

**ПРАКТИЧЕСКАЯ  
МЕДИЦИНА**

Т.Т. Сорокина

# **РОДЫ И ПСИХИКА**

**ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО**



618.2  
6 650

**ПРАКТИЧЕСКАЯ  
МЕДИЦИНА**

Т.Т. Сорокина

# **РОДЫ И ПСИХИКА**

**ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО**

Samarqand Tibbiyot  
Instituti  
Inv. № 312345



МИНСК ООО «НОВОЕ ЗНАНИЕ» 2003

УДК 618.2+613.86  
ББК 57.16  
С65

*Серия основана в 2002 году*

**Сорокина Т.Т.**

С65 Роды и психика: Практич. рук. / Т.Т. Сорокина — Мн.: Новое знание, 2003. — 352 с.: ил. — (Практическая медицина).

ISBN 985-475-018-3.

Описывается клиника послеродовых психозов. Большое внимание уделяется психологическим аспектам беременности, родов и послеродового периода, психотерапевтическим возможностям в акушерской практике.

Для студентов медицинских вузов, врачей-стажеров, практикующих акушеров-гинекологов, психиатров.

УДК 618.2+613.86  
ББК 57.16

ISBN 985-475-018-3

© Сорокина Т.Т., 2003  
© Оформление. ООО «Новое знание», 2003

*Моему глубокоуважаемому учителю  
профессору Михаилу Александровичу Чалисову посвящаю*

## Предисловие

Практическое руководство «Роды и психика» посвящено комплексному использованию основ психиатрии и психотерапии в акушерской практике. Позиция автора основывается на убежденности в том, что между соматической сферой и психическим функционированием человека существуют сложные взаимодействия. Автор отразил четкую тенденцию сближения соматической медицины и психиатрии, влияние психики на процессы генерации и вместе с тем высокую уязвимость психической сферы, особенно в послеродовом периоде.

Исследования автора носили комплексный характер. Психическое состояние женщин изучалось в последние сроки беременности и в послеродовом периоде, в условиях психиатрического стационара и амбулаторной психиатрической службы, в родильном доме и женской консультации.

В доступной форме описывается клиника послеродовых психозов, которые обычно начинаются в условиях родильных отделений или в первые дни после выписки домой и начальные проявления которых часто ускользают от акушеров-гинекологов и среднего медицинского персонала из-за недостатка знаний в этой области. Вместе с тем в этом состоянии женщины часто совершают суициды и инфантициды и нуждаются в срочной психиатрической помощи.

Автор описывает клинику достаточно частых в послеродовом периоде (до 20 % родильниц) аффективных расстройств, в первую очередь легких депрессий, которые врачами женской консультации не квалифицируются как болезненные расстройства из-за нехватки знаний в области пограничной психиатрии.

В руководстве даются рекомендации по лечению и тактике ведения таких больных. Описываются часто наблюдаемые в родильном отделении легкие изменения психической деятельности — так называемые послеродовые блюзы, требующие особой психотерапевтической коррекции.

Изучены и описаны психика беременных женщин и психопрофилактические мероприятия по подготовке к родам.

Большое внимание уделено психолого-деонтологическим аспектам беременности, родов и послеродового периода, психотерапевтической работе с женщинами, психотерапевтическим возможностям в акушерской практике. Автор затрагивает такие мало разработанные аспекты деонтологии, как особенности работы с родственниками пациенток, поведение среднего медицинского персонала. Приводятся методы коррекции психики женщины,

психики женщины, доступные любому врачу и в первую очередь акушеру-гинекологу, который сталкивается с такой необходимостью в повседневной практической деятельности.

Книга послужит неоценимым подспорьем в работе всех специалистов системы родовспоможения, от которых требуется умение адекватно оценивать психическое состояние пациенток и своевременно оказывать им необходимую помощь.

Главный акушер-гинеколог  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
*В.Л. Силава*

## От автора

Одной из важнейших задач современной психиатрии является обучение врачей интернистов знаниям и навыкам, которыми располагают психиатры. В человеческой популяции стремительно растет количество депрессий, особенно атипичных, соматизированных и соматоформных расстройств. Такие пациенты обращаются к врачам самых разных специальностей, но необходимой полноценной помощи не получают.

Особенно нуждаются в психологической, психотерапевтической, психо-профилактической помощи женщины в генеративном периоде. У них много нерешенных проблем, которые часто приводят к физической и психической патологии в период беременности и особенно после родов. А ведь от их здоровья зависит будущее наших детей, а значит, общества в целом.

Почему ранний послеродовой период столь опасен для женщин, прежде психологически здоровых, остается неясным. Другие этапы генеративного цикла такой угрозы возникновения психических расстройств не несут.

Не секрет, что проблема взаимодействия психики и сомы таит в себе еще много загадок и требует дальнейшего изучения. Буду считать свою задачу выполненной, если эта книга послужит ступенькой на пути сближения психиатрии с другими медицинскими дисциплинами.

Выражаю глубокую признательность за помощь врачам Е.М. Синрод, Н.Н. Власовой, Р.Е. Снежковой, длительное время работающим в отделении для больных с послеродовыми психозами и знающим эту проблему, а также профессору, доктору биологических наук И.С. Гусевой за содействие в оценке влияния природных ритмов на развитие послеродовых психозов.

С благодарностью и пониманием приму все критические замечания и пожелания.

# 1

## История взглядов на психические расстройства генеративного периода

В формировании взглядов на психические расстройства в связи с родами отражена вся история психиатрии. Старые понятия уточнялись, сменялись новыми, трансформировались подходы. Процесс этот продолжается и в настоящее время. Ведутся дискуссии о правомерности нозологического деления болезней, о симптомокомплексах, с завидной настойчивостью поднимаются вопросы о едином психозе, о соотношении больших психозов и пограничных психических расстройств, меняются взгляды на этиопатогенез психических заболеваний.

Первыми из всех психических нарушений генеративного периода стали изучаться послеродовые психозы ввиду остроты и яркости клинических проявлений, выраженности нарушений поведения родильниц.

Учение о послеродовых (пуэрперальных, постпортальных) психозах возникло давно, фактически с первыми попытками осмысления фактов душевных расстройств. Еще врачевателям времен античности было известно, что у женщин после родов чаще, чем в другие периоды жизни, могут возникать душевные расстройства. Гиппократ связывал происхождение таких расстройств с задержками послеродовых очищений. По Гиппократу, все болезни, в том числе и душевные, зависят от воздействия внешних факторов и факторов внутренних, связанных с неправильным движением «соков» в организме. Подобных взглядов придерживался и Гален. Он утверждал, что после родов «горячая кровь», попадающая женщине в голову, вызывает душевные расстройства. Такие представления, по существу, сохранялись до XVIII в.

Первые попытки формирования научной концепции послеродовых психозов были предприняты Жаном Эстеном Домиником Эскиролем и отражены в его руководстве по психиатрии («Des maladies mentales», 1833).

Как синоним душевных расстройств, в том числе и послеродовых, Эскиролем применялся термин «мания». Понятие психоза еще не было введено в обиход. В своем руководстве «Умственные расстройства родильниц и кормилиц» автор впервые подробно описал клинику по-

слеродовых психозов, выделил ряд форм расстройств. Из 92 больных, бывших под его наблюдением, выздоровело 55.

Причины, вызывающие душевные расстройства, Эскироль делил на предрасполагающие и производящие. К первым он относил отягощенную наследственность, психические заболевания в прошлом, чрезмерную впечатлительность; ко вторым — особенности образа жизни, душевные волнения, простудные заболевания, задержку молока и лохий, истощение. Указывалось на повышенную психическую ранимость женщин в послеродовое время.

Любопытно, что термин *mania puerperalis* (послеродовая мания) оказался живучим. Им пользовался в своих лекциях и основоположник отечественной психиатрии И.М. Балинский (вторая половина XIX в.), хотя он считал термин «несоответственным». И.М. Балинский подчеркивал, что клинические расстройства в послеродовом периоде не отличаются ничем «характерологическим» от других видов умопомешательства. Характеризуя психозы послеродового периода, он отмечал, что они чаще начинаются в первые 14 дней после родов, как правило, на фоне других соматических болезней. Ученый допускал разные причины послеродовых маний: психические травмы, анемии и кровотечения, акушерские вмешательства и пр. Психозы эти, с его точки зрения, могут возникать как самостоятельные психические болезни, могут принимать хроническое течение, но часто имеют благополучные исходы.

Со времени введения Т. Мейнертом (1881) в употребление очень широкого и недостаточно определенного понятия «амения» (острая галлюцинаторная спутанность) его стали часто использовать для оценки психоза послеродового периода.

Уже в 1890 г. В.П. Сербский в докторской диссертации, посвященной этой проблеме, а позже в «Руководстве к изучению душевных болезней» (1906) использует термин «послеродовая аменция». Вслед за Мейнертом он описывает ряд форм послеродовой аменции, подчеркивает их непостоянство, переход одной формы в другую.

С.С. Корсаков, учеником которого являлся В.П. Сербский, впоследствии сменивший его на кафедре, в статье «К вопросу об острых формах умопомешательства» (1954)<sup>1</sup> послеродовые психозы, называемые им послеродовыми помешательствами, в ряде случаев пытается идентифицировать с полиневритическими психозами, но выделяет и обычное послеродовое помешательство в виде галлюцинаторной спутанности.

<sup>1</sup> Статья опубликована после смерти С.С. Корсакова.

танности (аменции), которая встречается наиболее часто. С.С. Корсаков считал, что в некоторых случаях аменции, описанных Мейнертом, можно говорить о самостоятельной болезни. Аменцию автор отождествляет с введенным им понятием «дизнойя», что соответствует клинике острой шизофрении.

Позже в своем «Курсе психиатрии» (1913) С.С. Корсаков наряду с аменцией допускает возникновение в послеродовом периоде и первичного слабоумия, и галлюцинаторного помешательства по Крафту—Эбингу. Продолжительность послеродовых психозов, как и их исходы, по его наблюдениям, могут быть разными. Причину психозов он видит в аутоинтоксикации, связанной с родами, душевных потрясениях, чрезмерном упадке сил, болях, эклампсии.

И.Д. Жданов (1896) в своей монографии «Психозы послеродового периода» анализирует практически все, что было опубликовано по этой проблеме (около 300 работ), и таким образом подводит итог учению о послеродовых психозах на стыке XIX—XX вв. В большинстве этих работ послеродовой психоз рассматривается как состояние, имеющее связь с родами, как единое заболевание с более или менее характерной картиной. Сам автор, как и его современники, широко пользуется диагнозом аменция (у 71 больной из 87). Наряду с типичной он выделяет меланхолическую, маниакальную, дементную, ступорозную аменцию. Работа иллюстрируется большим количеством достаточно подробных историй болезней (заметим, что психическое состояние описанных больных с современных позиций квалифицировалось бы по-иному). Основную причину пуэриперальных психозов И.Д. Жданов видит в инфекции, но уже высказывает предположения о мультифакториальной природе этих состояний.

Следует отметить, что на понимание этиологии послеродовых психозов, как и на оценку причин возникновения психических расстройств вообще, оказало влияние бурное развитие в конце XX в. медицинской микробиологии. Л. Пастер, Р. Кох и их многочисленные последователи за сравнительно короткий срок открыли и изучили возбудителей многих болезней. Величайшее достижение медицины, в свою очередь, способствовало формированию упрощенного подхода к пониманию причинно-следственных отношений при психических заболеваниях. Инфекционное начало стали рассматривать как причину большинства психических болезней. Были даже попытки обосновать инфекционную природу шизофрении. Родовая инфекция стала оцениваться как основной причинный фактор послеродовых психозов. Диагноз аменции стал основным при этой патологии.



Под влиянием открытий «бактериологической эры» оказались и такие видные психиатры, как Е. Блейлер, Э. Крепелин. Так, Е. Блейлер (1920) в своем учебнике в разделе инфекционных психозов описывает аменцию как самостоятельную форму болезни. Э. Крепелин, как он сам признавался, был убежден, что каждый микроорганизм или токсин вызывает характерную для него картину заболевания.

Наряду с этим в начале XX в. стало интенсивно разрабатываться нозологическое направление в психиатрии, основоположником которого по праву считается Э. Крепелин. Он выделяет как самостоятельную болезнь раннее слабоумие и ряд других патологических состояний.

В этот же период К. Бонгоффер (1910) формулирует принципиально новый и важный подход в оценке психических расстройств — учение об острых реакциях экзогенного типа. При этом акцент в понимании роли экзогенных вредностей смещается: придается значение состоянию самого организма, подчеркивается, что возникающие психопатологические синдромы неспецифичны, а количество форм реакций экзогенного типа в ответ на различные внешние вредности, в том числе инфекцию, относительно ограничено. Психопатологические синдромы как предуготованные типы реагирования зависят не только от экзогенной вредности, но и от состояния самого организма. В литературе все чаще обсуждается вопрос об условности границ между эндо- и экзогенными психозами (Е. Блейлер, 1920; А.В. Снежневский, 1972; Т.Т. Сорокина, 1987). Психозы послеродового периода стали квалифицироваться как сборная группа, и в зависимости от позиции автора в ней преобладают те или иные диагнозы и причины, их породившие.

Длительное время как в отечественной, так и в зарубежной литературе продолжалось «перетягивание каната» то в сторону инфекционного происхождения большинства послеродовых психозов, то в сторону оценки их как эндогенных психозов, и в первую очередь шизофрении. Отголоски таких попыток звучат и теперь. Вплоть до последнего времени можно было встретить публикации, в которых ведущая роль в возникновении послеродовых психозов отводится инфекции (А.С. Чистович с сотр., 1941, 1955, 1965). Правда, число сторонников этой позиции с каждым годом уменьшается. Диагноз послеродовой аменции встречается все реже. Это обстоятельство можно объяснить двумя основными факторами. С одной стороны, понятие аменции сузилось, стало клинически более определенным, с другой — снизилась частота осложнений в акушерской практике, связанных с родовой

инфекцией. С 40-х годов XX в. в лечебной практике стали широко применяться антибиотики, однако это не уменьшило заболеваемости послеродовыми психозами. Инфекционное начало постепенно уступает место другим этиологическим факторам, но все еще остается преобладающим у многих весьма авторитетных исследователей (А.Н. Молохов, 1962; Х.В. Финкельштейн, 1966; К.Г. Тмутарин, 1977; В.К. Прокурова с соавт., 1980). Вновь делаются попытки связать психопатологические синдромы с особенностями инфекции (В.Ф. Кузменок, 1973; Л.А. Шмилович с соавт., 1985).

Заслуживает внимания подход к этой проблеме В.Б. Яровецкого (1995). Он объясняет возникновение инфекционных психозов первичным (врожденным или приобретенным) иммунодефицитом, на фоне которого активизируется условно-патогенная инфекция, происходит ее генерализация вплоть до развития послеродового сепсиса. В оценке возникновения послеродовых психозов фигурируют и персистирующие вирусные инфекции.

Вторая крайняя точка зрения на происхождение послеродовых психозов — это преобладание в пuerпериальном периоде эндогенных психических заболеваний, главным образом шизофрении, реже маниакально-депрессивного психоза. При этом большинство психиатров, придерживающихся этой позиции, подчеркивает, что клинические проявления эндогенных психозов на первом этапе течения становятся атипичными в связи с родами и привнесением в клиническую картину черт экзогенного типа реагирования. Такой подход к диагностике послеродовых психозов характерен для Е. Блейера (1920), Э. Крепелина (1923), В.А. Гиляровского (1954). Э. Крепелин, к примеру, считал, что на послеродовой период приходится 1/4 дебютов раннего слабоумия у женщин. Диагноз шизофрении чаще остальных ставили в послеродовом периоде представители московской школы психиатров (И.И. Лукомский, 1957; Т.С. Заичкина, 1968; М.С. Доброграева, 1972; Г.Э. Бреслав, 1980; М.В. Коркина с соавт., 1983, 1984, 1985; С.Ф. Семенов с соавт., 1984; М.Х. Мотасим, 1986).

Большинство исследователей послеродовых психозов единодушны во мнении, что это сборная группа заболеваний (эндо- и экзогенных), а вот в оценке их нозологической принадлежности, частоты различных нозологических форм мнения расходятся (А.Н. Молохов, 1962; Х.В. Филькенштейн, 1966; R. Edith et al., 1978; R. Kumer, 1990). Сюда включается шизофрения, шизоаффективный и маниакально-депрессивный психозы, токсико-инфекционные, соматоэндокринные психозы, психогении, экзогенно-органические психозы, обуслов-

ленные поражением головного мозга в связи с беременностью и родами, декомпенсации и обострения уже имевшихся ранее болезненных состояний.

Что касается встречающихся в послеродовом периоде психопатологических синдромов, то диапазон их очень велик: от синдромов с нарушенным сознанием, аффективных, шизоформных расстройств до пограничных расстройств психической деятельности. В редких случаях эклампсии наблюдаются корсаковский или психоорганический синдромы.

При синдромологической оценке панических расстройств в послеродовом периоде разногласия не столь заметны, хотя нозологическая позиция автора несомненно имеет при этом значение.

При знакомстве с описаниями клинических проявлений психических расстройств в зарубежной литературе вначале озадачивает тот факт, что приблизительно у 60–70 % больных диагностируется депрессия. Однако при более пристальном изучении клинических описаний становится ясно, что в большинстве случаев имеются в виду сложные, большие депрессивные синдромы с тревогой, растерянностью, бредом, галлюцинациями и другими психопатологическими расстройствами. Действительно, они преобладают в клинической картине послеродовых психозов, особенно в раннем послеродовом периоде, но в отечественной литературе оцениваются не так общо. Сказывается тот факт, что зарубежными авторами эти расстройства рассматриваются в соответствии с классификациями ICD-10 и DSM-3R, которые в отечественной психиатрии до последнего времени почти не использовались.

Остается открытым и вопрос о существовании так называемых «истинных» послеродовых психозов. Их стали интенсивно изучать начиная с 50-х годов XX в. после широкого распространения во французской литературе следующей классификации послеродовых психозов:

I группа — послеродовые психозы инфекционного генеза (неспецифические);

II группа — «истинные» послеродовые психозы, связанные с нарушением витаминного и гормонального баланса (диспропорциональное соотношение прогестерона и фолликулина);

III группа — психозы, уже имевшие место в латентной форме и лишь обострившиеся в послеродовом периоде.

Истинные, или собственно послеродовые, психозы до сих пор остаются камнем преткновения в психиатрии. Частота их у разных авто-

ров колеблется от 10 до 90 % среди всех форм послеродовых психозов. Эта группа выделяется наряду с эндогенными психическими заболеваниями, развивающимися впервые или обостряющимися после родов, и инфекционно-токсическими психозами, обусловленными инфекционными болезнями (инфекция родовых путей, септические состояния, энцефалит и др.).

Группа собственно послеродовых психозов чаще всего квалифицируется как соматореактивный психоз. Признается, что в их развитии принимают участие как соматические, так и психические факторы. На первое место выдвигаются факторы, обусловленные самим родовым процессом. Принимаются во внимание эндокринные перестройки и вегетативные сдвиги, учитываются кровопотеря, физическое напряжение, осложнения в родах, эмоциональные нагрузки в другие факторы, вызывающие сдвиг в гомеостазе организма роженицы. Важное значение придается психическим факторам: страх перед родами, недосыпание, переутомление, проблемы, возникающие в связи с выполнением материнской роли, различные психотравмы. Существенную роль могут играть преморбидные особенности личности, перенесенные в прошлом болезни, а также наследственная отягощенность психическими заболеваниями (она всегда ниже, чем при эндогенных психозах).

В обширной отечественной и зарубежной литературе, посвященной собственно послеродовым психозом, отсутствует единая позиция. Доказательства самостоятельности собственно послеродовых психозов часто взаимоисключающие. Сказывается неопределенность оценок самих эндогенных психозов, в первую очередь шизофрении.

В описании клиники собственно послеродовых психозов также обнаруживается ряд противоречивых оценок и точек зрения. Так, одни исследователи подчеркивают преобладание острых расстройств экзогенного типа, другие указывают на астению и депрессию (Э.А. Аранович, 1967; В.Д. Эм, 1977; Б.А. Целебеев, 1972; Е.К. Патушева, 1975). По-разному ставятся акценты и в оценке происхождения истинного пуэрперального психоза. Все специалисты сходятся во мнении, что этот психоз обусловлен родами и соответствующими изменениями в организме женщины, однако одни считают, что он занимает промежуточное положение между эндо- и экзогенным психозом, усматривают в его развитии «эндоформные механизмы» или даже полагают, что истинно послеродовым психозом следует считать генеративную шизофрению (М.С. Доброгаева, 1972; Т.П. Печерникова с соавт., 1972; Л.Ф. Смоленко, 1974; G. David, M.D. Inwood, 1989), а другие же

находят истинный послеродовой психоз симптоматическим, подчеркивая, что при нем почти не встречается отягощенной наследственности (И.Е. Авербух, В.Ф. Кузменок, 1963; В.Д. Эм, 1977; А. Лапите, И. Навицкине, 1979; J. Schorf et al., 1985). Одни авторы подтверждают самостоятельность психоза наличием рецидивов, повторяющих первый приступ; по мнению других, повторяемость психоза, особенно возникновение его вне связи с повторными родами, свидетельствует против его самостоятельности (С.Г. Обухов с соавт., 1976; S. Brandon, 1982; J. Schorf et al., 1984; C. Muller, 1985); третьи находят при психозе органическое поражение головного мозга и четкую заинтересованность отдельных мозговых структур. Продолжительность течения у разных исследователей варьируется в больших пределах: от 2—3 недель до многих месяцев. Общеизвестными можно считать наличие астении и практическое выздоровление после психотического приступа.

Терминология, используемая авторами для обозначения этого психоза, отличается большим разнообразием: истинный психоз, собственно психоз, психоз истощения, самостоятельный генеративный психоз и т.д. Определенность оценок затруднительна еще и потому, что соматическая, инфекционная патология обычно не налагается по времени на патологию психическую. Многие авторитетные исследователи у подавляющего большинства больных не находят такой корреляции (И.Е. Авербух, 1967; В.М. Шпак, К.Ф. Зайцева, 1967; Б.А. Целибе-ев, 1972; Н.Я. Дворкина, 1975). Напротив, существует точка зрения (Т.Ф. Mc Neil, 1988), что соматические расстройства, связанные с родами, при послеродовых психозах встречаются реже, чем в общей популяции родильниц. Особенности акушерской помощи и ситуационное влияние при пуэперальных психозах также не имеют большого значения (Т.Ф. Mc Neil, 1988; G. David, M.D. Inwood, 1989).

Эндокринные биохимические сдвиги, обусловленные лактацией и родами, пока мало помогают в оценке характера послеродового психоза и истинного пуэперального психоза в частности.

Сразу же возникает вопрос: может ли биологический криз, каковым являются роды у женщин, стать причиной собственно послеродового психоза? Возможна ли оценка многообразия действующих факторов в такой мере, чтобы диагностировать самостоятельный, истинный послеродовой психоз? Не исключено, что биологический криз в ряде случаев является той почвой, которая способствует разрешению болезней предрасположения, в частности шизофрении и аффективных эндогенных расстройств. Если этот криз отягощен соматической патологией или эмоциональным стрессом, то, может быть, следует ду-

мать не о собственно послеродовом психозе, а о варианте сомато- или психогении и ставить соответствующий диагноз.

В последнее десятилетие интенсивно разрабатывается (преимущественно зарубежными исследователями) новое перспективное направление в изучении послеродовой патологии, дающее дополнительные возможности для оценки ее сущности. Изучается и сопоставляется весь спектр психических расстройств в дородовом и послеродовом периоде.

Как показывает статистика, количество послеродовых невротических расстройств увеличивается, меняется соотношение между психозами и пограничными психическими нарушениями. На этот факт еще в 1980 г. указывал Т.Э. Бреслау. Таким образом, в клинике послеродовых психических расстройств отражается общая закономерность, присущая современной психической патологии. Подтверждается это работами целого ряда авторов (R. E. Kendell et al., 1985; J. Michael et al., 1989; G. David, M. D. Inwood, 1989).

С учетом тяжести клинических проявлений постепенно стал формироваться взгляд на послеродовую патологию как на континуум расстройств, выражающийся постепенными переходами от легких пограничных послеродовых нарушений психической деятельности к послеродовым психозам.

С. Брэндон (S. Brandon, 1982), Р.Е. Кенделл (R. E. Kendell, 1985) группируют эти расстройства и выделяют послеродовые блюзы, мягкие депрессии и послеродовые психозы. В дальнейшем рядом авторов более полно описывается картина этих состояний. Ставится вопрос о связи постнатальных психических расстройств друг с другом (J. Michael et al., 1989; R. Kumar, 1990; P. J. Coper, L. Murray, 1995).

Динамика взглядов на послеродовые психозы прослеживается в международных классификациях психических расстройств. Они отражают уровень наших знаний в вопросах этиологии и патогенеза и не могут считаться окончательными, но в какой-то мере удовлетворяют практические нужды врача и способствуют выработке единых подходов.

В девятой Международной классификации психических болезней (1975 г.) послеродовые психозы отнесены в раздел «Симптоматические и другие неуточненные психозы» (рубрика 298.94 «Психозы у рожениц вследствие родов. Послеродовой психоз»). Сталкиваясь с диагностическими трудностями и признавая существование собственно послеродовых психозов, врачи чаще всего шифруют психозы послеродового периода именно этой рубрикой и только в случаях, когда яс-

на иная нозологическая принадлежность, относят заболевание в соответствующую рубрику.

В МКБ-10 акценты несколько смещены. Послеродовая психическая патология внесена в раздел «Расстройства, связанные с физиологическими нарушениями». Используется шифровой код F53: «Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах».

Введенная в МКБ-10 рубрика F53 оценивается как наиболее парадоксальная ввиду имеющейся рекомендации использовать ее только при невозможности иной диагностики. В большинстве случаев предполагается диагностика одного из подтипов аффективного психоза или шизофрении. Аффективные расстройства, в свою очередь, понимаются широко и включают наряду с расстройствами легкого и среднего регистра тяжелые депрессии и мании с бредом и галлюцинациями, которые могут быть как конгруэнтными, так и не конгруэнтными аффекту.

Дополнительно введен шифр F53.0, который объединяет легкие поведенческие и психические расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах, а также шифр F53.1, включающий тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах.

Таким образом, новая классификация дает возможность шифровать пограничные и легкие расстройства психики послеродового периода. Чаще всего эти психозы оцениваются как аффективная патология или шизофрения. Пока сохраняется возможность ставить диагноз собственно послеродового психоза.

## 2 Психика беременных

В литературе имеются указания акушеров-гинекологов, психиатров и психотерапевтов, что беременность оказывает влияние на вегетативные функции и психику женщины (И.З. Вельвовский, 1963; И. Харди, 1974; Л.С. Персиянинов, 1978; В.Д. Менделевич, 1998, и др.). Однако этот вопрос нельзя считать хорошо изученным.

Несомненно, что в период беременности, особенно первой, ускоряется созревание личности женщины, она готовится стать матерью, растет чувство ответственности за будущего ребенка, зреет инстинкт материнства. Одновременно с этим часто возникают расстройства психики, прежде всего невротического уровня.

Психозы в период беременности встречаются крайне редко. А.Е. Архангельский (1977), повторяя мысль, высказанную еще Гиппократом, объясняет это тем, что нормально протекающей беременности «свойственно оказывать оздоровляющее влияние на организм». В доказательство приводятся данные западногерманских авторов, согласно которым психозы беременных встречаются в 10 раз реже, чем психозы после родов. Прерывание беременности часто влечет за собой легкие депрессии. Такой точки зрения придерживаются в своих руководствах М. Гельдер с соавт. (1999), Д. Гольдберг с соавт. (1999).

По данным Г. Дэвида с соавт. (G. David et al., 1989), риск госпитализации в психиатрический стационар в связи с психозом после родов увеличивается в 18 раз в сравнении с периодом беременности.

По наблюдениям А.Н. Молохова (1962) и данным обзора Т.С. Заичкиной (1968), частота психозов беременных достигает только 3–9 % от всех генеративных психозов, при этом не имеет существенного значения, первая это беременность или повторная. Психозы во время беременности не имеют ничего специфического. Приблизительно 1/4 случаев возникновения психотических расстройств представляют собой обострение ранее начавшегося патологического процесса. Аффективные нарушения и психозы при беременности нередко предшествуют возникновению послеродовых психозов.

Эти данные подтверждаются нашими наблюдениями. У 10 % женщин, поступивших на лечение с послеродовым психозом, психичес-



кие расстройства начались в конце беременности, часть из них впервые заболела до беременности. Из 22 наблюдаемых нами женщин с послеродовым психозом, наступившим после первых родов, но при второй беременности, ни одна не заболела психически при прерывании первой беременности или выкидыше в первой половине беременности.

Эклампсии и хореотические психозы беременных, так же как и полиневриты беременных, связанные с витаминной недостаточностью, представляют в настоящее время большую редкость.

Течение эпилепсии при беременности обычно утяжеляется, учащается количество припадков, что может являться показанием для прерывания беременности. Между тем больные эпилепсией и шизофренией, их родственники и до сих пор нередко обращаются к врачам за советом, интересуются, не излечат ли эпилепсию или шизофрению беременность и роды и не следует ли с этой целью выйти замуж, забеременеть.

Большой клинический интерес представляют часто встречающиеся при беременности пограничные изменения психики и соматоформные психические расстройства. О значительной частоте и разнообразии таких расстройств свидетельствуют и данные литературы.

По сведениям, приводимым И.З. Вельвовским (1963), И. Харди (1974), невротические расстройства у беременных в 90 % случаев проявляются в так называемой привычной рвоте, повышенной чувствительности к запахам и вкусу, что еще больше усиливает рвоту. Вместе с тем подчеркивается, что рвота беременных может быть не только психогенной. Она может начаться на 2–6-й неделе беременности, продолжаться 4–5 мес и в тяжелых случаях приводить к потере веса, обезвоживанию, поражению печени и даже общему токсикозу. В таких случаях часто оказывается весьма эффективной психотерапия (гипноз, внушение).

Значимость психических факторов в возникновении подобных состояний с очевидностью подтверждают психотерапевтические наблюдения. Часто в тех случаях, когда не эффективны лекарства, помогает психотерапия; у женщины при этом выявляется двойственное чувство: более или менее открытый протест против родов, рождения ребенка на фоне семейного конфликта и одновременно желание быть матерью. Психические и психосоматические осложнения беременности, по мнению И. Харди (1974), зависят от преморбидных свойств личности, от условий жизни, социальных и семейных, от переживаний и впечатлений. Первая беременность, как правило, более тяжелая,

чем вторая. Автор делает особый акцент на нежелательной внебрачной беременности и трудной для женщины психологической ситуации, когда возможно враждебное отношение к беременности и даже ее отрицание вопреки очевидным фактам. «Потрясающая наивность», с которой женщины не замечают своей явной беременности, несомненно, есть механизм психологической защиты.

Беременных женщин нередко огорчают рост живота и молочных желез, изменение контуров тела, они испытывают боязнь потери женственности, привлекательности, ухудшения отношений с партнером. Женщины во время беременности нередко боятся «страшных зрелищ», так как это может повредить ребенку, или считают, что «огненный невус возникает у ребенка, если беременная видит пожар».

В.Д. Менделевич (1998) рассматривает психологические особенности женщины во время беременности как проявление адаптации организма и личности к наступившей беременности. Он отмечает несколько уровней адаптации.

На биологическом уровне отмечается скачкообразное повышение тонуса вегетативной нервной системы с обнаружением своеобразных критических периодов. Так, в сроки до 12 недель преобладает тонус симпатoadреналовой системы. Во второй половине беременности (28–30 недель) повышается тонус обоих отделов нервной системы, но с преобладанием холинергических реакций.

На нейрофизиологическом уровне происходит повышение порога болевой чувствительности.

На психологическом уровне в первые месяцы беременности отмечается амбивалентное отношение к будущему ребенку и материнству, что может выразиться подавленностью настроения. Имеют место два противоборствующих качества — инфантильности и взрослости. Во втором триместре беременности наблюдается относительное спокойствие. Основная черта третьего триместра — «погружение в ребенка», который становится средоточием интересов и занятий будущей матери. Перед родами нарастает тревога, которая может проявиться гиперактивностью беременной. Частота психических расстройств достигает 60–80 %.

По мнению В.Д. Менделевича, важной психосоматической проблемой беременности являются токсикозы. При нежелании иметь ребенка чаще наблюдаются тяжелые формы токсикоза, что расценивается как «символический язык органов». Такой соматический символ, по Адлеру, выражает нежелание иметь беременность и ребенка.



С психоаналитических позиций З. Фрейда ранние токсикозы рассматриваются как следствие «ослабления воли к материнству в связи с развитием цивилизации и как проявление бессознательного отвращения к мужу».

Более приемлемое и понятное объяснение токсикозов дает В.М. Воловик (приводится по В.Д. Менделевичу, 1998). Он связывает токсикоз с функциональным состоянием нервной системы и психологическим состоянием.

Автор выделяет две категории женщин, переносящих токсикоз. Для первой характерны незначительные аффективные нарушения, проявляющиеся раздражительностью, вспыльчивостью, слезливостью, обидчивостью. Эти нарушения возникают на высоте токсикоза и устраняются с исчезновением рвоты и нормализацией общего состояния. Все женщины этой категории по своим психологическим характеристикам не отличаются от здоровых. Они имеют положительную установку на беременность, благоприятную семейную ситуацию, реалистичное отношение к трудностям. Делается вывод, что сама беременность является источником большей или меньшей напряженности, в силу чего нейтральные в прошлом элементы окружающей среды и ситуации приобретают иные субъективные значения и становятся причиной личностных реакций.

Женщины второй категории отличаются значительным полиморфизмом расстройств: помимо рвоты и тошноты у них наблюдаются ознобы с гипертермией, головные боли, обмороки, лабильность артериального кровяного давления, гипергидроз. Аффективные нарушения встречаются чаще и носят более выраженный характер: у части больных наблюдаются тревога, беспредметное беспокойство и напряженность, у многих возобновляются невротические и вегетативные расстройства, наблюдавшиеся ранее. В.М. Воловик считает, что психосоматическую природу раннего токсикоза у этой группы женщин определяет психогенный фактор (наряду с самой беременностью), оказываясь в ряду патогенетических «звеньев», а нередко и выступая в качестве основного фактора.

К. Каплан (Caplan, 1982) отмечает, что на поздних сроках беременности у женщин имеют место интровертированность, пассивная зависимость, депрессивность, отсутствие уверенности в своих силах и страх перед будущим материнством. Волнение за ребенка и исход родов усиливается с приближением родов. Автор выделяет несколько видов пренатальной тревоги: 1) генерализованную; 2) физическую, когда женщина тяжело переносит физические аспекты беременности;

3) страх за судьбу плода; 4) страх перед необходимостью ухода за ребенком; 5) страх перед родами; 6) психопатологические феномены тревоги.

Тревога по поводу предстоящего материнства более характерна для пожилых родильниц. Частота депрессивных феноменов колебалась в пределах 10–14 %, и они утяжелялись по мере приближения родов.

Отмечена зависимость психических расстройств от психотравм, высокого уровня невротизма, отягощенного психическими заболеваниями семейного анамнеза, курения во время беременности.

Р.К. Игнатова и Д.Б. Кулова (1989) выявили у многих беременных женщин, не состоящих в браке, трудную психосоциальную ситуацию, плохие социальные условия и морально-психологический климат. В сравнении с замужними беременными такие женщины обычно старше, менее образованны, чаще курят. Беременность нежелательная, чаще имеют место осложнения беременности и родов, нефропатии, акушерские травмы, оперативные вмешательства, высока заболеваемость новорожденных, часты родовые асфиксии, меньше вес и рост детей при рождении, выше заболеваемость на первом году жизни.

Описаны случаи (Lester, 1987), когда незамужние женщины в поздних сроках беременности при невозможности сделать аборт могут совершить суицид.

М.А. Кочнева с соавт. (1990), исследуя большую группу беременных (246 женщин), выявили три основные группы жалоб, свидетельствующих о нарушениях психофизиологического характера, эмоциональных расстройствах и заметном снижении работоспособности в I и III триместрах беременности. Отмечены инертность психических процессов, ослабление внимания.

При оценке личностных особенностей с помощью методики СМИЛ были выделены компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный типы реагирования. Для первого типа реагирования характерны нормальные показатели, для второго отмечена высокая невротическая триада (снижение настроения, обилие жалоб, затруднение адаптации, концентрация внимания на своем состоянии, эмоциональная неустойчивость), для третьего — заострение личностных черт, появление ранее не свойственных реакций, ипохондрическая фиксация, аффективные вспышки, трудности адаптации. При первой беременности изменения были более четкими и выраженными.

У 70 % первобеременных выявлены нарушения психического состояния. Наиболее выраженные изменения отмечены у первородя-

щих в I и III, у повторнородящих — во II и III триместрах беременности. Расстройства усиливаются к концу беременности. Психозы авторы не описывают.

Ведущую роль в возникновении токсикозов, невротических расстройств в период беременности Ю.И. Новиков, Г.Г. Хегинашвили (1976) отводят психологическим факторам. Кроме того, Ю.И. Новиков (1976) отмечает во II—III триместрах беременности своеобразие ЭЭГ и повышение порога чувствительности на свет, звук, болевой раздражитель.

Одним из наиболее известных патологических феноменов беременности считается «синдром грубого обращения с плодом», встречающийся у психопатических женщин возбудимого круга. Он возникает в поздние сроки беременности и проявляется агрессивней, направленной на плод, в отличие от случаев провокации аборта. Беременные физически воздействуют на плод, ударяя себя по передней брюшной стенке.

Как свидетельствуют приведенные литературные источники, практически все исследователи, занимавшиеся изучением психосоматических особенностей беременных женщин, отмечают значительную частоту их появления и своеобразие динамики. Подчеркивается значимость особенностей характера женщины и роль окружающей среды в их проявлении. Среди проанализированных нами работ лишь в одной (Н.М. Lips, 1982) делается заключение, что беременные до пяти месяцев не отличались от контрольной группы по физическим и эмоциональным параметрам.

Нашими исследованиями были охвачены 100 беременных женщин одной из женских консультаций г. Минск. Все женщины исследовались в последнем сроке беременности (III триместр) по мере их очередного обращения к врачам женской консультации. При необходимости часть из них осматривалась повторно.

Исследования проводились с помощью специально разработанной анкеты, изучалась амбулаторная карта. Оценивались проявления токсикоза, состояние психических функций. Кроме беседы и сбора необходимых анамнестических сведений использовались несложные экспериментально-психологические тесты (отсчитывание по Крепелину и исследование самооценки по Дембо—Рубинштейн), которые могут быть применены для оценки психического состояния акушерами-гинекологами (см. Приложения 1, 2).

Основная цель проводившегося наблюдения — исходя из особенностей состояния женщин дифференцировать применение психоло-

гической помощи (психопрофилактическая подготовка к родам, психотерапия).

В Приложениях помимо использованных нами приводятся и другие экспериментально-психологические методики, которые могут быть применены для оценки психического состояния беременных и женщин в послеродовом периоде.

Все наблюдавшиеся нами женщины ранее к психиатрам не обращались, считая себя психически здоровыми, и были впервые осмотрены психиатром с их согласия.

Возраст женщин колебался в пределах 19–36 лет, среди них преобладали 19–24-летние (76 %). Первородящих было 80 %. (Следует подчеркнуть, что исследование проводилось в 2000 г. Предыдущие и последующие годы характеризовались более низкими рождаемостью и количеством повторнородящих женщин.)

Только 20 % женщин имели незаконченное среднее или начальное образование, остальные — среднее, среднее специальное, высшее либо продолжали учебу.

У всех женщин, за исключением двух, беременность была желанной. В одном из этих двух случаев роды совпадали со сдачей государственных экзаменов в вузе, в другом — беременность не планировалась по материальным соображениям. Шесть женщин не были замужем, еще шесть состояли в гражданском браке, но ребенок был желанным.

Исследование самооценки проводилось по методике Дембо–Рубинштейн (см. Приложение 1). Психически здоровым людям, по наблюдению С.Я. Рубинштейн, присуща тенденция определять свое место по всем шкалам точкой «чуть выше среднего». У женщин на последних сроках беременности можно отметить большой разброс точек по шкалам с тенденцией к завышению самооценки.

Если разделить шкалу на четыре равные части, то в верхней из них (1/4) оказывалось 52 % всех точек, а остальные распределялись на оставшиеся 3/4 шкалы, убывая к нижней точке.

Так, 52 % женщин оценивали свое здоровье и ум как хорошие или очень хорошие. На шкале счастья чаще, чем на других шкалах, ставились отметки на самой верхней части линии: 32 % женщин оценивали свое счастье как очень большое, полное, 20 % — как хорошее, достаточное. Лишь 10 % беременных считали себя несчастливymi, «невезучими».

При оценке характера такой абсолютизации не было — на самой верхней части линии точки почти не ставились. Свой характер оценивали как хороший или очень хороший 48 % женщин, как плохой

и ближе к плохому — 8 %. Чуть выше среднего 16 % женщин оценивали свое здоровье, 20 % — интеллектуальные способности, 8 % — счастье, 20 % — характер.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что самооценка большинства беременных женщин и рожениц по всем шкалам (здоровье, ум, счастье, характер) была завышенной. Особенно это касается шкалы счастья, где отмечена тенденция к абсолютизации (полное счастье у 1/3 женщин). Завышение самооценки беременными и родившими женщинами является своеобразной психологической защитой, связанной с важностью происходящих событий и повышенными внушаемостью и самовнушаемостью в этот период.

Методика ценна не столько оценкой расположения отметок на шкалах, сколько возможностью обсуждения этих отметок. Так, беседа о характере пациентки мы начинали с просьбы поставить точку на соответствующей линии и оценить себя. Это давало возможность выявить позицию обследуемой, характеристики ее личности. И так по всем шкалам.

Отсчитывание по Крепелину (см. Приложение 2) давало возможность оценить истощаемость психических функций, способность концентрировать внимание и вести счетные операции (интеллектуальные возможности). Всем женщинам предлагалось вычитать в уме от 100 по 7 единиц, называя результаты. Уровень образования, характер работы, интеллектуальное развитие женщин позволяли им вести отсчитывание без особых затруднений. При выполнении задания 80 % женщин допустили от 1 до 6 ошибок (в среднем 2,5 ошибки на одну обследованную). Была выделена группа женщин (продавцы, бухгалтеры), для которых счет в уме был привычной профессиональной операцией, однако, как выяснилось, это существенно не влияло на результат исследования. Отдельные женщины (6 %) не смогли довести счет до конца; при этом комментировали свое состояние так: «Не могу сосредоточиться»; «Разучилась считать»; «Я устала» и т.п. Во время отсчета женщины обычно чувствовали, что допускают ошибку («Я, кажется, ошиблась»), иронизировали над собой. Беременные, готовящиеся к повторным родам, чаще выполняли задание правильно, чем первородящие.

При отсчитывании по Крепелину в 3,5 раза чаще допускались ошибки в единицах, главным образом при переходе через десятки. Быстро (на 3—4-м отсчете) удлинялся интервал между вычислениями, особенно к концу отсчитывания, хотя цифры становились меньшими.

Приводим пример отсчета с типичными ошибками и интервалами:  
(100-7).....93.....86.....79....72.....65.....68.....64.....48.....41...  
21.....14....7....0

Принято считать, что ошибки в единицах, главным образом при переходе через десятки, свидетельствуют о некоторой интеллектуальной недостаточности. В наших исследованиях это едва ли подтвердилось. Все женщины имели достаточное образование, при личном обследовании интеллектуальной недостаточности у них не выявлено. Складывается впечатление, что и ошибки в единицах определяются снижением интеллектуальной продуктивности за счет повышенной утомляемости. В пользу этого предположения свидетельствуют жалобы женщин и их поведение при выполнении заданий, быстрое удлинение пауз, увеличение количества ошибок, особенно в конце отсчитывания. Ошибки в десятках свидетельствуют в первую очередь о неустойчивости внимания, трудности его сосредоточения за счет быстрого истощения психических функций, утомляемости.

Полученные результаты согласуются с клиническими жалобами на повышенную утомляемость, сонливость днем, снижение работоспособности, особенно к концу беременности. При этом женщины чаще отмечают физическую усталость, а не повышенную психическую утомляемость, которая выявляется при отсчитывании по Крепелину.

Уровень токсикоза оценивался по характеру аппетита, проявлениям тошноты, рвоты, избирательности к пище, реакции на запахи. Кроме того, учитывалось наличие обмороков, головных болей, подъемов температуры, колебаний артериального кровяного давления (АД), потливости.

По нашим наблюдениям, у 30 % женщин аппетит во время беременности заметно не менялся, у 47 % — снижался в первом триместре беременности, как правило, с появлением тошноты, рвоты, избирательности к пище, повышенной реакции на запахи. Женщины подчеркивали, что сам по себе аппетит не ухудшается: они бы охотно ели, если бы не тошнота, рвота, неприятный, резкий запах. После трех-четырех месяцев беременности аппетит мог нормализоваться или даже повыситься (44 %). У 6 % женщин аппетит был повышенным, у 4 % — пониженным на всем протяжении беременности. Нормализация и повышение аппетита совпадали с исчезновением тошноты и рвоты. Тошнота отмечена у 62 %, рвота — у 32 % беременных. Избирательность к пище наблюдалась у половины женщин. Большинству из них хотелось кислого, соленого, сладкого (предпочитали соленые огурцы, яблоки, помидоры, лимоны, мандарины, гранаты, шоколад),



изредка встречалось отвращение к мясу. У 54 % женщин появлялась повышенная реакция на запахи.

Обмороки (10 %), головные боли (28 %), неустойчивое АД (20 %), субфебрилитет в первом триместре беременности (10 %), повышенные потливости (14 %) встречались реже, чем нарушения, связанные с приемом пищи.

У 44 % женщин расстройства первой и второй групп встречались одновременно, у 24 % — не сочетались. Поздний токсикоз беременности с тяжелыми проявлениями встречался крайне редко; такие женщины направлялись в стационар.

Н а с т р о е н и е заметно не менялось только у 10 % женщин, оставаясь таким же, как до беременности. Характерно это было для личностей гармоничных, уравновешенных. У них реже встречались вегетосоматические расстройства. У остальных настроение характеризовалось не столько депрессивными феноменами, сколько эмоциональной неустойчивостью (72 %), легкими переходами к плачу и раздражительности. Тревога за исход беременности и здоровье будущего ребенка отмечена у 62 % беременных. Изредка она была выраженной вплоть до ажитации. Повышались раздражительность (76 %), плаксивость (48 %), ранимость (62 %). Указанные эмоциональные особенности обычно появлялись на первом этапе беременности. Женщины нередко заявляли: «Хочу, чтобы меня пожалели»; «Хочу больше внимания». Одна пациентка пожаловалась на непонятное ей самой чувство, выраженное фразой «Все против меня». Такое высказывание не имело характера бреда, сопровождалось критической оценкой и адекватным поведением.

У 7 % беременных в жалобах четко звучала легкая депрессия. Эти женщины давали заниженную самооценку по шкале счастья («Чего-то не хватает, сама не знаю»), могли обвинять себя за плохой характер («Не умею дать сдачи»; «Слишком добрая»), занижали самооценку и по другим шкалам, жаловались на легкую грусть, ностальгию («Приходят на ум старые песни»; «Вспоминается первая любовь»). Двигательной, речевой заторможенности у них не было.

В преморбиде это были женщины с четкой акцентуацией характера: тревожно-мнительные, с постоянно пониженным настроением или частыми его перепадами. У одной женщины отмечена клинически выраженная ситуационная депрессия невротического уровня.

У 4 % женщин отмечено улучшение настроения («подъем») без заметного нарушения адаптации, с завышенной самооценкой по всем шкалам. В отсчитывании от 100 по 7 они делали не меньше ошибок,

чем другие женщины, но не огорчались этим. Это были женщины с постоянно повышенным настроением в преморбиде. Во время беременности настроение еще больше повышалось, жалобы на здоровье, тревога за исход беременности отсутствовали.

Большинство беременных женщин (80 %) отмечали повышенную утомляемость, которая могла появляться с ранних сроков беременности и усиливаться в последнем триместре. Иногда женщины констатировали, что с уходом в декретный отпуск утомляемость уменьшалась, так как появлялась возможность отдохнуть. В большинстве случаев утомляемость нарастала по мере приближения к родам. Сами женщины квалифицировали ее как физическую усталость, однако при внимательном опросе лиц, занимающихся умственным трудом (подготовка к экзаменам, работа с компьютером и т.п.) обнаруживалась психическая утомляемость, резкое снижение психической продуктивности. Выявлялось это и при отсчитывании по Крепелину (снижалось активное внимание, удлинялись интервалы между вычитаниями, допускалось много ошибок).

Обычно параллельно с появлением утомляемости у женщин меняется сон. Только у 18 % обследованных нами сон оставался прежним, как до беременности. У 50 % беременных время сна удлинялось, появлялась сонливость днем, у 8 % — сон, наоборот, укорачивался. Часть из них при этом спали глубоко и днем не испытывали повышенной сонливости. Встречались затрудненное засыпание («Не могу найти удобного положения»; «Живот мешает»), частые пробуждения, главным образом из-за необходимости сходить в туалет, ранние пробуждения, тревожные сновидения. Расстройства учащались с приближением родов.

У 22 % женщин выявлено наличие длительной психотравмирующей ситуации, причинами которой, как правило, были плохие отношения с мужем, болезнь мужа, отсутствие собственной квартиры, конфликты с родственниками либо материальные трудности. Конфликты на работе не были актуальными.

У 50 % беременных в анамнезе выявлены достаточно серьезные заболевания (перенесенные без осложнений детские инфекции, простуды, грипп не учитывались): язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, воспаление легких, ангины, гипертрофия щитовидной железы с нарушением функций, болезнь Боткина, тромбофлебит и даже сифилис.

Характерологическая оценка беременных не претендует на точность, так как она проводилась во время беседы. Учитывались пове-

дение во время контакта, особенности психических функций, анамнез, уровень самооценки и результаты отсчитывания по Крепелину.

Более половины (56 %) женщин оценены нами как гармоничные, хорошо приспособленные к различным ситуациям, избегающие межличностных и внутриличностных конфликтов. Остальные имели ту или иную акцентуацию личности, причем у двух женщин она была выражена в такой степени, что можно было говорить о психопатии. Одна из них, возбудимая, упрямая, правдолюбка, жестоко избивала своего семилетнего сына, жалела об этом, но не могла удержаться. Считала, что ребенок похож на нее по характеру, непослушный, упрямый, убегает из дома. Самооценка была занижена только по шкале характера, остальные параметры (здоровье, ум, счастье) оценивались высоко. Вторая дала заниженную самооценку по всем шкалам, особенно характера. Считала себя «вредной», упрямой, замкнутой. Жаловалась на вялость, сонливость, капризность («Сама не знаю, чего хочу»), конфликтность, раздражительность. Домоседка, любит вязать, работать на огороде. Эти особенности характера усилились во время беременности. Обе делали грубые ошибки при отсчитывании по Крепелину, плохо сосредоточивались, уставали.

Самой частой (14 %) акцентуацией в наших наблюдениях были тревожно-мнительные черты. Возможно, эта цифра завышена за счет усиления тревожных черт характера во время беременности. Эмоционально-возбудимых, застревающих, стеничных, упрямых (эмоционально-возбудимые, эпилептоидные) среди обследованных было около 8 %, шизоидных — 6, гипертимных — 6, циклоидных — 2 и гипотимных — 2 %.

**Предменструальный синдром** выявлен нами у 18 % исследованных женщин. Для него были характерны различная степень выраженности и полиморфные клинические проявления: раздражительность, дисфория, подавленность настроения, повышенное половое влечение и даже агрессивность перед месячными, боли в кишечнике, метеоризм, поносы, нагрубание молочных желез, менструальные угри, зуд вульвы, головные боли. У подавляющей части (2/3) женщин встречались преимущественно психические жалобы.

Обращал на себя внимание тот факт, что предменструальный синдром встречался, как правило, у акцентуированных личностей, в первую очередь гипертимных, циклоидных, гипотимных, тревожно-мнительных. У этих женщин тяжелее протекала беременность, был более выражен токсикоз, чаще, чем у других беременных, наблюдались обмороки, головные боли, субфебрильная температура,

неустойчивость кровяного давления, повышение потливости, свидетельствующие о диэнцефальных нарушениях.

Тяжелее протекала беременность у незамужних женщин (12 %). Это были акцентуированные личности с неустойчивой самооценкой. Исключение составила 27-летняя женщина, работающая барменом, которая поставила себе цель родить ребенка, имела слегка завышенную самооценку, быстро, без ошибок считала, не предъявляла физических и психических жалоб, легко переносила беременность. У остальных чаще встречались явления раннего токсикоза, было больше тревожных и депрессивных проявлений. У большинства беременных завышена самооценка, типичны астения, тревожность, неустойчивость настроения.

Результаты наших наблюдений подтверждают существующую в литературе точку зрения о частых вегетативно-психических расстройствах пограничного уровня в период беременности, нередко обусловленных ситуацией. Только в одном наблюдении из 100 была выявлена четкая ситуационно обусловленная депрессия. В 7 % случаев имели место легкие депрессивные, в 4 % — легкие маниакальные состояния, при которых адаптация заметно не нарушалась и которые, вероятно, можно оценить как усиление личностных черт. Больших психозов в этой группе не отмечено.

У беременных женщин чаще наблюдались проявления раннего токсикоза (нарушение аппетита, тошнота, рвота, непереносимость запахов, избирательность к пище). Реже встречались признаки других диэнцефальных расстройств. Таким образом, для беременности характерны неустойчивость настроения с легким возникновением плаксивости, раздражительности, усиление ранимости, обидчивости, тревоги, особенно к концу срока, за исход беременности и состояние будущего ребенка, повышенная физическая и психическая утомляемость, истощаемость и неустойчивость активного внимания, сонливость днем, удлинение в половине наблюдений ночного сна, реже другие изменения сна, неустойчивость (большой разброс по шкалам) и, в целом, завышенность самооценки.

**История болезни.** Больная Ш., 22 лет, продавец по специальности, замужем. Беременность 7,5 мес, желанная, первая.

Страдает язвой двенадцатиперстной кишки (в настоящее время — вне обострения). Месячные без особенностей.

По характеру общительная, доверчивая, уживчивая, удовлетворительно училась в школе, училище.

Беременность протекает не тяжело, без тошноты, рвоты, во втором триместре повышался аппетит. Обмороков, головных болей, случаев повышения температуры не было. На короткое время госпитализировалась в связи с уг-

розой выкидыша. На шестом месяце появились физическая утомляемость, одышка при нагрузке. Психической утомляемости не чувствует.

Во время осмотра настроение пониженное. Двигательная заторможенность и замедления мышления нет, на вопросы отвечает кратко, но точно. Испытывает чувство вины и не видит выхода из сложившейся ситуации. Жалуется на повышенную раздражительность, трудное засыпание, сокращение ночного сна, частую сонливость днем. Откровенно рассказала, что беременность не от мужа. Забеременела перед свадьбой. Не знает, как вести себя. Хотела рассказать и посоветоваться с матерью, но не смогла. Муж любит ее. Хвалит мужа как человека, испытывает стыд перед ним. Боится, что ребенок будет похож на настоящего отца и все само собой раскроется.

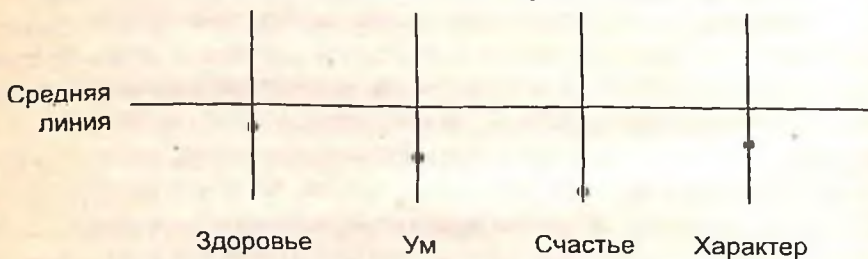
За исход родов не тревожится, заявляет, что ей все равно («Не знаю, что лучше»). Рассказывая о себе, не плачет, угрюма, не смотрит в глаза собеседнику. Суицидальные мысли отрицает.

Отсчитывание по Крепелину проводит достаточно быстро. Допустила три ошибки, плохо сосредоточивается.

(100-7)....93...86...79...72...64...57...51....44....36...28...21....8..1

Самооценка по методике Дембо—Рубинштейн занижена. На линии «Счастье» отметку делает внизу, на крайней точке, и объясняет это сложившейся ситуацией. Отметки на линиях «Здоровье», «Ум», «Характер» — значительно ниже середины.

#### Самооценка по Дембо—Рубинштейн



К психиатрам не обращалась и не думала об этом. Психически больной себя не считает. Наличие в прошлом депрессий и беспричинных подъемов настроения отрицает.

*Диагноз:* актуационная депрессия невротического уровня (по МКБ-10 — пролонгированная депрессивная реакция).

Возникла в связи с психотравмирующей ситуацией. Переживания больной отражают характер психотравмы. Состояние не возникло бы без стрессового фактора. Стрессор захватывает и микросоциальное окружение.

Депрессия клинически проявляется сниженным настроением, ухудшением сна, внимания, самооценки, уверенности в себе, чувством вины, пессимистическим видением будущего.

# 3

## Психика родильниц. Послеродовые блюзы, легкие депрессии и мании

Родильницей называется женщина от момента отделения последа до окончания процессов обратного развития полового аппарата и изменений в других органах, возникающих во время беременности. Этот период длится в среднем 6–8 недель после родов.

В данной главе приводятся результаты исследования 90 родильниц в системе родовспоможения (роддом, женская консультация), не обращавшихся за помощью к психиатрам и считавших себя психически здоровыми.

Легкие расстройства настроения родильниц описаны в литературе под разными названиями: послеродовой блюз (материнская меланхолия, материнский блюз), послеродовой невроз и др.

Тот факт, что послеродовые расстройства психики не исчерпываются послеродовыми психозами и депрессиями средней тяжести, заметили давно. На это есть указания в ранних работах конца XIX — начала XX в. Более пристально пограничные расстройства психики в послеродовом периоде стали изучаться позже.

Так, И.Е. Авербух (1967), исследуя психическое здоровье родильниц, отметил частую неустойчивость и снижение общего фона настроения, психическую астению. Большинство женщин, по наблюдению автора, испытывало не любовь, а, скорее, жалость к новорожденному, любопытство. Причину астенических и невротических расстройств после родов автор оценивает как общую неспецифическую стрессовую реакцию (боль, волнение, гармональные сдвиги и пр.). Он приходит к заключению, что наблюдаемые психические и соматические изменения у здоровых родильниц являются фоном, на котором развивается послеродовой психоз и что этот фон окрашивает клиническую картину и затрудняет диагноз.

Л.П. Красавина и Н.Д. Аносова (1973) описывают в послеродовом периоде разной выраженности депрессии с большим полиморфизмом клиники. Близкие наблюдения приводят В.Д. Эм (1974), А.Е. Архангельский с соавт. (1983), описывая клинику субпсихотических и abortивных расстройств, невротических состояний.

Г.В. Скабло, С.Ю. Циркина (1995) выделяют так называемые «материнские депрессии», возникающие у каждой третьей роженицы.

В исследовании, охватывавшем 467 женщин в послеродовом периоде (L. Jacobson et al., 1965), у 44 % была выявлена астения, у 26,1 — легкая депрессия, у 36,6 — утренняя депрессия, у 26,1 — тревога, у 36,6 % — раздражительность, у 21,6 % отмечены нарушения сна. Часто симптомы комбинировались. Так, у 20 % женщин одновременно наблюдалось по шесть симптомов, у 25 % — по четыре. Подобные результаты приводят и другие авторы (J. F. Daubech, J. Fetal, 1972; G. Fegetter et al., 1981; Cox, J. Letal, 1987).

Ряд авторов (J. D. Jalom et al., 1968) назвали эти состояния *послеродовыми блюзами* (от англ. *blue chevies* — меланхолия, уныние).

Более подробно эти расстройства описали Г. Дэвид, М.Д. Инвуд (1989), Дж. Михаэль с соавт. (1989), М. Гельдер с соавт. (Оксфордское руководство по психиатрии, переведено на русский язык в 1999 г.), Д. Гольдберг с соавт. (учебник по психиатрии, переведен в 1999 г.).

М. Гельдер с соавторами, описывая послеродовые блюзы, указывают, что у женщин после нормальных родов в 50–75 % случаев наблюдаются периоды раздражительности, эмоциональной лабильности, беспричинной слезливости, неустойчивого настроения. Особенно типична лабильность настроения, которая проявляется в резких, внезапных переходах от эйфории к глубокой печали.

Эти симптомы достигают пика на 3–4-й день после родов. Больные часто говорят о «спутанности», но это не подтверждается результатами тестирования когнитивных функций, поскольку получаемые результаты нормальны. Несмотря на типичную в подобных случаях слезливость, пациентки могут не ощущать подавленности, которая указывала бы на депрессию, чувствуя лишь напряженность и раздражительность (I. Jalom et al., 1968; J. Davidson, 1972; J. Davidson et al., 1985).

Описанные явления чаще всего встречаются у перворожающих женщин. Они не обусловлены осложнениями при родах или применением обезболивающих средств.

По некоторым наблюдениям, у многих женщин, подверженных этому состоянию, в последнем триместре беременности отмечаются депрессивные симптомы, до беременности для них было характерно предменструальное напряжение. Ссылаясь на литературные источники, М. Гельдер с соавт. (1999) связывают эмоциональные нарушения с процессами восстановления нормального гормонального баланса в организме после родов. (Концентрация экстрогенов и прогестерона резко возрастает в последние недели беременности и очень постепенно снижается после родов. Возникают также изменения в выработке

кортикостероидов, кортикостероидсвязывающего глобулина.) Однако убедительных доказательств тому пока нет.

Специального лечения при легких послеродовых нарушениях настроения не требуется, поскольку они проходят самостоятельно в течение нескольких дней (Н. Kennerley, D. Gath, 1989).

Д. Гольдберг с соавт. (1999) считают, что «материнской меланхолией» в течение первой недели после родов страдают 80 % рожениц, причем эти показатели одинаковы в разных странах и, по-видимому, не зависят от особенностей культуры и этнической принадлежности. Не обнаружено и какой-либо устойчивой их связи с принадлежностью к определенному социальному классу, с акушерскими осложнениями.

Авторы задаются вопросом, можно ли эти широко распространенные состояния оценивать как патологические. Пока несомненно одно — они вызывают существенный дискомфорт и требуют внимания врача.

Симптомы, как правило, развиваются стереотипно, начиная с первого дня после родов. Женщина ощущает усталость, изнеможение, отсутствие аппетита, неспособность сосредоточиться. Иногда наблюдается легкая растерянность и дезориентировка. В течение первых суток примерно у половины женщин отмечаются нарушения сна, раздражительность, плаксивость. Однако наряду с этим почти у 80 % женщин в этот день преобладает радостное, приподнятое настроение, что является нормальной реакцией на рождение ребенка. В некоторых случаях (8 %) такое эйфоричное состояние сохраняется и даже усиливается в течение последующих трех дней, сопровождаясь чрезмерной словоохотливостью, повышенной активностью и возбудимостью. К симптомам, достигающим своего пика на 3–5-й день после родов, относятся подавленное настроение, ощущение беспокойства, возбуждения, раздражительности. Переход настроения от депрессии к эйфории и наоборот возможен в течение одного часа. В этот период многие женщины по малейшему поводу плачут, у некоторых возникают мысли депрессивного содержания, отражающие низкую самооценку, чувство вины, пессимистическую оценку будущего. Раздражительность, гнев направлены на партнера или персонал больницы.

Авторы также связывают возникновение послеродового материнского блюза с биологическими изменениями в организме роженицы. Однако до сих пор не удалось выявить определенной связи между наличием (или степенью тяжести) соответствующей симптоматики и гормональным статусом. Высказывается гипотеза о связи снижения



концентрации эстрогена и прогестерона, наступающего после родов, с имеющимися в коре головного мозга участками, чувствительными к этим гормонам.

Пока нет данных, которые указывали бы на то, что иные жизненные события (помимо родов) оказывают влияние на развитие описанного состояния и что в связи с этим повышается риск развития психических расстройств вообще.

В оценке клиники и происхождения послеродовых блюзов нет единства; несомненно только, что это часто возникающие эмоциональные послеродовые изменения. По мнению большинства авторов, изучавших эту проблему, блюзы чаще встречаются у первородящих женщин.

В большинстве публикаций указывается, что это непродолжительные (7–10 дней) эмоциональные расстройства, начинающиеся сразу после родов и достигающие пика на 3–4-й день. Однако есть сведения, что послеродовой блюз может начаться в течение первых 6 недель после родов и что его причиной являются не только биологические изменения, связанные с родами, но и психологические стрессы (С. David, M. Inwood, 1989).

Кроме того, существует мнение, что пик послеродового блюза коррелирует с динамикой содержания гонадотропина, а также с уровнями эстрогенов и прогестерона, МАО и триптофана.

Вопрос о том, можно ли послеродовой блюз считать отклонением от нормы или это «нормальное проявление послеродового опыта», окончательно не решен.

С целью изучения клиники послеродовых блюзов и легких послеродовых депрессий нами проведено исследование родильниц в условиях родильного отделения и женской консультации.

Выяснилось, что если в этот период не возникает послеродовых психозов и послеродовых депрессий с достаточно выраженными расстройствами психики, женщины за помощью к психиатрам не обращаются, психиатрами и психотерапевтами практически не наблюдаются, адекватной психотерапевтической помощи не получают.

Врачи родильных отделений и женских консультаций не выявляют послеродовых блюзов и легких депрессий из-за слабой выраженности психических расстройств, их «обыденности», а также ввиду недостатка знаний в области пограничной психиатрии.

Нами изучено 50 женщин родильного отделения на 3–8-й день после родов и 40 женщин, наблюдавшихся в женской консультации на 2–7-й неделе после родов.

С этой целью использовалась специально разработанная анкета, отражающая осложнения не только в период беременности, но и во время и после родов.

У всех женщин исследовался уровень самооценки по методике Дембо—Рубинштейн. Использован отсчет по Крепелину (см. Приложение 2). При исследовании родильниц в методику Дембо—Рубинштейн была дополнительно введена пятая шкала «Здоровье ребенка», отметки на которой делались по тому же принципу, что и на остальных шкалах.

На первой неделе после родов (3—8-й день) у родильниц, как и у беременных, самооценка оставалась завышенной и имела тенденцию к повышению по всем шкалам. Разброс поставленных на шкалах точек у одной и той же родильницы оставался значительным. Чаще они, как и беременные, были недовольны своим характером и оценивали его ниже, чем здоровье, ум, счастье.

Здоровье ребенка 60 % женщин по введенной нами шкале оценили как очень хорошее, 28 % — как хорошее. Таким образом, 88 % точек были расположены в верхней четверти линии и только 12 % — ниже. Лишь в случае явной патологии (4 %) отметка ставилась почти на нижней точке шкалы. Женщины мотивировали высокую оценку здоровья ребенка тем, что он «еще не успел заболеть».

Собственное здоровье родильницы оценивали несколько ниже. В верхней четверти шкалы точки ставились в 70 % случаев. Здоровье в 20 % случаев оценивалось как очень хорошее, в 50 % — как хорошее, в 4 % — как плохое (точка располагалась внизу шкалы).

Большинство женщин (65 %) считали себя умными, 15 % — очень умными, т.е. 80 % точек были поставлены в верхней четверти шкалы. Ниже средней линии (ум ниже среднего) оценок не было.

Счастье обычно оценивалось как большое или очень большое (соответственно 50 и 24 %); при этом точки располагались в верхней четверти шкалы и на самом ее вершине. Несчастливыми себя считали лишь 4 % женщин.

В целом 10 % родильниц обнаружили высокую оценку по всем шкалам, 8 % — заниженную и 4 % расположили точки в средней части линии или чуть ниже.

Этот легко выполнимый тест свидетельствует о завышенной самооценке женщин в раннем послеродовом периоде, связанной, вероятно, с приподнятым эйфоричным настроением и высокой оценкой происшедшего события.

Тест может быть использован как «прикидочный» для оценки аффективной сферы, по крайней мере он дает возможность легко начать беседу, уточнить, почему пациентка считает себя чрезмерно счастливой или несчастной, здоровой или больной и т.д.

Легко допустить, что самооценка может зависеть от возраста, так что несколько завышенная самооценка у родильниц объясняется их преимущественной молодостью. В связи с этим нами исследована группа практически здоровых женщин 19–30 лет, которая сопоставлялась с группой старше 40 лет (по 20 чел.). Действительно, самооценка в молодом возрасте оказалась несколько выше, чем в возрасте после сорока, но разница была не столь значительна, чтобы объяснить этим завышенную самооценку беременных в поздних сроках или родильниц.

При выполнении отсчитывания по Крепелину ошибки при вычитании в раннем послеродовом периоде (2–7-й день после родов) допустили 73 % женщин, что на 7 % ниже, чем у беременных в поздних сроках (III триместр). Количество ошибок, допущенных в среднем одной женщиной, существенно уменьшилось (с 2,5 до 1,5). Не смогли довести отсчет до конца 4 % женщин; из них одна отказалась считать, мотивируя это тем, что ей трудно сосредоточиться. Женщины после родов реже, чем беременные, жаловались на усталость. Почти все ошибки были допущены в единицах при переходе через десятки. Только 7 % женщин ошиблись в десятках. Снижение количества допущенных ошибок в расчете на одну женщину и при операциях с десятками дает возможность предполагать, что, по сравнению с последними сроками беременности, после родов уменьшается астения, улучшается активное внимание, продуктивность счетных операций.

Ряд женщин во время беседы подчеркивают тот факт, что утомляемость, слабость после родов быстро проходят, что они менее выражены, чем в конце беременности.

Вместе с тем жалобы на повышенную утомляемость сохраняются у 75 % обследованных после родов женщин. Степень ее выраженности разная, от значительной до легкой. У всех женщин, не допустивших ошибок при отсчитывании по Крепелину, жалоб на утомляемость не было. Только у половины женщин удлинялись интервалы на 4–5-м вычитании, что можно связать с нарастающей усталостью и замедлением счетных операций.

Складывается впечатление, что успешность отсчитывания по Крепелину зависит от уровня психической астении и что последняя остается все еще значительной в раннем послеродовом периоде.

У 93 % наблюдавшихся в родильном отделении женщин после родов наступала эйфория, имевшая много индивидуальных нюансов. Такое состояние характеризовалось родильницами как чувство радости, облегчения, подъема, просветления, оценивалось ими как психологически понятная реакция на свершившиеся роды. Степень выраженности эйфории была различной, но практически такая эмоция не нарушала адекватного поведения.

Не отмечено послеродовой эйфории у женщин, столкнувшихся с психотравмирующими ситуациями перед родами или в их процессе.

В случае, если послеродовой блюз не развивается (30 % женщин), эйфория остается умеренной, психологически оценивается как радость в связи с состоявшимися родами. В последующие дни она медленно, без перехода в иное аффективное состояние, уменьшается и проходит. У этой группы женщин в сравнении с теми, у кого развивается блюз, беременность протекала легче: были менее выраженными явления раннего токсикоза (изменения аппетита, тошнота, рвота, избирательность к пище, повышенная реакция на запахи), астения, повышенная сонливость и нарушения ночного сна; реже встречались обмороки, субфебрильная температура, неустойчивость артериального кровяного давления; они реже поступали в стационар для сохранения беременности; у них отсутствовал предменструальный синдром; настроение заметно не менялось.

По нашим наблюдениям, послеродовой блюз на первой неделе после родов характерен для 70 % женщин, что соответствует данным, приводимым в литературных источниках по разным регионам и странам. Достоверно чаще он встречается у первородящих молодых женщин с личностной акцентуацией и предменструальными расстройствами.

В случае послеродового блюза на фоне послеродовой усталости также возникает эйфория. В ближайшие сутки после родов 40 % этих женщин не могли уснуть. В последующие сутки сон оставался тревожным, а в дальнейшем постепенно нормализовался.

Аппетит у 30 % женщин на фоне послеродового блюза снижался, в последующие дни постепенно нормализовался. Обычно расстройства сна и аппетита были сопутствующими.

В первые, реже во вторые сутки после родов женщины отличаются повышенной говорливостью. Обычно собеседницами становятся соседки по палате. Обсуждаются злободневные проблемы, касающиеся родов, новорожденных, записываются кулинарные рецепты. Сами женщины оценивают это состояние как необычную жажду общения.

Состояние эйфории может сочетаться с чувством напряженности, раздражительности, взбудораженности, с волнением. Половина женщин легко плачут «от счастья». Такое слабодушие может сохраняться вплоть до выписки. Эйфория в значительной части случаев может резко, чаще на 3–5-й день после родов, сменяться беспричинной грустью с депрессивными мыслями. Изредка наблюдаются неприязнь к партнеру, обслуживающему персоналу, раздражительность, гневливость, страх. Эйфория и грусть могут чередоваться и сменять друг друга несколько раз. Эмоции характеризуются неустойчивостью, подвижностью, большим разнообразием. Обычно спустя неделю состояние нормализуется.

У 10 % обследованных женщин в послеродовом периоде отмечалась ситуационная подавленность настроения. Две из них решили отказаться от ребенка. Одна из этих женщин злоупотребляла алкоголем, имела четко выраженную истерическую акцентуацию характера. Это был третий ребенок в семье, родившийся с алкогольной эмбриопатией. Вторая женщина, родившая здорового ребенка вне брака, мотивировала отказ тем, что живет в общежитии, недостаточно обеспечена материально, ее осуждают родители. У обеих женщин в клинической картине вместо послеродовой эйфории присутствовали грусть, подавленность, беспокойство.

У трех женщин возникли проблемы со здоровьем новорожденных, что определяло их угнетенное состояние, тревогу и беспокойство.

В заключение следует подчеркнуть, что даже при благоприятном течении послеродового периода на фоне адекватной радости в связи с прошедшими родами имеют место явления послеродовой астении и склонность завышать самооценку. Эти особенности следует учитывать в работе с самими «здоровыми» родильницами.

Послеродовые блюзы проходят без медикаментозного лечения, однако эта категория женщин требует повышенного внимания со стороны медицинского персонала, умения оценить их состояние, найти к ним подход, провести конструктивную беседу с ними и их родными в отношении вероятного прогноза и помощи в домашних условиях. В случаях нарушений сна и аппетита следует оказать своевременную помощь, рекомендовать одноразовое назначение лекарств в связи с нарушением сна, уговорить поесть при плохом аппетите.

За женщинами с послеродовыми блюзами следует вести пристальное наблюдение, пока не наступит полное выздоровление. С эмоциональной неустойчивости, нарушений сна обычно начинаются послеродовые психозы и тяжелые депрессии, их начало в большинстве случаев совпадает по времени с проявлениями блюза.

В случаях дополнительных психотравмирующих ситуаций психотерапевтическая работа с такими женщинами должна быть более активной и индивидуальной.

**История болезни.** Больная О., 22 лет, замужем. Ребенок и беременность первые, ребенок запланированный, желанный. Образование высшее, директор магазина. Осмотрена перед выпиской на 7-й день после родов в родильном отделении.

Перенесла без осложнений ряд детских инфекций (ветрянку, корь, краснуху), нечасто бывали ангины, болела воспалением легких. Месячные с 13 лет, за неделю до начала месячных испытывает раздражительность, угнетенность настроения. По характеру неуверенная, тревожная из-за повышенных опасений, во всем любит порядок, доводит до конца начатое дело, сделанное проверяет. Навязчивости отрицает. Отношения с мужем хорошие.

В первом триместре беременности беспокоила тошнота, раздражали запахи, хотелось соленого; однажды потеряла сознание. Во втором триместре был повышен аппетит. Трижды госпитализировалась в связи с угрозой выкидыша.

Во время беременности настроение отличалось неустойчивостью. Женщина легко раздражалась, плакала, чрезмерно тревожилась за исход родов, проявляла излишнюю суевливость. Утомляемость в последнем периоде беременности была незначительной, сон не нарушался. Роды прошли без патологии, правда, была разрезана промежность и наложены швы. Родила доношенного здорового мальчика весом 3600 г. Любовь к ребенку почувствовала сразу. Кормит грудью. После родов в течение последующих трех дней не хотелось есть, сон не нарушался. После родов испытала радость («Перешагнула Рубикон — хотели с мужем мальчика»). Было чувство усталости, изнеможения. В течение 1—2-го дня после родов была говорливой, искала собеседника. Временами испытывала немотивированную тревогу, страх, растерянность, начинала плакать. Такое состояние стало возникать на 3—4-й день после родов, продолжалось несколько часов и само проходило. Во время осмотра слегка грустная, слабодушная («Плачу от счастья»). Чувства физической усталости почти не испытывает. На психическую усталость не жалуется.



Характерен большой разброс точек по шкалам. Не смогла объяснить, почему свое здоровье оценила ниже среднего («Сомневаюсь в нем»), здоровье ребенка и свое счастье расположила в верхней точке шкалы и т.д.

При отсчитывании по Крепелину задание поняла сразу, допустила только одну ошибку на единицу при переходе через десяток. Интервалы к концу вычитания стали удлиняться, что свидетельствует о психической астении и незначительных затруднениях при счетных операциях:

(100—7)..93.86.....79....72.....65.....57.....50....43.....36.....29....22..15....8....1

*Диагноз:* послеродовой блюз. Клинически блюз проявился возникшей на фоне послеродовой усталости эйфорией, нарушением аппетита, крайней эмоциональной неустойчивостью, плаксивостью, беспричинными сменами настроения, большим разнообразием возникающих эмоций (тревога, грусть, растерянность, страх). Отмечена неустойчивость самооценки с тенденцией к ее завышению, легкая психическая астения, выявляемая пробой Крепелина.

Состояние нормализовалось без лечения. Пациентка в родильном доме нуждалась в повышенном внимании персонала и врача, рациональной беседе. Целесообразно дальнейшее пристальное наблюдение за психическим состоянием в женской консультации и в домашних условиях, так как в день выписки у родильницы оставалась легкая грусть. Такими расстройствами в родильном отделении могут начинаться послеродовые психозы и депрессии.

Легкие аффективные расстройства у родильниц наблюдались нами в условиях женской консультации. С целью выявления этих состояний было безвыборочно обследовано 40 женщин спустя 2—7 недель после родов. Ни одна из родильниц к психиатрам не обращалась, аффективные расстройства у них выявлены не были.

У двух женщин этой группы наблюдалось гипоманиакальное состояние. Эти случаи представляют особый интерес, так как в доступной нам литературе описываются преимущественно послеродовые депрессии, да и наши наблюдения в условиях психоневрологической амбулаторной службы касались только послеродовых депрессий.

Обе женщины имели одинаковый возраст (24 года), состояли в счастливом браке, родили первого желанного ребенка. В преморбиде отличались веселым, общительным, открытым характером, к психиатрам никогда не обращались. Гипоманиакальные состояния у обеих женщин характеризовались ускорением речи и мышления, многоречивостью. Они легко начинали плакать, жаловались на утомляемость, но не фиксировались на этом. При отсчитывании по Крепелину с трудом сосредоточивались, допускали ошибки.

При исследовании самооценки женщины давали завышенные результаты — на 4 шкалах из 5 ставили отметку на самой верхней точке. Обе были уверены в своем будущем, здоровье детей оценивали как блестящее, кормили их грудью, сами за ними ухаживали; жизнь считали интересной, брак — счастливым. У обеих беременность протекала

благополучно, не было признаков раннего токсикоза. Одна из них во время беременности чувствовала прилив энергии и повышенную раздражительность, вторая утверждала, что настроение с беременностью не изменилось, хотя и признавала, что стала чаще плакать, обижаться.

Во время родов у одной из рожениц наблюдалось кровотечение. Значения этому она не придавала, сама об этом не сообщала.

Несомненно, обе женщины нуждались в наблюдении психиатра, работающего в условиях поликлиники и обслуживающего данную консультацию. Ниже приводится выписка из истории болезни одной из них.

**История болезни.** Больная А., 24 лет, замужем. Беременность первая, ребенок желанный. Преподаватель философии в техникуме.

По характеру общительная, веселая, активная, хотя, начиная с пубертатного возраста, приблизительно раз в полгода случались спонтанные спады настроения, продолжавшиеся 2–3 дня. Училась хорошо, но меняла институт: занималась химией, а затем философией.

Ничем серьезным не болела. Близорукая. Месячные регулярные, безболезненные. Воспитывалась в благополучной семье. Отношения с мужем гармоничные. Живет со своими родителями.

Беременность протекала без изменений аппетита, тошноты, рвоты. В первом триместре была несколько повышена чувствительность к запахам. Обмороков, головных болей, повышения температуры, потливости не было. Для сохранения беременности в стационар не направлялась.

Настроение во время беременности заметно не менялось, стала более ранимой, плаксивой, сон не удлинялся, сонливости не было.

Родила самостоятельно доношенного мальчика весом 3500 г. Ребенок здоров, беспокойный, часто просыпается по ночам. Ребенку на день осмотра — 16 дней. Вскармливание грудное. Есть трещины на сосках. Были подъемы температуры до 38,5°. Нагрубали грудные железы.

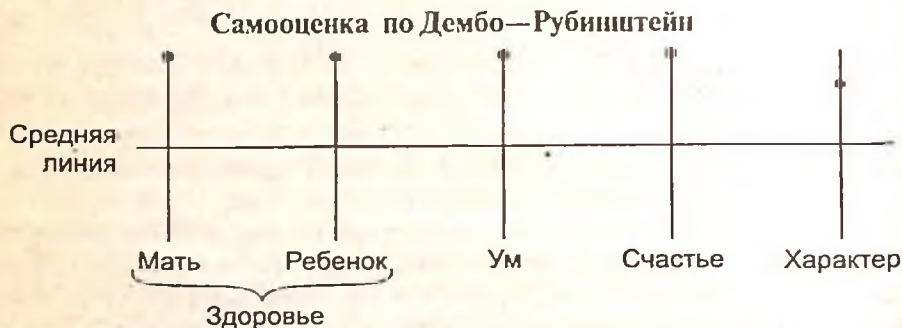
Любит ли ребенка, сказать не может («Мое уже»). После родов настроение хорошее, но появилась плаксивость («Злюсь на слезы»). Раздражительность отрицает. По дому ничего сделать не успевает, помогают родные. Спит, ест достаточно. Во время осмотра экзальтированная, настроение приподнятое, жалуется на утомляемость, плаксивость. Речь ускоренная, говорит много, суждения категоричные, поверхностные. Свое состояние описывает противоречиво. Собой довольна, хотя страдает от «трещин сосков». Жизнь считает интересной, мужа — особенным, друзей — интеллектуалами. Все хочет делать сама, но успевает только кормить ребенка («По четыре часа беседую с матерью, утешаю ее»). Отвлекаемая, легко умиляется, появляются слезы. Долго не может проститься, продолжая рассказывать.

При вычитании от 100 по 7 считает быстро, допустила ошибку на единицах при переходе через десяток, счет прервала на середине.

(100–7)....93...86...79...72...62.58...51...64.....50...43...«Не хочу больше».



При исследовании самооценки дает завышенные результаты: здоровье, свое и ребенка, ум, счастье отмечает на верхней точке шкалы и оценивает как очень хорошее. Ниже верхней точки оценивает только характер, подчеркивает, что она «Слишком много говорит», что дома несобранная.



Сама пациентка больной себя не считает, родные (муж, врач) за советами к психиатрам не обращались. Врач женской консультации отмечает необычное психическое состояние пациентки, но квалифицировать его не может, никаких действий не предпринимает и советов не даст.

*Диагноз:* гипоманиакальный синдром в послеродовом периоде.

Состояние характеризуется ускорением мышления, чрезмерной говорливостью, повышенным настроением, повышенной самооценкой и отвлекаемостью, снижением продуктивной деятельности, но завышенной непродуктивной активностью.

В структуру маниакального состояния включены атипичные симптомы: слезливость, жалобы на повышенную утомляемость.

В преморбиде настораживают повторяющиеся спонтанные спады настроения с пубертатного возраста. Не исключено, что послеродовое атипичное гипоманиакальное состояние является проявлением эндогенных аффективных фаз с первым четким эпизодом, возникшим после родов. Нуждается в дальнейшем наблюдении психиатра.

Еще у 5 женщин из 40 выявлены легкие депрессивные расстройства непсихотического уровня. Квалифицировать клинические варианты депрессий у четырех из них оказалось сложно из-за слабой выраженности их проявлений. У одной больной депрессия носила психогенный характер с четким звучанием в картине депрессий психотравмирующих моментов. У остальных клиника была ближе к меланхолической (простой) депрессии без двигательной заторможенности, замедления речи. Женщины жаловались на отсутствие любви к ребенку, на то, что он вызывает у них раздражение. Однако этот признак — отсутствие любви к ребенку — мог проявляться и без всяких видимых депрессив-

ных расстройств. Любовь могла появиться после первого кормления, на второй неделе после родов и даже в более поздние сроки. Одна из женщин без признаков депрессии оставалась холодной к ребенку и спустя 3,5 мес после родов. Если ребенок плохо брал грудь, плакал, она начинала петь или кричать, чтобы не слышать плача.

Часть женщин заявляли, что они любили будущего ребенка уже на ранних сроках беременности и особенно, когда чувствовали его шевеление: пели ему песни, включали музыку, рассказывали сказки. При рождении это чувство было сильным, сформированным.

Вне депрессии неприязнь к ребенку могла быть связана с тяжелой беременностью и родами («Казалось, что он виноват»).

Депрессивные женщины жаловались на легкую грусть, трудности в принятии самостоятельных решений, становились пассивными, малообщительными, быстро уставали. Сон, аппетит заметно не менялся.

За детьми ухаживали сами, брали на себя домашние обязанности, но выполняли их с трудом, только самое необходимое. Принуждали себя, понимали, что так надо.

Ниже приводятся истории болезней с такой стертой (матовой) депрессией и депрессией психогенной, при которой больные не получали необходимой помощи.

История болезни. Больная Б., 22 лет, замужем. Беременность вторая, роды первые. Первая беременность закончилась абортom. Работает учительницей младших классов. Работу любит, хорошо с ней справляется. Осмотрена в женской консультации через 2,5 мес после родов.

По характеру общительная, открытая, не отличается повышенной тревожностью, мнительностью, любит красиво одеваться, танцевать, выступать перед аудиторией, быть в центре внимания. Легко раздражается, но быстро забывает обиду. В коллективе уживчива, с мужем нет взаимопонимания, стоял вопрос о разводе, хотела сделать второй аборт, но все «утраилось», ребенка ждали.

В детстве перенесла без осложнений детские инфекции (какие — не знает), изредка болела «простудой». Менstrуальные с 12 лет, за неделю до их начала становится раздражительной, повышается аппетит.

Беременность переносила не тяжело. Признаков раннего токсикоза не было. Для сохранения беременности в стационар не направлялась.

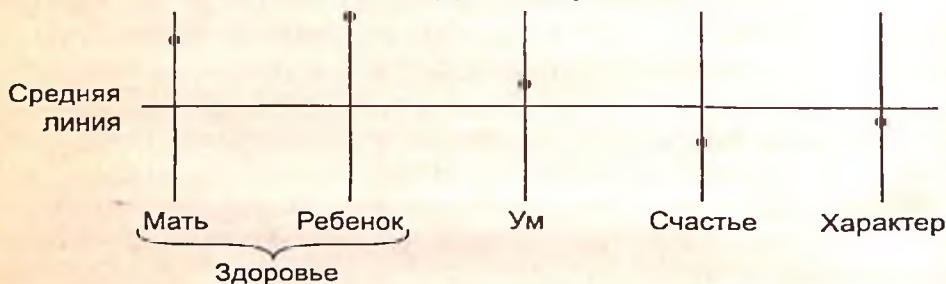
С начала беременности стало более неустойчивым настроение, усилились ранимость, раздражительность, плаксивость. Уставать начала только к концу беременности, удлинился ночной сон, но спала хорошо.

Родила доношенного здорового ребенка. В связи с небольшими разрывами промежности были наложены два шва.

Ребенок спокойный, ухаживает за ним сама, помогают муж и родители. Не кормит, так как оказались плохими соски и лактацию прекратили в родильном доме.

Любовь к ребенку стала появляться лишь через месяц после родов («Как своего не чувствую и сейчас»). После родов было трудно физически, чувствовала усталость, но радовалась тому, что родила, плакала от радости, первые сутки после родов не могла уснуть. Временами возникали малопонятная тревога, раздражительность. В течение первых двух дней был подъем настроения, сменившийся чувством «пустоты без ребенка в животе». Такое состояние продолжается уже 1,5 мес. На депрессию не жалуется, двигательной, речевой заторможенности нет. Часто плачет, стала неуверенной («Лень за что-либо браться», «Делаю, потому что надо»). Стала молчаливой, не хочет видеть друзей. Сон, аппетит — в пределах нормы. К врачам по поводу такого самочувствия не обращалась.

### Самооценка по Дембо—Рубинштейн



Самооценка занижена по шкалам «Счастье» и «Характер», здоровье ребенка считает отличным, свое здоровье — хорошим.

Отсчет по Крепелину провела с ошибкой, без удлинения интервалов между вычитаниями в процессе счета:

(100-7) 93..86...79...72...65...58...51...44...37...23...16.9.2.

*Диагноз:* легкая послеродовая депрессия, проявляющаяся легким скорбным бесчувствием, физическим чувством пустоты внутри, заниженной самооценкой, снижением активности, неуверенностью, легкой грустью. Депрессия сменила послеродовой блюз, продолжается 1,5 мес. Пациентка нуждается в дальнейшем наблюдении, так как есть угроза утяжеления депрессии. Возникла у женщины с истерическими чертами личности и предменструальным синдромом после первых родов. Началась в родильном доме с симптомов «материнского блюза».

Проявления депрессии стерты, однако есть чувство физической пустоты, отсутствие любви к ребенку, не характерная для личности неуверенность, отстраненность от друзей, снижение активности. При отсчитывании по Крепелину признаков утомления, нарушения концентрации внимания не выявлено. Самооценка занижена по шкалам «Счастье» и «Характер». Продолжительность такого состояния — 1,5 мес.

Перечисленные признаки дают возможность предполагать наличие стертой послеродовой депрессии.

**История болезни.** Больная Т., 27 лет, замужем. Осмотрена во время второй беременности (35 недель). Первый ребенок умер во время родов в состоянии асфиксии, вторая беременность желанная. В первом триместре беременности наблюдались тошнота без рвоты, головные боли, лабильное артериальное давление, со второго триместра снизился аппетит. Настроение неустойчивое, повышенная плаксивость. Тревога (боязнь уродства ребенка) появилась в первом триместре беременности и усилилась к ее концу. В прошлом психически здорова.

С семи месяцев появилась физическая утомляемость, нарастающая с увеличением срока беременности. Сон долгий, глубокий, полноценный, днем сонливости нет. Месячные регулярные, болезненные в период сессий.

По характеру спокойная, в меру общительная, впечатлительная, с повышенными тревожностью, мнительностью, ответственностью. Всегда хорошо училась, оканчивает аспирантуру, готовит диссертацию. Мужа любит, брак счастливый.

При выполнении задания по самооценке (обследована во время второй беременности) ум, счастье оценивает как очень хорошие, здоровье, характер — выше среднего.

Отсчитывание по Крепелину ведет достаточно быстро, без заметного изменения интервала отсчета на всем протяжении. Допустила только одну ошибку на единицу при переходе через десяток, на затруднения не жаловалась. Поведение адекватное, хорошо учитывает ситуацию. Откровенная, спокойная.

Сообщила, что первая беременность протекала так же, но ребенок был более активным. Роды два года тому назад закончились смертью ребенка от асфиксии (обвитие пуповины). Тяжело переживала случившееся, понизилось настроение, с трудом засыпала, плохо ела.

После выписки из родильного отделения депрессия продолжалась 3,5 мес. Оставалась подавленной, «Все валилось из рук», постоянно помнила о случившемся. «Хотела поддержать ребенка на руках», винила себя и обстоятельства, считала себя неудачницей, потеряла интерес к диссертации, не могла заставить себя работать, читать, похудела на 7 кг. Стала малообщительной, пассивной. Поддерживал муж, пытался внушить надежду, что она родит еще одного ребенка. Из депрессии выходила постепенно. К врачам не обращалась, лечения не получала.

**Диагноз:** депрессивная психогенная реакция в прошлом. В отличие от естественной психологической реакции для этого состояния характерны значительная выраженность и длительность. В этом состоянии было подавленное, тоскливое, слезливое настроение, чувство вины за случившееся, снижался аппетит. Мысли о смерти ребенка оставались постоянными, переживала ситуацию в сновидениях и наяву, хотелось поддержать ребенка на руках. Стала малообщительной, потеряла ко всему интерес. Возникновение депрессии совпало с психической травмой. Личность с тревожно-мнительной акцентуацией, гиперсоциальностью, что, вероятно, также способствовало возникновению депрессивного состояния.

Обращает на себя внимание тот факт, что ни сама больная, ни ее близкие, ни врачи женской консультации, где она продолжала наблюдаться, не оценили состояние как болезненное и не оказали необходимой помощи.

Все женщины этой группы обследованы по методике Дембо—Рубинштейн и методу отсчитывания по Крепелину.

Оказалось, что и спустя 2—7 недель после родов их самооценка оставалась завышенной, т.е. по сравнению с первой неделей после родов существенно не изменились. Вместе с тем точки стали более равномерно распределяться по шкалам. Появилось больше точек ближе к средней линии (выше и ниже), исчезли очень низкие самооценки, уменьшилось количество очень хороших оценок.

Большинство женщин оценивало свое состояние на шкалах как хорошее. В целом же завышенная самооценка, хотя и в меньшей степени, сохранялась.

При отсчитывании по Крепелину показатели по сравнению с первой неделей после родов улучшались. Только 50 % женщины допустили ошибки при вычитании, что существенно меньше, чем у женщин на первой неделе после родов. Ошибки на десятках были единичными. Счетные операции производились быстрее. Количество ошибок, приходившихся на одну женщину, уменьшилось. Жалоб на утомляемость практически не было.

Проведенные экспериментально-психологические исследования показывают, что в этом послеродовом периоде еще нет адекватной самооценки. Вместе с тем уменьшается количество чрезмерно завышенных и заниженных самооценок, что приближает самооценку к норме.

Результаты отсчитывания по Крепелину свидетельствуют об уменьшении психической астении в сравнении с первой неделей после родов.

Распространенность легких аффективных расстройств (стертые депрессии и мании) в послеродовом периоде (2—7 недель), по нашим наблюдениям, значительная: 15 % от всех обследованных родильниц этого срока без учета средних и выраженных форм послеродовых психических расстройств. Кроме легких послеродовых депрессий встречались случаи гипоманиакального состояния (4 %).

Легкие стертые депрессии и гипоманиакальные состояния акушеры-гинекологи в условиях женских консультаций практически не диагностируют, и женщины остаются без необходимой психиатрической и психотерапевтической помощи. Диагностика этой группы аффективных расстройств, их синдромологическая квалификация вызывают большие трудности из-за стертости, незначительной выраженности клинических проявлений. Чем легче аффективные расстройства в по-

слеродовом периоде, чем ближе они к нормальным личностным реакциям, тем труднее их диагностика.

От послеродовых блюзов такие состояния отличаются большей продолжительностью и постоянством характера эмоций (депрессия или мания).

Сложно дифференцировать наступающие после родов аффективные расстройства с расстройствами личности, особенно если допустить, что в послеродовом периоде может наступить усиление (заострение) присущей человеку личностной акцентуации.

Для проведения дифференциальной диагностики в таких случаях необходимо собрать тщательный анамнез и оценить преморбидные свойства личности, продолжить клинические наблюдения до нормализации состояния.

# 4

## Послеродовые непсихотические депрессии средней тяжести

По литературным данным, послеродовой депрессией заболевают 10–20 % родильниц, хотя достоверно оценить частоту встречаемости этого расстройства, видимо, не представляется возможным.

За три года консультативной работы в условиях амбулаторной психиатрической службы нами наблюдались 35 женщин с умеренной непсихотической послеродовой депрессией. Маниакальных послеродовых состояний не отмечено.

В условиях женской консультации и роддома легкие депрессии были отмечены у 15 % всех родивших женщин, маниакальные состояния — у 4 %. Наблюдения показали, что чем тяжелее клинические проявления послеродовой депрессии, тем реже она встречается. Среди больных с послеродовыми психозами классические депрессивные синдромы редки: из 69 наблюдавшихся нами женщин с аффективными расстройствами только у 15 диагностирована типичная депрессия. Во всех остальных случаях депрессивные и маниакальные состояния были атипичными и характеризовались растерянностью, тревогой, бредом, галлюцинациями и иными включениями, не характерными для депрессивных больных.

Понятно, что только часть депрессивных больных с расстройствами непсихотического уровня попадают под наблюдение психиатров, состоят на амбулаторном учете и получают адекватное лечение. Обычно это более тяжелые варианты послеродовых аффективных расстройств, приближающиеся к послеродовым психозам. В таких случаях сама родильница или ближайшее ее окружение оценивают состояние как болезненное и обращаются к психиатру.

Часть женщин, особенно с ипохондрическими и соматизированными депрессиями, обращаются к тем или иным специалистам в зависимости от того, как они сами оценивают свое соматическое состояние. После «безрезультатного» обследования они в лучшем случае направляются к психиатрам, но чаще остаются без правильного лечения.

Следует помнить, что любая, даже легкая, депрессия мучительно переживается больными. Такие пациентки убежденно заявляют, что

душевная боль «тяжелее любой физической». Поэтому своевременная диагностика послеродовых депрессий, их дифференциация с блюзами приобретает особое значение. В этой связи необходимо учитывать, что, в отличие от блюзов, длящихся 7–9 дней, послеродовые депрессии имеют более продолжительное течение.

В психиатрии нет единой классификации депрессивных расстройств. В последней Международной классификации психических и поведенческих расстройств (1994 г.) отказались от выделения типов депрессий по особенностям психопатологического синдрома.

Депрессии подразделяются в зависимости от степени выраженности: легкий депрессивный эпизод (F 32,0), умеренно выраженный депрессивный эпизод (F 32,1), тяжелый депрессивный эпизод (F 32,3). Кроме того, учитываются наличие или отсутствие соматических симптомов, повторяемость депрессивного синдрома (рекуррентное депрессивное расстройство — легкое, умеренное, тяжелое). Допускаются диагнозы «другие депрессивные эпизоды» (F 32,8), «состояния, не отвечающие описанию депрессивного эпизода» (F 32,0–F 32,3) и «неточненные депрессивные эпизоды» (F 32,9).

Нозологическая принадлежность послеродовых депрессий остается неясной, природу их видят главным образом в биологических и психологических факторах (R. Gubasch et al., 1997), около 40 % послеродовых депрессий квалифицируют как эндогенные. Самый частый (17,6 %) синдромологический вариант, по наблюдениям вышеприведенных авторов, — тревожная депрессия. Депрессивные состояния в преморбиде, молодой возраст рожениц и первые роды расцениваются как факторы риска. Указывается, что риск заболеть депрессией выше у женщин с сексуальными отклонениями. Так, из 66 больных 33 имели гомосексуальную ориентацию; все они, кроме трех, были гетеросексуальными. Однако эти сведения нуждаются в подтверждении.

Исследователи (P. Cooper, I. Murrey, 1995), наблюдавшие в течение 5 лет группу женщин с непсихотической послеродовой депрессией, четко разделяли их на две подгруппы. В первой подгруппе пуэрперальная депрессия возникла после родов впервые (34 больные), во второй (21 больная) наступил рецидив ранее имевших место аффективных расстройств. В дальнейшем, после повторных родов, чаще наступали рецидивы депрессий у больных второй подгруппы и они были продолжительнее. Авторы высказывают предположение, что постнатальные депрессии, возникшие впервые после родов, имеют статус нозологического заболевания. Это подтверждается и различиями в развитии детей в двух подгруппах. Дети матерей первой подгруппы



чаще обнаруживали слабые когнитивные способности в возрасте 9–12 мес, более тяжело реагировали на плохие условия жизни. Авто-рами изучалась чувствительность гипоталамических дефаминовых рецепторов (оценивались по реакции гормона роста), однако убедительного подтверждения гормонального механизма возникновения депрессии не получено. Показана относительная гипоталамическая дофаминовая рецепторная гиперчувствительность в группе с повышенным риском заболеть послеродовой депрессией.

Подтверждены психологические корреляции послеродовых депрессий с жизненными трудностями и алкогольными проблемами (O'Hare, 1996).

Изучению природы послеродовых депрессий посвящено значительное количество работ. Предпочтение отдается то стрессовым жизненным событиям, то сочетанию биологических и психологических факторов. Больше единообразия прослеживается в описании клиники и предикторов расстройств.

В американской литературе приводятся следующие критерии риска возникновения депрессий в популяции: рождение ребенка; нестабильность брака; развод или одиночество; смерть супруга; отсутствие поддержки; соматические заболевания; употребление наркотических и токсических веществ; отягощенный депрессией семейный анамнез; малая образованность; потеря в детстве родителей.

Близкие факторы риска, помогающие диагностике, приводятся для послеродовых депрессий (G. David, M.D. Inwood, 1989): беременность и роды; молодой возраст родильниц и первые роды; отягощенный психическими заболеваниями семейный анамнез; в личном анамнезе послеродовые и спонтанные депрессии, биполярные аффективные расстройства; двойственное отношение к беременности; недостаточность социальной защиты, зависимое отношение с супругом и родителями; неудовлетворенность собой и недостаточное воспитание, сложные отношения с родителями; раннее вступление в брак.

Помимо перечисленных факторов предлагается учитывать наличие в ранний послеродовой период нарушений настроения (E.S. Paykel et al., 1980).

Нередко послеродовые депрессии диагностируются спустя длительное время после их начала, о чем свидетельствуют литературные данные и наши собственные наблюдения. Так, треть больных, наблюдавшихся нами в стационаре по поводу послеродовой психотической депрессии, поступила на лечение спустя 1–10 мес от начала заболевания в связи с тем, что симптомы депрессии хотя и начинались

на 1–2-й неделе после родов, длительное время были слабо выраженными. Это единственный синдромологический вариант послеродового психоза, при котором отмечена такая клиническая особенность.

Без лечения послеродовые депрессии не только могут медленно утяжеляться, но в ряде случаев принимают затяжное течение. Установлено (В. Pitt, 1968), что у части женщин и через год после родов могут сохраняться симптомы депрессии.

Частота послеродовых депрессий по различным источникам достигает 10–20 % в популяции родильниц (К.Е. Kendell, 1985; М. Гельдер, 1999; Г.Д. Гольдберг, 1999, и др.).

По клиническим проявлениям умеренные непсихотические послеродовые депрессии отличаются синдромологическим разнообразием. По степени тяжести они распределяются континуально: одни примыкают к тяжелым психотическим депрессиям, другие трудноотличимы от послеродовых блюзов, легких стертых депрессий.

Разнообразие депрессивных расстройств послеродового периода определяется многими, часто трудно учитываемыми факторами: личностными особенностями, ситуационными моментами, соматическим состоянием родильниц и пр. Однако для любых послеродовых депрессий характерны тревога за ребенка и симптомы астении.

Ниже приведены основные синдромологические варианты послеродовых непсихотических депрессий, наблюдавшихся в условиях амбулаторной психиатрической службы.

Чаще других встречалась меланхолическая простая (классическая) депрессия, в ряде случаев имевшая затяжное течение. Это наиболее частый, «эталонный» вариант заболевания, с которым сопоставляют другие синдромологические типы послеродовой депрессии.

Для меланхолической депрессии характерна депрессивная триада: угнетенное, сниженное настроение; замедленность моторики, мышления и, соответственно, темпа речи; снижение волевой активности (волевых побуждений). Нередко эти расстройства звучат только в жалобах больной, объективно их заметить трудно.

При расспросе женщин выясняется, что такие депрессии, как и послеродовые психозы, блюзы, чаще начинаются на первой неделе после родов. Нарушается сон, появляются беспочвенная грусть, беспокойство за ребенка и свое здоровье, беспомощность в уходе за ребенком, чувство вины, нерешительность. Нередко пациентки жалуются на ухудшение памяти, хотя объективно это не подтверждается. Наблюдается характерная для депрессии суточная динамика. Состояние женщин хуже в утренние часы; во второй половине дня оно улучшается

(«После обеда расхаживаюсь, даже появляется желание что-то сделать, почитать»). Нарушается сон, сокращаясь за счет раннего просыпания (в 2—5 часов ночи). После сна больной трудно сосредоточить мысли, ассоциации и речь ее замедлены. На вопросы отвечает по существу, но односложно, лаконично.

Наблюдается зависимость состояния больных от сезона года. Депрессии чаще начинаются весной и осенью: в это время года ухудшается и самочувствие. Обычно снижается аппетит, наблюдается потеря веса, пища кажется безвкусной. Ничто вовне не доставляет удовольствия (агедония), пропадает любовь к самым близким людям, ребенку, мужу (скорбное бесчувствие). Дальнейшая жизнь может показаться бесперспективной, бессмысленной, появляется чувство вины, формируются суицидальные мысли, поэтому в послеродовом периоде нередки суициды и инфантициды, расширенные суициды. Для депрессии характерны вегетосоматические расстройства: кроме нарушения сна и аппетита, типичны спастические запоры, прекращение месячных, тахикардия, повышенное АД, расширенные, но с хорошей реакцией на свет, зрачки.

Важно обратить внимание на выражение лица, голос, моторику — внешние признаки депрессии. Лицо приобретает скорбное выражение: взгляд грустный, уголки опущены, углублены носогубные складки. Появляются складки, характерные для мимики депрессивного человека (симптом Верагута): кожная складка верхнего века, нередко и бровь на границе средней или верхней трети, оттягиваются кверху, образуя вместо дуги угол, что придает лицу специфическое выражение. У больной замедляются движения и реакции, ей трудно встать, приготовить завтрак, перепеленать ребенка. Вместе с тем есть понимание, что сделать это необходимо. Время тянется медленно, кажется пустым. Окружающий мир блекнет, воспринимается в черно-белых тонах, яркие краски не вызывают эмоционального отклика. Нередко тоска ощущается физически — как «камень на душе», «тоска в груди».

Все перечисленные признаки депрессии характерны и для других синдромологических вариантов депрессий, но там они как бы зашторены дополнительной симптоматикой и диагностика становится еще более сложной. При депрессии с навязчивостями главное место занимают различные навязчивые состояния, при тревожной депрессии — тревога и т.д.

**История болезни.** Больная Р., 23 лет, обратилась к психиатру и лечилась в течение 1,5 мес амбулаторно.

Заболевание началось после родов. Родила здорового, доношенного мальчика. Бременность и роды первые, без акушерской патологии. В ранние сро-

ки беременности имел место токсикоз (избирательность к пище, обостренная реакция на запахи, тошнота). Перед родами появились утомляемость, легкая сонливость, неустойчивость настроения, раздражительность, плаксивость. После родов женщина радовалась, что все позади, что родила здорового ребенка. Состояние начало меняться на 3—4-й день после родов. Появилась грусть, перестали радовать ребенок и муж. Уменьшилась продолжительность сна, снизился аппетит. Персонал роддома изменений в состоянии не заметил. Сама больная не жаловалась. Выписана домой на 5-е сутки.

Самостоятельно старалась обеспечить уход за ребенком. Заметила, что «к ребенку нет любви», страдала от этого. К врачу обратилась через месяц после родов. Пришла с мужем, который рассказал, что жена изменилась, стала молчаливой, не радуется сыну, не реагирует на ласку.

Больная ведет себя адекватно, опрятна, со вкусом одета, двигательной, речевой заторможенности нет. Выражение лица и глаз грустное. К врачу относится доверительно. Жалуется на беспричинно грустное настроение, ухудшение памяти, мыслительной деятельности. Потеряла интерес ко всему, даже к сыну и мужу, стала неуверенной, утратила интерес к жизни («Какая-то бесперспективность впереди»). Больной хочется больше лежать, трудно заставить себя выполнять необходимую работу. К вечеру чувствует себя лучше. Исчезло молоко, ребенок переведен на искусственное вскармливание. С трудом засыпает, рано просыпается. Снизился аппетит, пища стала безвкусной («Заставляю себя есть»). После родов похудела на два килограмма. Понимает, что состояние ее необычное, мучительно переживает свою неадекватность.

Родители больной здоровы. Мать неуравновешенная, «взбалмошная», может обидеть.

Молодая семья живет отдельно, замужество по любви. Беременность была желанной.

У мужа эта семья — вторая, первый брак неудачен из-за вагинизма жены. Детей от первого брака нет. Сексуальные отношения во втором браке гармоничные. Менструальные с 12 лет, безболезненные, регулярные. Окончила институт, занимается журналистикой. Общительная, активная, веселая, уживчивая. В детстве перенесла корь и ветрянку, болела «простудными заболеваниями». Физически здорова. Телосложение правильное, ближе к пикническому. В прошлом к психиатрам не обращались. Беспричинных колебаний настроения не было.

Больной назначен амитриптилин. Лечение начато с 1/2 таблетки, затем доза повышалась на 1/2 таблетки через сутки и была доведена до 75 мг/сут (3 таблетки). Проводилась рациональная психотерапия.

В состоянии наметилось улучшение через две недели от начала лечения. Через 1,5 мес чувствовала себя здоровой. В дальнейшем в течение 3 мес принимала на ночь одну таблетку (25 мг) амитриптилина.

В течение 12 лет оставалась здоровой. Повторных родов и беременностей не было. Перенесла тяжелую психотравму (погиб муж), но это не вызвало повторной депрессии.

*Диагноз:* первичная послеродовая меланхолическая депрессия умеренной тяжести без психотических расстройств.

**Анализ истории болезни.** Заболевание четко связано по времени с родами. Симптомы непсихотической меланхолической депрессии достаточно убедительны: беспричинно тоскливое настроение, снижение активности, затруднения в мышлении (депрессивная триада), неуверенность, потеря любви к близким, нарушение сна и аппетита. Характерная суточная динамика. В пользу депрессии свидетельствует терапевтическая эффективность антидепрессантов. Все это явилось основанием для постановки диагноза. Вместе с тем нозологическая принадлежность депрессии осталась неясной. Начало депрессии во времени совпало с проявлениями послеродового блюза. Депрессия первая, наступила после первых родов у физически здоровой женщины. В структуре депрессии астенический компонент как бы маскировал саму депрессивную симптоматику.

Неглубокий уровень психических расстройств, отсутствие суицидальных мыслей позволило провести лечение в амбулаторных условиях.

**История болезни.** Больная О., 23 лет, образование среднее, закончила курсы поваров, работает по специальности. Замужем, живет в семье мужа. По характеру открытая, общительная, спокойная, уживчивая. Всегда легко обижалась, плакала, но быстро забывала обиду.

Родители здоровы, старший брат злоупотребляет алкоголем. Болела простудными заболеваниями, в детстве перенесла ветряную оспу, корь. Месячные с 13 лет, регулярные, перед месячными испытывает повышенное сексуальное влечение, становится раздражительной. Замуж вышла по любви, вскоре забеременела. Беременность и роды протекали без осложнений. Родила доношенную здоровую девочку. После родов еще в роддоме стала плаксивой, повышено ранимой, испытывала постоянное чувство усталости, грусти. Объясняет это недосыпанием. Дома ребенок спал беспокойно, по несколько раз за ночь приходилось к нему вставать. Ухудшились отношения со свекровью, стала молчаливой, однако самостоятельно справлялась с уходом за ребенком, домашними делами. Стала меньше уделять внимания мужу, к ребенку привязалась, жалела его. Такое состояние продолжалось 9 мес. Больной себя не считала, к врачам не обращалась. Чувствовала, что как-то изменилась, стала не такой общительной, реже встречалась с подругами («Появились другие заботы»), жизнь утратила прежние краски. Когда ребенку исполнился год, женщине без видимой причины вдруг стало казаться, что она умирает: испытывала нехватку воздуха, дрожали руки и ноги, появилось учащенное сердцебиение, повысилось кровяное давление. Вызывали «скорую помощь». Такое состояние продолжалось около часа. В дальнейшем больше не повторялось, но остался мучительный страх перед новым приступом и боязнь умереть.

Психическое состояние резко ухудшилось. Понижилось настроение, должна была заставлять себя выполнять привычную работу, потеряла интерес к жизни, ребенку, мужу, стала худеть, нарушился менструальный цикл. Рано просыпалась с чувством тревоги, неудовлетворенности собой. Близким о сво-

ем состоянии не рассказывала. Летом чувствовала себя лучше, осенью состояние вновь ухудшалось. В октябре впервые обратилась к психиатрам. Госпитализирована в отделение неврозов психоневрологического диспансера. В стационаре держится уединенно, настроение подавленное. Мимика и глаза выражают грусть.

Обеспокоена своим здоровьем, спрашивает врача: «Пройдет ли это?». Светлеет и улыбается, когда слышит, что такие состояния успешно лечатся, что ей скоро станет лучше, что надо потерпеть, так как назначенные лекарства не действуют с первых приемов. Отмечает типичную суточную динамику состояния («После обеда расхаживаюсь, даже читаю»). Охотно и четко выполняет все предписания врача. Слегка заторможена моторика, односложно, по существу отвечает на вопросы, снижена активность. Потеряла за период болезни 6 кг веса. Назначены амитриптилин, доза которого постепенно увеличена до 100 мг (половина в инъекциях), феназепам по 1 мг утром и на ночь, 15 инъекций витамина В<sub>6</sub> по 150 мг/сут внутримышечно.

Состояние стало улучшаться на второй неделе лечения. Нормализовались ночной сон, аппетит, прошла тревога. Появилось желание видеть близких, ребенка. Постепенно улучшилось настроение, стала активнее. Боялась сказать врачу, что чувствует себя лучше («Вдруг ошибусь»). Выписана домой здоровой через 40 дней лечения. Рекомендован прием амитриптилина по 25 мг на ночь в течение 6 мес.

*Диагноз:* первичная затяжная послеродовая меланхолическая депрессия.

*Анализ истории болезни.* Настоящее наблюдение представляет интерес в том отношении, что начавшаяся в роддоме депрессия медленно нарастала и длительное время ни самой больной, ни ее близкими не оценивалась как болезнь.

После панической атаки состояние резко ухудшилось и клинически стало очерченным, с типичной депрессивной триадой, типичными суточными и сезонными колебаниями состояния с улучшением во второй половине дня, нарушением сна с сокращением его продолжительности и ранними пробуждениями, потерей массы тела, скорбным бесчувствием. Назначение антидепрессантов дало хороший эффект.

Клинические характеристики депрессии послужили основанием для постановки диагноза.

**Тревожная депрессия умеренной тяжести** характеризуется преобладанием в эмоциональной сфере тревоги, чувства надвигающейся беды, неясного беспокойства, неуверенности в будущем, опасений за ребенка и близких, за свое здоровье. Часто бывает трудно определить, что доминирует в клинической картине — депрессивность или тревожность. Депрессия и тревога (страх) стали обозначаться как альтернативные понятия, но клинически это вряд ли оправданно. Эти расстройства существуют, и выделение тревожных расстройств как самостоятельной диагностической формы в большой мере искусственно.

У тревожных больных отсутствует двигательная заторможенность; напротив, в их поведении доминируют суетливость, беспокойство, они не могут усидеть на месте, совершают избыточные движения, теребят руки, кусают ногти.

Чувство тревоги сопровождается вегетосоматическими симптомами, связанными с повышением тонуса симпатической нервной системы (повышение артериального давления, мышечного тонуса, тахикардия, мидриаз (расширение зрачков), тремор, запоры). Характерны неприятные ощущения в теле, особенно в области сердца. Нередко развиваются панические приступы, характеризующиеся неожиданным беспричинным всплеском тревоги, сопровождающейся когнитивными и вегетососудистыми расстройствами. Симптоматика быстро, в течение 10–15 мин, нарастает. Продолжительность приступов в среднем 30–60 мин, частота их варьируется у разных больных.

Приступ характеризуется одышкой или чувством нехватки воздуха (затруднен вдох, что имеет диагностическое отличие от приступа бронхиальной астмы), головокружением, ощущением неустойчивости или дурноты, сердцебиением или ускорением сердечного ритма, повышением артериального давления, тремором, потливостью, тошнотой или абдоминальным дистрессом, парестезией, анемией конечностей, жаром или ознобом, деперсонализацией или дереализацией, страхом смерти или страхом сойти с ума.

Перечисленные компоненты приступа обычно представлены не полностью. По МКБ-10 достаточно четырех из них для постановки диагноза панического расстройства. Панические расстройства могут включаться в любые депрессии с тревогой, навязчивостями и даже в простые меланхолические депрессии.

Больные с тревожной депрессией часто многоречивы, стараются рассказать о своем состоянии, ждут помощи и совета, объяснений своему самочувствию. Продуктивная деятельность снижается: женщина с трудом обеспечивает уход за ребенком, с трудом справляется с домашними делами, выполняя только самое необходимое. К вечеру тревога обычно уменьшается, но может быть и ухудшение во второй половине дня.

**Астеническая депрессия** — достаточно частая разновидность послеродового депрессивного состояния.

И.Е. Авербух (1962) считал астенодепрессивный синдром «истинным послеродовым психозом», в происхождении которого, по его мнению, играют роль сложные гормональные перестройки и соматопсихические факторы родового и послеродового периода.

Астеническая депрессия обычно начинается вскоре после родов и проявляется усугублением послеродовой астении.

Астенические расстройства трудно дифференцировать со снижением волевых побуждений, которое также характерно для клинической картины депрессии.

Повышенная психическая и физическая утомляемость, неустойчивость аффекта, раздражительность, гиперестезия, слезливость характерны для большинства женщин в состоянии послеродового блюза. При астенической депрессии эти явления более выражены и затягиваются во времени.

Больные жалуются на плохую память, чувство растерянности, постоянную усталость, им трудно сосредоточиться, оценить происходящие события, понять, что с ними происходит. Самооценка их, как правило, занижена.

Особенности моторики и волевой деятельности такие же, что и при меланхолической депрессии.

Фон настроения снижен. В клинической картине преобладают явления то депрессии, то астении. Бывают дни, когда больные чувствуют себя лучше. Состояние характеризуется изменчивостью, динамичностью.

Вегетативные расстройства проявляются чаще в виде слабости, потливости, снижения аппетита, тахикардии, повышенной сонливости днем. Может наблюдаться удлинение часов ночного сна, позднее просыпание.

Диагностика легких вариантов таких депрессий достаточно трудна. В отличие от астенических состояний соматической природы для них обычно не характерно ухудшение состояния к вечеру (нет соматического заболевания). Если послеродовой период протекает с акушерско-гинекологической патологией, дифференциальный диагноз в раннем периоде практически невозможен.

Астенические послеродовые депрессии следует отличать от более тяжелых депрессий истощения П. Кильгольца (P. Kilholz, 1957), обычно не связанных с родами. Последние четко определяются повторяющимися психотическими травмами и на первых стадиях также характеризуются выраженной астенией, гиперестезией, раздражительностью, быстрой утомляемостью и многообразными функциональными психосоматическими расстройствами. Депрессия истощения оценивается как своеобразная форма депрессивного развития с формированием тревожно-ипохондрической симптоматики.



**История болезни.** Больная Г., 24 лет. В семье вторая из трех детей. Родилась с тазобедренными вывихами, в связи с чем лечилась. В дальнейшем развивалась правильно. Хорошо училась в школе, окончила строительное училище, до замужества работала по специальности. Замуж вышла по любви. Отношения в семье хорошие. Материально обеспечена.

В детстве болела какими-то детскими инфекциями (точно не знает), изредка ангиной, гриппом. Месячные с 13 лет, безболезненные, регулярные, перед месячными бывает раздражительной. По характеру спокойная, в меру общительная, уживчивая, впечатлительная. Родители здоровы. Старший брат злоупотребляет алкогольными напитками, «кодировался». Беременность первая, желанная. Первая половина беременности протекала тяжело (рвота, реакция на запахи, потеря веса, утомляемость). С четвертого месяца почувствовала себя лучше. В третьем триместре беременности вновь повысилась утомляемость, удлинились часы ночного сна, появилась сонливость днем. Опасалась за исход беременности, за состояние ребенка, боялась, что он родится с врожденным вывихом или иной патологией. Родила здоровую, доношенную девочку. Были разрывы промежности, наложено несколько швов.

Во время родов испытывала страх, боялась, что будут производить кесарево сечение. На третьи сутки после родов без видимой причины начала волноваться, плакать, опасаться за жизнь ребенка, тревожно спала.

В это время у больной поднялась температура до 37,5°, появилось нагрубание грудных желез. Никаких данных, свидетельствующих об общей или местной инфекции, выявлено не было.

Через два дня температура нормализовалась, однако больная испытывала чувство изнеможения, слабости. На 6-е сутки была выписана домой. Дома состояние продолжало ухудшаться. Нарастал физический дискомфорт, снизилось настроение, появились раздражительность, тоскливость. Временами становилась тревожной, растерянной, боялась, что случится что-то плохое. Часто просыпалась по ночам, утром не чувствовала себя отдохнувшей. Стало трудно ухаживать за ребенком, справляться с привычными обязанностями по дому. Много лежала, плакала, раздражалась, жаловалась на слабость и сонливость.

В сопровождении мужа на 20-й день после родов обратилась к врачу-психиатру. Понимает, куда и с какой целью пришла.

Ориентировка всех видов сохранена. Неточно назвала число, но быстро поправилась. Выражение лица грустное, моторика слегка заторможенная, задаваемые вопросы понимает, отвечает по существу, короткими фразами, долго думает, не может собраться с мыслями, сосредоточиться. Жалуется на усталость («Трудно за что-то взяться, хочется лежать, сил нет»), плохое настроение. Испытывает некоторое затруднение в правильном осмыслении ситуации, понимает это, ссылается на плохую память. Высказывает предположение, что устала от ухода за ребенком, пеленок, кухни. Успевает сделать кое-как только самое необходимое. Раздражают звуки, плач ребенка, муж. По незначительному поводу часто плачет, быстро успокаивается. Стала не-

уверенной, не знает, за какое дело следует раньше браться, как планировать свое поведение, считает себя «неумехой». Днем постоянно хочет спать, отдохнуть от усталости. Состояние меняется. Временами депрессия углубляется, и тогда больная перестает верить в выздоровление, иногда несколько дней подряд беспокоит только чрезмерная слабость.

Появились запоры, тахикардия, ухудшился аппетит. При соматическом и акушерско-гинекологическом обследовании патологии не выявлено. Суицидальных мыслей нет.

Лечение проводилось амбулаторно. Лактация прекращена парлоделом. Назначены пиразидол до 200 мг/сут внутрь (доза наращивалась в течение двух недель), ноотропил 2,4 г/сут. На третьей неделе лечения стала более активной, уменьшились слабость, утомляемость, раздражительность, плаксивость, улучшилась интеллектуальная деятельность. В дальнейшем повысилась настроение. Через 1,5 мес чувствовала себя здоровой. Доза антидепрессанта постепенно уменьшена до 75 мг/сут. Прием препарата в этой дозе продолжался еще 6 мес.

Катамнез 3 года: здорова.

*Диагноз:* первичная послеродовая астеническая депрессия.

*Анализ истории болезни.* Первые признаки депрессии, не замеченные медицинским персоналом, возникли на третьи сутки после родов. Проявились тревогой, необоснованными опасениями за здоровье ребенка, слабостью. После выписки из роддома состояние продолжало ухудшаться. В клинической картине наряду с депрессией ведущими были астенические жалобы, усталость, раздражительная слабость, повышенная сонливость, гиподинамия, затруднения в интеллектуальной деятельности.

В процессе лечения антидепрессантом со стимулирующим эффектом в комбинации с ноотропилом наступило выздоровление, что также свидетельствует в пользу депрессии. Первой подверглась редукции астения и только к концу лечения исчезли депрессивные эмоции.

**Апатическая депрессия.** Этот вариант депрессии признается не всеми по причине несовместимости депрессивного настроения с явлениями апатии (безразличия).

В послеродовом периоде апатическая депрессия встречается редко. Ее следует дифференцировать с начальными легкими проявлениями кататонических расстройств, которые в структуре синдромов при послеродовых психозах занимают одно из ведущих мест, с другими вариантами шизофрении.

Вместе с тем С.Н. Мосолов (1995) указывает, что такие депрессии с преобладанием апатоанергической симптоматики в последние годы встречаются среди других депрессий очень часто и нередко оказываются торпидными к фармакотерапии. Предполагается, что их учащение связано с лекарственным патоморфозом депрессий.

Автор выделяет два варианта апатической депрессии: 1) анергическую депрессию, для которой характерно снижение эмоционального реагирования на происходящие события, жизненного тонуса, безразличие; 2) абулическую депрессию, при которой доминирует психическая инертность (больные жалуются на лень, «жизнь по инерции»).

Параллельно с апатоанергическими симптомами в клинике обязательно присутствует угнетенность, тревожность. Суицидальные тенденции редки. Преобладают чувство жалости к себе и безразличие к ребенку. Соматовегетативные симптомы выражены слабо.

Как и при меланхолической депрессии, может наблюдаться заторможенность моторики и мышления, односложность, лаконичность ответов. Больные подолгу залеживают в постели, мало следят за собой, становятся неряшливыми. После выхода из депрессивного состояния отмечают, что душевно им было тяжело, они страдали. Несомненно, такое состояние не есть истинная эмоциональная опустошенность, присущая больным шизофренией при нарастании апатоабулического дефекта. Обратимость, курабельность таких депрессий свидетельствует о том, что и по структуре, и по прогнозу это иные состояния.

**Деперсонализационная (анестетическая) депрессия.** Клинике, анализу и оценке этого варианта депрессии посвящена обширная литература. Ю.А. Нуллер с коллегами (1988), а также Н.Л. Ильина (1999) ставят вопрос о выделении этого синдрома в особую клиническую форму в группе аффективных психозов.

Состояние характеризуется ощущением собственной измененности, неузнаваемости окружающего мира, мучительным чувством отсутствия эмоций отчужденности.

Происходит как бы инверсия депрессии в страдание от отсутствия чувственной окраски восприятия внешнего и внутреннего мира.

Первичной в такой депрессии, вероятно, следует считать деперсонализацию. Больные с невротическим уровнем депрессий понимают, что окружающий мир остается прежним — меняется их восприятие мира и себя, и это вызывает страдание.

Поэтому правильно такую депрессию называть деперсонализационной.

Психомоторная заторможенность при этой форме депрессии если и бывает выражена, то незначительно. Угнетенному настроению могут сопутствовать тревога, суицидальные мысли и попытки.

Больные переживают нарушение связи с окружающим. Мир блекнет, краски, звуки, запахи становятся менее яркими. Все кажется се-

рым, безжизненным, часто нереальным, видится как бы сквозь прозрачную перегородку.

Иногда пациентки жалуются на «пленку перед глазами», но тут же подчеркивают, что все детали они видят хорошо. Замедляется течение времени, временами возникает чувство, будто время остановилось.

Одновременно появляется чувство собственной измененности, эмоциональной неполноценности, отсутствия сопереживания с окружающими людьми («Сердце окаменело»; «Не могу любить, как прежде» — то, что в литературе называется скорбным, или болезненным, бесчувствием (*anaesthesia dolorosa psychica*).

Утрачивается способность не только любить, сопереживать — больные испытывают мучительную агонию (неспособность получать удовольствие от жизни), безразличие к еде (пища становится, «как трава»), у них отсутствует чувство голода, сна, физической боли, полового удовлетворения.

Соотношение составляющих такой депрессии бывает разным, и все перечисленные ее компоненты не всегда представлены в полной мере.

Следует подчеркнуть, что явление деперсонализации в виде скорбного бесчувствия в неразвернутом виде присутствует в структуре почти всех форм послеродовых депрессий, как психотических, так и непсихотических.

В первую очередь это относится к чувству, которое испытывают матери к новорожденным. При легких депрессиях женщины заявляют, что вместо любви к ребенку они чувствуют только жалость или любопытство («Люблю умом, понимаю, что он мой»). Больным с тяжелыми психотическими депрессиями дети кажутся чужими, физически неполноценными, уродливыми, больными. Одна из наших пациенток в таком состоянии убила ребенка («Чтоб не мучился»), после чего пыталась покончить с собой (расширенный суицид).

Приводим самоописание одной из таких пациенток. «Меня постоянно мучает чувство, что я не существую, что все, что меня окружает, — вымысел и я тоже вымышленная. Я ощущаю тепло и холод, запах цветов и прикосновение ветра, но я ощущаю это лишь наружно, а внутренне я этого не чувствую. Это все растет, цветет не для меня. Я не могу ощутить себя относительно тех предметов, которые я вижу.

Мой мозг как бы закутан в оболочку, и я вижу все лишь глазами, не воспринимая это мозгом и душой. Как будто душу вынули из меня, а ходит лишь мое тело, которое не может без души воспринять весь окружающий мир. Я не знаю, в самом ли деле я встаю с кровати, ку-

шаю, ухаживаю за ребенком или все это долгий сон, который никогда не кончится. Иногда на мгновение в голове у меня проясняется и я чувствую, что мой дом — это мой дом, что у меня есть дети и что я все-таки есть. В это мгновение мне легко и радостно. Вот, кажется, было бы так — и другого счастья не надо, и я думаю: «Что же это со мной? Ведь я же есть». В голову приходит затмение, даже в глазах бывает полумрак. Я оказываюсь бессильной наедине с этим затмением. И все становится безразличным. От этого мне становится невыносимо мучительно, ужасно хочется стать собой, какой я была раньше, а не ходить лишь тенью человеческой. Я будто все это время и не жила, а лишь существовала. Я хочу жить, как раньше. Как все люди! У меня так тяжело на сердце».

**Депрессия с навязчивостями.** Навязчивые феномены часто сопровождают любые депрессивные состояния. При преобладании их в клинической картине следует говорить о депрессии с навязчивостями (ананкастическая, абсессивно-компульсивная, абсессивно-фобическая и т.д.).

Навязчивости включаются в структуру депрессии и могут встречаться в виде навязчивых мыслей и представлений, разнообразных страхов и опасений, режес действий и влечений. Так, одна из наших пациенток, интеллигентная женщина с консерваторским образованием, навязчиво боялась убить долгожданную дочь, прятала острые предметы, контролировала каждый свой шаг, опасалась, что ей не о чем будет говорить с дочкой, когда та вырастет.

Чаще депрессии с навязчивостями развиваются у лиц с психастеническими преморбидными чертами, но это не обязательное условие. Навязчивые переживания сочетаются с полной к ним критикой и, как правило, сопровождаются чувством вины, подавленным настроением.

У ряда больных первичный депрессивный аффект бывает настолько «зашторен» абсессивно-фобической симптоматикой, что их состояние ошибочно расценивают как эквивалент маскированной депрессии или как невроз навязчивых состояний.

У родильниц депрессия с навязчивостями развивается вскоре после родов и включает в себя панические расстройства. Депрессия может начинаться панической атакой и быстро формироваться. В таких случаях аффект отличается сочетанием депрессивности и тревожности с преобладанием в клинической картине той или другой эмоции.

Обычно после первого развернутого панического приступа начинает формироваться агорафобия. В новом, более широком понима-

нии это страх не только открытых площадей, но и любых ситуаций, в которых, по мнению больных, затруднено оказание медицинской помощи и может наступить смерть. Появляется избегающее поведение. Больные боятся мест, где пережили страх смерти. Вместе с этим они испытывают тоску, чувство неуверенности, бесперспективность, снижаются самооценка, общий уровень активности, падает интерес к жизни, к удовольствиям, могут нарушаться сон и аппетит. Большинство других симптомов либо вторичны, либо легко трактуются в контексте изменений настроения. Психомоторная заторможенность при этом варианте депрессии обычно отсутствует.

**Ипохондрическая депрессия**, несмотря на пристальное к ней внимание, изучена недостаточно. Ее необходимо дифференцировать с соматизированными депрессиями, конверсионными психогенными расстройствами, навязчивыми страхами за свое здоровье, ипохондрической шизофренией.

Оценка взаимодействия психического и физического хранит в себе еще много загадок.

Точка зрения на ипохондрию как на соматическое заболевание с поражением внутренних органов (*hipochondria* — верхняя часть живота) существовала довольно долго и определила само название.

До сих пор существует точка зрения, что основным признаком ипохондрии являются неприятные ощущения во внутренних органах и реакция личности на эти ощущения. Из этого выводится вся симптоматика ипохондрической депрессии.

Следует согласиться с И. Е. Авербухом (1962), что если при сенестопатиях, соматизированных депрессиях больные страдают от болезненных ощущений, то «при ипохондрии они страдают главным образом от тяжелой мысли о своем состоянии», от уверенности в наличии соматической болезни.

Ипохондрическая депрессия характеризуется тревожными опасениями больных за свое здоровье, убежденностью в наличии серьезных соматических заболеваний. Жалоб на снижение настроения больные, как правило, не предъявляют. Степень выраженности аффективных расстройств чаще умеренная. Болезнь проявляется тревожно-тоскливым настроением и раздражительностью. Больные стенично обследуются, ненадолго успокаиваются, получив отрицательные результаты, и вновь возвращаются к своим мыслям. Обижаются, если наличие соматической болезни отрицается.

Выделяют *сенестопатический* (более частый) вариант ипохондрической депрессии с наличием разнообразных неприятных ощущений

различной локализации и *идеопатический* — с навязчивыми, паранойяльными сверхценными идеями, возникающими без выраженных неприятных ощущений.

В послеродовом периоде ипохондрическая депрессия встречается не часто. Для нее характерно относительно быстрое возникновение болезненных ощущений. Ощущения необычны, часто трудно локализуемы, неустойчивы. Болезнь течет с колебаниями аффекта и нарушениями вегетативных функций.

В литературе описаны состояния, когда ипохондрические идеи больные относят не к себе, а к своему ребенку, неправильно оценивая его соматическое состояние, считая, что ребенок безнадежно болен. В остальном они ведут себя, как все больные с ипохондрической депрессией.

**Маскированная депрессия.** Существует ряд близких или идентичных терминов для обозначения этого состояния: скрытая, ларвированная, латентная, соматизированная депрессия, «депрессия без депрессии».

По мировой статистике, количество депрессивных больных в человеческой популяции растет. Особенно увеличивается доля атипичных, в первую очередь так называемых маскированных депрессий.

Маскированная депрессия характеризуется обилием упорных и разнообразных жалоб и вегетативно-соматических расстройств, не укладывающихся в рамки определенной соматической болезни и маскирующих депрессию.

Для постановки диагноза следует учитывать: наличие в клинической картине заболевания аффективных расстройств в форме депрессии (субдепрессии) — меланхолической, астенической, тревожной и др. Большинство больных не осознают пониженного настроения или объясняют его соматическим недомоганием. Вместе с тем у таких пациентов можно наблюдать грустное выражение лица, легкую заторможенность речи и моторики, неумение радоваться и наслаждаться жизнью, неуверенность, снижение ранее присущей им активности. При направленном опросе больные нередко жалуются, что «ушли жизненные силы», «погасли желания», «померкли краски».

Следует помнить, что соматические жалобы и вегетативно-соматические расстройства часто настолько «зашторивают» депрессию, что ее клинически не удается выявить. Это явилось поводом для выделения формы заболевания, именуемой «депрессия без депрессии». Ставится вопрос о существовании соматических эквивалентов депрессий.

Предъявляемые больными упорные и разнообразные жалобы и вегетосоматические расстройства не укладываются в рамки определенных соматических болезней. Болезненные ощущения из-за их необычности трудно поддаются описанию. В большинстве случаев они носят диффузный, изменчивый, часто мигрирующий, мучительный характер. Сенестопатии, парестезии, алгии ассоциируются с глубоким недомоганием, тягостным настроением. Нередко ощущения напоминают галлюцинации и иллюзии с той особенностью, что у больных сохраняется критика, понимание того, что «это только кажется». Так, они могут «чувствовать свой мозг», «спазмы сосудов мозга», «перекачивание шариков в теле». Окружающий мир и свое Я нередко воспринимают отчужденно, течение времени для них может замедляться (явления деперсонализации и дереализации).

Характер и своеобразие жалоб, упорство в их предъявлении идут вразрез с отсутствием соматической органической патологии. Для больных характерны нарушения сна, чаще в форме сокращения его продолжительности за счет ранних пробуждений, снижение аппетита и потеря веса, нарушение менструального цикла. Возможны суицидальные мысли и попытки, обычно тщательно подготовленные.

При скрытых депрессиях, возникающих в послеродовом периоде, важно выявить наличие суточных колебаний состояния (ухудшение утром, после сна, и улучшение во второй половине дня), сезонную предпочтительность (начало заболевания и ухудшение состояния в осенне-весеннее время). Помогает в диагностике и наличие в анамнезе типичных маниакальных и депрессивных приступов, отягощенный аффективной патологией семейный анамнез.

Диагностическим подспорьем в оценке маскированных депрессий является положительный эффект от антидепрессантов и отсутствие эффекта от лечения предполагаемых соматических заболеваний.

Начинаться маскированные депрессии могут остро, подостро и без очерченного начала. В послеродовом периоде начало часто острое и подострое. При остром, реже подостром начале провоцирующими факторами могут являться психическая травма, принятие накануне алкоголя. Острое начало часто проявляется паническим расстройством.

Маскированные депрессии без адекватного лечения имеют тенденцию к затяжному течению. В редких случаях наблюдаются соматизированные мании.

Диагностика таких депрессий сложная. Масками депрессий могут быть любые соматические жалобы (неприятные ощущения в животе,



сердце, половых органах, полости рта и т.д.), вегетативные расстройства. Таким образом, возникает необходимость их дифференциации с различными соматическими заболеваниями. Чаще всего этим больным выставляется без достаточных оснований диагноз вегетативно-сосудистой, нейроциркуляторной дистонии, дискинезии, дисфункции внутренних органов, вегето- и органоневрозы, ИБС, остеохондроза. Трудно дифференцировать маскированную депрессию с ипохондрической.

# 5

## Амбулаторное лечение непсихотических послеродовых депрессий умеренной тяжести

Послеродовые депрессии в подавляющем большинстве случаев начинаются на 1–2-й неделе после родов. Значительная часть больных обращается к врачам вскоре после родов, когда еще не закончился послеродовой восстановительный период, и это необходимо учитывать при лечении.

Начальные проявления депрессии могут быть маловыраженными, но иметь тенденцию к постоянному медленному утяжелению — тогда обращение за помощью будет более поздним. Не сразу обращаются к врачу женщины с легкими депрессиями, так как оценить их как болезненное состояние бывает трудно. Часть женщин легкие депрессии переносят без лечения в силу того, что не понимают своего состояния и не оценивают его как болезненное. Способствует этому и то обстоятельство, что врачи женских консультаций плохо знают клинику депрессий, не диагностируют ее и не умеют оказать нужной помощи, а к помощи психиатра прибегают крайне редко.

Вместе с тем в связи с видоизменением (патоморфозом) клиники и течения психических заболеваний увеличивается количество редуцированных, облегченных, атипичных форм, в связи с чем большой процент пациентов лечится амбулаторно, нередко у интернистов.

Амбулаторное лечение послеродовых депрессий имеет ряд особенностей. Прежде всего у таких больных должна быть тщательно оценена возможность суицида и инфанцита. При наличии такой угрозы необходимо стационарное лечение. Такие женщины нуждаются в постоянном наблюдении обученного персонала.

Степень суицидальной угрозы всегда трудно поддается оценке в связи с недостаточной откровенностью больных, возможностью быстрого ухудшения состояния, а также ввиду того, что больные нередко умело скрывают приготовления к суициду. Существует точка зрения, что в психиатрической практике суицидов со смертельным исходом больше, чем незавершенных суицидальных попыток. Большая часть суицидов среди психически больных совершается в состоянии депрессии.

Суицидальным является человек, который видит единственный выход из непереносимой для него ситуации в лишении себя жизни. Такая непереносимая ситуация при депрессии определяется утратой смысла жизни, чувством собственной вины. Расширенные суициды (убийство себя и ребенка) мотивируются тем, что будущее кажется безнадежным и больная желает уберечь ребенка от боли, нужды, позора или считает, что умереть можно только вместе.

Своевременно распознать опасность суицида — самая тяжелая и ответственная задача врача. О повышенной опасности суицида говорят длительная и достаточно тяжелая депрессия, чувство вины и идеи самообвинения, кажущаяся бессмысленность жизни.

Увеличивают суицидальный риск предыдущие суицидальные попытки больного и суициды в семье, одиночество, социальная изоляция, наличие коморбидных (сопутствующих) соматических заболеваний, сочетание депрессии с расстройством личности.

Когда уже принято решение о суициде, больные испытывают облегчение, настроение их улучшается, поскольку принятое после длительных мучительных колебаний решение воспринимается как освобождение, а суицид — как выход из положения. В такой ситуации чем менее депрессивным и более благоразумным кажется больной, который говорит о неприятии суицида, тем более высок риск суицида.

Подстегнуть суицид у депрессивного больного могут дополнительные факторы (проблемы межличностных отношений, болезнь ребенка и т.д.).

Если решение об амбулаторном лечении послеродовой больной принято и угрозы суицида нет, следует помнить, что с началом лечения антидепрессантами суицидальные тенденции больных могут повышаться в связи с уменьшением двигательной заторможенности при условии, что аффективный компонент в своей редукции задерживается. Врач должен предупредить об этом родных и встречаться с больной в начале лечения часто, не менее двух раз в неделю. В дальнейшем посещения врача могут быть более редкими. Психотропные препараты целесообразно выписывать только на несколько дней, так как они часто используются для совершения суицида. Лекарства не следует давать в руки больных, лучше, если их прием контролируют близкие люди.

При амбулаторном лечении послеродовых депрессий, особенно в случаях раннего, вскоре после родов, обращения к врачу, необходимо тщательное соматическое и гинекологическое обследование больных. Соматическая патология может сама быть причиной депрессии,

может снижать эффект лечения. Наряду с лечением депрессии в таких случаях требуется терапия соматических и гинекологических отклонений.

Большинство женщин в этот период кормят детей грудным молоком. Следует решить вопрос о целесообразности продолжения грудного вскармливания. При этом необходимо учитывать два обстоятельства. Во-первых, женщинам в состоянии депрессии трудно осуществлять уход за ребенком и кормление в связи с клиническими проявлениями самой депрессии (снижение активности, чувство безысходности, отсутствие любви к ребенку, нарушения сна, аппетита и возможные намерения совершить инфантицид). Во-вторых, психотропные препараты, антидепрессанты, обязательно применяемые при лечении депрессии, а также нейролептики, транквилизаторы обнаруживаются в грудном молоке (Б.И. Любимов с соавт., 1981; K. Yoschida et al., 1998, 1999).

Установлено, что при вскармливании грудью младенец получает 3–10 % материнской суточной дозы антидепрессанта, до 3 % — нейролептиков (трифтазина); поступают в организм ребенка и бензодиазепины. При наблюдении за развитием детей, получавших с молоком матери трифтазин, через 12–18 мес у части из них обнаружены признаки замедленного развития.

Д. Краммер и Б. Гейне (1996) подчеркивают, что в печени ребенка до одного года жизни содержится меньше гидроксилирующих энзимов, разрушающих лекарственные вещества, чем у детей после года, к тому же у младенцев снижена функция почек, поэтому лекарства имеют тенденцию задерживаться в детском организме даже при небольшом их содержании в грудном молоке.

Достоверных подтверждений вредного влияния фенотиазидов, трициклических антидепрессантов, которые поступают в организм младенца с молоком матери, в литературе не найдено. Есть указания, что если мать получает литий или диазепам, ребенок может быть подвержен их влиянию.

С учетом всего вышесказанного целесообразно в каждом конкретном случае, оценивая состояние женщины и ребенка, тщательно взвесить вопрос о целесообразности грудного вскармливания. Прекращение лактации лучше всего провести с помощью бромкриптина (парлодела), учитывая его психотропный антидепрессивный эффект.

И последнее: при назначении лечения следует учитывать клинический вариант депрессии, степень ее выраженности, повторяемость, семейную отягощенность аффективными расстройствами.

Антидепрессанты имеют избирательный эффект и различный терапевтический прогноз в зависимости от характера депрессии. Следует учитывать характер побочных воздействий, если депрессия повторная — историю прежних реакций на антидепрессанты, а также историю эффекта аналогичного лечения родственников больной, если таковые имеются.

Лечение всегда носит комплексный характер. Ведущая роль в комплексе назначений принадлежит антидепрессантам.

Составляя план лечения, необходимо учитывать: социальное окружение и возможность его положительного или отрицательного влияния; личностные установки и ориентации самой пациентки (с тем, чтобы рационально использовать их в процессе терапии); соматический фон, особенно в раннем послеродовом периоде (проведение при необходимости соответствующей санации).

Во всех случаях, если больная не возражает, целесообразна консультация психиатра. В процессе лечения обязательно динамическое наблюдение за психическим состоянием и соматическими функциями (пульс, артериальное давление, общее состояние, вес, лабораторные анализы). На первом этапе лечения у большинства больных, особенно в первые недели после родов, обнаруживается повышенная чувствительность к обычным дозам психотропных препаратов, в том числе и антидепрессантов. Именно поэтому назначение антидепрессантов в общепринятых дозировках в амбулаторных условиях является неприемлемым. Лечение следует начинать с низких доз, постепенно увеличивая их до оптимальных к концу второй — на третьей неделе от начала терапии. Необходимо предупредить больную о возможных побочных действиях лекарства, объяснить, что это не должно быть причиной прекращения лечения, сообщить, что улучшения состояния следует ожидать не сразу, а на 2—3-й неделе от начала терапии.

Если в структуре депрессии наблюдаются тревога, напряжение, двигательное беспокойство, то терапия антидепрессантами с психостимулирующим компонентом нецелесообразна. Это может усилить тревогу и возможность суицида, обострить вегетативно-соматические проявления депрессии, ухудшить сон. В таких случаях рекомендуется прием транквилизаторов (табл. 5.1) не только на ночь, но и в утренние часы и назначение антидепрессантов с седативным эффектом. Если депрессия носит апатоадинамический, астенический характер, необходимо назначать антидепрессанты с активизирующим компонентом действия.

Таблица 5.1

## Применяемые транквилизаторы

Название препарата	Форма выпуска	Суточная амбулаторная доза, мг	Вечерняя разовая доза, мг
1. Оксазепам (пракситен, позе- пам, тазепам)	Таблетки 10–15–50 мг (форте)	10–40	10
2. Диазепам (седуксен, валиум, реланиум)	Таблетки 2,5–5,0–10,0 мг Капсулы 5 мг Ампулы 2 мл 0,5 % (10 мг в ам- пуле)	2,5–15	2,5–7,5
3. Альпразолам (ксанакс, касса- дан, тафил)	Таблетки 0,25–0,5–1,0– 2,0–3,0 мг	500–1500 3–6	1–2
4. Флуразепам (дальмадор)	Таблетки 30 мг	—	15–30
5. Бромазепам (лексилиум, лексотанил)	Таблетки 1,5–3,0–6,0 мг	3–6	3,0–4,5
6. Хлордиазепок- сид (элениум, либриум)	Таблетки 5–10–25 мг Ампулы 0,1 г (растворить в 10 мл воды)	5–50	5–25
7. Нитразепам (радедорм, эунок- тин)	Таблетки 5–10 мг	5–30	5–10
8. Темазепам (нормасон, ле- ванксол)	Таблетки 10 мг	20–30	10–20
9. Феназепам	Таблетки 0,5–1,0–2,5 мг	30–90	0,5–1,5

Продолжение табл. 5.1

Название препарата	Форма выпуска	Суточная амбулаторная доза, мг	Вечерняя разовая доза, мг
10. Бромазепам (лексилиум, лексотанил, лексотан)	Таблетки 1,5–3,0–6,0 мг Драже 6 мг	4,5–12	0,5–1,0–4,5
11. Лоразепам (ативан, тавор, тества)	Таблетки 1,0–2,5 мг	1,0–7,5	1,0–2,5
12. Мепробамат (андаксин, мепробан)	Таблетки 200–400 мг	200–800	200–600
13. Медазепам (рудотель, нобриум)	Таблетки 10 мг	20–30	10–20
14. Тофизопам (грандаксин)	Таблетки 25–50 мг	50–200	25–100
15. Триоксазин (триметицин, седоксазин, метацин)	Таблетки 300 мг	300–600– –900	300–600
16. Бенактизин (амизил)	Таблетки 1–2 мг	3–6	3
17. Мебикар (октандион-3,7)	Таблетки 300–500 мг	900–1200	300–500
18. Транксен (клоразепат)	Капсулы 5–10 мг Таблетки 50 мг Сухое вещество 20–50–100 мг + + 5 ампул растворителя	10–30– –50–100	5–10
19. Клобазам (фризиум)	Таблетки 5–10–20 мг	20–30	10–20

Окончание табл. 5.1

Название препарата	Форма выпуска	Суточная амбулаторная доза, мг	Вечерняя разовая доза, мг
20. Буспирон (буспар)	Таблетки 5–10 мг	20–30	5–10
21. Гидроксизин (атаракс)	Таблетки 10–25–100 мг Ампулы 25–50 мг/мл	100–300	25–100
22. Оксилидин (бензоклидин гидрохлорид)	Таблетки 20–50 мг Ампулы 1 мл 2 и 5 % раствор	150–300	50–100 (начальная 20)
23. Фенибут	Порошок и таблетки 10–25 мг	60–75	15–30

*Примечание.* При грудном вскармливании бензодиазепины попадают в грудное молоко. Поскольку у новорожденных бензодиазепины метаболизируются медленнее, чем у взрослых, и может происходить накопление препарата и (или) его метаболитов, прием этих транквилизаторов кормящими матерями может вызвать седативный эффект и, возможно, трудности при кормлении, а также потерю массы тела новорожденным.

Антидепрессанты со сбалансированным действием можно применять без учета этих особенностей депрессий (табл. 5.2).

При назначении лечения врачами женских консультаций (акушерами-гинекологами) целесообразно ограничиваться монотерапией с использованием удобных в употреблении лекарственных препаратов.

Для лечения средних по тяжести и особенно легких депрессий целесообразно назначение так называемых «малых» антидепрессантов, тропных к расстройствам невротического уровня с мягким антидепрессивным действием и незначительными побочными эффектами: азафена, инсидона (опипрамол), пропизепина (вагран), тразодона (дезирил, трезин), миансерина (миансан), инказана, моклобемида (аурорикс), бефола, а также обратимых ингибиторов МАО.



## Клиническая классификация антидепрессантов

Наименование	Средняя доза*, мг/сут
<i>Антидепрессанты-седатики</i>	
Фторацизин	100–200
Тримепрамин (сюрмонтил, герфонал, сапилент)	150–300
Доксепин (синэксван, новоксапин, апонал)	75–150
Амитриптилин (лароксил, элавил, дамилен, триптизол)	150–200
Миансерин (леривон, толвон, миансан)	30–150
Миртазапин (ремерон)	15–45
Амоксапин (моксадил, азендин, демолокс)	200–300
Азафен (пипофезин)	150–200
Альпразолам (ксанакс, алзолам, кассадан)	3–6
Адиназолам (дерацин)	20–90
Оксилидин (бензоклидин гидрохлорид)	300–500
Тразодон (сидерил, триттико, прагмарель)	300–600
Кловоксамин	100–300
Флувоксамин (феварин, флорксифрал, мироксим)	100–200
Фомоксетин (малексил)	200–600
Мефазодон (серзон)	200–400 (400–500)
Опипрамол (инсидон, прамолан)	100–200
Медифоксамин (кледиааль, гердаксил)	100–300

\* Средняя доза внутрь для стационарного лечения. При амбулаторном лечении доза должна быть ниже.

Продолжение табл. 5.2

Наименование	Средняя доза, мг/сут
<i>Антидепрессанты сбалансированного действия</i>	
Венлафаксин (эффескор)	150–300
Триптофан (атримон, бикалм, биотин)	6000–7000
5-окситриптофан (окситриптан, левотим, претонин)	200–1000
Мапротилин (людиомил)	100–200
Ноксиптилин (агедал, ногедаль, дибензоксин)	50–100
Досулептин (дотиепин, протиаден, идом)	75–150
Мелитрацен (траусабун, адаптол, метраксил)	100–300
Дибензепин (экатрил, новерил, неодалит, депрекс)	200–600
Тианептин (стаблон, коаксил)	25–50
Лофепрамин (гамонил, тимелит)	7–210
Кинупрамин (кеворил, кинуприн)	2,5–7,5
Пропизепин (вагран)	100–300
Ритансерин	10
Сертралин (золофт)	50–200
Пароксетин (паксил)	10–40
Пиразидол (пирлиндол)	150–300
Кароксазон (тимостенил, суродил)	400–1200
Кломипрамин (анафранил, гидифен, кломинал)	100–200
<i>Антидепрессанты-стимуляторы</i>	
Вилоксазин (вивалан, эмовит)	150–300
S-аденозилметионин (самир, гептрал)	400–760
Иприндол (галатур, прондол, тертран)	60–150
Инказан (метралиндол)	150–400

Наименование	Средняя доза, мг/сут
Бефол	100–500
Цефедрин	400–600
Имипрамин (мелипрамин, тофранил, имизин)	200–250
Минаприн (кантор)	100–300
Нортриптилин (авентил, психостил, норитрен)	75–150
Бефуралин	100–300
Протриптилен (вивактил, конкордин)	20–50
Метапрамин (тимаксель)	200–600
Томоксетин	20–90
Дезипрамин (пертофран, петилил, норпрамин)	150–200
Циталопром (ципрам, серопрам, ципромид)	20–60
Флуоксетин (прозак, продел)	20–40
Аминептин (сюрвектор)	100–300
Бупропион (велбутрин, амфебутамон)	300–450
Толоксатон (гуморил, перенум)	600–1000
Брофаромин	100–150
Моклобемид (аурорикс)	300–600
Индопан (альфа-метилтриптамин)	40–60
Сиднофен	20–30
Ниаламид (нуредаль, новазид)	300–400
Ипрониазид (ипразид, марсилид)	100–150
Транилципромин (трансамин, парнат)	25–60
Фенелзин (нардил)	40–60
Тотриндол	200–400
Номифензин (аливан)	50–200

При выборе препарата следует учитывать не только интенсивность и избирательность тимоаналептического действия, но и период полураспада, побочные эффекты. В этом плане особое значение приобретают современные (нового поколения) антидепрессанты, сочетающие в себе достаточно выраженный тимоаналептический эффект с хорошей переносимостью: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как флуоксетин (прозак), сертралин (золофт), пароксетин (паксил), циталопром (ципралин); селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина: мапротилин (людиомил); обратимые ингибиторы МАО: пиразидол, моклобемид (аурикс);  $\alpha_2$ -адреноблокаторы: миансерин (леривон); атипичные серотонинергические трициклические антидепрессанты: тианептин (коаксил).

Трициклические антидепрессанты типа амитриптилина, мелипрамина, применяемые в психиатрии широко и давно, наряду с хорошим антидепрессивным действием вызывают много побочных эффектов.

Есть антидепрессанты, оказывающие одновременно психо- и соматотропное действие, например гептол (тимоаналептическое и гепатотропное действие).

Между отдельными классами психотропных препаратов существуют многочисленные «переходные» препараты со свойствами двух классов: сульпирид (эглонил) — нейролептик и тимоаналептик, кроме того, нормализует деятельность желудочно-кишечного тракта; альпразолам (ксанакс) — тимотранквилизатор; антидепрессанты с нейролептическими (амоксапин) или ноотропными (S-аденозилметионин) свойствами; транквилоноотропы (мексидол, фенибут, дипептиды, пиромедин карбоновых кислот). Ряд новых препаратов (гепирон, флуразин, перлатин) могут одновременно блокировать серотониновые и дофаминовые рецепторы, оказывая анксиолитическое и умеренное антипсихотическое действие.

В ряде случаев можно использовать и соматотропные препараты с нерезко выраженной психотропной активностью:  $\beta$ -ганглиоблокаторы, вызывающие анксиолитический эффект, нифедипин и верапамил, обладающие нормотимическими свойствами.

При учете клинических особенностей депрессии следует помнить, что лучше остальных лечатся простые меланхолические депрессии. При них эффективны любые антидепрессанты. Вместе с тем следует учитывать основной принцип тимоаналептической терапии. При преобладании тоски и заторможенности назначаются средства с преимущественным стимулирующим эффектом (имипрамин, дезипрамин,

флуоксетин, мапротилин, пиразидол), а при преобладании тревожного эффекта и психомоторной ажитации — антидепрессанты с седативными свойствами (амитриптилин, тримепрамин, доксепин, миансерин, азафен, тразодон). В случае смешанного тревожно-тоскливого аффекта чаще назначаются антидепрессанты широкого спектра или сбалансированного действия (пиразидол, мапротилин, дибензепин, досулептин, сертралин, кароксазон и др.).

Для успешного лечения простой нетяжелой депрессии достаточно применения «малых» антидепрессантов. Хороший эффект наступает также от применения новых селективных серотонинергических антидепрессантов (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин), а также обратимых ингибиторов МАО (пиразидол, бефол, моклобемид).

Большие антидепрессанты применяются в умеренных дозах, до 75–150 мг (мелипрамин, амитриптилин и др.).

Первые признаки улучшения состояния проявляются повышением аппетита, нормализацией сна и вегетативно-соматической симптоматики, а затем и психических проявлений тоски. Все компоненты депрессивной триады редуцируются равномерно по мере уменьшения глубины депрессии.

О наличии эффекта можно судить через 3–4 недели лечения. Симптомы депрессии обычно исчезают через 1–2 мес адекватного лечения. При этом дозу антидепрессанта постепенно снижают примерно наполовину и продолжают лечение еще 3–4 мес. Если при снижении дозы наступает ухудшение, возвращаются к оптимальной предыдущей дозе и увеличивают срок активного лечения.

При лечении **тревожной депрессии** непсихотического уровня целесообразно назначение антидепрессантов-седатиков. Хороший результат дает применение доксепина, миансерина, азафена, тразодона. Отчетливый терапевтический эффект оказывают серотонинергические антидепрессанты, применяемые 1–3 мес с последующей поддерживающей терапией флувоксамином (феварином), сертралином (золофтом), пароксетином (паксил). Антидепрессанты, особенно на первом этапе лечения, целесообразно сочетать с транквилизаторами: альпразоломом (ксанаксом), феназепамом, лоразепамом. Мягкий седативный эффект могут оказать нейролептики мягкого действия в небольших дозах: сонапакс, меллерил, терален.

Седативное и анксиолитическое действие нейролептиков и транквилизаторов позволяет достичь быстрого облегчения состояния больных. Действие антидепрессантов проявляется только на 2–3-й неделе

терапии, после чего применение нейрорептиков, транквилизаторов можно прекратить.

При тяжелых вариантах тревожных депрессий лучше начинать лечение с парентерального капельного введения антидепрессантов с седативным эффектом в условиях стационара.

При астенической депрессии наиболее эффективными препаратами являются антидепрессанты со стимулирующим компонентом действия: ингибиторы МАО (ниаламид, моклобемид, бефол, сиднофен, пиразидол, индопан), дофаминергические (аминептин, бупропион), серотонинергические (флуоксетин, циталопром), также такие препараты, как петиллил (дезипрамин, пертофран), нортриптилин, цефедрин, вилаксазин (вивалан, эмовит) и кароксазон (тимостенил). Особое значение имеют препараты, спектр действия которых включает отчетливый антиастенический компонент: минаприн (кантор) и S-аденозилметионин. В первые недели лечения обычно выявляется стимулирующий и антиастенический эффект. Больные становятся более активными, уменьшается утомляемость, облегчается интеллектуальная деятельность. В последующем повышается настроение. Эффект наступает через 1–2 мес. В случае недостаточной эффективности антидепрессантов целесообразно присоединить нейрометаболические стимуляторы: ноотропил (пирацетам) — 2,5–3,0 г/сут, меклофеноксат (ацефен, люцидрил) — 0,3–1,07 г/сут, бемитил — 0,5–1,5 г/сут, витамин В<sub>6</sub> — по 3 мл (150 мг) внутримышечно ежедневно, 10–15 инъекций.

**Деперсонализационная (анестетическая) депрессия** — одна из труднокурабельных форм. В литературе существует мнение, что лучше других помогают внутривенные капельные вливания кломипрамина (анафранил, гидифен) (С.Н. Мосолов, 1995). Дозу постепенно увеличивают до 100–200 мг/сут. Вливания делаются в утренние часы, желательно в условиях стационара. С этой целью капельно можно вводить людиомил.

Ю.Л. Нуллер (1988) предлагает также комбинировать антидепрессанты с транквилизаторами. Хорошим признаком служит ранняя положительная реакция на терапию. Наступает облегчение, редуцируется тягостное переживание бесчувствия, возвращается интенсивность восприятия, эмоциональное отношение к близким и всему окружающему, улучшается настроение. После наступления улучшения целесообразно перейти на пероральный прием препаратов в 1,5–2 раза большей дозе, чем при внутривенном введении. По данным С.Н. Мосолова (1995), общая терапевтическая эффективность достигается только у 30–50 % больных этой формой депрессии.

Наиболее эффективными средствами лечения депрессии с навязчивостями являются кломипрамин (анафранил, гидифен), мапротилин (людиомил) и ингибиторы МАО (ниаламид, пиразидол). При преобладании в структуре депрессий тревожно-фобических расстройств неплохое действие оказывает амитриптилин и доксепин (синэксван, апонал). Лучше поддаются терапии конкретные аффективно-насыщенные навязчивости. Дозы препаратов варьируются в широких пределах у разных больных. Рекомендуется более медленное наращивание доз, чем при других видах депрессий. В случае, если в картине депрессии большое место занимают панические расстройства с агорафобией и избегающим поведением, рекомендуется провести лечение мелипрамином (имипрамин, тофранил), дезипрамином (норпрамин, пертофран) в комбинации с ксанаксом (альпразолам) — бензодиазепиновым транквилизатором.

На обсессивно-фобическую симптоматику оказывают действие новые серотонинергические антидепрессанты: флуоксетин (прозак), флувоксамин (феварин), сертралин (золофт). Почти полное отсутствие побочных явлений позволяет применять их в течение нескольких месяцев.

**Ипохондрическая депрессия** часто резистентна к лечению антидепрессантами. Наибольший эффект описывается при использовании кломипрамина (анафранил, гидифен), доксепина (синэксван, апонал), амоксипина, серотонинергических антидепрессантов и ингибиторов МАО. Применяемые дозы широко варьируются в зависимости от переносимости больными препарата. В послеродовом периоде при этой форме депрессии легко возникают побочные соматовегетативные эффекты.

Как видим, одни и те же антидепрессанты могут использоваться для лечения различных форм депрессии. Жесткой специфичности их действия нет — есть только предпочтительность применения при том или ином состоянии. Касается это и **маскированной (соматизированной) депрессии**.

Обязательное условие, которое следует соблюдать, — это более медленное, чем при других послеродовых депрессиях, увеличение дозы антидепрессантов в связи с высокой чувствительностью больных к развитию побочных эффектов. В связи с этим целесообразно в первую очередь применять антидепрессанты с минимальными побочными явлениями.

Хорошо переносятся средние дозы (100–150 мг/сут) обратимых ингибиторов МАО (пиразидол, моклобемид, бефол) и селективные

серотонинергические препараты в средних и стандартных дозах: флуоксетин (прозак) — 10–20 мг/сут, флувоксамин (феварин) — 100–150 мг/сут, сертралин (золофт) — 100 мг/сут, пароксетин (паксил) — 20 мг/сут. Можно использовать и трициклические антидепрессанты — амитриптилин при тревожном аффекте, мелипрамин при адинамии, заторможенности, но следует помнить о холинолитических побочных эффектах этих препаратов и начинать лечение с 1/2 таблетки, прибавляя 1/2 таблетки 1 раз в 3 дня.

При соматизированных тревожных синдромах хороший эффект оказывает кломипрамин (анафранил, гидифен), миансерин (миансан, леривон) в комбинации с транквилизаторами, особенно с альпразоламом (ксанакс, кассадан).

В процессе лечения оптимальными дозами лекарств уменьшается степень выраженности, яркость многочисленных соматовегетативных жалоб, постепенно нормализуются сон, аппетит, аффективная сфера.

Лечение маскированной депрессии длительное, от 8–10 недель до полугода. Доза антидепрессанта снижается медленно; при возобновлении расстройства дозу приходится вновь повышать и лечение продолжать. Для продолжительного лечения целесообразно использовать препараты с незначительными побочными эффектами.

Несмотря на большой опыт применения антидепрессантов, клиническая практика показывает, что половина депрессивных больных остаются резистентными к первому назначенному препарату, треть — к адекватной тимоаналептической терапии.

Количество резистентных к терапии больных увеличивается. Отсутствие терапевтического эффекта через 4 недели от начала применения оптимальной дозы антидепрессанта должно побудить врача к анализу и объяснению замедленного эффекта. Причин резистентности много, в том числе и индивидуальные особенности обмена принимаемого лекарства в организме.

Врачу следует проверить, правильно ли поняты больным его рекомендации по приему лекарства. Невыполнение рекомендаций может снизить эффективность лечения.

Следует убедиться, что пациент принимает лекарство. При возможности рекомендуется установить уровень препарата в плазме крови. Заниженная или высокая концентрация может снижать эффект терапии. Для этого нужно знать «терапевтическое окно» препарата, помнить, что не для всех лекарств учет терапевтического интервала концентрации препарата поможет коррекции терапии.



Целесообразно назначать хорошо зарекомендовавшие себя препараты. В амбулаторных условиях не следует назначать несколько антидепрессантов одновременно, особенно из одной и той же группы.

Если лекарство оказывается неэффективным, его следует заменить препаратом из другой химической группы.

В самом начале лечения необходимо снять или уменьшить тревогу и напряженность пациента, бессонницу. Для этого можно прибегнуть к назначению транквилизаторов, нейролептиков с седативным эффектом.

Время приема лекарств должно соответствовать образу жизни больного.

Не следует слишком быстро признавать лекарство неэффективным, есть ряд способов повысить его эффективность. Для этого к применяемому антидепрессанту можно присоединить карбонат лития. Даже небольшие дозы лития (концентрация в крови 0,4–0,6 ммоль/л) в течение нескольких дней могут улучшить состояние. С этой целью можно присоединить карбамазепин (финлепсин, тегретол) в дозе 400–2000 мг/сут в течение 3–4 недель.

Можно прибегнуть к назначению двух антидепрессантов одновременно (политимоаналепсия), подобрав препараты с коротким периодом полувыведения.

Целесообразно использовать лекарственные средства, повышающие эффективность антидепрессантов:

- трийодтиронин (25–50 мкг/сут, курс — 1 мес). Эффект обычно наступает в первые дни лечения;
- альфа-триптофан (4–7 г/сут) или другой предшественник серотонина, например, 5-окситриптофан (200–1000 мг/сут). Лучше применять с никотинамидом (1–4 г/сут) 3–4 недели;
- резерпин (5–15 мг внутримышечно 2–4 дня подряд) в сочетании с трициклическими антидепрессантами. Может привести к кризическому выходу из депрессии;
- бета-блокаторы — пропранолол (анаприлин, индерал, обзидан) (120 мг/сут). Оказывают выраженный дополнительный анксиолитический эффект;
- альфа-адреноблокаторы (пирроксан). В дозах 60–90 мг/сут повышают эффективность трициклических антидепрессантов, уменьшают выраженность симпатикотонии. Длительность применения — около двух недель;
- иммуномодуляторы — левамизол (декарис), тактивин и др. Левамизол применяется по 150 мг/сут 2–3 дня с последующим 4–5-дневным перерывом;

- витамин Е (альфа-токоферол). Применяется по 600–800 мг/сут в виде 50 % масляного раствора в течение 3–4 недель;
- витамин В<sub>6</sub>. Назначается по 150–200 мг/сут внутримышечно один раз в день, курс — 10–15 дней.

Лечебным и профилактическим свойством обладают также используемые в кардиологии блокаторы кальциевых каналов: дилтиазем, нифедипин, верапамил (Б.А. Раюшкин, 1998). Однако мнения по их применению противоречивы (Р.Ј. Cowen, 1999).

В комплекс терапии можно включать растительные антидепрессанты: экстракт элеутерококка, настойку заманихи, лимонника, которые умеренно стимулируют психические функции. Усиливается эффект антидепрессантов при сочетании с настойкой валерианы, пустырника, пассифлоры (Ю.Ф. Антропов, 1999).

Из немедикаментозных методов можно использовать депривацию сна (полную или частичную) (ниже проводится методика Телле), гипо- и гипербарическую оксигенацию, лазеротерапию, рефлексотерапию.

При отсутствии терапевтического эффекта после использования вышеперечисленных комбинаций можно применить электросудорожную терапию (ЭСТ).

В комплекс лечения послеродовых депрессий невротического уровня необходимо включать психотерапию. Ее целесообразно начинать рано, лучше при незначительном улучшении состояния, когда у пациентки появляется вера в выздоровление. Целесообразны когнитивная психотерапия, направленная на выявление и обсуждение иррациональных мыслей больной; поведенческая психотерапия для тренировки навыков повышения самооценки; семейная психотерапия при психотравмирующих внутрисемейных отношениях; короткая динамическая психотерапия для решения возникающих конфликтов. Вид психотерапии определяется опытом врача, который ее проводит, состоянием пациентки и ее личностными особенностями (см. главу 12).

В целом прогноз при послеродовых непсихотических депрессиях обнадеживающий, но не настолько хороший, как считал когда-то Э. Крепелин.

При лечении послеродовых депрессий следует избегать наиболее распространенных ошибок:

- 1) короткий срок лечения, в связи с чем симптоматика депрессии возобновляется;
- 2) недостаточные дозы, неправильный выбор антидепрессанта, недоучет побочных эффектов;

- 3) назначение нескольких препаратов из одной группы лекарств;
- 4) отсутствие надежности приема.

Продолжительность лечения зависит от ряда обстоятельств: характера психопатологического депрессивного синдрома, о чем сказано выше, эффективности терапии, первичности или повторности депрессии.

Основные условия, которые следует помнить при лечении депрессий, можно свести к следующему.

При наращивании дозы антидепрессантов (первые 2—3 недели лечения) побочные эффекты выражены более значительно. Если в этот период начинается редукция депрессивных расстройств, прогноз лечения более благоприятный.

При тревожных депрессиях, нарушениях сна на начальном этапе лечения к антидепрессантам целесообразно добавлять транквилизаторы или мягкие («малые») нейролептики и продолжать их прием до выраженного эффекта антидепрессантов.

Оптимальная доза препарата должна приниматься до наступления выраженного клинического эффекта не менее двух месяцев. При ипохондрической, маскированной, деперсонализационной депрессиях, депрессии с навязчивостями срок лечения может быть более длительный, до 4—6 мес.

На следующем этапе нельзя отменять лекарства сразу. Дозу следует попытаться уменьшить наполовину и продолжать лечение еще 2—6 мес.

В завершающей стадии лечения дозу следует снижать медленно, в течение 3—4 недель. В случае ухудшения состояния нужно вернуться к предыдущей дозе.

Вопрос о необходимости поддерживающего лечения в каждом конкретном случае решается индивидуально. Оно показано в первую очередь больным, состояние которых при отмене антидепрессантов ухудшается, пациентам, в анамнезе которых уже были аффективные эпизоды, при семейной отягощенности аффективными расстройствами.

Для профилактики обострений используется лития карбонат с контролем его уровня в крови (0,4—0,6 ммоль/л). С целью профилактики новых приступов целесообразно назначение финлепсина (0,4—0,8 г/сут), конвулекса (0,4—0,9 г/сут), нифедипина, верапамила.

Профилактическую терапию продолжают неопределенно долго. После многолетнего успешного поддерживающего лечения дозу можно осторожно снизить и прекратить лечение.

Терапия бодрствованием (депривация сна) по Р. Телле (1998). Методика, по данным ее автора, имеет высокую терапевтическую эффективность (80–90 %) при лечении депрессий, особенно в комбинации с приемом антидепрессантов (амитриптилина). Может проводиться в амбулаторных условиях.

Лишение сна проводится ночью, сеансы повторяются через 5–7 дней несколько раз (5–6 сеансов).

Автор считает терапевтически более благоприятным частичное лишение сна во второй половине ночи (пробуждение в 1 ч 30 мин), а не полное лишение ночного сна. Терапия пробуждением во второй половине ночи, по наблюдению Телле, не только наиболее эффективна, но и легко проводится. Она совпадает с особенностями нарушения сна при депрессиях — ранними пробуждениями, сном по вечерам. Бодрствование ночью переносится депрессивными больными легче, чем здоровыми. Следующий день после лишения сна во второй половине ночи больной проводит, как обычно. Он не должен спать днем.

Улучшение состояния ощущается в ранние утренние часы (вместо ухудшения). Эффект имеет разную длительность — иногда один день, чаще около недели. Далее показано повторение лечения (лишение сна). В некоторых случаях депрессия усиливается, что, по наблюдению автора, прогностически неблагоприятно. Депрессивная симптоматика (меланхолия) может стойко исчезнуть, в редких случаях наступает гипомания. Редукция симптоматики после сеанса лечения — 20–35 % (по сравнению с предыдущим днем). Метод не дает побочных явлений. Механизм его действия не ясен.

# 6

## Послеродовые психозы и их клинические особенности

### Анализ современных взглядов на послеродовые психозы

В литературе наряду с представлением о послеродовых психозах существует более широкое понятие — психозы генеративного периода. Последние включают психические расстройства, возникающие в различные фазы генеративного процесса: предменструальные психические расстройства, психозы в связи с беременностью, абортами, выкидышами, психозы, возникающие во время родов, послеродовые и лактационные психозы.

А.Н. Молохов (1962) в монографии «Очерки гинекологической психиатрии» дает подробный анализ литературы по этой проблеме. Автор наблюдал 163 женщины с генеративными психическими расстройствами, у 45 % из которых психозы квалифицировались как послеродовые.

Практически все исследователи, занимавшиеся генеративными психозами, отмечают в этой группе преобладание послеродовых психозов; цифра эта в ряде работ достигает 80 % от общего числа больных (Л.Г. Иванова, 1960; Т.С. Заичкина, 1968; Т.К. Кудериков, 1969; Б.А. Целебеев, 1972; С.А. Давтян, Э.С. Саакян, 1972; К.Т. Тмутарин, 1977; I. Watson et al., 1984).

По обобщенным данным Т.С. Заичкиной (1968), среди генеративных психозов послеродовые составляют 50–80 %, лактационные — 6–30, психозы при беременности — 3–9 и послеабортные — 3 %.

В.Ф. Кузменок (1963) на собственном материале показала, что генеративные психозы составляют 5 % от числа всех поступающих в психиатрический стационар женщин детородного периода и что количество психозов снижается в первую очередь за счет хореических, эclamптических, инфекционных.

Л.А. Шмилович с соавт. (1973, 1985) наблюдали 230 женщин с генеративными психозами, что составило 4 % от общего числа поступивших в психиатрический стационар. В своих исследованиях авторы не выявили клинической картины, специфичной для каждой в отдельности фазы генерации, и пришли к заключению, что деление

на отдельные генеративные психозы условно. При любых генеративных психозах расстройства, по мнению авторов, свидетельствуют о диэнцефальных нарушениях (расстройства сознания, сна, аппетита, настроения).

Давно привлекает внимание психическое состояние женщин в связи с менструациями. По приводимым А.Н. Молоховым (1962) данным, в этот период учащаются самоубийства и правонарушения. Работы, посвященные изучению психических, соматических и эндокринных изменений в связи с менструальной функцией, продолжаются и в настоящее время. Делаются попытки вскрыть общие механизмы психических расстройств в связи с детородной функцией.

При предменструальном синдроме отмечаются тревога, раздражительность, депрессия и гипомания, утомляемость, физический дискомфорт (В.И. Бутман, 1989; R.I. Schnader et al., 1982; J. Endicott et al., 1982; P. Slader, 1984; D. Gath, 1987). Р.И. Шнайдер с соавт. отмечают существенные различия активности МАО тромбоцитов в группах женщин с высоким и низким уровнем предменструального напряжения. Дж. Эндикотт с коллегами среди патогенных факторов выделяют дисбаланс гормонов (эстрогена и прогестерона) и нейротрансмиттеров.

В обзоре по предменструальным синдромам (В. Carroll, M. Steiner, 1978) отмечены сходные эндокринные сдвиги при послеродовом и предменструальном синдромах.

Несмотря на значительные усилия, направленные на изучение предменструального синдрома, сущность его остается пока не выясненной (D. V. Rubinow et al., 1984; P. Slade, 1989).

Что касается так называемых лактационных психозов, частота которых колеблется от 6 до 30 %, то их положение в группе генеративных психозов неопределенное. Несмотря на то что лактация у женщин начинается сразу после родов, психозы, возникающие в первые 6 недель (а иногда до 3 мес), определяются как послеродовые, а развивающиеся позже и до 9 мес кормления — как лактационные. Лактационные психозы чаще возникают во второй половине лактационного периода — между третьим и пятым месяцами кормления. По данным, которые приводит А.Н. Молохов (1962), среди заболевших преобладают женщины среднего возраста, чаще повторнородящие. Автор считает лактационные психозы, как и послеродовые, сборной группой. Клинически чаще всего наблюдается картина эндогенных психических расстройств.

Л. Вирджиния с сотр. (L. Virginia et al., 1988) делают попытку выделить психические расстройства при отлучении детей от груди, проявляющиеся главным образом в виде депрессии.

Что касается распространенности самих послеродовых психозов, занимающих основное место в группе генеративных психозов, то по наблюдениям конца XIX—начала XX столетия авторы приводят следующие цифры: Ж. Эскироль — 8 %, И.Д. Жданов — 4 %, Э. Крепелин — 7 % от всех психически больных женщин. Близкие результаты получены и в более поздних исследованиях (И.Е. Авербух, 1961; В.Ф. Кузменок, 1963; Ф.И. Иванова, 1968; В.Н. Дюсембеков, 1974; E. Balduzzi, 1951; J. F. Daubach, 1972).

Частота послеродовых психозов в популяции родильниц характеризуется относительной стабильностью: 1–2 случая на 1000 родов (Л.Ф. Смоленко, 1974; Д.Д. Орловская, 1983; W.B. Davenport et al., 1982; G. David, M.D. Inwood, 1989; J. Michael et al., 1989).

По наблюдениям В. Д. Эм, Ф.Н. Грудева (1974), за период с 1961 по 1974 г. заболеваемость послеродовыми психозами сохранялась примерно на одном уровне. Ряд авторов (R. Kumar et al., 1983, 1984; R. Kumar, 1990), изучая психические расстройства, связанные с деторождением, пришли к выводу, что риск заболеть психически в первые три месяца после родов увеличивается в 16–20 раз по сравнению с периодом, предшествующим зачатию. Первородящие находятся в группе наибольшего риска, и вероятность развития у них психоза в первый месяц после родов в 35 раз выше, чем до зачатия. Риск заболеть психозом после родов в 10 раз больше, чем в случаях различных жизненных утрат. По данным Р. Кумар (R. Kumar, 1990), уровень послеродовых психозов с 1948 по 1987 г. (в течение почти 40 лет) сохранялся неизменным, невзирая на значительное улучшение условий жизни. Автор со ссылкой на аналогичное мнение американских и европейских исследователей рассуждает следующим образом: «Если частота тяжелых психических нарушений после родов не зависит от социальных, культуральных условий, питания и последних достижений медицинской науки и остается стабильной, можно подтвердить гипотезу о том, что за развитие и частоту болезни ответственны некоторые исключительные факторы, присущие репродуктивному процессу».

На своеобразии клинических проявлений психозов послеродового периода указывают практически все изучавшие их ученые. Большие сложности вызывает синдромологическая и особенно нозологическая квалификация послеродовых психических расстройств. Нет четких представлений о причинах их возникновения и механизмах патогенеза. Отсутствуют общепринятые терапевтические подходы. Заболевание в части случаев может закончиться смертельным исходом.

Часты суициды и инфантициды. Все это лишний раз доказывает актуальность изучения послеродовых психозов.

Основываясь на собственном клиническом опыте, мы попытались приблизиться к пониманию проблемы. Нами наблюдалось 268 женщин, перенесших психотические расстройства в послеродовом периоде. Учитывались психозы, возникшие в течение ближайших 6 недель после родов. Стационарные наблюдения продолжались с 1976 по 1996 г. С целью изучения катамнеза проанализировано 148 амбулаторных карт больных, перенесших психоз в послеродовом периоде и состоящих на учете в психоневрологическом диспансере. Часть больных повторно осматривалась на амбулаторных приемах.

В первые дни после поступления больные ежедневно осматривались гинекологом, назначения регулярно корректировались в зависимости от состояния половой сферы и психического состояния больной. В дальнейшем наблюдения гинеколога продолжались с частотой, зависевшей от состояния родильницы.

Для оценки соматического состояния больной привлекались специалисты самого разного профиля: терапевты, эндокринологи, невропатологи, инфекционисты и т.д. Особого внимания требовали больные с тяжелыми соматическими расстройствами, с явлениями трудно оцениваемого токсикоза, с фебрильной и субфебрильной температурой. Проводились все доступные лабораторные и инструментальные исследования. В связи со своеобразием психических расстройств в послеродовом периоде и трудностями постановки нозологического диагноза при улучшении психического состояния больных использовалась помощь психолога.

По нашим наблюдениям, только у 10 % впервые заболевших женщин начальные признаки психического заболевания появились перед родами. В клинической картине в этот период отмечались поверхностный укороченный сон, легкая тревожная и депрессивная симптоматика. Расстройства редко достигали психотического уровня. Больные обычно к врачам не обращались. Послеродовой психоз разворачивался преимущественно на первой неделе после родов (71,9 % больных). На второй неделе заболевали 22,6 % женщин, на третьей — 3,5, на четвертой — 1,5, в более поздние сроки — 0,4 % (табл. 6.1).

Как правило, расстройства начинались еще в роддоме и проявлялись нарушением сна, несобранностью, тревогой, опасениями не справиться с уходом за ребенком. Наблюдалась растерянность, женщины становились суетливыми, иногда появлялось безразличие к ребенку, отказы от кормления. В дальнейшем психопатологическая симптома-



Таблица 6.1

## Сроки начала заболевания и госпитализации при различных психопатологических синдромах

Синдром	Сроки начала заболевания / госпитализации, %					Всего больных, чел.
	1 неделя	2 недели	3 недели	4 недели	Более	
Аффективный	71,0/29,0	23,5/28,0	3,9/6,6	3,9/6,6	-/28,0	80
Аффективно-бредовой	71,1/29,4	20,0/46,6	5,4/8,4	1,3/4,0	1,3/11,9	82
Кататонический	68,3/46,6	26,6/36,6	5,0/11,6	-/5,0	-/-	63
Кандинского—Клерамбо	83,3/33,3	11,0/28,0	5,5/16,5	-/11,2	-/11,2	18
Острый парафренный	75,0/41,6	25,0/50,0	-/-	-/8,3	-/-	12
Прочие	69,0/76,1	30,8/23,1	-/23,1	-/7,0	-/-	13
Всего больных, %	71,9/35,1	22,6/35,9	3,5/10,6	1,5/5,5	0,4/12,8	268

тика продолжала быстро нарастать и утяжеляться, что приводило к экстренной госпитализации в психиатрический стационар.

На первой неделе от начала заболевания было госпитализировано 35,1 % наблюдаемых нами женщин, на второй — 35,9, на третьей — 10,6, на четвертой — 5,5 %. Остальные 12,8 % больных поступили в отделение в более поздние сроки (см. табл. 6.1). При этом следует учитывать, что родственники больных опасались госпитализации в психиатрический стационар, были обеспокоены состоянием ребенка, который в этой ситуации оставался без матери и грудного вскармливания, и всячески пытались обеспечить лечение и уход за больной дома.

Такую динамику и начало послеродовых психозов описывает большинство авторов, изучавших данную проблему (Л.Т. Иванова, 1960; Э.А. Аранович, 1967; А.И. Плотичер, 1967; Л.А. Даленко с соавт., 1973; К.С. Плюйко, 1974; С.Ф. Семенов с соавт., 1984; M. Lammel, 1986, и др.). Ряд авторов выделяют критические дни, в которые чаще начинаются расстройства. К.С. Плюйко (1974) критическим считает 5–7-й день после родов, М.Х. Мотасим (1936) — 2–4-й, З. А. Дереча с соавт. (1983) — 2–5-й и 8-й, Б. Пауляйкофф (B. Pauleikhoff, 1964) — 5-й, Г. Дэвид с соавт. (G. David et al., 1989) — 9–11-й день. По литературным данным, большинство больных быстро попадает в стационар в связи с грубыми нарушениями поведения, угрозой собственной жизни и жизни ребенка (И.Д. Жданов, 1896; А.Н. Молохов, 1962; М.С. Доброгаева, 1972; М.В. Коркина с соавт., 1984, 1985, 1988). Обобщение данных показало (G. David et al., 1989), что в первые две недели госпитализируется 75 % больных с пuerperальными психозами. Отмечено (С.Л.Е. Катона, 1982), что у лиц с послеродовыми психическими заболеваниями промежутки времени между появлением симптоматики и госпитализацией короче, чем в контрольной группе женщин с психозами, не связанными с родами. Кроме того, подчеркивается отсутствие синдромологической определенности послеродовых психозов.

Своего апогея психические расстройства обычно достигают в первые дни пребывания в психиатрическом стационаре. Состояние продолжает утяжеляться, несмотря на начатое активное лечение. Обращает на себя внимание не только большая острота клинических проявлений заболевания, но и полиморфизм психических расстройств, их динамичность, сложность синдромологической и особенно нозологической оценки. Шизофрения, начавшаяся в послеродовом периоде, по мнению многих клиницистов, становится атипичной, характеризуется включением в клиническую картину экзогенных расстройств, нередко в форме нарушенного сознания, которые в даль-

нейшем сглаживаются (Р.М. Зиман, 1939; И.И. Лукомский, 1957; Э.И. Аранович, 1967; Л. А. Доленко с соавт., 1973; В.Д. Эм, 1977; М.В. Коркина с соавт., 1984, 1985).

Интересное исследование для доказательства этой закономерности провели И.М. Виш и В.Я. Романюк (1980). Авторы наблюдали 40 женщин, заболевших шизофренией до родов, с развившимся повторным психозом в послеродовом периоде. Отличительной особенностью послеродовых приступов была атипичность клинической картины в сравнении с приступами вне родов. Приступ в послеродовом периоде начинался слабостью, эмоциональной гиперестезией, тревогой с бредом и галлюцинациями; на высоте приступа помрачалось сознание.

В аналогичном исследовании (I.E. Brockinton et al., 1981) были сопоставлены ранние проявления послеродовых психозов (58 больных) и психозов, не связанных с родами (53 больных). Характерными чертами послеродовых психозов, по мнению авторов, являются спутанность сознания, нарушение когнитивных способностей, меньшая выраженность симптомов шизофрении.

На большие диагностические трудности психозов послеродового периода указывает М. Лэммел (M. Lammel, 1986). Подчеркивается, что «...отсутствие психотического синдрома не исключает наличия послеродового эндогенного заболевания. Аментивные, делириозные расстройства сознания, бред, галлюцинации не свидетельствуют об отсутствии эндогенных психозов».

Диапазон психопатологических синдромов, встречающихся при послеродовых психозах, по нашим наблюдениям и литературным источникам, очень велик — от синдромов с нарушенным сознанием, аффективных, шизоформных расстройств до пограничных нарушений психической деятельности. В редких случаях эклампсии или других органических поражений головного мозга наблюдается корсаковский психоорганический синдром. Синдромы в большинстве своем характеризуются большим полиморфизмом, трансформацией одного в другой. У значительной части больных в ранний период психоза наблюдается состояние нарушенного сознания с частичной или полной амнезией этого периода. В дальнейшем экзогенные расстройства сглаживаются, ведущими становятся аффективные, аффективно-бредовые синдромы, нередко с включением симптомов первого ранга по К. Шнейдеру, кататонические расстройства. При этом в переживаниях больных часто звучат обстоятельства собственных родов, в онейроидном состоянии переживаются повторные роды (Л.А. Доленко с со-

авт., 1973; Л. Лапите с соавт., 1979; М.Х. Мотасим, 1986; М.В. Коркина с соавт., 1984, 1995, и др.).

Наиболее часто встречающиеся послеродовые психозы нелегко вписываются в классификацию (R. Kumar et al., 1983). Для них характерны растерянность или спутанность сознания при нормальной ориентировке, гетерогенность и непостоянство симптомов, бред, галлюцинации, преимущественно слуховые и от третьего лица, флуктуация кататонических расстройств.

Астенические расстройства в структуре послеродовых психозов некоторые специалисты считают стержневыми, а сам психоз расценивают как симптоматический. По нашим же наблюдениям, только на самых ранних стадиях заболевания больные жалуются на повышенную утомляемость, вялость, слабость. Длительно эти жалобы сохраняются только в картине депрессий с астеническим компонентом, при симптоматических и экзогенно-органических психозах. В остальных случаях астеническая симптоматика быстро «зашторивается» нарастающими психотическими расстройствами. На выходе из психоза астения наблюдается достаточно часто (26,8 % больных), как правило, при фебрильной кататонии.

Следует отметить, что на обозримом отрезке времени изменились диагностические подходы, произошел патоморфоз психопатологических расстройств послеродовых психозов. Клинически все реже диагностируются классические «острые экзогенного типа реакции» по Бонгефферу, в первую очередь аменция и делирий. Объясняется это, с одной стороны, изменившимися диагностическими критериями аменции Мейнерта, с другой — уменьшением количества родовых инфекций.

Из синдромов нарушенного сознания чаще других описывается онейроидная кататония (М.В. Коркина с соавт., 1983, 1985; Т.Т. Соколина с соавт., 1995).

С 50-х годов XX в. в клинической диагностике начали преобладать аффективные расстройства. Частота аффективной патологии в разных литературных источниках колеблется в значительных пределах, что, вероятно, зависит не столько от транскультуральных особенностей психозов, сколько от абсолютного роста частоты депрессий в человеческой популяции, особенно атипичных, и от различных подходов в оценке депрессий. Так, Дж. Михаэль с сотр. (J. Michael et al., 1989) считают, что на долю аффективных расстройств приходится до 60 % всех послеродовых психозов. К.Л. Катона с коллегами (C.L. Katona et al., 1982) в соответствии с американской классификацией DSM-3 вы-

деляют две группы больных в послеродовом периоде: состояние первых отвечало критериям большого депрессивного (48 % случаев) или маниакального (21 %) эпизода, в остальных случаях выставлялись иные диагнозы, в том числе и параноидный психоз.

В американской классификации (J. Michael et al., 1989) послеродовые депрессии не подразделяются на категории, но и не рассматриваются как нечто единое. Понятие послеродовой депрессии часто включает в себя психотические симптомы, в том числе расстройства первого ранга по К. Шнейдеру.

Такой же оценки придерживается и ряд других исследователей (G. David, M.D. Inwood, 1989); по их мнению, частый диагноз аффективных расстройств идет из американских классификаций психических болезней DSM-1, DSM-2 и ЗР. В США послеродовой психоз рассматривается как вариант большого депрессивного синдрома, включающего бред и галлюцинации.

Широко понимает депрессии Р. Кумар (R. Kumar, 1990). С его точки зрения, они могут включать в себя не только бред преследования, но и галлюцинации, преимущественно слуховые, часто зрительные. Ранние предупреждающие признаки — недоумение, растерянность, неадекватное поведение — возникают вне психиатрических стационаров и редко наблюдаются психиатром.

Б.А. Целебеев (1972) относит послеродовую депрессию к атипичным эндогенным депрессиям, или эндореактивным дистимиям. Р. Кумар с соавт. (R. Kumar et al., 1983) также считают, что паспортальный психоз как преимущественно аффективный по своей природе находится в «промежутке» — в шизоаффективной группе.

В русскоязычной литературе чаще выделяют различные варианты депрессивных синдромов: депрессии с бредом, с галлюцинациями и бредом, со страхом и растерянностью. Подчеркивается, что в картине послеродового психоза редко встречаются простая (классическая) депрессия и мания (Г.Я. Молчанова, 1983; М.В. Коркина с соавт., 1984, 1985; М.Х. Мотасим, 1986; Т.Т. Сорокина с соавт., 1995).

Большинство авторов указывают на редкую встречаемость маний (M. Lammer, 1986), однако существует и противоположная точка зрения (Л.Т. Иванова, 1960; I.E. Brockington et al., 1981).

Несмотря на большой полиморфизм психопатологических расстройств при послеродовых психозах, отсутствие четких границ между отдельными синдромами, их динамичность, нам удалось выделить ряд психопатологических синдромов (рис. 6.1).

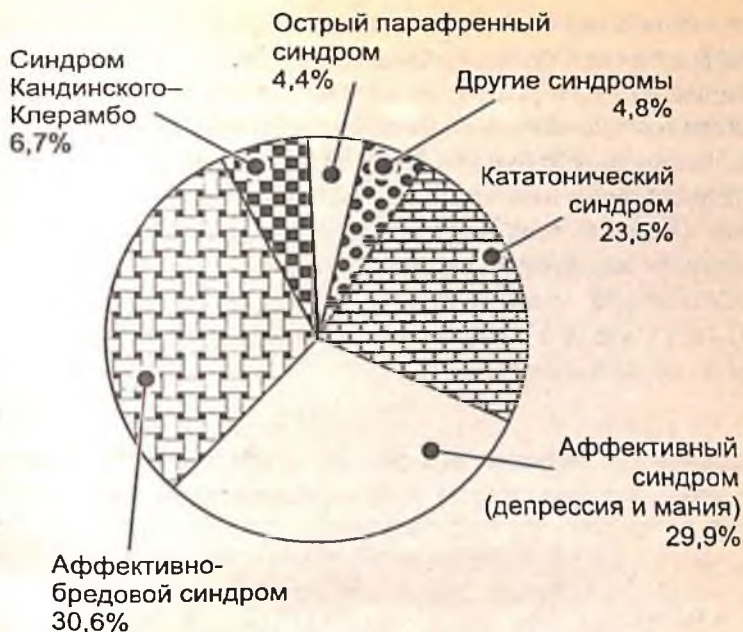


Рис. 6.1. Распределение психопатологических синдромов при послеродовом психозе

Послеродовой кататонический синдром встречался достаточно часто, практически у каждой четвертой женщины (53 больные, или 23,5 %). Аффективный синдром составил 29,9 % (80 больных), из них 69 чел. (86 %) перенесли депрессию различной глубины, 7 — атипичное маниакальное состояние, у 4 женщин отмечалась смена фаз. Аффективно-бредовой синдром встречался у 30,6 % больных (82 чел.). Последний по сути соответствует большому депрессивному эпизоду в трактовке зарубежных авторов; таким образом, в совокупности аффективные расстройства встречались у 66,5 % наших пациенток. Синдром Кандинского-Клерамбо с выраженным аффективным компонентом диагностирован у 6,7 % женщин (18 случаев). В 12 случаях (4,4 %) психопатологическая картина была настолько полиморфной, что возникали существенные затруднения в ее синдромологической оценке. Состояние больных более всего соответствовало острой парафрении. Последняя группа из 13 больных (4,8 %) включала иные психопатологические синдромы, встречающиеся при симптоматических и экзогенно-органических психозах; в ней прослеживались корреляции между психическими и соматическими расстройствами. Такое выделение отдельных вариантов синдромов дало возможность сопоставить их по ряду изучаемых параметров.

При клиническом анализе полученных результатов оказалось, что впервые в жизни заболели после родов 84 % всех наблюдавшихся нами женщин и только 16 % из них были психически больны до родов. При катанестическом исследовании выяснено, что до родов были больными около 30 % пациенток. У 85,8 % женщин психические расстройства возникли после первых родов и только у 14,2 % — после повторных. Психозы чаще возникали в молодом возрасте (табл. 6.2): 86 % женщин заболели в 18–29 лет. Пик заболеваемости приходится на 20–24 года (18–19 лет — 10,8 %; 20–24 года — 50,0 %; 25–29 лет — 25,0 %), и только у 14,2 % женщин послеродовой психоз развился в более позднем возрасте.

Т а б л и ц а 6.2

**Распределение больных послеродовыми психозами по возрастным группам при различных психопатологических синдромах**

Синдром	Распределение больных по возрастным группам, %				Количество больных, чел.
	До 19 лет	20–24 года	25–29 лет	30 лет и более	
Аффективный	11,8	39	31,5	17,6	80
Аффективно-бредовой	9,0	45,5	29,0	16,7	82
Кататонический	14,5	62,5	16,4	6,5	63
Кандинского–Клерамбо	16,6	72,2	5,5	5,5	18
Острый паранойяльный	—	58,3	33,3	8,2	12
Прочие		38,2	23,4	38,2	13
Всего больных, %	10,8	50,0	25,0	14,2	268

О том, что роды способствуют возникновению психоза, что послеродовым психозом чаще заболевают первородящие и молодые женщины, известно давно. Высокий риск послеродовых психозов после первой беременности связывают с психологическим фактором и более выраженными гормональными сдвигами при первых родах (К.С. Плюйко, 1974).

Однако есть и другие результаты. Так, А.Н. Шелемова (1969), Т.К. Кудерников (1969) чаще встречали послеродовые психозы у повторнородящих женщин. Отрицают роль молодого возраста в развитии психозов также Ф.И. Иванова (1968), С.А. Давтян (1972), Л.Ф. Смоленко (1974). Есть и такая точка зрения, что первых родов в акушерской практике больше, чем повторных, и этим объясняется преобладание первородящих среди женщин с послеродовыми психозами (R.E. Hemphill et al., 1952). Однако преобладание это слишком уж значительное, чтобы можно было согласиться с данным мнением. При таком соотношении первично и повторно рожаящих и впервые заболевших в выборке наших больных только каждая четвертая женщина в популяции должна рожать повторно.

Делались неоднократные попытки оценить послеродовые психозы с генетических позиций. В этой связи интересен выявленный нами факт преобладания среди новорожденных девочек. У женщин с послеродовым психозом на 100 девочек рождалось 94 мальчика (табл. 6.3). При этом общеизвестно, что в популяции новорожденных всегда преобладают мальчики (соответственно 100 : 108). Интересно, что степень преобладания девочек зависит от формы и тяжести психопатологического синдрома. Выявленный факт трудно поддается объяснению. Можно предположить его связь с механизмами внутриутробного отбора и генетической адаптации. У больных женщин снижена фертильность, и преобладание девочек определяет большее количество родов в потомстве. Между мужским плодом и матерью существует более напряженный иммунный конфликт.

В литературе этот вопрос почти не освещен. Нет определенности в оценке влияния пола новорожденного на характер и частоту послеродовых психозов, хотя такие попытки предпринимались. Так, И.Д. Жданов (1896), ссылаясь на работы XIX в., писал о том, что такая связь установлена, однако не уточнил литературные источники и преобладающий пол ребенка. Л.Ф. Смоленко (1974) утверждает, что мальчиков у женщин с послеродовыми психозами рождается в два раза больше, чем девочек. В другой работе (P. Argonval et al., 1990) (Индия) отмечено достоверное преобладание среди новорожденных девочек. Существует и такое мнение (J. E. Danbach et al., 1978), что корреляции между фактором риска возникновения послеродовых психозов и полом новорожденного не существует.

При послеродовых психозах делались неоднократные попытки изучить и оценить семейную отягощенность психическими заболеваниями у пробандов и таким образом приблизиться к оценке нозологической принадлежности послеродовых психозов.



**Наследственная отягощенность больных послеродовыми психозами  
и пол новорожденных**

Синдром	Количество больных, чел.	Наличие наследственной отягощенности, %	Пол новорожденных, %		Соотношение девочек и мальчиков
			девочки	мальчики	
Аффективный	80	27,7	54,0	46,0	100 : 85
Аффективно-бредовой	82	26,4	48,0	52,0	100 : 108
Кататонический	63	45,6	59,8	40,4	100 : 70
Кандинского—Клерамбо	18	33,3	42,0	58,0	100 : 138
Острый парафренный	12	23,8	57,0	43,0	100 : 75
Прочие	13	25,0	50,0	50,0	100 : 100
Всего больных	268	31,5	51,3	48,7	100 : 94

Большинством авторов выявлена существенная семейная отягощенность психическими заболеваниями, которая колеблется в большом диапазоне — от 3 до 70 % (И. Е. Авербух, 1959, 1961; Л.Ф. Смоленко, 1974; А. Лапите, Н. Навицкине, 1979; G. David, M.D. Inwood, 1989; J. Michael, 1989; A. J. Bell et al., 1995). При этом если экзогенная вредность оценивается как основная причина болезни — отягощенность ниже, а если психоз не представляется возможным связать с экзогенной вредностью — отягощенность выше. По наблюдениям Л.А. Доленко с соавт. (1973), В.Д. Эм (1977), в группе «собственно» послеродовых психозов наследственная отягощенность почти отсутствует. Б.А. Целебеев (1972) видит в этом одно из отличий собственно послеродовых психозов от типичных периодических и шизофренических психозов, возникающих в связи с родами. По мнению ряда авторов (G. David, M.D. Inwood, 1989), чем сильнее наследственная отягощенность, тем тяжелее клинические проявления послеродовых расстройств.

В наших наблюдениях наследственная отягощенность психическими заболеваниями у ближайших родственников (первая, вторая степень родства) отмечена у 31,5 % больных с послеродовыми психо-

зами (см. табл. 6.3). К наследственной отягощенности относили не только наличие психических заболеваний у родственников пробанда, но также суициды, выраженные странности поведения, злоупотребление алкоголем. Необходимо отметить, что приводимые нами данные о наследственной отягощенности несомненно заниженные, так как получены со слов больных и родственников, которые могли не обладать полной информацией либо сознательно ее утаивать. Родственники не обследовались. Самая высокая степень отягощенности была выявлена при тяжелых шизоформных расстройствах (кататонический синдром и синдром Кандинского—Клерамбо). От преобладающих у родственников психических расстройств зависел и характер синдрома у пробанда. (Подробные сведения будут приведены ниже в клинической характеристике отдельных психопатологических синдромов.)

При сборе анамнеза учитывались также преморбидные особенности личности больных послеродовыми психозами, хотя наши исследования характерологических особенностей не претендуют на глубину и законченность. Повышенная раздражительность отмечена у 12,4 % женщин, повышенная мнительность — у 13,9 %, замкнутость — у 27,7 %. Другие личностные особенности встречались реже. Психопатических личностей среди больных не выявлено. Личностные особенности носили характер акцентуаций.

По этому поводу у специалистов нет единого мнения. В случае послеродовой шизофрении в преморбиде отмечаются замкнутость и угрюмость (Т. Г. Ключева, 1972). У больных эндогенными психозами — наследственная отягощенность, эмоциональная холодность и замкнутость (Л. А. Доленко, 1973). М. Х. Мотасимом (1986) в преморбиде большинства больных (80 родильниц) обнаружены психопатические черты характера с преобладанием тормозимой психопатии, реже истерические черты. Э. А. Аранович (1967) у 35 % больных отмечает легкую возбудимость, раздражительность, обидчивость, у 30 % — инфантильные черты. По мнению И. Е. Авербуха (1981), у больных преобладают тревожно-мнительные характеры, имеется эндокринная недостаточность. Т. К. Кудериков (1969) отмечает в преморбиде повышенную ранимость, впечатлительность, мнительность. Личностные черты заостряются во второй половине беременности.

По наблюдениям К. В. Михайловой с соавт. (1983), послеродовые психозы, как правило, наступают у первородящих женщин с астеническим телосложением, диспластичных.

Б. К. Литт с сотр. (В. С. Litte et al., 1981) исследовали женщин в третьем триместре беременности с помощью сигнальных шкал, ориенти-

рованных на депрессивные черты личности и тревожность. Они обнаружили, что постнатальная депрессия коррелирует с такими характеристиками личности, как тревожность, враждебность. У этих беременных отмечалась и большая возбудимость физиологических реакций (сердцебиение, кожные реакции), особенно на такие раздражители, как плач ребенка.

Имеются лишь единичные работы, посвященные транскультуральным особенностям послеродовых психозов, так что этот вопрос следует считать неизученным.

Одно из наиболее серьезных исследований такого плана принадлежит М.Х. Мотасима (1980). Автор наблюдал 80 женщин с послеродовыми психозами, половина из которых — жители Москвы (40 чел.), вторая половина — из Судана (г. Хартум). Средний возраст больных первой группы — 24,7 года, второй — 26,1 года. В группе больных из Судана в сравнении с женщинами из Москвы было более выражено психомоторное возбуждение, чаще встречались нарушения сознания с элементами делирия, массивные галлюцинаторные переживания, были более выраженными аффективная насыщенность бреда, обычно мистического содержания, аффект страха, истероидные реакции на всем протяжении приступа, сочетающиеся с острыми психотическими проявлениями. У большей половины суданских женщин отмечено более четырех психотических приступов после очередных родов. В ремиссии оставались трудоспособными, дефицитарная симптоматика была неглубокой. Семь больных этой группы страдали малярией и перенесли инфекционный психоз, у остальных женщин первой и второй групп диагностирована послеродовая шизофрения с близкой клинической структурой приступов.

Дж. Кокс (J.L. Cox, 1979) описывает у родильниц Уганды амакиро-угандийский послеродовой психоз. У 78,6 % обследованных женщин основным симптомом было желание съесть своего новорожденного ребенка. Из 31 обследованной женщины 28 знали о существовании амакиро, а 12 были знакомы с женщинами, перенесшими это заболевание. Семьдесят процентов опрошенных угандийских женщин считали, что избежать развития амакиро можно лишь с помощью традиционных (знахарских) методов, а приемы западной медицины не представлялись им эффективными.

Исследовались психические особенности послеродовых психозов у 50 женщин Северной Нигерии (O.I. Ifabumuyi, M.O. Akindele, 1985). По клиническим проявлениям они не отличаются от психозов у женщин Западной Нигерии. Каких-либо принципиальных отличий кли-

нической картины в сравнении с наблюдениями в регионах Европы автор также не обнаружил. У 34 % больных наблюдались депрессии, у 28 % — маниакальные состояния. Обращает на себя внимание высокий процент маниакальных состояний, но такие соотношения приводились и другими авторами. Так, по данным швейцарских исследователей (Т.Ф. Mc Neil, 1986), мании встречаются чаще, чем депрессии.

Еще одна сторона клинических проявлений послеродовых психозов, которая интересовала многих исследователей, занимающихся этой патологией, — это суициды и инфантициды. В литературе указывают на высокую частоту не только депрессий, но и суицидов и инфантицидов у послеродовых больных.

Еще И.Д. Жданов в конце прошлого столетия (1896) в своей монографии посвятил этому вопросу целую главу — «Послеродовые психозы в судебно-медицинском отношении» — и отметил, что такие больные могут совершать самоубийства и детоубийства. Из 37 наблюдаемых автором больных 7 совершили суицидальную попытку и еще 30 имели суицидальные мысли. Близкие результаты приводит М.Х. Мотасима (1986), наблюдавший 30 больных с послеродовыми психозами. Четыре из них совершили суицид. Автор указывает на частоту суицидальных мыслей и агрессивные намерения в отношении ребенка. Ряд других авторов отмечают неоднозначность в вопросе отношения к ребенку при послеродовых депрессиях. М.С. Доброгаева (1972) прямо указывает, что такие больные часто совершают убийства новорожденных. Частота инфантицидов достигает 4 % (J. Dawidson, E. Robertson, 1985).

Г. Дэвид, М. Инвуд (G. David, M. D. Inwood, 1989) на основании анализа литературы и собственных наблюдений за 75 женщинами показали, что суициды и инфантициды учащаются с утяжелением послеродовых расстройств. При послеродовых блюзах они, как правило, не отмечаются, при мягких депрессиях их частота достигает 5 %, при послеродовых психозах — 10 %. Попытка убить ребенка часто носит характер расширенного суицида, когда больная пытается убить и себя.

Учсть, какое количество больных совершает суицид со смертельным исходом, не успев поступить в психиатрическое отделение, естественно, не представляется возможным. Суицидальные мысли в клинической картине послеродовых психозов — явление достаточно частое. Такие мысли встречались у 30 % наших больных, из них 10 % совершили суицидальные попытки. У 23 % женщин отмечались безразличие и неприязнь к новорожденному, они переставали ухаживать

за младенцами, кормить их грудью; 4,1 % женщин делали попытки убить ребенка. С этой целью обливали его горячей водой или переохлаждали, сдавливали шею, пытались выбросить из окна, но, к счастью, большинство детей осталось жить. В четырех случаях (1,6 %) дети погибли.

Таким образом, по нашим наблюдениям, агрессия по отношению к ребенку, не считая неприязни к нему, имела место у 7,3 % женщин, страдающих послеродовым психозом. Характер и мотивы суицидов и инфантицидов, их количество менялись в зависимости от психопатологического синдрома. У больных, в картине заболевания которых преобладала депрессивная симптоматика, мотивы суицидального поведения также носили депрессивный характер («Я плохая и заслуживаю смерти»; «Жизнь бесперспективна, ничего хорошего меня и моего ребенка не ждет»). Новорожденные таким женщинам нередко казались неполноценными, уродливыми («Такому лучше не жить»). Часто отсутствовали материнские чувства («Одна жалость и любопытство»). Мысли покончить с собой, а нередко и лишиться жизни ребенка были стойкими. Больные могли тщательно готовиться к этому тайком от окружающих.

Если в картине психоза преобладали кататонические, галлюцинаторно-бредовые расстройства, страх, тревога, растерянность, то суицидальные мысли и суицидальные попытки встречались реже, чем при депрессиях, и носили нестойкий эпизодический характер. Суициды совершались под влиянием императивных галлюцинаций, персекуторного бреда, могли быть импульсивными. Больные с синдромом Кандинского—Клерамбо, острой парафренией нередко проявляли нелепую агрессию к младенцу, чаще по приказу «голосов». Завершенных инфантицидов у них не было. Последние отмечены только при депрессии и депрессивно-бредовом состоянии (табл. 6.4). При послеродовой кататонии суицидальное поведение обычно наблюдалось в начале приступа, до онейроидных расстройств сознания.

## Кататонический синдром

Группа женщин, перенесших кататонические расстройства в послеродовом периоде, оказалась значительной — 63 человека, или 23,5 % от общего числа больных (268 чел.). Как видим, кататонический синдром наблюдался почти у каждой четвертой пациентки, что значительно выше его встречаемости в популяции психически больных.

Таблица 6.4

Частота суицидального поведения и инфантицидов (%)  
при различных типах психопатологических синдромов

Синдром	Вид патологии					
	Суицидальные мысли	Суицидальные попытки	Безразличие и неприязнь к ребенку	Мысли об инфантицидах (без реализации)	Попытки инфантицидов (незавершенные)	Инфантициды (завершенные)
Аффективный	50	16,4	26,5	3,8	1,3	3,8
Аффективно-бредовой	31	10,3	23	—	2,3	1,3
Кататонический	8,3	1,6	23,3	1,6	3,3	—
Кандинского—Клерамбо	22,2	5,6	22,2	—	16,7	—
Острый парафренный	25	25	25	—	16,7	—
Прочие	—	—	15	—	7,7	—
Всего больных	30	10	23	1,6	4,1	1,6

Кататонические расстройства начинались в ранние сроки послеродового периода. На первой неделе после родов заболели 68,3 % женщин, на второй — 26,6, на третьей — 5,0 %; позже этот синдром не возникал. В связи с ранним началом и быстрым нарастанием психических расстройств, угрозой для жизни самой роженицы и ее ребенка больные рано госпитализировались в психиатрическое отделение. Так, на первой неделе после начала заболевания было госпитализировано 46,6 % женщин, на второй — 36,6, на третьей — 11,6, в более поздние сроки — 5 %.

Впервые после родов заболели 85,5 % женщин. У 9 женщин (14,5 %) выявлен психоз в анамнезе. Семи из них был поставлен диагноз шизофрении.

У большинства больных (76,6 %) развивалось кататоническое возбуждение с негативизмом, недоступностью контакта, разорванностью мышления, стереотипиями речи и движений, импульсивностью, нелепостью поведения, отказом от еды. Кататония с преобладанием в клинической картине ступора отмечалась лишь у 7,3 % больных. В 16,1 % случаев кататоническое возбуждение чередовалось с кататоническим ступором. Больных, у которых кататонические симптомы проявлялись только двигательными нарушениями без других психопатологических расстройств (люцидная кататония), в наших наблюдениях не было.

В клинической картине имели место иллюзорные и галлюцинаторные (преимущественно слуховые и зрительные) переживания, симптом Капгра, бред преследования, инсценировки с ощущением угрозы жизни больной и ее ребенку.

Эмоциональная окраска переживаний отличалась неустойчивостью. Экзальтация быстро сменялась тревогой, растерянностью, страхом. У 16 % больных психопатологические расстройства не достигали степени онейроидного помрачения сознания — динамика формирования последнего как бы приостанавливалась. У большинства же (84 %) достаточно быстро (в течение первых двух недель), несмотря на активное лечение, развивался кататонический приступ.

Онейроидная кататония сопровождалась онейроидным расстройством сознания. Нарушалась ориентировка, фрагменты окружающей обстановки вплетались в фантастические переживания больных. Время не учитывалось. Испытывалась измененность собственного Я. Контакт с больными нарушался. Они были растерянными, недоуменно озирались либо не реагировали на окружающее.

При улучшении состояния женщины сообщали, что в это время «видели сон наяву», «сон при открытых глазах», «уходили в мир сказок». В онейроидных переживаниях часто звучали библейские сюжеты (возможно, отчасти потому, что сейчас кардинально меняется отношение к религии и она нередко оказывается в центре внимания).

Больные видели пришествие Бога на Землю; похороны себя и своих родственников; наблюдали со стороны свою жизнь от рождения до смерти; находились в космосе, на другой планете; видели языки пламени, небесные колесницы, боролись с темными силами. Больные женщины считали своих детей пророками, посланцами Бога, детьми Солнца, слышали голоса Бога, ангелов. Каждая пятая больная повторно переживала прошедшие роды, чувствовала схватки, видела новорожденного. Одна из пациенток считала, что родила по очереди всех окружающих ее в отделении людей.

Стереотипные движения в тяжелых случаях приближались к гиперкинезам. Помрачение сознания углублялось, отрешенность от окружающей обстановки нарастала. Онейроидное возбуждение как бы трансформировалось в аменцию, которая могла продолжаться несколько дней.

Почти у половины (45,1 %) больных отмечалось повышение температуры — от субфебрилитета до фебрилитета. У части больных температура достигала 40 градусов. В большинстве случаев через одну-две недели температура нормализовалась. У 10 (16 %) больных на фоне фебрильной температуры присоединялись или усиливались явления токсикоза: сухость губ и языка, сальность кожных покровов, тахикардия, хрупкость сосудов, множественные кровоподтеки, мерцающая неврологическая симптоматика (патологические рефлексии ног, чаще односторонние, хоботковый рефлекс, изменение тонуса мускулатуры, фибриллярные подергивания). Температура у таких больных длительное время оставалась фебрильной и субфебрильной. В крови отмечались лейкоцитоз, повышение СОЭ. В этих случаях выздоровление наступало медленно, средний срок пребывания в больнице составлял около 90 дней. В период выздоровления при фебрильной кататонии отмечались выраженные явления астении со снижением интеллектуальной продуктивности. У части больных появлялись гебоидные включения.

Все попытки выявить у больных с длительно повышенной температурой и явлениями токсикоза какое-либо непсихическое заболевание, определяющее соматические расстройства, были безуспешными. Следует отметить, что четкой корреляции между динамикой соматического и психического состояния не было.



Лечение больных с фебрильной кататонией наталкивалось на большие затруднения, однако все они были выведены из состояния психоза. Летальных исходов не было.

Из других особенностей кататонического синдрома в послеродовом периоде следует отметить волнообразность течения (48 % больных), встречающуюся чаще, чем при других формах послеродовых психозов. Обычно на фоне наметившегося улучшения (чаще на второй неделе пребывания в стационаре) внезапно, без видимой причины, реже в ответ на изменение лечебной тактики, наступало ухудшение состояния. Таких периодов ухудшения могло быть несколько (до четырех, пяти), продолжались они несколько дней. По клиническим проявлениям повторное ухудшение повторяло изначальное расстройство. Каждая новая волна была редуцированной в своих проявлениях по сравнению с предыдущей, короче во времени. Повторные волны затягивали время лечения в стационаре.

У близких родственников больных послеродовой кататонией с большей частотой, чем в других группах послеродовых психозов (45,5 % пробандов), в семье отмечались психические расстройства. Матери пробандов болели чаще, чем отцы (соответственно 54 и 26 % от всех психически больных родственников). Подавляющее большинство матерей страдали психозами, лечились стационарно, у большинства была диагностирована шизофрения. Алкоголизм у них не встречался. Среди отцов преобладали алкоголизм и аффективные расстройства с суицидами; психоз (шизофрения) имел место только в одном случае. В пяти семьях пробандов были больны два близких родственника.

В группе больных с послеродовыми кататоническими расстройствами обнаружен еще один факт, вероятно, также обусловленный генетическими механизмами: на 100 новорожденных девочек рождалось только 70 мальчиков, что достоверно ниже, чем в общей популяции новорожденных и в общей выборке наших больных. Следует отметить, что и в общей выборке больных прослеживалась однонаправленная тенденция: на 100 девочек рождалось 94 мальчика. Объяснить этот факт трудно, он нуждается в проверке.

Что касается психогенных факторов, тяжелых родов и патологии беременности, то, вероятно, вес их в возникновении и формировании послеродовой кататонии различен.

Психотравмирующие факторы, которые учитывались для всей группы больных послеродовыми психозами, отмечались здесь в два раза реже (9,6 %), чем в среднем по группе.

Тяжелые роды были достаточно частыми — 19,4 % случаев. К ним относились: кесарево сечение (9 больных), атоническое кровотечение, ягодичное предлежание, инструментальная ревизия матки. В общей группе тяжелые роды с перечисленными осложнениями наблюдались реже (13,5 %). Часто встречалась патология беременности (ранний и поздний токсикоз, угроза выкидыша, анемия) — 41,0 % против 22,1 % в общей группе.

Суицидальные мысли и суицидальные попытки у этой группы женщин наблюдались относительно редко, обычно в начале приступа (на высоте приступа их было трудно выявить). Возникали в состоянии тревоги, растерянности в связи с галлюцинаторными и бредовыми переживаниями. У пяти больных отмечены нестойкие суицидальные мысли, у одной — суицидальная попытка.

Отношение к новорожденному зависело от этапа болезни. Вначале возникала тревога за него: ребенок казался необычным, мертвым, нереальным. У каждой четвертой больной тревога за ребенка сменялась безразличием, женщины переставали кормить младенцев, ухаживать за ними. Реже встречалась враждебность к ребенку. Так, одна больная чувствовала, что какая-то сила заставляет ее задушить ребенка, у другой была попытка сделать это (подходила, сжимала шею). При этом действия пациентки были импульсивные, немотивированные. Еще одна больная в состоянии тревоги и растерянности так прижимала к себе младенца, что это угрожало его жизни. На высоте кататонической приступной фазы новорожденный нередко становился персонажем фантастических переживаний больной.

Катамнез средней продолжительностью 6 лет был собран у 39 женщин (63 %). Повторные психозы наблюдались у 22 больных (56,6 %). Очередной приступ болезни возникал после повторных родов, провоцировался соматической патологией либо начинался спонтанно. Повторные приступы в большинстве своем напоминали послеродовые, но характеризовались меньшими остротой и полиморфизмом. У 11 больных (50 % всех повторно заболевших) при повторении психоза произошла смена синдромологического диагноза, выставленного после родов, на нозологический. У 9 женщин диагностирована шизофрения, у одной — шизоаффективный психоз, еще у одной — эндорективная дистимия.

Прогноз при послеродовой кататонии благоприятный. До родов женщины были адаптированы в социальном и трудовом плане; только одна пациентка имела группу инвалидности в связи с психическим заболеванием. У 62,9 % больных (39 чел.) при выписке наблюдалось

практическое выздоровление, у 23 (37,1 %) — улучшение, но без потери трудоспособности. По данным катанеза, еще двум женщинам после повторных приступов определена группа инвалидности.

Таким образом, по нашим наблюдениям, кататонические расстройства занимают существенное место среди послеродовых психозов. В клинической картине преобладает кататоническое возбуждение; редко встречаются ступор и смена состояний: ступор — возбуждение. Высок вес онейроидной кататонии и фебрильных приступов.

Для половины больных с послеродовой кататонией характерна волнообразность течения. Суицидальные мысли и попытки относительно редки и встречаются в начале приступа.

У части больных кататонические расстройства не достигают уровня онейроидного приступа и как бы останавливаются в своем развитии. Повышение температуры и токсикоз также переменны — от субфебрилитета и легкого токсикоза до фебрилитета с угрожающими жизни явлениями.

В качестве фактора, предшествующего психозу, чаще фигурирует патология беременности и родов, а не психотравмирующая ситуация. Вероятно, вклад их в возникновение и патопластику психоза не равен.

Факторами риска возникновения кататонических расстройств являются: первые роды, молодой возраст роженицы, отягощенный психозами семейный анамнез, особенно по линии матери, наличие психических расстройств до родов и беременности в личном анамнезе, весенняя пора года и рождение девочки.

Как показал катанез, большинство женщин с послеродовой кататонией в дальнейшем заболевают повторно. Очередной приступ болезни может возникнуть после повторных родов, провоцироваться соматическим заболеванием, наступить спонтанно. Повторные приступы в большинстве своем напоминают послеродовые, но характеризуются меньшими остротой и полиморфизмом.

В половине случаев при повторении психоза происходит смена синдромологического диагноза, выставленного после родов в связи с атипичностью клинической картины, на нозологический. Почти во всех случаях диагностирована шизофрения. Прогноз при этой форме послеродового психоза в большинстве случаев благоприятный.

**История болезни.** Больная Г., 20 лет, замужем, семейные отношения благополучные. Имеет среднее специальное образование, работает. По характеру в меру общительная, уживчивая, работающая.

Перенесла в детстве корь, свинку, в дальнейшем — только простудные заболевания. В семье вторая, есть старший брат. Мать страдает шизофренией, неоднократно лечилась стационарно; отец психически здоров.

Беременность и роды прошли без осложнений, родила доношенную здоровую девочку. Выписана на седьмые сутки. Еще в родильном доме у женщины стала появляться тревога за ребенка, ухудшился сон. Ей казалось, что в груди появились уплотнения, не могла сцедить молоко. Чувствовала, что к ней изменилось отношение окружающих. На 10-е сутки после родов состояние резко ухудшилось. Стала вести себя неадекватно: разговаривала сама с собой, причем речь ее была невнятной, застывала в несудобных позах, гримасничала, совершала вычурные однообразные движения руками и ногами, не ела, перестала отвечать на вопросы, кормить ребенка, ухаживать за ним, почти не спала, стала тревожной и растерянной. На третьи сутки после появления данных симптомов доставлена в психиатрическую больницу.

Состояние больной при поступлении оценено как кататонно-параноидное с преобладанием в клинической картине кататонического возбуждения. Отмечено нарушение ориентировки в пространстве и времени. Больная недоступна для продуктивного контакта. К чему-то прислушивается, принимает позы, на короткое время застывает в них, совершает стереотипные движения, выкрикивает отдельные слова. Мать узнает, но считает, что это «загримированная под мать» чужая женщина. О ребенке не вспоминает. Эмоции неустойчивы: экстаз сменяется страхом, тревогой, растерянностью. На происходящее вокруг не реагирует. Ест с помощью персонала. Задерживает физиологические отправления (мочепускание, дефекацию).

Больная поступила в отделение с кровоподтеками различной давности. Язык слегка обложен коричневым налетом. Губы и язык сухие. Температура со дня поступления в течение последующей недели субфебрильная. Пульс учащен. Незначительно повышены лейкоциты в крови и ускорена СОЭ. Патологии со стороны внутренних органов, половой системы не отмечено. При лечении нейролептическими препаратами на ЭЭГ было выявлено снижение питания в миокарде, в заднебоковой и верхней областях левого желудочка. Исследования на инфекционную патологию, посев крови на стерильность дали отрицательные результаты.

К концу второй недели пребывания в психиатрическом отделении больная стала успокаиваться, поняла, что находится в больнице, стала отвечать на вопросы. Жаловалась, что путаются мысли, трудно понять, что происходит. На 17-й день лечения состояние без видимых причин вновь ухудшилось, вернулось прежнее поведение. Такие ухудшения продолжительностью до недели наступали трижды. Каждое обострение было клинически схожим, но выраженность расстройств уменьшалась.

Лечение больной продолжалось 2,5 мес. Выписана под диспансерное наблюдение с явлениями астенической депрессии. После прояснения сознания рассказала о своих переживаниях. Испытывала на себе действие какой-то враждебной силы «от природы, из-под земли», которая принуждала ее дви-

гаться, застывать в неудобных позах, вызывала желание задушить ребенка. Все люди «стали очаровательными, будто в космосе», «обстановка необычной». Мать казалась переодетой чужой женщиной. Чувствовала себя архангелом, а окружающих ее людей принимала за ангелов. Ощущала в себе особую силу, казалось, что «может сделать мир прекрасным». Звучал голос Бога, возникали удушливые запахи, горела земля, считала, что находится в космосе, на другой планете. Кругом висели необычной красоты большие картины. Время не контролировала.

*Лечение.* После поступления в отделение — гемодез по 400 мл внутривенно 5 вливаний в течение 14 дней, парлодел по 1 таблетке 2 раза в день во время еды, тугое бинтование и сцеживание. С первых дней госпитализации назначался 2,5 % раствор аминазина по 3 мл 3 раза в день внутримышечно с таблетками паркопана. Непродолжительное время получала триседил по 0,0005 г два раза в день. На втором этапе лечения проведен курс инсулинотерапии — 25 глубоких оглушений. Незадолго до выписки назначались витамины С и В<sub>6</sub>. Больная выписана из отделения с диагнозом: послеродовой психоз, кататонно-онейроидный приступ. Лечение продолжалось 72 дня.

*Катамнез.* Повторный приступ заболевания возник вне связи с родами, без видимой внешней причины через год после выписки из стационара. Больная перенесла тяжелую фебрильную кататонию, купированную ЭСТ. Клинический диагноз при повторном стационарировании: шизофрения, кататоническая форма, фебрильный приступ, приступообразно-прогредиентное течение. Находилась в стационаре 2,5 мес, выписана с явлениями апатической депрессии.

Третье поступление в стационар — через 15 мес после повторной выписки. Ухудшение наступило на фоне поддерживающего лечения в связи с психической травмой — трагически погиб муж. Бредовых, галлюцинаторных переживаний, нарушения сознания не было. Больная была депрессивной, высказывала суицидальные мысли: «Не хочу жить, пусть мама воспитывает ребенка». Моторная заторможенность была расценена как субступор.

Вышла из депрессивного состояния с явлениями легкого апато-абулического дефекта, трудно отличимого от затянувшейся апатической депрессии.

*Анализ истории болезни.* Первый приступ заболевания наступил после первых родов. Симптоматика быстро нарастала. Первые легкие психические расстройства появились в родильном доме. Через 13 дней после родов больная госпитализирована в психиатрическое отделение с явлениями помрачения сознания по онейроидному типу, двигательным и речевым возбуждением, быстро меняющимся аффектом страха, тревоги, экзальтации, отрешенностью от окружающей среды, недоступностью для контакта, фантастическими переживаниями, о которых смогла рассказать по выходе из психоза. Клинически отмечены явления нетяжелого токсикоза с непродолжительным субфебрилитетом, которые не представлялось возможным связать с какой-либо соматической патологией. Выставленный синдромологический диагноз носил реабилитационный характер. Наследственнаяотягощенность шизофренией, динамика первого приступа свидетельствовали в пользу шизофрении,

что и подтвердилось дальнейшим течением. Через год без связи с родами возник второй приступ фебрильной кататонии. Представляет интерес третья обострение — его возможно оценить как психогенно вызванную у больной шизофренией декомпенсацию состояния ремиссии.

Типичными чертами онейроидной кататонии, возникающей после родов, являются: молодой возраст, первые роды, начало психоза в ближайшие после родов дни, быстрое его развертывание, помрачение сознания, преобладание симптомов кататонического возбуждения над ступором, наличие явлений эндотоксикоза, волнообразность течения, выход через астению, отягощенная психопатологическими заболеваниями наследственность. Повторные приступы дают возможность уточнить нозологический диагноз.

## Аффективные расстройства

В группу больных с аффективными расстройствами включены женщины с депрессивным и маниакальным синдромами, а также со сменой синдромов в одном приступе. Исследуемая группа составила 80 пациенток (29,9 % от общего числа наблюдавшихся больных). Из них 69 женщин перенесли депрессию, 7 — атипичное маниакальное состояние, у четырех отмечена смена аффективных синдромов в одном приступе.

В эту группу не вошли больные с так называемым большим депрессивным синдромом, включающим, наряду с депрессией, бред, не конгруэнтный аффекту, галлюцинации и другие симптомы первого ранга по К. Шнейдеру. Эти больные изучались отдельно (см. Аффективно-бредовой синдром). Выделение группы с аффективной патологией представляло определенные трудности, так как между указанными синдромами не существует четкой границы.

Депрессии у больных данной группы отличались атипичной клинической картиной. Только у 15 больных (18 %) наблюдалась меланхолическая депрессия с классической депрессивной триадой. Чаще же депрессивное настроение сочеталось с растерянностью, малой доступностью больных, кататоническими включениями, явлениями дереализации и деперсонализации, мучительным скорбным бесчувствием, отсутствием любви к ребенку, неприятием и даже враждебностью к нему. Отмечались также наплывы и обрывы мыслей, их путаница, подозрительность, идеи самообвинения. Бред не доминировал в клинической картине, был конгруэнтным аффекту.

У значительно меньшей части больных на первый план выступала тревожно-депрессивная симптоматика с беспокойством за ребенка и его здоровье. Женщинам казалось, что у них мало молока, что они не смогут обеспечить правильный уход за ребенком, его воспитание, считали себя плохими матерями.

Часто (22 %) депрессивные расстройства возникали на фоне астении, а у небольшого числа больных астения являлась ведущей в клинике депрессии. Преобладали жалобы на слабость, вялость, сильную усталость (астеническая депрессия).

Клиническая картина депрессии отличалась полиморфизмом и разной степенью тяжести. Среди атипичных проявлений чаще всего (51 %) встречалась депрессия с растерянностью, психической анестезией, идеаторными автоматизмами, дереализацией, деперсонализацией.

Маниакальные состояния в послеродовом периоде у всех больных были атипичными. Начинались они, как правило, с нарушения сна, чрезмерной говорливости, приподнятого, экзальтированного или дурашливого настроения, сочетающегося с раздражительностью и даже агрессией. В моторике наблюдались стереотипии, вычурность. Мышление характеризовалось непоследовательностью, переоценкой своих возможностей и способностей и даже бредом величия. Отсутствовала критика.

Аффективные расстройства чаще всего начинались на первой неделе после родов (71,0 %), у некоторых больных — на второй неделе (23,5 %) и редко — на третьей (3,9 %). В 3,9 % случаев расстройства наступали в более поздние сроки. У 7 женщин первые признаки заболевания появились перед родами. В клинической картине отмечались тревога и легкая депрессия, опасения за исход родов. К врачам больные не обращались.

Больные поступили в стационар в разные сроки от начала заболевания. На первой неделе было госпитализировано только 29,0 % больных, на второй — 28,0, на третьей — 6,6 и на четвертой — 6,6 %. Таким образом, к концу первого месяца заболевания на лечение поступило 72 % заболевших; 28 % больных женщин оставались вне психиатрического стационара. Это одна из особенностей аффективных расстройств послеродового периода. Маниакальные больные, в отличие от депрессивных, попадали в стационар на более ранней стадии развития болезни.

В ряде работ психиатры обращают внимание на группу послеродовых психозов с поздним стационарированием. Отмечается, что аффек-

тивные расстройства, и в первую очередь депрессии, могут нарастать медленно, достигая развернутой картины спустя 1–2 мес после родов (А.Н. Шелемова, 1969; Л.П. Красавина с соавт., 1973; В.Д. Эм с соавт., 1974), имеют более затяжное течение (А.Н. Молохов, 1972; В. Paulikhoff, 1964; M. Zammel, 1986).

В нашем исследовании в этой подгруппе срок от начала заболевания до госпитализации колебался от 1 до 10 мес и в среднем составлял немногим более 3 мес. Продолжительность (усредненная) таких депрессий составляла около 5 мес, а срок пребывания в психиатрическом стационаре немногим превышал 2 мес. У трех больных после назначения антидепрессантов быстро наступило выздоровление, в других случаях лечение могло затягиваться на 4–5 мес.

Почти у всех женщин этой группы психические расстройства начинались также вскоре после родов. Симптоматика депрессии нарастала медленно. Переживания больных отражали реальную ситуацию (боязнь мастита, тревога за ребенка). Нарушались сон, аппетит. Заболевание на первых порах соответствовало клинике послеродового блюза или мягкой послеродовой депрессии. При госпитализации она уже имела психотический уровень. Часто наблюдались тревога, идеи самообвинения, скорбное бесчувствие, сенестопатии, тревога за свое физическое здоровье. Суицидальные мысли выявлялись с такой же частотой, что и во всей группе больных с аффективной патологией, суициды и инфантициды — несколько реже.

Для послеродовых аффективных расстройств характерна их непосредственная связь с родами. По нашим наблюдениям, 94 % женщин заболели впервые в жизни именно после родов и только у 6 % психические расстройства отмечались и ранее. Заболевание чаще всего впервые возникало после первых родов (75 % больных), реже — после вторых (17 %) и в единичных случаях — после последующих родов (8 %). Заболевали женщины чаще в возрасте 20–29 лет (70,5 %), из них в 20–24 года — 39,0 %, в 25–29 лет — 31,5 %. После 30 лет заболевали 17,6 % женщин. Начало аффективных расстройств оказалось сдвинутым к более позднему возрасту в сравнении с другими формами послеродовых психозов, особенно в сопоставлении с послеродовой кататонией (см. табл. 6.2).

Выявлена сезонная предпочтительность возникновения послеродовых аффективных расстройств. Чаще всего заболевание начиналось весной (36,7 % случаев), преимущественно в марте–апреле; осенью заболело 25 % женщин (пик приходится на сентябрь). Зимой аффективные расстройства начинались реже (17,6 % случаев, пик —



январь—февраль). Летом заболело 20,7 % женщин, причем заболеваемость четко сдвинута на июнь. Таким образом, как видно из приведенных цифр, при послеродовых аффективных расстройствах прослеживается закономерность, характерная для аффективных состояний вне родов. Аффективная патология достоверно чаще возникала весной и осенью (62 %), реже — зимой и летом (38 %).

Волнообразность течения при этой форме послеродового психоза отмечена реже, чем при других его вариантах (16 % больных). Ухудшение состояния не всегда было спонтанным, этому способствовали ситуационные моменты. У двух больных волнообразные колебания начались на выходе из депрессии. Природа таких колебаний остается невыясненной.

Что касается семейной отягощенности психическими расстройствами, то и здесь можно лишь констатировать факты, пока не имеющие научной оценки. Наследственная предрасположенность имела у 27,7 % пробандов, что несколько ниже, чем в общей группе послеродовых психозов (см. табл. 6.3). Только у одной больной близкий родственник страдал психозом (шизофрения); в остальных случаях преобладали суициды и злоупотребление алкоголем.

В популяции новорожденных у больных аффективными расстройствами женщин выявлено преобладание девочек (на 100 девочек рождалось только 85 мальчиков), что тоже имеет свои генетические причины и пока мало объяснимо.

Экзогенные вредности, учитываемые нами однотипно при всех послеродовых психозах, здесь имели свои особенности. Возникновению депрессий часто (35 % случаев) предшествовали психотравмирующие ситуации. Они встречались достоверно чаще, чем в общей группе больных (18,7 %), и при других формах послеродовых психозов (табл. 6.5).

Нередко у заболевших были осложненные роды (19,4 % против 13,5 % в общей выборке, из них в 7 случаях кесарево сечение). У 13 % женщин психотравмирующие факторы сочетались с тяжелыми родами. Довольно частой была и осложненная беременность (28 % больных). В половине этих случаев имела место угроза выкидыша, в связи с чем женщины госпитализировались для сохранения беременности. Таким образом, можно констатировать, что при аффективной послеродовой патологии наблюдается сгущение экзогенных вредностей. Особенно часто депрессия сочетается с психотравмой.

Суицидальное поведение в группе больных с аффективными расстройствами — явление достаточно частое. Половина женщин выска-

Таблица 6.5

**Количественная оценка соматической патологии и психотравм (%)  
при различных типах психопатологических синдромов**

Патология	Синдром						Процент от общего числа больных
	Аффектив- ный	Аффек- тивно- бредовой	Кататони- ческий	Кандинско- го-Кле- рамбо	Острый парафрен- ный	Прочие	
Беременности	27,7	8,8	41	11,1	—	13	22,1
Родовая	19,4	6,2	19,4	11,1	8,0	13	13,5
Соматические заболевания	27,7	14,8	21	5,0	—	26	19,0
Психотравмы	35	19,7	9,6	—	16	13	18,7
Всего больных, чел.	80	82	63	18	12	13	268 чел. (73,3 %)

зывала суицидальные мысли, из них 16,5 % совершили суицидальные попытки. Встречались и повторные суициды. У больных без суицидальных мыслей обычно отмечались неглубокие депрессии, депрессии с сенестопатиями, ипохондричностью.

У депрессивных женщин менялось отношение к ребенку. Наряду с тревогой за новорожденного и боязнью не обеспечить должный уход за ним нередким явлением было скорбное бесчувствие (10 больных). Каждая четвертая больная переставала интересоваться младенцем и ухаживать за ним, испытывала неприязнь к новорожденному. Мысли о том, что ребенку не следует жить (по типу расширенного суицида, но без попытки совершить его), были у трех больных; кроме того, одна пациентка совершила расширенный суицид, но без смертельного исхода, еще три убили своих детей. Две из них пытались покончить с собой, видя в этом решение «безвыходной» ситуации. Таким образом, 8,9 % больных совершили инфантицид или имели такие намерения. Угроза суицида и инфантицида в послеродовом периоде у депрессивных больных очень значима, и это необходимо учитывать при назначении лечения и организации ухода за больными.

Длительность пребывания больных с аффективной патологией в стационаре в среднем составляла 56,6 койко-дня. Сроки лечения удлинялись, если первые признаки заболевания появлялись до родов (73,8 койко-дня) или больные поздно стационарировались (62 койко-дня). Длительность лечения была короче при маниакальном состоянии (41,3 койко-дня). В целом при аффективных расстройствах продолжительность лечения больных с послеродовыми психозами приближалась к средней (58,1 койко-дня). Исходы при этом варианте послеродового психоза самые благополучные: 69,5 % больных выписаны с практическим выздоровлением, 30,5 % — с улучшением без потери трудоспособности. Только две больные переведены на инвалидность в связи с длительным принудительным лечением после инфантицида.

Обобщая полученные результаты, следует подчеркнуть, что доля больных с аффективной патологией (депрессивный и маниакальный синдромы) при послеродовых психозах довольно значительна (29,4 % от всех больных). В клинической картине преобладают депрессии (91 %), и только у 9 % больных наблюдается маниакальное состояние или смена аффективных фаз в одном приступе.

У большинства пациенток картина депрессивных и маниакальных приступов усложняется большим количеством дополнительных расстройств и выглядит атипичной. При аффективной патологии

выделяется группа больных (в нашем случае 28 %), у которых психические расстройства разворачиваются медленно, продолжительность аффективного приступа затягивается до 5 мес.

С депрессивным состоянием сочетается значительное количество экзогенных вредностей (патология беременности и родов). С большой частотой (35 %) психозу предшествуют психические травмы.

Эта группа особо опасна в отношении суицидов и инфантицидов. Факторами риска возникновения аффективных расстройств в послеродовом периоде являются: более зрелый возраст женщин в сравнении с другими формами послеродового психоза; сами роды, особенно первые; семейная отягощенность, в первую очередь суицидами и алкоголизмом; весенне-осенняя пора года; рождение девочки.

**История болезни.** Больная К., 24 лет, бухгалтер, замужем. Отношения в семье благополучные. Во время беременности была раздражительной, беспокоилась за исход родов.

Родила доношенного здорового мальчика. Роды прошли без осложнений. Почувствовала себя плохо на 2–3-й день после родов. Была изолирована в связи с катаральными явлениями верхних дыхательных путей. В течение 4 дней не приносили кормить ребенка. Стала тревожной и напряженной. Казалось, что от нее что-то скрывают. Старалась проникнуть в детскую комнату. Услышала из разговоров медперсонала, что «у ребенка недоразвиты половые органы», «родинка над бровью». Нарушился сон, снизилось настроение. Врачу о своем состоянии не рассказывала. На 7-е сутки была выписана домой.

Дома не смогла ухаживать за ребенком. Заметила, что у младенца искривление костей, поняла, что родила неполноценного человека, что он будет несчастным. Решила избавить от мучений ребенка и не жить сама. Через 12 дней после родов кухонным ножом отрезала ребенку голову и нанесла себе ранение в область сердца (расширенный суицид). Находилась в реанимации.

Проводилась судебная психиатрическая экспертиза. В акте описывается тяжелая депрессия с двигательной и речевой заторможенностью, идеями виновности («Нет оправдания за поступок»). Ходила угнетенная, с отсутствующим взглядом, жаловалась на шум в голове.

Больная была признана невменяемой. Выставлен *диагноз*: реактивная депрессия. Рекомендовано принудительное лечение в условиях общей психиатрической больницы, где больная находилась 283 дня. Получала лечение антидепрессантами. Оформлена группа инвалидности. С большим трудом включилась в работу. В течение почти всего времени оставалась субдепрессивной. Правильно оценила случившееся. Уверяла, что якобы не помнит, как все произошло. Заявляла, что не имеет права быть веселой. Семья очень беспокоилась о больной. Выписана с выздоровлением и восстановившейся работоспособностью. Сама больная оценивала ситуацию так: «Свыклась со случившимся».

Родители больной здоровы, брат страдает эпилептической болезнью. Из перенесенных заболеваний отмечает ангины, боли в суставах. При соматическом и неврологическом обследовании в стационаре патологии не выявлено.

Катамнестическое наблюдение — 10 лет. Через два года после выписки — повторные благополучные роды. Родила здорового доношенного мальчика. Оставалась психически здоровой. Работает по специальности. В течение 10 лет заметных колебаний в состоянии не было. Снята с диспансерного учета.

**Анализ истории болезни.** Раздражительность и тревога за исход родов присущи многим беременным женщинам и вряд ли могут быть оценены как болезненное расстройство. Заболевание началось при легком физическом недомогании. Изоляцию от ребенка на короткое время вряд ли можно считать тяжелой психотравмой, способной вызвать депрессию психотического уровня. Нарастала тревога за ребенка, появилась убежденность, что родила больного неполноценного мальчика. Слышала, как об этом говорил персонал, сама заметила у него искривление костей. В состоянии тяжелой психотической депрессии совершила расширенный суицид, была убеждена, что таким путем избавит ребенка и себя от страданий. Отмечаются двигательная и речевая заторможенность, отрешенность от окружающего, депрессивные бредовые идеи. В дальнейшем длительное время оставалась субдепрессивной. В этом состоянии звучала реакция на сложившуюся психотравмирующую ситуацию. По механизмам психологической защиты вытесняла инфантицид. В дальнейшем в течение 10 лет здорова. Вторые роды не вызвали ухудшения психического состояния пациентки.

*Синдромологический диагноз:* меланхолическая депрессия психотического уровня с расширенным суицидом. Нозологический диагноз затруднен. Вероятнее всего, это был первый приступ тяжелой эндогенной депрессии, спровоцированный родами. Психотравмирующая ситуация практически отсутствовала и не звучала в переживаниях больной в период тяжелого состояния.

## **Аффективно-бредовой синдром**

Группа больных выделялась с учетом обязательного наличия в синдроме аффективных расстройств (депрессия, тревога, страх, экзальтация, повышенное настроение) и бредовых идей.

Группа оказалась большой: 82 больные из 268 пациенток с послеродовыми психозами, т.е. 30,6 %.

Выделенную группу сопоставляли по изучаемым параметрам с другими вариантами послеродового психоза и особенно с аффективным синдромом, с тем чтобы оценить оправданность такой группировки.

Аффективные расстройства, судя по зарубежным публикациям, составляют 60—70 % от общего числа послеродовых психозов, что соответствует и нашей статистике, если суммировать аффективные и аффективно-бредовые состояния (66,5 %).

Диагноз аффективных расстройств в послеродовом периоде часто бывает обобщенным и базируется на американских классификациях психических болезней DSM-1, DSM-2 и 3R, где послеродовые депрессии не подразделяются по синдромам. Анализ собственного материала должен был прояснить обоснованность такого диагностического подхода.

Группа больных с аффективно-бредовым синдромом характеризуется большим разнообразием психических расстройств. Она занимает как бы промежуточное положение между послеродовыми депрессией и манией и синдромом Кандинского–Клерамбо.

В эмоциональной сфере доминируют растерянность, тревога, реже отмечается страх. Настроение большинства больных характеризовалось скорее подавленностью, чем витальной депрессией. Не было и типичных маниакальных состояний. Приподнятое настроение, экзальтация встречались редко (6 больных), у двух женщин это были короткие, в течение нескольких дней, состояния, сменившиеся подавленностью и тревогой. У одной больной наблюдались бредовые идеи величия без подъема настроения.

Бредовые идеи характеризовались незавершенностью, разноплановостью, возникали на фоне подозрительности и тревоги, настороженности и готовности к бредообразованию. Чаще других встречался бред преследования, отношения и колдовства. Относительно часто звучал ипохондрический бред, достигающий иногда степени нигилистического, отмечались дисморфомании и сенестопатии.

Больные испытывали чувство, что все кругом подстроено, что все говорят о них. Высказывались бредовые идеи инсценировки. Достаточно часто возникал симптом положительного и отрицательного двойника. Почти не встречались симптомы дереализации и деперсонализации, частые при послеродовой депрессии. Мышление характеризовалось диссоциированностью, амбивалентностью, паралогичностью, символикой, логической непоследовательностью — от логических соскальзываний до разорванности, формальностью. Часто все имело двойной смысл. Голова была либо переполнена мыслями, либо «пустая», мысли путались. Испытывалась раздвоенность своего Я.

Отношение женщины к новорожденному тоже менялось. Ребенок мог казаться ей мертвым, чужим, нежизнеспособным, вызывал раздражение и неприязнь, был безразличным. Скорбное бесчувствие в отношении ребенка отмечено только у трех больных. Реже женщины считали, что у новорожденного есть особые качества, что он развит

не по возрасту. Галлюцинации — обычно истинные, чаще всего обонятельные, встречались нечасто.

Поведение больных, как и психическая деятельность, было диссоциированным. Наблюдались возбуждение со злобой и агрессией, попытками куда-то бежать, застывание, вычурные движения, гримасничанье, импульсивные поступки. Больные не всегда были доступны продуктивному контакту. Они делали попытки диссимулировать свои переживания, отказывались от еды, плохо спали. Нередко на высоте психоза нарушалась ориентировка в пространстве и времени из-за аффективной напряженности и бредовой загруженности. Психические расстройства начинались, как у большинства больных с другими формами послеродовых психозов, с нарушений сна и чувства тревоги, редко экзальтации. Симптоматика быстро нарастала, и больные поступали в стационар.

У 6 больных психические расстройства возникли перед родами. Проявлялись невротической симптоматикой: тревогой, бессонницей, снижением настроения, раздражительностью. Одной больной казалась чужой собственная мать. Поведение при этом заметно не нарушалось. К врачам женщины не обращались, кроме одной больной, у которой развились аффективно-бредовые расстройства.

Заболели впервые после родов 80 % женщин. Остальные (17 больных, или 20 %) страдали психическим заболеванием и лечились стационарно до родов и беременности. У 11 из них была диагностирована шизофрения. Из числа впервые заболевших после родов у 80 % роды были первыми, у 8,5 — вторыми, у 11,5 % — последующими. Болезнь чаще развивалась в возрасте 20—24 лет (45,5 %). В 25—29 лет заболело 29 % женщин, в более позднем возрасте — 16,7 %. Аффективно-бредовые расстройства возникали у женщин в более молодом возрасте, чем аффективные (депрессия, маниакальное состояние), но позже, чем при других шизоформных синдромах (см. табл. 6.2).

Психические расстройства проявлялись преимущественно на первой неделе после родов (71,1 % случаев), реже на второй неделе (20 %) и в более поздние сроки (8 %), но не позже чем через месяц после родов (исключение составляют две женщины, заболевшие на втором месяце после родов). В течение месяца от начала заболевания было стационарировано 88,1 % больных, в более поздние сроки — 11,9 %. Основная часть больных поступила на первой (29,4 %) и второй (46,6 %) неделях от начала болезни.

Астения выявлялась у 30 % больных на выходе из психоза; жалобы на слабость в начале заболевания звучали редко. Возможно, в ряде

случаев астенические проявления остались неучтенными, так как нами не наблюдались начальные проявления болезни.

Экзогенные вредности при этом варианте послеродового психоза встречались редко. Психотравмы отмечены в 19,7 % случаев, в небольшом количестве имели место осложненные роды — у 6,2 % больных, из них у 4 женщин — кесарево сечение. Патология беременности отмечена у 8,8 % женщин. По этим характеристикам аффективно-бредовой синдром существенно отличается от аффективного (см. табл. 6.5).

Суицидальное поведение имело свои особенности и также отличалось от такового в группе депрессивных больных (см. табл. 6.4). Суицидальные мысли и попытки встречались реже. Только 24 женщины высказывали суицидальные мысли (31 %), 8 из них совершили суицидальную попытку (10 %). Один завершённый суицид произошёл в условиях стационара на вторые сутки после поступления на лечение. В мотивации суицидов бредовая аргументация преобладала над депрессивной.

Отношение к ребёнку менялось по бредовым мотивам («чужой», «подменённый», «мёртвый») у 15 больных, скорбное бесчувствие в отношении новорождённых отмечалось только у трёх матерей. Двоих детей больные матери пытались уничтожить, так как дети казались им мёртвыми. Одна мать вынесла ребёнка на улицу и положила на землю, вторая пыталась выбросить его из окна.

Один ребёнок погиб. Мать считала, что ребёнок ей не нужен, что она не сможет его вырастить. Она прикрыла младенца одеждой, придавила спинкой дивана и ушла из дома. В клинической картине психоза этой пациентки был значителен вес депрессивных расстройств, и по клинике она приближалась к аффективной группе. Таким образом, инфантициды, завершённые и незавершённые, без попытки покончить с собой наблюдались у трёх женщин (3,7 %).

Неправильное отношение к младенцу было постоянным явлением. Проявлялось оно по-разному: то неадекватной тревогой за него, и тогда мать с младенцем могла скрываться от мнимых преследователей; то ребёнок казался изменённым и даже мёртвым, и предпринимались попытки избавиться от него. Чаще дети переставали интересоваться, к ним появлялась неприязнь, реже переживалось скорбное бесчувствие. Классических расширенных суицидов, совершаемых по депрессивным мотивам, не было. Суициды и инфантициды встречались достоверно реже, чем при депрессивных состояниях.

Волнообразность течения психоза отмечена у 36 % больных, что в два раза чаще, чем при аффективной патологии.



Соотношение девочек и мальчиков среди новорожденных было близко к общепопуляционной норме (100 : 106).

Семейная отягощенность психическими заболеваниями отмечена у 26,4 % пробандов. Психозы, квалифицированные как шизофрения, одинаково часто встречались у матерей и отцов (по 3 чел.), другие формы психических расстройств встречались реже. В четырех семьях у пробандов было сразу по два психически больных родственника в семье.

Женщины с одинаковой частотой заболевают весной, осенью и летом, реже зимой (17 %). Самая высокая заболеваемость весной отмечена в марте, летом — в июне, осенью — в ноябре, зимой — в декабре.

Средняя продолжительность лечения в стационаре у этой группы больных составила 60,9 койко-дня. У 41,8 % больных наступило практическое выздоровление, у 58,2 % — улучшение, у 3,6 % (3 чел.) — улучшение с потерей трудоспособности и переводом на инвалидность II группы. По сравнению с группой аффективных состояний при аффективно-бредовом синдроме исходы заболеваний, учтенные при выписке, ухудшаются (табл. 6.6).

Т а б л и ц а 6.6

**Результаты лечения психопатологических послеродовых синдромов, %**

Характер исхода	Синдром		
	Аффективный	Аффективно-бредовой	Кататонический
Выздоровление	69,5	41,8	62,9
Улучшение	30,5	58,2	37,1

Продолжение табл. 6.6

Характер исхода	Синдром			Общий показатель
	Кандинского-Клерамбо	Острый парафренный	Прочие	
Выздоровление	38,9	33	45	54,8
Улучшение	61,1	67	54	45,2

Аффективно-бредовые расстройства возникают в более молодом возрасте по сравнению с аффективными (депрессивным и маниакальным) синдромами (см. табл. 6.2). Существенно ниже частота осложненных родов и беременностей, психотравмирующих факторов в пуэрперальном периоде (см. табл. 6.5). В клинической картине отмечается больше шизоформных расстройств. С большей частотой встречаются психозы, впервые перенесенные до родов и беременности, с преобладанием диагноза шизофрении. Ухудшаются исходы заболевания.

Приведенные отличия свидетельствуют о том, что клинически целесообразно разделять аффективные и аффективно-бредовые состояния. Обычно они требуют и разных терапевтических подходов.

Факторами риска при аффективно-бредовом синдроме остаются первые роды, молодой возраст, наследственная отягощенность психическими заболеваниями, ранее перенесенные психозы.

**История болезни.** Больная М., 24 лет, образование среднее, закончила курсы поваров, работает разнорабочей на птицефабрике. Замужем. Муж выпивает. В детстве перенесла инфекционный гепатит, уже будучи взрослой болела гайморитом. По характеру «жалостливая», не очень общительная, но веселая. У ее родителей четверо детей. Остальные здоровы. Мать стационарировалась в психиатрическую больницу в связи с психозом.

Роды и беременность первые. Беременность без соматической патологии. Роды затяжные, с разрывом промежности. Родила здоровую доношенную девочку. Во время беременности перед родами появились легкая тревога, нарушения сна. Поведение оставалось упорядоченным. В роддоме на 4–5-е сутки стала тревожной, перестала спать, боялась выписки домой из-за отца (отец — алкоголик). Выписана на 7-е сутки.

Дома состояние продолжало ухудшаться. На 10-е сутки после родов стационарирована в психиатрическую больницу. Расцарапала себе лицо, была подавленной, суетливой, возбужденной, тревожилась за ребенка и остальных членов семьи, считала, что отец покончил с собой. Тревога сочеталась с растерянностью. Стала подозрительной. Казалось, что на нее по-особому смотрят, появились опасения, что она больна неизлечимым заболеванием, что кто-то «колдует», ощущала неприятные запахи («Пахнет мертвечиной»). Мышление характеризовалось логическими соскальзываниями, символической. Всему придавался особый смысл. В процессе лечения, которое продолжалось более трех месяцев, состояние дважды ухудшалось.

При поступлении лейкоциты и белок в моче в повышенном количестве, в дальнейшем анализ мочи без патологии. Анализ крови в пределах нормы. В течение первых 10 дней стационарного лечения — четыре случая повышения температуры до субфебрильных цифр. Сухие губы, язык, плохо ест. Кратковременное повышение уровня трансаминаз в сыворотке крови. Инфекционные заболевания, патология внутренних органов не выявлены. Посев

крови на стерильность дал отрицательный результат. Гинекологом при поступлении отмечено нагрубание грудных желез. Лактация прекращена бромкриптином и тугим бинтованием.

*Лечение.* На первом этапе — аминазин до 150 мг/сут, гемодез 400 мл внутривенно (4 трансфузии), амитриптилин до 100 мг/сут, тизерцин по 75 мг/сут, витамины В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub> в инъекциях; в дальнейшем — инсулинотерапия (20 гипопокемий на 80 ед.).

Больная длительное время оставалась субдепрессивной. Много лежала, жаловалась на слабость, плохое самочувствие. Выписана с некоторым улучшением для продолжения лечения амбулаторно.

*Диагноз при выписке:* послеродовой психоз, депрессивно-бредовой синдром.

*Катмнез* — 12 лет. Дома больная временами становилась подозрительной, но старалась обеспечить уход за ребенком. Тревожно спала, жаловалась на наплывы мыслей. Состояние квалифицировалось как неустойчивая ремиссия. Постоянно получала поддерживающее лечение. Через три года — повторное стационарирование с картиной тревожной депрессии с бредовыми включениями. Еще через год — третья госпитализация: вялая депрессия невротического уровня с явлениями нарастающего апатобулического дефекта. В дальнейшем при посещении диспансера поведение упорядоченное. Состояние периодически ухудшается: становится ипохондричной, подавленной, жалуется на пассивность, апатию, безразличие, плохой аппетит, боли в груди. Уход за ребенком обеспечивает в основном мать больной; семья распалась. С большим трудом работает дворником.

*Диагноз при повторном стационарировании:* шизофрения, приступообразно-прогредиентное течение, аффективно-бредовой приступ, явления неглубокого апатобулического дефекта.

*Анализ истории болезни.* Манифестация заболевания — после первых родов, родам предшествовали тревога, недостаточный сон. Симптоматика нарастала остро. Ведущим в клинической картине был большой депрессивный синдром (тревога, депрессия) с неконгруэнтным разноплановым бредом, обонятельными галлюцинациями, растерянностью, разорванность мышления. Выход из психотического состояния затяжной, с волнообразными колебаниями, вялой апатической депрессией в конце приступа. На высоте приступа — токсикоз, субфебрилитет, которые быстро снимались введением гемодеза.

Полного выздоровления не наступило. Еще дважды госпитализировалась в психиатрическое отделение. Последующие приступы носили редуцированный характер, структура синдрома упростилась. Нарастал апатобулический дефект. Динамика клинических проявлений, отягощенная наследственность (мать перенесла психоз) дали возможность выставить диагноз шизофрении.

## Галлюцинаторно-бредовой синдром

Синдром Кандинского—Клерамбо в наших исследованиях встречался лишь у 6,7 % больных (18 чел.). По клиническим проявлениям он приближается к аффективно-бредовым расстройствам. Синдром выделен в связи с преобладанием в клинической картине, наряду с аффективными расстройствами и бредом, псевдогаллюцинаций и психических автоматизмов.

У большинства больных психоз начинался с нарушений сна, растерянности, тревоги, страхов, у отдельных пациенток преобладало приподнятое настроение с гебоидностью, злобностью. Подавленное настроение могло трансформироваться в экзальтацию. Поведение характеризовалось диссоциированностью, растерянностью, амбивалентностью, речь — разорванностью. Больные переживали слуховые псевдогаллюцинации, появлявшиеся рано, иногда в первые дни заболевания. Часто галлюцинации имели императивный характер: голос мог приказывать убить ребенка. Полно были представлены идеаторные автоматизмы. Другие виды психических автоматизмов носили рудиментарный характер. Больные испытывали наплывы и задержки мыслей, их путаницу и открытость.

Синдром развивался быстро, оставаясь, как правило, незавершенным. Его структуру характеризовало постоянное наличие бредовых идей: отношения, преследования, физического воздействия, колдовства, владения гипнозом, даром предсказания. Окружающее приобретало особый смысл. Бредовые идеи характеризовались разноплановостью, незавершенностью; только у одной больной сформировался систематизированный бред ревности.

В первые дни заболевания преобладала тревога за новорожденного. В дальнейшем, на высоте расстройств, тревога сменялась безразличием и даже враждебностью, ребенок мог казаться мертвым и больные пытались от него избавиться. У трех больных эпизодически звучали суицидальные мысли, но без суицидальных попыток. В одном случае была попытка выброситься с девятого этажа, в двух других — «голоса» приказывали убить ребенка, хотя попыток реализовать это не последовало. В одном случае был совершен расширенный незавершенный суицид: больная ножом ранила в шею спящего мужа, себя и ребенка, «чтобы не мучиться».

У 13 женщин этой группы (72,3 %) психическое заболевание появилось впервые после родов. Остальные (5 чел.) болели ранее и наблюдались психиатрами до родов и беременности. Троим из них поставлен диагноз шизофрении. Кроме того, две больные в пубертате

перенесли психические расстройства пограничного уровня (неглубокие депрессии), к врачам не обращались. У одной женщины психические расстройства начались за месяц до родов. В клинической картине отмечались подозрительность, бред отношения и преследования. У другой больной за четыре дня до родов появилась бессонница, она ощущала «прилив сил», «общалась с Богом». В остальных случаях психозы развивались чаще всего на первой неделе после родов (83,3 %), реже — на второй неделе (11,0 %) и в более поздние сроки (5,5 %). Более половины больных (61,3 %) госпитализированы в первые две недели после начала заболевания.

Тяжелые роды отмечались в двух случаях (11,1 %): в одном — кесарево сечение, в другом — наложение щипцов. Две больные госпитализировались для сохранения беременности, у одной из них наблюдался ранний токсикоз. Психических травм в пред- и послеродовом периоде не отмечено.

Волнообразность течения наблюдалась у 7 из 18 больных (38,9 %), астения на выходе — у 3 пациенток (16,7 %).

Чаще рождались мальчики, чем девочки; их соотношение составило 140 : 100.

Семейная отягощенность психическими расстройствами отмечена у 6 больных из 18 (33,3 %), причем психозы имели место у родственников второй степени родства. В одной семье отец и брат страдали алкоголизмом.

Самая высокая заболеваемость послеродовым психозом в этой группе была весной — 8 человек (44,4 %). В другие времена года женщины заболевали приблизительно с одинаковой частотой.

Средняя продолжительность лечения больных с синдромом Кандинского—Клерамбо составила 52,4 койко-дня, т.е. меньше, чем при других формах послеродового психоза (табл. 6.7).

У 38,9 % больных наступило практическое выздоровление, у 61,1 % — улучшение без перевода на инвалидность.

С учетом малочисленности группы можно лишь отметить, что в ней сохраняются тенденции, выявленные у больных с аффективно-бредовыми расстройствами. Это касается как клинических проявлений, так и динамики приступа. Для этой группы больных характерен низкий процент тяжелых родов и осложнений в период беременности, отсутствие психотравмирующих факторов, что может свидетельствовать о преобладании эндогенных механизмов возникновения данного синдрома.

## Сроки стационарного лечения (койко-дни) больных с различными психопатологическими синдромами

Группа в целом	Синдром			
	Аффективный		Кататонический	
	в целом	в том числе мания	в целом	в том числе фебрильный
58,1	56,4	41,3	64,7	88,9

Продолжение табл. 6.7

Синдром			
Аффективно- бредовой	Кандинского- Клерамбо	Острый парафренный	Прочие
60,9	52,4	58,0	50,6

**История болезни.** Больная С., 22 лет, замужем, работает лаборанткой в больнице. В прошлом ничем серьезно не болела, в детстве перенесла корь, ветрянку. По характеру спокойная, застенчивая, уравновешенная. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родила здорового доношенного мальчика. Роды первые, затяжные, но без тяжелых осложнений. Беременность проходила нормально. В родильном доме на 2–3-и сутки после родов стала тревожной, беспокоилась за здоровье ребенка, жаловалась на слабость, спутанность мыслей, плохой сон. Внешне вела себя упорядоченно. На 6-е сутки после родов выписана домой.

Дома сразу обратили внимание на необычное состояние женщины. Она перестала ухаживать за ребенком, почти не спала, «заговаривалась», говорила много и не по существу, стала возбужденной и суетливой. Пыталась гипнозом лечить окружающих и ребенка. Совершала неадекватные поступки, уходила из дому, «предсказывала будущее». Фон настроения то экзальтированный, то раздражительный. Со слов больной, она почувствовала в себе «большую силу». В ее голове появились незнакомые «голоса», мужские и женские, на нее якобы действовали гипнозом, рылись в ее памяти («Мысли из головы расходились по людям»), заставляли уйти из дома. Она сама стала «читать» мысли окружающих. Под влиянием «гипноза» ощущала прилив силы и «удивительное» самочувствие.

Через сутки больная госпитализирована. Понимает, что поступила в больницу; специфику отделения не оценивает, во времени ориентирована при-

близительно, контакт затруднен. Пытается петь и танцевать. Речь непоследовательная, с логическими соскальзываниями. Смысл задаваемых вопросов понимает. Загружена своими переживаниями. Высказывает отрывочные бредовые идеи величия, физического воздействия, пытается гипнозом лечить больных, мысленно отвечает голосам, подчиняется им, чувствует, что все кругом закодировано, имеет множественный смысл, говорит о цифрах, кодах. Расторжена, величава. О ребенке не вспоминает.

В процессе лечения состояние стало быстро улучшаться, появились элементы критики, упорядочилось поведение. На 12-й день пребывания в стационаре наступило ухудшение, стала депрессивной. Вновь возникали голоса, исчезла критика. В последующем состояние ухудшалось дважды. Больная оставалась депрессивной, говорила о нежелании жить. Голоса в голове постепенно исчезли. Вышла из болезненного состояния через два месяца от начала приступа. Критически оценивала пережитое, тяготилась обстановкой отделения, тянулась к ребенку и близким. В отделении перенесла вазомоторный ринит с повышением температуры до 38,2° С. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. На фоне лечения психотропными препаратами на ЭКГ наблюдались нарушения метаболизма в желудочках сердца. Невропатологом, гинекологом, окулистом патологии не отмечено. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Психологом констатирована разноплановость мышления и актуализация латентных признаков, эмоциональная неадекватность.

Больной проводилось комплексное лечение, схема которого зависела от характера аффекта. Вначале назначали аминазин до 125 мг/сут внутримышечно, лития карбонат 0,9 г/сут, в дальнейшем — антидепрессанты, транквилизаторы (амитриптилин — 100 мг/сут, феназепам — 1,5 мг/сут). На втором этапе лечения применялась инсулинотерапия (20 гипогликемий на 88 единицах). Лактация прекращена парлоделом.

*Катамнез* — 4 года. За это время дважды стационарировалась в психиатрическую больницу (осенью и весной). Клинически наблюдалась атипичная депрессия без бреда и галлюцинаций, но с малой доступностью, разорванностью речи, «обрывами мыслей», растерянностью. Приступы наступали спонтанно, без связи с родами. Последний протекал легче, чем предыдущий. Выписана с формальной критикой, негрубым эмоционально-волевым дефектом. Перестала справляться с работой, уволилась.

*Синдромологический диагноз:* послеродовой психоз, синдром Кандинско-Клерамбо. В дальнейшем диагностирована шизофрения.

*Анализ истории болезни.* В молодом возрасте после первых нормальных родов и беременности остро развился первый психотический приступ. Психические расстройства нарастали быстро, носили полиморфный динамичный характер. На фоне сменяющегося аффекта, неадекватного поведения стала разорванной речь, появились псевдогаллюцинации, все виды психических автоматизмов. Бред оставался разноплановым, несистематизированным. Течение приступа носило волнообразный характер с постепенной редукцией психопатологических расстройств. Выписана в состоянии ремиссии без заметного дефекта личности, вернулась на работу. В течение четырех

последующих лет дважды госпитализировалась в связи с ухудшением состояния. Последующие приступы заболеваний возникали вне связи с родами и без видимых внешних факторов. Изменилась клиническая картина приступа: уменьшилась острота клинических проявлений, ведущей стала атипичная депрессия. После третьего приступа не стала справляться с работой. Отмечены признаки апатоабулического дефекта.

## Острый парафренный синдром

Под наблюдением находилось 12 женщин. Клинические проявления психоза в этой группе были крайне полиморфными, динамичными, трудно поддавались синдромологической оценке, хотя приближались, скорее, к острому парафренному состоянию. Одиннадцать женщин заболели впервые после родов, одна больная ранее наблюдалась с диагнозом шизофрении. Заболевание начиналось остро, у 9 больных — на первой неделе после родов, у 3 — на второй. Женщины становились тревожными, растерянными или экзальтированными, поведение их было неадекватным. Половина больных (6 чел.) была госпитализирована в психиатрическое отделение на первой неделе после начала заболевания, остальные — на второй (5 чел.) и на четвертой (1 чел.).

На фоне аффективных расстройств возникал острый чувственный бред с псевдогаллюцинациями, нестойкими конфабуляциями, фантазиями, бредом отношения и преследования, величия, разорванностью мышления, частыми кататоническими включениями, эпизодами онейроидного помрачения сознания. Менялось отношение к ребенку. Одна больная считала ребенка мертвым, делала попытку выбросить его из окна, вторая охлаждала раздетого младенца перед открытой дверью, поила водкой. Две женщины стремились выброситься из окна, одна дважды вводила себе иглу в тело. Мотивы такого поведения остались непонятными.

Клинические проявления у 7 из 12 пациенток носили волнообразный характер.

Осложненные беременность и роды встречались редко. Две пациентки госпитализировались для сохранения беременности, у одной было кесарево сечение. Значимых психотравм до и после родов не отмечено. В одном случае беременность была внебрачной, но больная относилась к этому спокойно, еще у одной больной часто происходили ссоры с мужем.

Срок пребывания пациенток в стационаре колебался в больших пределах — от 20 до 149 дней (в среднем 58 дней). Практическое вы-



здоровление наступило у 4 больных (33 %), улучшение без потери трудоспособности — у 8 (67 %).

Наследственная отягощенность психическими расстройствами выявлена у трех больных (23 %). Психозов у них в роду не отмечено. Матери отличались странностями (у психиатров не наблюдались), а у отца одной из них имел место суицид.

Несмотря на малочисленность выделенной группы, в ней прослеживаются те же тенденции, что и в группах с аффективно-бредовыми расстройствами и с синдромом Кандинского—Клерамбо. Имеются в виду сроки заболевания и стационарирования, исходы и сроки лечения, волнообразность течения, преобладание среди новорожденных мальчиков, отягощенность наследственности. По клиническим проявлениям синдромы также очень близки, характеризуются преобладанием в клинической картине шизоформных расстройств.

**История болезни.** Больная В., 22 лет, работает воспитательницей в детском саду. Замужем, отношения в семье хорошие. Изредка болела простудными заболеваниями. По характеру веселая, общительная, отягощенность наследственности психическими заболеваниями отрицает. Беременность вторая, роды первые. Первая беременность окончилась выкидышем, после этого оставалась психически здоровой. Месячные с 14 лет, болезненные.

Перед родами якобы была простуда. Температура тела в роддоме нормальная. Родила здорового доношенного ребенка. Были разрывы промежности, накладывались швы. Домой выписана на 5-е сутки.

Еще в роддоме у женщины возникло ощущение прилива сил, появления необыкновенных способностей («Чувствовала себя сверхженщиной, балериной, полубогом»). Дома сразу стала вести себя неадекватно. Считала, что ребенок развит на шесть месяцев, у него режутся зубки, пыталась посадить.

При госпитализации состояние больной квалифицировано как острый парафренный синдром. Она была дезориентирована в месте и времени, фон настроения повышенный с элементами дурашливости, мышление разорванное, стереотипии в речи и движениях. Высказывает нелепые идеи величия. Бредовые идеи нестойкие, изменчивые. Бред носит наглядно-образный характер без логических доказательств. Чувствует себя всемогущей, способной осчастливить мир, владеет несметными богатствами. У нее 200 тысяч детей, расселенных на разных планетах. Они помогают вести войну с врагами, воздействуя мыслями. Слышит голоса Бога, космонавтов. В окружающих узнает знакомых. Все имеет особый смысл, двойное значение. Аффект отличается яркостью, изменчивостью. В дальнейшем выяснилось, что не все обстоятельства и переживания острого периода сохранились в памяти. Приступ продолжался более двух месяцев. Состояние улучшалось постепенно, без заметной волнообразности. Стойко держалось приподнятое настроение. Астенических расстройств на выходе из приступа не отмечено. Соматической патологии не выявлено.

*Лечение:* аминазин — 200 мг/сут внутримышечно, лития карбонат — 0,9 г/сут, на втором этапе — инсулин в гипогликемических дозах (20 глубоких оглушений). Лактация купирована парлоделом.

*Катамнез* — 7 лет. После выписки из стационара состояние хорошее. Уволилась с работы, чтобы ухаживать за ребенком. В дальнейшем работала старшим педагогом в пионерском лагере, продавцом в коммерческом киоске. Развелась с мужем, живет с матерью. Изредка посещает диспансер. Состояние ухудшилось через 6 лет после смерти отца. Вновь стационарировалась в психиатрическое отделение. Развился аффективно-бредовой синдром с псевдогаллюцинациями без нарушения сознания.

*Синдромологический диагноз:* острый парафренный синдром в послеродовом периоде. При повторном поступлении диагноз изменен: шизофрения, ремиттирующее течение, аффективно-бредовой приступ. В ремиссии отмечен легкий апатобулический дефект.

Анализ истории болезни. Заболела остро на первой неделе после родов. Симптоматика нарастала быстро, была динамичной и полиморфной, характеризовалась острым чувственным бредом, маниакальным настроением, галлюцинаторными переживаниями, ложными узнаваниями. На высоте приступа можно предполагать онейроидное помрачение сознания с нарушением ориентировки, кататоническими включениями. Нозологический диагноз при первом приступе болезни вызывал большие трудности из-за сложности и остроты психопатологических расстройств. Повторный приступ заболевания наступил после длительной ремиссии в связи с психотравмой; отличался меньшей остротой и меньшим полиморфизмом психических расстройств, протекал без нарушения сознания. Представилась возможность уточнить диагноз.

Интересен тот факт, что первая беременность, окончившаяся выкидышем, не спровоцировала каких-либо психических расстройств; психоз наступил после первых родов и повторной беременности.

## **Другие психопатологические синдромы**

В обследуемую группу вошли 13 женщин (4,8 % от всех больных) с симптоматическими и органическими психозами. Характер и частота синдромов были следующими: аментивные расстройства сознания — 4 больные, делириозные — 4, корсаковский синдром — 2, сумеречное расстройство сознания с бредом — 2 и психопатоподобное поведение — 1 пациентка.

Аментивные расстройства сознания возникли в связи с выраженной соматической патологией.

Делириозные состояния наблюдались у трех сельских женщин с указанием в анамнезе на частое употребление алкоголя, однако на наркологическом учете они не состояли, продолжали работать и вести домашнее хозяйство, обстинентный синдром отсутствовал. Делирий

продолжался 2—3 дня. У одной пациентки в состоянии предэклампсии в связи с нефропатией возникали короткие делириозные эпизоды в вечернее и ночное время.

У двух больных с эклампсией и поздним токсикозом беременности наблюдались выраженные нарушения памяти (корсаковский синдром), относительно быстро и полно исчезнувшие в процессе лечения.

У двух женщин с эпилептической болезнью с изменениями личности и легким снижением интеллекта в послеродовом периоде появились тревога, подозрительность, бредовые идеи, нарушения ориентировки, неадекватное поведение.

У пациентки с умеренно выраженной дебильностью состояние квалифицировано как психопатоподобное, ранее не присущее ей в такой мере.

Любопытно отметить, что в этой группе больных в трех случаях из 13 выявлена семейная отягощенность психическими расстройствами, из них в одном случае — шизофренией. Волнообразности течения психоза не наблюдалось. В популяции новорожденных преобладали мальчики. Продолжительность лечения была короче, чем в общей группе (50,6 койко-дня). Была одна попытка облить ребенка горячей водой. Суицидальных попыток не было. Состояние при выписке у 6 женщин квалифицировано как выздоровление (вернулось к исходному), у 7 — как улучшение без потери трудоспособности.

**История болезни.** Больная М., 23 лет. Находилась на стационарном лечении в психиатрическом отделении 50 дней. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Старшая из четырех детей в семье. В раннем детском возрасте болела пневмонией и другими простудными заболеваниями. В школу пошла в 8 лет, с хорошими оценками окончила среднюю школу, ПТУ, работала крановщицей. В характере отмечаются мягкость, застенчивость, умеренная общительность. В 21 год вышла замуж. Беременность протекала с токсикозом, затем установили заболевание почек. По медицинским показаниям вызваны преждевременные роды. Заболевание почек лечила в стационаре и амбулаторно. Вскоре после родов соматическое состояние ухудшилось: появились боли в ноге, усилились головные боли; окружающее воспринималось, как в дымке. На 6-е сутки после родов переведена в терапевтическое отделение, где сразу начала вести себя неадекватно: отказывалась от еды, то плакала, то смеялась, стала задумчивой, подозрительной.

При поступлении в психиатрический стационар контакт с больной затруднен в силу выраженной астении и чрезмерной отвлекаемости. Растерянная, подозрительна. Некоторые вопросы переспрашивает, иные вообще оставляет без ответа. Есть частичное понимание своей измененности: «Что-то случилось, все плывет перед глазами... не могу ответить». Обстановку оценивает как больничную, но характера отделения не осознает. Ориентировка во

времени, лицах неполная, взгляд отрешенный, улыбка неадекватная. Больная то хмурится, то смеется, совершает стереотипные круговые движения головой.

Нарушение сознания в условиях психиатрического стационара продолжало усугубляться. Состояние ухудшалось к вечеру — больная «видела» зверей. Стала недоступной контакту, что-то бессвязно говорила, совершала беспорядочные движения, не обслуживала себя, не узнавала близких. Расстройства психики коррелировали с тяжестью соматических расстройств. В таком состоянии пациентка находилась три недели. Постепенно, с улучшением лабораторных показателей и нормализацией артериального кровяного давления, сознание стало проясняться. Вновь появились подозрительность, тревога, растерянность. Постепенно больная осознала, что находится среди психически больных, что нездорова. Период нарушенного сознания амнезировала. Длительное время быстро уставала, много спала, легко начинала плакать, раздражалась.

При поступлении больная бледная, пальпация икроножной мышцы и подколенной ямки левой ноги болезненна, левая нога увеличена в объеме, обе ноги отечные. Артериальное давление составляет 160/100 мм рт. ст., пульс — 90 уд/мин, температура субфебрильная, СОЭ — 68 мм/ч, белок в моче — 2,2 г/л, эритроциты — 25 в поле зрения. На глазном дне слегка гиперемированы диски зрительных нервов, сужены артерии и расширены вены сетчатки. Грубой неврологической симптоматики не выявлено.

При выписке общее состояние, соматическое и психическое, вполне удовлетворительное, но изменения глазного дна и диспропорция в пробе Зимницкого указывают на продолжающуюся почечную патологию. Больная нуждается в дальнейшем наблюдении нефролога.

*Диагноз:* симптоматический психоз, аментивный синдром. Соматическая патология: послеродовой период, тромбоз глубоких вен верхней трети левой голени, обострение хронического диффузного гломерулонефрита смешанной формы без нарушения азотовыделительной функции почек.

*Анализ истории болезни.* До родов была психически здоровой. Расстройства психики нарастали постепенно, параллельно ухудшению соматического состояния. Прервана беременность в связи с болезнью почек. В дальнейшем соматические и психические расстройства коррелировали между собой. Ухудшение психического состояния совпало с углублением дисфункции почек, к которой присоединился тромбоз глубоких вен ноги. Достаточно быстро развилась спутанность сознания, выражавшаяся в нарушении ориентировки в месте, времени, лицах, спутанности речи, беспорядочном возбуждении в пределах кровати, ухудшении состояния к вечеру, невозможности контакта с больной, с последующей амензией периода нарушенного сознания. При нарастании аменции и выходе из нее — растерянность, подозрительность, тяжелая астения, раздражительная слабость.

Диагноз острой экзогенного типа реакции в раннем послеродовом периоде ставится редко — у 5–6 % больных. В остальных случаях

Предположительные реактивные, соматогенные психозы при проспективном катamnестическом наблюдении в большинстве случаев оказались эндогенными заболеваниями, в первую очередь шизофренией, реже депрессиями.

## **Волнообразность течения послеродовых психозов. Влияние природных ритмов на их возникновение**

Многими психиатрами давно отмечено, что для психозов, возникающих в послеродовом периоде, характерна своеобразная волнообразность течения, редко встречающаяся при психозах вне родов. Причины и механизмы такой волнообразности мало изучены. Связь ее с видимыми внешними воздействиями не прослеживается. Ухудшение состояния обычно начинается спонтанно, под влиянием каких-то внутренних причин (С.Ф. Семенов, Е.К. Патушева, 1976; М.В. Коркина с соавт., 1983; М.Х. Мотасим, 1986; G. David, M.D. Inwood, 1989, и др.).

В нашем исследовании волнообразное течение заболевания наблюдалось у каждой третьей больной (33,2%). Обычно на второй неделе лечения наступало клиническое улучшение психического состояния. У некоторых пациенток психические функции нормализовались настолько, что родственники ставили вопрос о выписке из стационара. В это время спонтанно, несмотря на проводимое в полном объеме активное лечение, наступало ухудшение. По клиническим проявлениям оно обычно повторяло психотическое состояние, возникшее после родов, но уступало в выраженности расстройств. У каждой третьей больной из этой группы наблюдалась не одна волна ухудшения, а две и более. При этом каждая последующая волна была короче по времени, психотические проявления от обострения к обострению убывали и обычно при инсулинотерапии в комбинации с психотропными препаратами (второй период терапии) полностью исчезали.

Были сопоставлены по ряду клинических параметров две группы послеродовых больных: одна — с волнообразным течением психоза, другая — без него. Отмечено, что состояние лактации не оказывает влияния на волнообразность течения заболевания. Спонтанные ухудшения с одинаковой частотой встречались у женщин, поступивших в отделение без лактации, и у женщин с лактацией.

Волнообразность течения чаще наблюдалась у больных с первичным психозом. Во второй группе больных (без волнообразности тече-

ния) в пять раз чаще встречались пациентки с повторными психозами. Волнообразность редка при экзогенно-органических, симптоматических психозах, депрессиях, особенно простых, у больных, заболевших шизофренией до родов и вне связи с родами, при повторных родах и психозах.

У больных без волнообразного течения заболевания чаще, чем в первой группе, выставлялся нозологический диагноз в связи с большей типичностью клинических проявлений.

Что касается психопатологических синдромов, с которыми сцеплена волнообразность, то это в первую очередь различные кататонические расстройства: волнообразность отмечена практически у половины таких больных (48,3 %). У пациенток с острым парафренным синдромом этот процент еще выше (59 %), но в силу редкой встречаемости синдрома (в нашем наблюдении — 12 женщин) процентная характеристика не может быть убедительной. Реже, чем при других синдромах, волнообразность течения встречалась при аффективных расстройствах (16 % больных), но была достаточно частой при аффективно-бредовом состоянии и синдроме Кандинского—Клерамбо (соответственно 36,0 % и 38,9 %). При симптоматических психозах, психогениях волнообразности вообще не отмечено, но это опять же малочисленные группы.

Для больных с волнообразным течением психоза характерно более острое и раннее начало заболевания (преимущественно на первой неделе после родов).

Влияние волнообразности течения на прогноз заболевания оценивалось по продолжительности приступов и исходу болезни. Как оказалось, больные с волнообразным течением психоза задерживаются в стационаре на более длительный срок, чем пациентки с течением заболевания без заметных клинических колебаний. Из первой группы ни одна больная не была выписана домой в течение первого месяца пребывания в стационаре, 35 % больных лечились более трех месяцев, в то время как при ровном, постепенном улучшении состояния к концу первого месяца выписано 20 % больных и только у 15 % заболевание продолжалось более 3 мес. Средний срок лечения больных послеродовой кататонией, имеющей волнообразное течение, был на 23 дня продолжительнее, чем без волнообразности, с аффективными синдромами — также на 23 дня, с аффективно-бредовыми состояниями — на 29 дней больше.

Что касается исходов болезни, то они оказались приблизительно одинаковыми и не зависели от волнообразности течения. При после-

родовой кататонии исходы были несколько лучше у больных без волнообразности течения, при аффективно-бредовом синдроме — недостоверно лучше при волнообразном течении, при аффективных (депрессивных и маниакальных) состояниях различий не было.

Таким образом, волнообразность течения в большей мере присуща кататоническому и другим острым шизоформным расстройствам и связана с продолжительностью течения послеродового психоза.

Помимо спонтанной волнообразности течения послеродовых психозов нами предпринята попытка оценить связь психозов с природными ритмами. Стало общепризнанным, что периодичность присуща всем уровням биологической организации и составляет универсальную временную основу динамических процессов, протекающих в биосистемах. Эндогенные механизмы биоритмов, с одной стороны, формируются под влиянием параметров окружающей среды, с другой — обеспечивают полноценное приспособление организма к циклическим изменениям в окружающем мире. Нарушение внутренней согласованности ритмики способствует развитию патологических процессов (Д. Нейман, 1984; Н.Р. Деряпо, 1985; А.П. Дибров, 1990; Ш.А. Варданян, 1990).

Нами учитывалось влияние на послеродовые психозы сезонных годовых ритмов, солнечной активности и фаз Луны.

В этом плане представляет интерес аналитическое исследование Р.Г. Липанова (1967), который проследил ежемесячную периодику госпитализаций психически больных за 85 лет. Автор обнаружил, что каждой нозологической единице соответствует своя кривая сезонных обострений. В целом госпитализация учащалась в весенне-осенний период. В частности, депрессии у женщин преобладали в декабре, у мужчин — в ноябре; максимум поступлений в стационар больных шизофренией приходился на май, минимум — на февраль. Более отчетливо сезонность проявлялась у женщин. Близкие результаты при эндогенных психозах приводят С.Ф. Семенов, Н.М. Доценко (1968), А.Ф. Скугаревский, П.П. Волков (1976), А.Н. Корнетов с соавт. (1988) и др.

Г.Н. Езрилеев (1975) обнаружил сезонную динамику в госпитализации больных с алкогольным абстинентным синдромом и алкогольными психозами. Максимум приходился на весенне-осенний период при абстинентном синдроме и на летне-осенний — при алкогольных психозах.

Меньше внимания психиатры уделяли изучению солнечной активности и фаз Луны как факторов возникновения и обострения

психозов. Наиболее полно влияние солнечной активности изучено при эпилептической болезни. Есть указания, что при максимуме солнечной активности увеличивается частота эпилептических припадков, учащается стационарирование больных; устанавливаются корреляты между солнечной активностью и беспокойством больных, особенностями проявления депрессий (Г.Т. Сонник, М.В. Милявский, 1989).

Изучалось влияние фаз Луны (новолуние, растущая Луна, полнолуние, стареющая Луна) на состояние человека. Отмечена особая роль новолуния и полнолуния, их влияние на сексуальную активность, беременность, рождаемость и другие показатели функционирования организма. Показано (W. Menaker, A. Menaker, 1959), что пик зачатия у женщин приходится на полнолуние или его канун, минимальная рождаемость — на новолуние, наибольшая — на полнолуние. Кстати, в полнолуние возрастают и агрессивность, количество убийств (В.А. Доскин, 1991). По данным Т.Р. Вуль (1976), существует зависимость между частотой судорожных припадков при эпилептической болезни и фазой лунного месяца.

Работ, в которых оценивалось бы влияние сезонных ритмов, солнечной активности и фаз Луны на послеродовые психозы, в доступной нам литературе нет.

По нашим расчетам, чаще заболевают послеродовым психозом женщины, рожаящие весной и осенью (55,5 %), реже — летом и зимой (44,5 %). Пик заболеваемости отмечается при родах в марте, мае и июле, минимум — при родах в декабре, феврале, августе.

Было сопоставлено также начало заболевания и время поступления в стационар с сезоном года. Чаще женщины с психозом госпитализировались весной (32 % всех больных), реже — зимой (13 %). Заболевание чаще начиналось весной и осенью (57 %), реже — зимой и летом (43 %). Изучение сезонных ритмов позволило установить, что наименьшее число заболеваний психозами, как и поступлений в стационар, приходится на зимние месяцы, максимальное — на весеннее время года.

Существует зависимость заболеваемости от психопатологического синдрома. Так, при аффективно-бредовом синдроме женщины приблизительно с одинаковой частотой заболевают весной, летом и осенью, реже — зимой (17 %). При аффективных расстройствах женщины чаще заболевают весной и осенью (62 %), реже — летом и зимой (38 %). При послеродовой кататонии психоз чаще возникает весной, реже — зимой (34 и 17 % соответственно).



Таким образом, на полученном нами материале можно отметить однонаправленную нежесткую связь сезонных ритмов со временем родов, началом заболевания и поступлением в стационар. Есть вариации в зависимости от психопатологического синдрома.

При оценке воздействия солнца учитывалось, что одной из особенностей гелиофизического состояния являются почти регулярные изменения солнечной активности. Средняя продолжительность одного из таких периодов равна 11 годам (П.И. Федотов, Ю.В. Кулаков, 1988; А.Н. Корнетов с соавт., 1988). Степень солнечной активности оценивается индексом Вольфа. В качестве нулевого цикла Вольф выбрал 1745 г. Последний завершённый цикл солнечной активности начался в 1987 г. и продолжался до 1998 г.; максимум солнечной активности наблюдался в июле 1989 г.

По нашим данным, частота послеродовых психозов повышается при снижении индекса Вольфа и уменьшается — при его повышении (рис. 6.2).

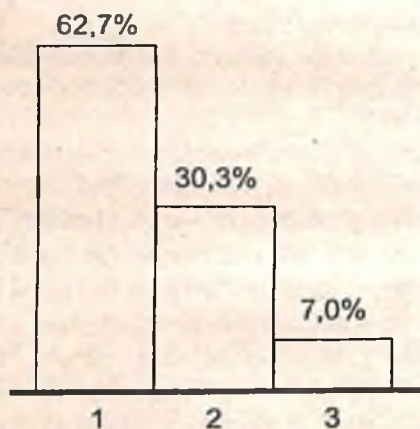


Рис. 6.2. Диаграмма распределения больных послеродовыми психозами в зависимости от уровня солнечной активности:

1 — интервал индекса Вольфа 0—119; 2 — интервал индекса Вольфа 120—239; 3 — интервал индекса Вольфа 240—359

Нами была проанализирована сопряженность даты заболевания и даты родов со значениями индекса Вольфа. Обе кривые демонстрируют явную зависимость манифестации заболевания от уровня солнечной активности: с понижением последней показатель заболе-

ваемости растет (рис. 6.3). Идентичность кривых позволяет высказать предположение, что пусковой механизм заболевания кроется в родовой ситуации, возможно, связанной с гормональной перестройкой организма.

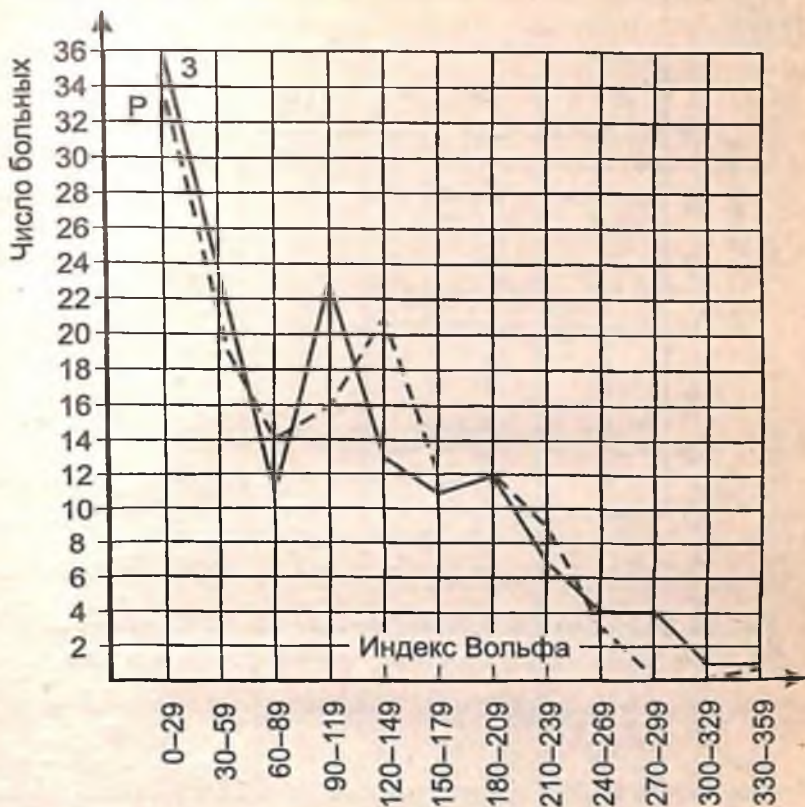


Рис. 6.3. Зависимость даты родов (Р) и начала заболевания (З) послеродовыми психозами от индекса Вольфа

При изучении влияния лунного цикла на заболеваемость послеродовыми психозами выявлено, что наибольшее количество заболевших приходится на фазу полнолуния, наименьшее — на фазу новолуния (различия статистически достоверны). Показатели заболеваемости в фазе растущей и стареющей Луны близки к тем, что наблюдаются при новолунии (рис. 6.4).

Представилась возможность проанализировать совместное действие лунного цикла и солнечной активности. В периоды смены фаз Луны заболеваемость послеродовыми психозами отмечена при бо-

лее низких значениях индекса Вольфа, нежели в период нарастающих фаз. Различия между индексом Вольфа в полнолуние и в фазу растущей Луны достоверны. Это свидетельствует о неоднозначном влиянии этих факторов на вероятность манифестации послеродового психоза.

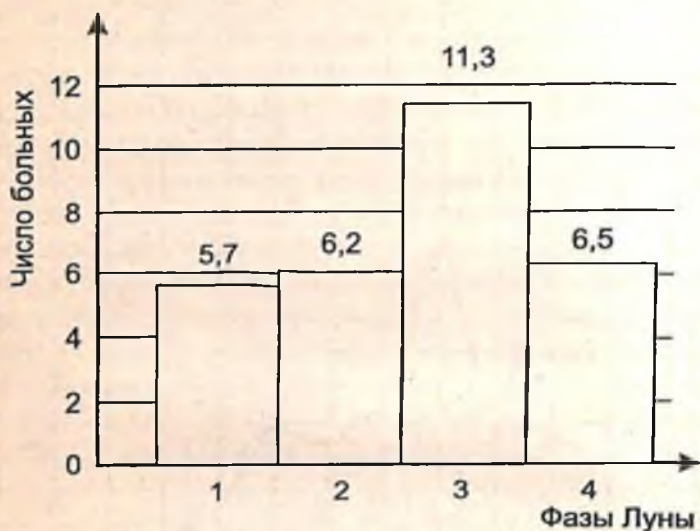


Рис. 6.4. Диаграмма заболеваемости послеродовыми психозами (среднее за один день) в зависимости от фаз лунного цикла:

1 — новолуние; 2 — растущая Луна; 3 — полнолуние; 4 — стареющая Луна

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о влиянии солнечной активности и фазового состояния Луны, как и сезонных ритмов, на проявление послеродового психоза. Снижение солнечной активности стимулирует манифестацию психоза послеродового периода у предрасположенных к этому женщин. Аналогично влияет на организм и фаза полнолуния. Для более глубоких выводов необходимы дополнительные исследования в более крупных по объему выборках. При этом целесообразно изучение корреляций между «спонтанной» волнообразностью течения послеродовых психозов и природными ритмами.

Даты родов и начала заболеваний психозами в послеродовом периоде, фазы Луны и значения индекса солнечной активности (индекс Вольфа)

Роды	Индекс Вольфа при родах	Фаза Луны при родах	Дата заболевания	Индекс Вольфа при заболевании	Фаза Луны при заболевании
21.02.79	214	С	3.03.79	198	Р
3.04.79	149	Р	4-8.04.79	125,8	Р
30.09.79	170	Р	4-8.09.79	201,4	П
11.10.79	264	С	15.10.79	223	С
11.11.79	340	С	12-16.11.79	254,6	С
26.11.79	173	Р	27-28.11.79	109	Р
25.12.79	76	Р	26-29.12.79	99,3	Р
30.04.80	154	П	2-3.05.80	171,5	С
17.05.80	219	Р	19.05.80	241	Р
14.06.80	175	Н	28.06.80	178	П
22.11.80	121	П	23.11.80	119	С
08.12.80	98	Н	16.12.80	339	Р
4.01.81	154	С	11.01.81	103	Р
26.01.81	185	С	27-30.01.81	199	С
18.02.81	201	П	19-23.02.81	121,2	П
23.04.81	113	С	24-27.04.81	114,3	С
30.04.81	131	С	1-2.05.81	182,5	С
3.05.81	240	Н	18.05.81	219	П
16.09.81	186	П	4.10.81	275	Р
30.10.81	192	Р	7.11.81	275	Р
30.10.81	192	Р	9.11.81	177	Р
19.02.82	113	С	24-25.02.82	160	Н
2.03.82	189	Р	5.03.82	227	Р

## Продолжение

Роды	Индекс Вольфа при родах	Фаза Луны при родах	Дата заболевания	Индекс Вольфа при заболевании	Фаза Луны при заболевании
25.05.82	150	Н	26–28.05.82	183	Р
6.08.82	211	П	10.08.82	215	С
31.08.82	174	Р	20.09.82	134	Р
29.09.82	127	Р	2–4.10.82	169,5	П
21.10.82	129	Р	22–25.10.82	151	Р
30.10.82	109	Р	10.11.82	115	С
30.10.82	109	Р	1–4.11.82	92,8	П
28.01.83	81	П	12–13.02.83	19	Н
31.01.83	129	С	8.02.83	98	С
28.02.83	138	П	4–5.03.83	145	С
30.03.83	92	П	1–3.04.83	94,7	С
12.05.83	199	Н	18–19.05.83	125	Р
14.07.83	123	Р	30.08.83	92	С
13.08.83	218	Р	14–17.08.80	250,8	Р
30.08.83	92	С	4.09.83	76	С
13.09.83	29	Р	15.09.83	48	Р
29.12.83	0	С	25.01.84	130	С
11.01.84	71	Р	12–14.01.84	55,3	Р
20.01.84	90	П	22–24.01.84	76,7	С
12.04.84	38	Р	20.04.84	71	С
1.05.84	94	Н	5–6.05.84	31	Р
17.05.84	105	П	23.05.84	104	С
8.06.84	38	Р	9–10.06.84	37,5	Р
14.08.84	34	С	19.08.84	15	С
3.09.84	77	Р	12.08.84	0	П

## Продолжение

Роды	Индекс Вольфа при родах	Фаза Луны при родах	Дата заболевания	Индекс Вольфа при заболевании	Фаза Луны при заболевании
30.10.84	0	Р	20–21.11.84	31	Н
31.10.84	30	Р	12.11.84	20	С
9.12.84	0	П	12–14.12.84	30	С
25.12.84	32	Р	30.12.84	0	Р
3.01.85	0	Р	10–11.01.85	0	С
5.02.85	24	П	12–19.02.85	8	С
8.02.85	0	С	13.02.85	13	С
20.02.85	29	Н	25.02.85	13	Р
27.02.85	12	Р	8.03.85	37,5	П
6.03.85	0	П	11.03.85	16	С
8.04.85	0	С	9–13.04.85	0	С
19.04.85	12	Н	2–3.05.85	13,5	П
7.05.85	25	С	20.05.85	66	С
19.05.85	49	Н	23.05.85	42	Р
11.06.85	82	С	16.06.85	37	С
5.07.85	54	С	6–8.07.85	77,7	С
22.07.85	11	Р	23.07.85	24	Р
29.07.85	80	Р	30.05.85	55,4	П
7.08.85	15	С	7.08.85	15	С
22.08.85	0	Р	3.09.85	0	С
11.09.85	0	С	11.10.85	0	С
11.10.85	0	С	12–15.10.85	7,3	Н
20.01.85	0	Р	26–27.01.86	0	П
26.01.86	0	П	8.02.86	99	Н
28.01.86	0	П	1.01.86	18	С

## Продолжение

Роды	Индекс Вольфа при родах	Фаза Луны при родах	Дата заболевания	Индекс Вольфа при заболевании	Фаза Луны при заболевании
7.03.86	80	С	9–12.03.86	18,8	Р
23.03.86	0	Р	1–3.04.86	0	С
4.05.86	0	С	11.05.86	0	Р
28.05.86	26	С	8–10.06.86	0	Н
13.06.86	0	Р	25.06.86	0	С
24.06.86	0	П	3–4.07.86	8	С
8.07.86	35	Н	13.07.86	41	Р
15.07.86	28	Р	30.07.86	18	С
30.08.86	11	С	30.08– 3.09.86	11	С
13.12.86	28	Р	16.12.86	0	П
14.12.86	12	Р	15–19.12.86	0	Р
25.02.87	11	С	26–27.02.87	13	Н
11.04.87	126	Р	12–13.04.87	108,5	П
18.04.87	33	С	19.04.87	51	С
19.04.87	51	С	25.04.87	30	С
19.05.87	97	С	24–25.05.87	28	С
24.06.87	47	С	26–27.06.87	45,5	Н
26.06.87	46	Н	2.07.87	0	Р
26.06.87	46	Н	2.07.87	0	Р
30.06.87	11	Р	7.07.87	12	Р
13.07.87	0	П	18–20.07.87	26	С
27.07.87	89	Н	10–11.08.87	61,5	П
14.08.87	46	С	21–22.08.87	49	С
6.09.87	39	П	8–10.09.87	44	П

## Продолжение

Роды	Индекс Вольфа при родах	Фаза Луны при родах	Дата заболевания	Индекс Вольфа при заболевании	Фаза Луны при заболевании
30.09.87	26	Р	8.10.87	0	С
7.10.87	43	П	22.10.87	54	П
20.11.87	44	Н	25.11.87	42	Р
26.02.88	0	Р	24.03.88	98	Р
1.03.88	59	Р	2-5.03.88	73	П
15.03.88	50	С	17.03.88	100	Н
16.08.88	130	Р	24-30.08.88	145	П
28.11.88	81	С	29.11- 4.12.88	92,7	С
7.01.90	147	Р	15.01.90	219	С
18.01.90	180	С	18.01.90	180	С
19.01.90	223	С	27-28.01.90	288,5	Н
5.03.90	128	Р	8-9.03.90	92	Р
9.03.90	90	Р	14-15.03.90	113	Р
10.03.90	90	П	20.03.90	278	С
15.03.90	135	С	16-20.03.90	202,6	С
12.04.90	86	П	19-20.04.90	300,5	С
14.04.90	193	С	15.04.90	196	С
14.05.90	225	С	20.05.90	232	С
6.06.90	139	Р	15-16.06.90	77,5	С
7.09.90	163	П	13.09.90	177	С
18.10.90	206	Н	24-25.10.90	115	Р
23.10.90	119	Р	24-29.10.90	112,4	Р
1.11.90	73	Н	6.11.90	200	С
13.11.90	123	С	15-17.11.90	98,3	Н



Роды	Индекс Вольфа при родах	Фаза Луны при родах	Дата заболевания	Индекс Вольфа при заболевании	Фаза Луны при заболевании
16.12.90	131	Н	23.01–3.02.90	134	Р
12.02.91	196	С	17–18.02.91	248	Р
7.03.91	98	С	22–25.03.90	191,8	Р
22.03.91	224	Р	23–24.03.91	170,5	Р
26.03.91	132	Р	27–30.03.91	173,3	Р
19.04.91	219	Р	20–21.04.91	84	Р
1.05.91	123	С	10–12.05.91	122,7	С
4.05.91	145	С	13–14.05.91	179	Н
10.07.91	199	Н	15.07.91	106	Р
11.07.91	165	Н	16–19.07.91	143,8	Р
15.07.91	124	Р	15–16.07.91	207,5	Р
7.09.91	91	Н	9–10.09.91	131,5	Н
8.09.91	127	Н	9–10.09.91	131,5	Н
12.12.91	242	Р	21.12.91	157	П
12.03.92	211	Р	13.03.92	220	Р
11.04.92	71	Р	17–18.04.92	202,5	П
17.06.92	78	П	24–27.06.92	64,3	С
12.07.92	152	Р	17–18.07.92	122	С
5.09.92	77	Р	10–12.09.92	95	П
2.10.92	160	Р	9–12.10.92	44,8	П
5.10.92	176	Р	8–9.10.92	60,5	Р

*Примечание.* Индексы Вольфа взяты из бюллетеня «Солнечные данные» АН СССР и материалов обсерватории при Национальном центре геофизических данных США (Колорадо).

## Соматогинекологическая патология и психотравмы в картине послеродовых психозов

Оценка роли акушерской и соматической патологии, психотравм в происхождении и формировании синдромов при послеродовых психозах определяет позицию автора в отношении диагностики и лечения данной патологии.

Авторы, оценивающие большинство послеродовых психозов как инфекционно-токсические заболевания или как собственно послеродовые психозы, отмечают достаточно жесткую корреляцию между психическим и соматическим состоянием и видят в этой корреляции причинно-следственную связь (Р.И. Зинман, 1939; А.С. Чистович, 1941, 1955, 1965; В.Ф. Кузменок, 1963; К.С. Плюйко, 1974; А.А. Шмилович, 1973, 1985; J. Schopf et al., 1984; E.S. Meltzer, 1985; P.J. Cooper et al., 1995). Большинство же исследователей подчеркивают отсутствие такой зависимости между психическим и соматическим. Так, Б.А. Целебеев (1972), имеющий большой опыт в оценке психопатологических соматогенно обусловленных синдромов, считает, что такой связи (корреляции) при послеродовых психозах нет. То же отмечает Н.Я. Дворкина (1975) в отношении инфекции и проявлений послеродовых психозов. Близкой точки зрения придерживаются В.М. Шпак и Н.Ф. Зайцева (1967), Л. А. Доленко с соавт. (1973).

И.Е. Авербух (1967) исследовал женщин в отделении патологии беременности и родов. У 47 % больных в анамнезе были более или менее тяжелые заболевания, в том числе у 10 % — травмы головы. Патология женской половой сферы имела место у 27 % женщин, те или иные осложнения беременности — у 32 %, осложненные роды перенесли 51 % больных. У 41 % женщин послеродовой период был осложнен соматической патологией. В преморбиде у 38 % пациенток отмечались нервность, раздражительность. Несмотря на такое сгущение патологии, послеродовых психозов автор не наблюдал. Подобные результаты получил В. Н. Серов с коллегами (1974). Ими исследованы 734 женщины с тяжелой патологией беременности и родов (кровотечение, эклампсия, нефропатия, послеродовой сепсис), и ни в одном из этих случаев не развился послеродовой психоз. У части женщин наблюдались астения, неврозоподобные расстройства.

Ряд авторов (С. Tetlaw, 1955; Т.Ф. Mc Nell, 1988) считают, что послеродовая соматическая и акушерская патология является тем фактором, который способствует возникновению послеродовых психозов и модифицирует их проявления. По мнению других (Т.Ф. Mc Nell, 1988), случаев соматических расстройств, связанных с родами, у жен-

щин с послеродовыми психозами даже меньше, чем в общей популяции родильниц.

Внешние факторы, в том числе психотравмы, по некоторым наблюдениям (M. Bogedahl-Strindiund, 1986), также не играют существенной роли в возникновении послеродовых психозов. Близкой точки зрения придерживаются и Дж. Михаэль с коллегами (J. Michael et al., 1989). По их наблюдениям, социальное положение, особенности акушерской помощи и ситуационные влияния при пуэрперальных психозах не имеют большого значения.

Однако есть и другое мнение. Так, Р. Эдит и Ф. Роза (R. Edith, F. Rozsa, 1978) полагают, что среди причин послеродовых психозов 60 % приходится на долю экзогенных факторов. Д. Льюис с коллегами (D.O. Lewis et al., 1988) видят прямую связь между эндометритом и аффективными нарушениями, особенно биполярными расстройствами. Отмечается корреляция между проявлениями послеродового психоза и гинекологическими аберрациями, между психическими симптомами и лактацией (L. Jacobson et al., 1965). Близкой точки зрения придерживается и ряд других авторов (P.S. Cooper et al., 1983; P. Вуте, 1984; D. Gathe et al., 1987), также предполагающие наличие этиологической связи между психическими расстройствами и гинекологической патологией.

Не менее разнообразны оценки роли психотравмирующего фактора в происхождении послеродовых психозов: от ортодоксальных психоаналитических трактовок, в которых основная роль отводится бессознательному, «раннему инфантильному страху», «кастрационному комплексу», до констатации прямой связи между характером психотравмы и послеродовым психозом. Психоаналитики объясняют неадекватность поведения женщин после родов исторической моделью роли матери, конфликтом с отцом (G. David, M.D. Inwood, 1989). Большое значение придается симбиотическому конфликту в семье и тому, что ожидаемый ребенок — угроза симбиотическому равновесию (B.Y. Richard et al., 1979). С. Брондон (S. Brondon, 1952) существенной причиной возникновения послеродового психоза считает недостаток материнской любви в детстве, концентрацию основных жизненных событий в перинатальном периоде. Дж. Михаэль с сотр. (J. Michael et al., 1989) рассматривают послеродовую депрессию как неспособность женщины принять новую роль. Байярд с коллегами (C.G. Ballard et al., 1995) доказывают возможность посттравматического стрессового расстройства в связи с родами.

Делаются попытки связать возникновение послеродового психоза с определенными психотравмирующими факторами. Так, некоторые авторы (E. D. M. Tod, 1964; R. Kumar et al., 1984) видят его причину в супружеской дисгармонии. Роды мертворожденным или незаконнорожденным ребенком не имеют, по их мнению, важного значения. Отмечается, что психологические проблемы часто становятся причиной послеродовых блюзов и мягких депрессий и в меньшей мере влияют на развитие послеродовых психозов (C. David, M.D. Inwood, 1989).

Большинство наблюдавшихся нами женщин (91,3 %) были социально адаптированы, имели семью. Из них 17,2 % получили высшее образование, 39,1 % — среднее и среднее специальное, остальные — незаконченное среднее или начальное. Подавляющее большинство из них (94 %) работали или учились.

Следует отметить, что при поступлении в психиатрический стационар практически у всех женщин в раннем послеродовом периоде отмечалась повышенная СОЭ — до 40 мм/ч. У отдельных пациенток имели место лейкоцитоз и снижение гемоглобина в крови. В первые дни пребывания в отделении при активной лактации часто повышалась температура тела (от субфебрилитета до фебрилитета) в связи с нагрубанием молочных желез. При снятии застойных явлений в молочных железах температура, как правило, нормализовалась. Со стороны биохимических показателей крови существенной патологии не было. По мере involуции матки показатели СОЭ, лейкоцитоза нормализовались, однако редукция психической симптоматики не совпадала с нормализацией крови и температуры. После госпитализации у большинства больных психические расстройства продолжали нарастать. Со стороны сердечно-сосудистой системы обычно выявлялась тахикардия до 100–120 ударов в минуту.

В более поздние сроки, во время лечения нейролептиками, могли появляться изменения на ЭКГ, свидетельствовавшие о незначительных нарушениях метаболизма в миокарде, тахикардия. В таких случаях проводилась коррекция сердечных нарушений. При снижении доз нейролептиков в процессе лечения инсулином ЭКГ возвращалась к норме.

Большие диагностические и терапевтические сложности возникали в отношении больных с фебрильной кататонией. Ни в одном случае не было выявлено каких-либо соматических или инфекционных заболеваний, которыми можно было объяснить повышение температуры и токсикоз. Лечение фебрильной кататонии во всех случаях приводило к ремиссии. Появление повторных приступов заболевания

служило подтверждением правильности диагноза и терапевтической тактики.

Кроме отмеченных общих закономерностей динамики соматического состояния нами учитывались и другие факторы, осложняющие генеративный процесс, в частности акушерская патология, связанная с беременностью и родами, соматические заболевания в до- и послеродовом периоде, психические травмы в перинатальном периоде.

Патология беременности отмечена у 22,1 % больных. Учитывались угроза выкидыша, ранний и поздний токсикоз беременности, анемия. Чаще других осложнений встречалась угроза выкидыша, в связи с чем женщины госпитализировались для сохранения беременности.

Осложненные роды встречались у 13,5 % женщин. Учтены кесарево сечение, роды на дому, кровотечение после родов, ручное отделение последа, инструментальная ревизия матки, маститы, эндометриты. Чаще других осложнений встречалось кесарево сечение.

Соматическая патология, сопутствующая послеродовому периоду или возникшая до родов, отмечена у 19,0 % женщин. Это могли быть обострение ревматизма, воспаление легких, ангина, хронический тонзиллит, абсцесс ягодиц и другие заболевания. Нередко у одной женщины встречалось сочетание учтенных расстройств.

Следует отметить, что полученные показатели осложнений беременности и родов, соматических заболеваний не превышали величин, характерных для психически здоровых рожениц. Вместе с тем характер патологии родов и беременности, частота соматических заболеваний варьировались при разных психопатологических синдромах (см. табл. 6.5).

При послеродовой кататонии почти в два раза чаще, чем в общей группе женщин, встречалась патология беременности, часто отмечались осложненные роды и соматические заболевания. Сгущение гинекологических и соматических расстройств наблюдается при аффективном (депрессивном и маниакальном) синдроме. Эти расстройства убывают при нарастании шизоформной симптоматики (аффективно-бредовой синдром, синдром Кандинского—Клерамбо, острая парафрения).

Напрашивается мысль, что осложнения беременности, родов, соматические заболевания в большей мере способствуют возникновению аффективной патологии, а при шизоформных нарушениях большее значение в развитии и оформлении психопатологического синдрома имеют внутренние (эндогенные) причины. Послеродовая

кататония занимает особое положение, наиболее часто сочетаясь с патологией беременности и родов, соматическими заболеваниями.

Психотравмирующие ситуации, предшествующие родам или возникающие в раннем послеродовом периоде, выявлены у 18,7 % женщин (см. табл. 6.5). Учитывались такие факторы, как роды вне брака, уход мужа из семьи, конфликтные отношения в семье, болезнь новорожденного, тяжесть ухода за ним и недосыпание, а также смерть ребенка или близкого родственника. Из перечисленных психотравм чаще других встречались болезнь ребенка и конфликты с мужем. Следует учесть, что и сами роды не только сопровождаются биологическими перестройками, но и являются для каждой женщины психологическим стрессом.

Шкала значимости психотравмирующих событий у родивших женщин несомненно иная, чем у женщин вне родов, и это следует учитывать, равно как и различия в индивидуальном реагировании в зависимости от особенностей личности.

Распределение психотравм в зависимости от психопатологического синдрома имело определенную закономерность (см. табл. 6.5). Чаще всего (35 %) психотравмы встречались при аффективной патологии (депрессия, мания). Их частота оставалась значительной при аффективно-бредовом синдроме и снижалась при синдроме Кандинского—Клерамбо, парафрении. Складывается впечатление, что с увеличением аффективных расстройств в структуре психопатологического синдрома увеличивается роль психотравмирующих воздействий. Послеродовая кататония и здесь имела свои особенности: ей сопутствовало самое низкое количество психотравм.

Таким образом, каждый синдромологический вариант послеродовых психозов имел свой профиль учтенных вредностей. При кататонии отмечалось значительное число случаев акушерской и соматической патологии, но редко встречались психотравмы. Аффективный синдром сочетался с самым высоким процентом соматической и акушерской патологии и особенно психотравм. При шизоформных синдромах все осложняющие беременность и роды факторы встречались редко. Достаточно высоким оставалось только количество психотравм при аффективно-бредовом состоянии, в клинике которого большое место занимают депрессивные расстройства.

Что касается тяжести психических расстройств и соматической патологии, сопровождающей роды, то четких корреляций между ними не выявлено. Психическое состояние не улучшалось параллельно улучшению соматического, но имело свою динамику. С улучшением

соматического состояния, особенно на первом этапе лечения, психические расстройства, напротив, обычно нарастают. При значительной осложненности генеративного периода (кататонический и, особенно, аффективный синдромы) прогноз заболевания был лучше. Шизоформные расстройства (бред, галлюцинации, психические автоматизмы) в меньшей мере связаны с патологией беременности, родов, соматическими заболеваниями и даже психотравмами, тогда как исход заболевания менее благоприятный. Выявленные закономерности позволяют предположить, что эндогенные факторы и осложнения генеративного периода (экзогенные воздействия) имеют различное соотношение в зависимости от психопатологического синдрома и оказывают определенное влияние на характер и прогноз заболевания.

### **Диагностика и катамнез послеродовых психозов**

При послеродовых психозах врачи испытывают трудности в постановке диагноза. Помогают в диагностике катамнестические наблюдения, тщательно собранный личный и семейный анамнез, клинические проявления психоза.

Из наблюдаемых нами 268 больных нозологический диагноз был поставлен только у 41 %. Это были больные, состоявшие на психиатрическом учете до родов и беременности в связи с наличием психического заболевания. Часть больных поступила в стационар с повторным психотическим приступом. У незначительного количества женщин нозологический диагноз поставлен в связи с типичными для данного заболевания проявлениями. Остальным женщинам (59 %) был поставлен диагноз послеродового психоза, квалифицировался психопатологический синдром (например, послеродовой психоз, кататонической онейроидный приступ). При этом не имелся в виду собственно послеродовой психоз, так как не существует убедительных клинических критериев постановки такого диагноза. Диагноз послеродового психоза ставился по остаточному принципу в тех случаях, когда был затруднен нозологический диагноз, особенно при первых приступах заболевания, связанных с родами. Он мог уточняться при дальнейшем наблюдении за больной, повторных приступах. По данным катамнеза, при повторных приступах чаще всего ставился диагноз шизофрении.

Таким образом, эндогенные заболевания могли не диагностироваться и скрываться под маской экзогенных психических расстройств или под условным диагнозом послеродового психоза.

У 23 женщин из 268 (8,5 %) психоз оценивался как симптоматический (18 больных) или экзогенно-органический (5 женщин). У 13 из них наблюдались классические расстройства, характерные для экзогенных психозов (амения, делирий, амнестический синдром, снижение интеллекта, судорожные припадки), у остальных (10 больных) — аффективные и аффективно-бредовые расстройства, относимые в группу «Иные психопатологические синдромы».

Все больные тщательно обследовались. Установлена соматическая и церебрально-органическая патология. В клинической картине отмечалась выраженная астения. Соматическая и неврологическая патология коррелировала с психической. Исследования психолога подтверждали выставленный диагноз. Расстройств психики, характерных для эндогенных психозов, выявлено не было.

На 13 из 23 женщин этой группы мы располагаем анамнезом. При повторных приступах у четырех женщин диагноз был изменен: у трех состояние квалифицировано как шизофрения, у одной — как маниакально-депрессивный психоз. Это свидетельствует о том, что соматическая и акушерская патология, а также психотравмы модифицируют и маскируют картину эндогенных психозов в послеродовом периоде и что наличие экзогенных психических расстройств не исключает эндогенных заболеваний, в первую очередь шизофрении.

Так, наличие психотравмирующей ситуации до или после родов — явление достаточно частое (отмечено нами у 51 женщины). Однако не во всех случаях психические расстройства, наступившие в связи с родами, соответствовали клинике реактивных психозов. Только 16 больным поставлен диагноз, при котором психотравма оценена как основная причина психоза в послеродовом периоде. У 10 из них диагностирована реактивная депрессия, у трех — реактивный паранойд, у одной — реактивный психоз с кататоноподобными расстройствами и у двух — эндореактивная дистимия.

По клиническим проявлениям эти психозы были трудны для нозологической диагностики. В психопатологической картине не всегда четко прослеживалось наличие психотравмы. Психотравмирующий фактор мог быть, по общепринятым меркам, незначительным: ссора, волнение за ребенка, который плохо брал грудь, за свое здоровье, боязнь мастита. Значимость этих факторов для личности в разные периоды жизни может быть различной, поэтому учесть ее трудно.

Начинались психозы на 1–2-й неделе после родов. У 11 больных состояние при выписке квалифицировано как выздоровление, у 5 — как улучшение без потери трудоспособности.



Катамнез изучен у 8 больных. Пять женщин оставались здоровыми, причем у трех из них были повторные роды. У трех больных психические расстройства повторились. Двум из них при повторном приступе психоза после вторых родов поставлен диагноз шизофрении, еще одной, причем вне связи с родами, — маниакально-депрессивного психоза.

## Катамнестические исследования послеродовых психозов

Течение послеродовых психозов, по мнению большинства исследователей и по нашим наблюдениям, сравнительно благополучное. У подавляющего большинства больных наступает практическое выздоровление или ремиссия (И.Д. Жданов, 1897; И.Е. Авербух, 1961; Л.А. Шмилович с соавт., 1973; З.И. Антоненков с соавт., 1979; С.Л.Е. Катона, 1982; М. Lammel, 1986). Больные возвращаются к прежней деятельности, воспитывают детей; в большинстве случаев сохраняется семья.

Следует согласиться с мнением ряда авторов (М.В. Коркина с соавт., 1984; J. Michael et al., 1989; В. Pauleikhoff, 1964), что прогноз зависит от клинических проявлений и природы болезни. Депрессии и мании имеют хороший прогноз, при шизоформных расстройствах, как и при бредовой шизофрении, прогноз хуже.

Хотя течение большинства послеродовых психозов в целом благоприятное, но чем раньше их начало по отношению к родам, тем лучше прогноз. Если на 3–4-м месяце после родов возникает атипичная депрессия или шизофрения, прогноз ухудшается — заболевание может повториться вне связи с родами. Вместе с тем практически единодушно признается, что шизофрения, начавшаяся после родов, имеет периодическое или рекуррентное течение; непрерывно-прогредиентных вариантов практически не бывает.

Г.Э. Бреслав (1980) прогностически благоприятными считает следующие признаки: осложненность генеративного цикла, возникновение психозов на 2–4-й неделе после родов, нарушение сознания и аффективные расстройства, отсутствие психических расстройств до родов. Неблагоприятен прогноз при галлюцинаторно-бредовой симптоматике, развитии психических расстройств в более поздние сроки (более месяца) после родов, отягощенной психическими заболеваниями наследственности, наличии психических нарушений до родов.

Продолжительность психоза, по различным литературным источникам, варьируется от 1 до 6 мес, реже дольше, и чаще составляет 2—3 мес. Выход из психоза обычно постепенный, реже волнообразный (Т.Г. Ключева, 1972; М. С. Доброгаева, 1972; J. Schort et al., 1984).

Катамнестические исследования, часто на значительном отрезке времени, представлены в литературе достаточно полно. Проспективные наблюдения за пациентками в ряде случаев давали возможность уточнить диагноз (С.А. Давтян с соавт., 1972; К.С. Плюйко, 1974; Г.Э. Бреслав, 1980). В таких случаях диагноз собственно послеродового психоза обычно менялся на шизофрению.

Катамнестические наблюдения показали достаточно частые рецидивы послеродовых психозов (от 30 до 70 %) в зависимости от сроков наблюдения, клинических проявлений психоза, наследственной отягощенности психическими заболеваниями (З.И. Антоненков с соавт., 1979; Л.А. Шмилович, 1985; С. Muller, 1985). Возврат психоза может быть связан с повторными родами или возникать вне родов (J. Davidson, E. Robertson, 1985).

Частота повторных приступов психоза, по данным Л.Т. Ивановой (1960), коррелирует с нозологической формой. Повторные психотические приступы отмечены автором у всех больных циклофренией, приблизительно в 2/3 случаев шизофрении и у 1/6—1/7 больных пуэрперальными (собственно послеродовыми) и лактационными психозами.

Дж. Шорт с соавт. (J. Schort et al., 1984) по катамнезу выделяют две группы женщин (катамнез 2—16 лет), перенесших тяжелый послеродовой психоз. В первую группу объединены больные с эндогенными заболеваниями, во вторую — с заболеваниями, не связанными с эндогенными психозами и не дающими рецидивов. У 65 % больных первой группы был по крайней мере еще один рецидив, не связанный с родами. У 43 % пациенток этой группы психоз оценен как аффективный, у 38 % — как шизоаффективный, у 19 % — как шизофрения. По мнению автора, шизоаффективный психоз особенно подвержен провокации деторождением. У 33 % больных с депрессивными послеродовыми психозами обострение наступило после повторных родов, у 51 % — вне родов. В наблюдении 80 женщин (катамнез от 4 до 35 лет) выявлена (J. Schort et al., 1985) зависимость между частотой рецидивов послеродовых психозов и наследственной отягощенностью психическими заболеваниями. В группе женщин, перенесших пуэрперальный психоз однажды, наследственная отягощенность была достоверно ниже, чем в группе с повторными психозами.

Как показали наблюдения (P.J. Cooper et al., 1955), в группе женщин, для которых рождение ребенка являлось особым стрессовым фактором, был велик риск повторных депрессий. У пациенток с первичными депрессиями психические нарушения были менее продолжительными. Среди повторнородящих частота депрессий была значительно выше, если в предыдущих родах присутствовал депрессивный эпизод.

В ряде публикаций (Т.Ф. Mc Nell, 1984, 1986, 1988) приводятся сведения о повышенном риске заболеть послеродовым психозом, если в анамнезе уже был психоз (88 наблюдений). Для сопоставления изучалась группа психически здоровых беременных женщин (114 чел.). Во время беременности женщины с психозом в анамнезе отличались достоверно большим количеством психотических и невротических расстройств. Исключение составляли лишь больные с аффективными нарушениями — они не отличались от контрольной группы, в которой послеродовых психозов не было. У 25 % женщин первой группы развился послеродовой психоз. В первые три недели преобладали аффективные расстройства, в дальнейшем — шизофреноподобные.

Другие авторы (A.J. Bell et al., 1995) также констатируют, что частота рецидивов психоза связана с наличием в анамнезе психотических расстройств (76 женщин; катамнез 5–14 лет).

Ряд исследователей отмечают, что по клиническим проявлениям рецидивы психозов в большинстве случаев сходны с первыми приступами (по типу клише), но характеризуются меньшей выраженностью психотических расстройств (Л.А. Шмилович с соавт., 1985; М.Х. Мотасим, 1986; С.Д. Meakin, 1995).

В других катамнестических наблюдениях больных послеродовыми психозами более пессимистичный прогноз. Так, Г.А. Обухов с соавт. (1976) у части больных после пuerперального психоза наблюдали появление затяжного невротического состояния и невротического развития личности, указывающее, по мнению авторов, на психотравмирующее значение перенесенного послеродового психоза.

Г.Э. Бреслав (1980) у 32 % женщин (203 наблюдения) отметил формирование дефекта шизофренического или органического типа с утратой трудоспособности.

Отдельные психиатры (Da Silva et al., 1981) оценивают прогноз послеродовых психозов как неблагоприятный (катамнез 1–6 лет). У большинства их больных психические расстройства, в том числе непсихотического уровня, сохранялись. В 50 % случаев имел место плохой социальный прогноз, достоверно коррелировавший с диагнозом шизофрении.

Нами изучено 148 катамнезов пациенток с послеродовым психозом. Катамнез изучался по амбулаторным картам и путем личного осмотра части больных. Длительность наблюдения составила: от 1 года до 5 лет — 63 женщины, от 6 до 10 лет — 57, свыше 10 лет — 28 пациенток.

У 39 женщин (26 %) в анамнезе выявлены психические заболевания (25 лечились по поводу шизофрении, у 2 диагностирован маниакально-депрессивный психоз, у 3 — психогенная депрессия, еще у 3 — короткие депрессивные эпизоды в пубертате, у 1 — реактивный паранойд, у 5 — неврозы).

109 женщин заболели впервые после родов (74 %). В этой группе пациенток у 50 больных (46 %) в дальнейшем возникли повторные психозы. При повторных приступах у 28 женщин был изменен диагноз: у 21 больной — на шизофрению, у 2 — на маниакально-депрессивный психоз, у 4 — на шизоаффективный психоз.

Из 50 повторно заболевших женщин у 22 (44 %) повторный приступ был также связан с родами, у 28 (56 %) возник вне родов. Интересно отметить, что у значительной части женщин, заболевших впервые после родов (15 чел.), повторные роды не сопровождались психозом.

При повторных родах с психозом обычно повторялся и психопатологический синдром, но острота клинических проявлений несколько снижалась.

Вместе с тем повторные послеродовые приступы также характеризовались полиморфизмом и выраженностью расстройств. Как и в первом послеродовом приступе, в клинической картине сосуществовали симптомы, характерные как для эндогенных заболеваний, так и для острых реакций экзогенного типа.

Повторные психозы, возникавшие вне связи с родами, клинически были более «чистыми», что позволяло чаще выставлять нозологический диагноз. Сам психопатологический синдром также почти всегда повторялся. У части больных с аффективно-бредовыми расстройствами, синдромом Кандинского—Клерамбо и острой парафренией приступы при их неоднократном повторении редуцировались и выглядели как атипичная депрессия, реже как мания.

После выписки из стационара 73 больные (50 %) не чувствовали себя полностью здоровыми. У 30 женщин (20 %) отмечен разной глубины апатоабулический дефект, который трудно дифференцировался с апатической субдепрессией и мог в дальнейшем сглаживаться. Особенно часто он встречался у женщин, заболевших до родов. У 21 больной продолжительное время отмечались неврозоподобные расстройства, у 7 женщин сохранялись тревожность и подозритель-

ность, у 5 — психопатоподобное поведение, у 3 — длительная субдепрессия, у 5 — органическое снижение личности и выраженная астения, две больные начали злоупотреблять спиртным.

Частота и характер остаточных расстройств зависели от перенесенного в приступе синдрома. При послеродовой кататонии преобладали апатобулические и неврозоподобные расстройства. Эти же расстройства были частыми после перенесенного аффективно-бредового состояния, синдрома Кандинского—Клерамбо, острой парафрении. В этих случаях чаще, чем при других синдромах, отмечены паранойяльность и психопатоподобное поведение. После перенесенного аффективного приступа апатобулические расстройства встречались редко; преобладали субдепрессия, неврозоподобные состояния. В этой группе чаще, чем в других, женщины после выписки из стационара чувствовали себя здоровыми. При симптоматических и экзогенно-органических психозах преобладали органическое снижение личности, астения.

Отличались основные группы больных и по количеству перенесенных приступов психоза. После первого послеродового приступа повторные психозы реже всего возникали у больных с аффективной патологией (в среднем 1,3 приступа на одну женщину). Повторные приступы перенесли 66 % женщин с аффективно-бредовой патологией, 55 % — с послеродовой кататонией и только 39 % — с аффективной патологией.

Отягощенная психическими заболеваниями наследственность в два раза чаще встречалась у больных, заболевших до родов и перенесших два и более повторных приступа в сравнении с женщинами, заболевшими впервые после родов.

У части женщин после выписки из стационара наблюдалась длительная социальная и трудовая дезадаптация. Они не могли обеспечить уход за ребенком, вернуться к прежней работе. Некоторым из них (17,3 %) была оформлена группа инвалидности (22 чел. — вторая, 4 — третья), они находились на амбулаторном лечении. Группа инвалидности достоверно чаще устанавливалась больным с аффективно-бредовой патологией, синдромом Кандинского—Клерамбо и острой парафренией, реже — с послеродовой кататонией, и особенно с аффективной патологией.

Разводы были относительно редкими — брак распался в 22 семьях (16 % больных). У 8 пациенток была внебрачная беременность, из них 5 имели аффективную патологию.

Таким образом, подавляющее количество женщин (83 %), перенесших послеродовой психоз, оставались трудоспособными, обеспечивали уход за ребенком, возвращались на работу. У 84 % больных сохранялась семья. Снижали адаптацию повторяемость психозов, выход из приступа с остаточными расстройствами (50 % женщин), необходимость в длительном поддерживающем лечении. В основном следует согласиться, что прогноз при послеродовых психозах относительно благоприятный. Ухудшается он при наличии в клинической картине шизоформных расстройств, более благоприятен при аффективной патологии.

# 7 Лечение послеродовых психозов. Перспективы применения парлодела

Терапия послеродовых психозов в доступной литературе освещена в весьма ограниченном числе работ. В них констатируется, что эффективность проводимого лечения на обозримом отрезке времени повысилась, стали редкими смертельные исходы (Б.А. Целебеев, 1972; Л.А. Доленко, 1973; Т.Т. Сорокина с соавт., 1996). В.Ф. Кузменок (1963) отмечает, что с включением в комплекс лечебных мероприятий психотропных препаратов, в частности аминазина, сроки стационарного лечения сократились вдвое (53 дня против 108).

Вместе с тем единого подхода к лечению послеродовых психозов пока не выработано. Это связано в первую очередь с различиями в оценке причин их возникновения. Если психоз оценивается как симптоматический, или «собственно» послеродовой, и отрицается возможность эндогенных заболеваний, то проводится противовоспалительная, общеукрепляющая, дезинтоксикационная терапия. Исключаются или применяются очень осторожно и в малых дозах психотропные препараты, электросудорожная терапия (ЭСТ) (А. Ланите, И. Навицкине, 1972; К.В. Михайлова, 1980; Д. В. Финкельштейн с соавт., 1982). З.Д. Эм (1976) не рекомендует применение аминазина, так как он усиливает лактацию и углубляет депрессивную симптоматику. Больным с подозрением на эндогенные психозы проводится комплексное лечение с ранним и широким применением психотропных средств (В.А. Дереча с соавт., 1983; М.В. Коркина с соавт., 1983; М.Х. Мотасим, 1986). Достаточно широко практикуется инсулинотерапия (И.И. Лукомский, 1957; Л.Т. Иванова, 1960; Б.А. Целебеев, 1972; А. Ланите, И. Навицкине, 1979), реже ЭСТ. Есть и противники этого метода лечения (З.М. Шпак, К.Ф. Зайцева, 1967). Всеми авторами признается, что лечение должно быть комплексным и проводиться с обязательным прекращением лактации.

В зарубежной практике для лечения послеродовых психозов рекомендуются хлорпромазин и другие нейролептики, в случаях преобладания депрессивных расстройств — антидепрессанты с различными механизмами действия. При отсутствии быстрого эффекта широко проводится ЭСТ. Практически не применяется инсулинотерапия

(J. Ananth, 1978; G. David, D. M. Inwood, 1989; B. Plumor, 1994; A. Roy et al., 1995). М. Лэммел, Дж. Михаэль с соавт. (M. Lammel, 1986; J. Michael et al., 1989) подчеркивают, что лечение послеродовых и не связанных с родами психозов принципиально не отличается.

В связи с отсутствием единых терапевтических подходов нами оценена эффективность лечения находившихся под наблюдением больных (268 чел.) с послеродовыми психозами и показания к применению парлодела (бромокриптина).

Подавляющее большинство больных поступало в стационар на 1–2-й неделе болезни, часть из них сразу переводилась из родильного отделения. Лечение начиналось совместно с гинекологом с тщательного соматического и гинекологического обследования и мер по прекращению лактации. Последнее достигалось сцеживанием и тугим бинтованием молочных желез, а также назначением парлодела по 2,5 мг 2 раза в день в течение 10 дней (при необходимости курс лечения удлинялся). При отсутствии парлодела назначалась тертая камфора.

В случае соматических расстройств невыясненной этиологии исследовалась кровь на стерильность. В обследовании больных участвовали инфекционисты и другие специалисты, проводились различного рода анализы и инструментальные обследования. Только у 23 из 268 больных предполагалась связь психоза с соматической патологией и лечение проводилось с учетом этого обстоятельства.

При лечении в первую очередь ориентировались на синдромологический диагноз и на индивидуальный спектр психопатологических расстройств. Нозологический диагноз у большинства женщин был затруднен.

На первом этапе лечения аффективно-параноидных, галлюцинаторно-бредовых, парафренических и кататонических состояний назначался аминазин (хлорпромазин) внутримышечно, реже внутривенно. Доза аминазина быстро наращивалась до 0,15–0,3 г/сут. Максимальная доза — 0,5–0,75 г/сут, наиболее часто назначаемая суточная доза — 0,25 г. Аминазин сочетали с кордиамином, при возникновении тахикардии присоединяли сердечные гликозиды. Одновременно назначался димедрол. При наличии аффективного компонента дополнительно назначались антидепрессанты или препараты лития в зависимости от характера аффекта. Обычно такое лечение приводило к улучшению психического состояния в течение первой-второй недели. При необходимости присоединялись корректоры.



При наличии признаков токсикоза и углубления психопатологических расстройств проводилась дезинтоксикационная терапия гемодезом (400 мл внутривенно в течение 3—5 дней), внутривенными вливаниями 5 % глюкозы, физиологического раствора натрия хлорида. Количество переливаемой в сутки жидкости — 0,4—0,8 л в зависимости от тяжести состояния. При необходимости доза аминазина увеличивалась до 500 и даже до 750 мг в сутки с соблюдением всех предосторожностей. Вначале аминазин вводился внутривенно или внутримышечно, в дальнейшем переходили на таблетированный прием.

Все больные послеродовыми психозами плохо переносят нейролептики, у них быстро появляются выраженные нейролептические явления. Лучше других нейролептиков переносится аминазин. Лишь в некоторых случаях, при затяжном течении психоза и недостаточной эффективности лечения аминазином, назначались малые или средние дозы нейролептиков других групп (трифтазин, триседил, флюфеназин, карбидин, азалептин).

Вторым этапом лечения являлась инсулинотерапия, которая проводилась 150 больным послеродовыми психозами. Назначалась после инволюции матки, нормализации СОЭ. Отдельным больным при наличии показаний инсулинотерапия не проводилась в связи с несогласием родных. Инсулин вводили субшоковыми дозами до состояний легкого и глубокого оглушений. За это время большинство больных полностью выходили из психотического состояния. Выход из психоза часто происходил через астеническую или апатическую депрессию. В этих случаях назначались антидепрессанты, френолон, иммунокорректоры, ноотропы, большие дозы витамина В<sub>6</sub> (150—200 мг в день внутримышечно).

С началом лечения инсулином дозы аминазина быстро снижались, а в последующем отменялись совсем.

Большие трудности вызывало лечение больных с фебрильной кататонией. Им обязательно проводилась дезинтоксикация. Назначался гемодез — 400—800 мл/сут внутривенно. Это снижало возбуждение и улучшало общее состояние больных. С этой же целью применялись реополиглюкин, глюкоза, физраствор. Следили за диурезом. Быстро наращивали дозы аминазина, обычно в инъекциях, до 0,3—0,7 г/сут. Делались попытки снизить температуру жаропонижающими средствами. При отсутствии противопоказаний проводилась ЭСТ, но решение о ее назначении принималось лишь после того, как поиски причин соматических расстройств и высокой температуры оказывались безрезультатными.

Депрессии в послеродовом периоде лечили антидепрессантами различных химических групп — в зависимости от особенностей депрессивного синдрома. Однако с учетом того, что депрессии в большинстве своем носили атипичный характер, часто сопровождалась растерянностью, тревогой, подозрительностью, имелся большой риск утяжеления синдрома, появления галлюцинаторно-бредовых расстройств, в первые 10—14 дней лечения дополнительно назначался аминазин до 0,05—0,1 г/сут. Это уменьшало растерянность больных, препятствовало утяжелению и усложнению синдрома. Наши наблюдения подтверждаются имеющимися в литературе сведениями о том, что небольшие дозы аминазина в комбинации с антидепрессантами усиливают терапевтический эффект последних (С.Н. Мосолов, 1995; Д. Крамер, Б. Гейне, 1996).

В комплексном лечении депрессий, особенно при тенденции к затяжному течению, применялись ноотропы, витамин В<sub>6</sub> до 200 мг/сут, токоферол, нифедипин, финлепсин, конвулекс, малые дозы лития карбоната. В некоторых случаях — при атипичных, резистентных к терапии депрессиях — лечение заканчивалось инсулинотерапией в субшоковых дозах; лечение ЭСТ проводилось только двум больным при затяжных депрессиях и отсутствии эффекта от других методов терапии.

При лечении маниакальных состояний применялись соли лития, аминазин, хлорпротиксен.

У двух больных после тяжелой эклампсии отмечались выраженные мнестические расстройства. Хороший терапевтический эффект получен при лечении высокими дозами ноотропила или пирацетама с одновременным назначением церебролизина (5 мл) внутримышечно или внутривенно струйно и препаратов, улучшающих мозговое кровообращение.

В случаях психозов, связанных с соматической патологией, интоксикацией, тяжелыми осложнениями в родах и послеродовом периоде, лечилось основное заболевание. Психотропные препараты назначались с учетом характера психопатологических расстройств.

Выход из психотического состояния при послеродовых психозах был постепенным. На фоне лечения у части больных отмечались спонтанные обострения (волнообразность течения), клиническая картина которых повторяла первоначальные расстройства, но амплитуда выраженности психотических расстройств уменьшалась. Волнообразность, как и фебрильная кататония, удлиняла сроки лечения и пребывания в стационаре.

Сроки лечения зависели от формы психопатологических расстройств. В среднем больные находились на лечении 58 дней (см. табл. 6.6). Наиболее продолжительным было лечение больных с послеродовой кататонией (64,7 дня), из них особенно надолго задерживались в стационаре больные, перенесшие фебрильные приступы (88,9 дня). При аффективных состояниях лечение продолжалось 56,6 дня, при аффективно-бредовых — 60,9 дня, при маниакальном синдроме оно было короче (41,3 дня). Относительно быстро выписывались пациентки с синдромом Кандинского—Клерамбо (52,4 дня).

В результате проведенного лечения практическое выздоровление отмечено у 54,3 % больных, улучшение разной степени — у 45,2 %. Из них 5 больных были переведены на II группу инвалидности в связи с потерей трудоспособности. Одна больная поступила на лечение с инвалидностью II группы.

Эффективность терапии зависела от характера психопатологических расстройств (см. табл. 6.7): при аффективной патологии — 69,5 % больных с практическим выздоровлением, 30,5 % — с улучшением; при кататоническом синдроме — соответственно 62,9 и 37,1 %; при аффективно-бредовом состоянии — 41,8 и 58,2 %; при синдроме Кандинского—Клерамбо — 38,9 и 61,1 %; при парафреническом синдроме — 34,0 и 66,0 %. Таким образом, чем сложнее психопатологический синдром и чем более выражены шизоформные расстройства, тем ниже эффективность лечения.

Особое положение занимает послеродовая кататония. При этой форме психоза результаты лучше, чем в общей группе, и близки к таковым при аффективных расстройствах.

Часть больных по требованию родственников выписывалась из стационара до завершения курса лечения при значительном улучшении психического состояния. Это сокращало срок пребывания в больнице, но ухудшало общие показатели лечения при выписке.

Смертельных исходов в наших наблюдениях не было, за исключением одного совершенного в условиях стационара суицида. Состояния, угрожающие жизни больных, возникали при фебрильной кататонии и тяжелой соматогинекологической патологии. На возможность смертельных исходов указывают Э.А. Аранович (1967), Г.Э. Бреслав (1980). А.Н. Молохов (1962) приводит ссылки на ранние работы, опубликованные еще до применения психотропных препаратов. Их авторы указывают на частые смертельные исходы и затяжное течение послеродовых психозов.

**Парлодел**, как уже упоминалось, применялся нами с целью прекращения лактации у больных послеродовыми психозами. В процессе работы возникла необходимость оценить действие препарата на психическое состояние женщин и перспективы его применения в лечении послеродовых психозов.

Препарат парлодел (бромокриптин, правидел; химическое название 2-бром- $\alpha$ -эргокриптин) является полусинтетическим алкалоидом спорыньи. Впервые введен в клиническую практику в 1969 г. в качестве средства, избирательно подавляющего секрецию пролактина.

Препарат чаще всего применяется в неврологии и эндокринологии для лечения паркинсонизма и болезни Иценко—Кушинга, в гинекологии — с целью лечения эндокринного бесплодия, аменореи и прекращения лактации. При этом подавляется как патологическая, так и нормальная лактация (Н.Г. Старкова с соавт., 1978; Е.И. Маркова с соавт., 1978; Е.А. Васюкова с соавт., 1979; Л. С. Персианинов с соавт., 1979). В психиатрии парлодел используется при наличии побочного эффекта психотропных препаратов, вызывающих аменорею и лактарею. К таким средствам относятся производные фенотиазина, бутерофеноны, а также пимозид, резерпин, эглонил и метил-дофа.

Действие парлодела центральное. Он является агонистом дофамина. Механизм его действия связан со способностью стимулировать постсинаптические дофаминовые рецепторы мозга, в первую очередь гипоталамуса, и таким путем повышать концентрацию нейромедиатора в синаптической щели. В связи со стабилизирующим влиянием на дофаминовые рецепторы гипоталамуса парлодел оказывает характерное тормозящее действие на секрецию гормонов передней доли гипофиза, особенно пролактина и соматотропина, что ведет к снижению лактации и другим эндокринным сдвигам в организме (М.Д. Машковский, 1984; С.Н. Мосолов, 1995; Д. Крамер, Б. Гейне, 1996).

Оценка эффекта парлодела носила комплексный характер.

Во-первых, исследовалось его влияние на прекращение лактации у женщин, поступивших в психиатрическую клинику в состоянии послеродового психоза. При этом учитывалось, что парлодел не только предупреждает лактацию и нагрубание молочных желез, но и восстанавливает функцию яичников, не оказывая вместе с тем влияния на синтез пролактина.

Во-вторых, проводилась клиническая оценка совместимости парлодела с психотропными препаратами. Учитывались общность точек приложения их действия (синапсы дофаминовых рецепторов) и разнонаправленный эффект на сам процесс лактации.

В-третьих, важно было оценить влияние парлодела непосредственно на динамику психических расстройств.

Несмотря на сложность и малоизученность патогенетических механизмов психических расстройств (в первую очередь это касается мультифакторных эндогенных психозов), есть основания полагать, что одним из возможных звеньев их возникновения является обмен катехоламинов, регулирующих эмоциональные и поведенческие реакции. К настоящему времени установлена связь между типами обмена катехоламинов и характером аффективных проявлений при шизофрении и маниакально-депрессивном психозе (Б.Н. Манухин с соавт., 1979). При назначении парлодела больным с пуэрперальными психозами учитывались и такие немаловажные для лечения факторы, как его гипотермическое действие в связи со стимулирующим влиянием на D<sub>2</sub>-дофаминовые рецепторы, уменьшение акатезии, вызванной нейролептическими препаратами, и тот факт, что парлодел нельзя применять одновременно с ингибиторами МАО (М.Д. Марковский, 1988, Т.Т. Сорокина, Н.Н. Тур, 1994).

Клиницистами делались единичные попытки, учитывая механизм действия парлодела, применять препарат для лечения психических заболеваний. Парлодел (как и апоморфин, имеющий общий с ним механизм лечебного действия) рекомендовался для терапии алкоголизма, главным образом для купирования абстиненции (И.П. Анохина, 1987) и лечения депрессии (С.Н. Мосолов, 1995).

Т.А. Балтюковой с соавт. (1986) отмечен терапевтический эффект парлодела при лечении затяжных, резистентных к терапии депрессий. Из 10 больных, которым назначался препарат, у 6 достигнут выход из депрессии. Параллельно установлено повышение уровня дофамина в крови.

Французские врачи (P. Borenstein, C. Soret, 1978, 1998) провели лечение парлоделом четырех женщин с пуэрперальным психозом и отметили быстрый психотропный эффект. Препарат способствовал редукции симптомов расстроенного сознания. Акушеры, применявшие парлодел для подавления послеродовой лактации, указывали, что одновременно наблюдали снижение у родильниц отрицательных эмоций (В.И. Алимов, Н.И. Бескровная, 1980).

В условиях стационара нами наблюдалась 161 больная с пуэрперальными психозами, из них с целью прекращения лактации 78 женщин получали парлодел, 33 — бромистую камфору. Медикаментозное лечение сочеталось со сцеживанием грудного молока и тугим бинтованием. Все назначения проводились совместно с гинекологом.

Контролем служила группа пациенток, поступивших в клинику без лактации (50 чел.), но в состоянии послеродового психоза.

Парлодел применялся по общепринятой схеме: внутрь (во время еды) по 2,5 мг (1 таблетка) 2 раза в день в течение 10–17 дней в зависимости от состояния лактации. При необходимости лечение продлевалось или возобновлялось. Бромистая камфора назначалась 2 раза в день по 0,4 г после еды.

Лактация у женщин с послеродовыми психозами при назначении парлодела прекращалась приблизительно в те же сроки, что и у женщин без психозов (10–17-й день). По сравнению с бромистой камфорой применение парлодела оказалось более эффективным, особенно у женщин с большим количеством молока. Одновременно складывалось впечатление, что у родильниц, получавших парлодел, снижались возбуждение и аффективная насыщенность психических расстройств.

Вместе с тем у 5 женщин после прекращения лактации (с помощью парлодела) при увеличении дозы нейролептиков, в первую очередь аминазина, или назначении инсулина лактация вновь возобновлялась. Если лактация не заканчивалась, она могла усилиться при повышении дозы аминазина. Каких-либо побочных эффектов от назначения парлодела (тошнота, рвота, побеление и охлаждение пальцев рук, набухание слизистых) не отмечено.

С момента поступления в стационар в связи с тяжестью психического, а часто и соматического состояния больным назначалось активное комплексное лечение с обязательным включением психотропных препаратов (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы), а на последующем этапе — инсулина. Следует отметить хорошую совместимость указанных групп препаратов с парлоделом. Побочных эффектов, осложнений не наблюдалось.

Клинической особенностью пуэрперальных психозов является часто встречающаяся волнообразность их течения, которую связывают с функционированием гипоталамуса. Нами предпринята попытка оценить, как влияет на волнообразность течения парлодел, действующий через дофаминовые рецепторы гипоталамуса.

С этой целью были сопоставлены группы больных, получавших и не получавших парлодел. Различий не выявлено: частота волнообразности составила соответственно 39 и 40 %.

Оценка эффективности лечения у больных, получавших и не получавших парлодел, была проведена по двум параметрам: времени пребывания в стационаре и характеру выхода из психоза (тип ремиссии). Получаемое лечение, за исключением парлодела в двух группах,

принципиально не отличалось. Группы были сопоставимы по возрасту и началу заболевания, клиническим проявлениям.

В первой группе, где в комплекс лечения включался парлодел, оказались достоверно более короткими сроки лечения в стационаре: 28 % больных были выписаны к концу первого месяца лечения. Пациентки из второй группы в такие сроки выписывались реже — 16 %. Более трех месяцев в первой группе лечилось 14 % больных, во второй — 28 %.

Женщины, получавшие парлодел, находились на лечении 52,1 дня, не получавшие — на 10 дней больше (62,1 дня). Эта тенденция сохранялась при основных психопатологических синдромах. Так, послеродовая кататония длилась 59 дней при включении парлодела в комплексное лечение и 67 дней — без парлодела, при аффективных расстройствах эти сроки соответственно составили 55 и 63, при аффективно-бредовых — 56,9 и 67,4 дня.

Эффективность лечения также оказалась выше в первой группе: 59 % пациенток из первой группы выписано с практическим выздоровлением, 41 % — с ремиссией (соответственно во второй группе — 52 и 48 %).

Полученные результаты наводят на мысль, что парлодел целесообразно включать в комплекс лечебных назначений больным пуэрперальным психозом и без лактации.

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что для купирования лактации в остром периоде послеродовых психозов предпочтительно применение именно парлодела. Препарат хорошо сочетается с нейролептиками, антидепрессантами, инсулином, не усиливает волнообразности течения послеродовых психозов и, будучи включенным в комплекс лечения, повышает его эффективность. Побочных эффектов, кроме усиления или возобновления лактации у части больных, не наблюдается.

Представляется вполне обоснованным продолжение клинических исследований по применению парлодела как основного метода лечения послеродовых психозов.

Психотерапевтическое лечение больных послеродовыми психозами в остром периоде болезни из-за выраженности психических расстройств ограничено.

В период наступления ремиссии применимы те же методы, что и при непсихотических послеродовых расстройствах.

Так, А. Мортаймер (А. Mortimer, 1999) считает возможным использовать элементы бихевиоральной психотерапии. При этом тре-

нируются желательные формы поведения у больных с галлюцинациями и бредом.

Следует установить подкрепление, которое больная более всего ценит. Она может быть лишена этого подкрепления за неприемлемое поведение или же, наоборот, получить его сверх меры, придерживаясь одобряемого поведения.

Для коррекции поведения имеет значение порицание неблагоприятных поступков теми лицами из персонала, к которым пациентка относится с уважением. Не следует недооценивать и роль «незапланированной» доброты по отношению к больной.

При галлюцинациях А. Мортаймер рекомендует использовать элементы когнитивной психотерапии. Можно использовать методы, направленные на уменьшение убежденности больных в их могуществе, всевидении, обучать их способности реагировать на «голоса» конструктивно, без особого гнева, т.е. в определенной мере осуществлять контроль над галлюцинациями.

При бредовых идеях конфронтация неэффективна. Рекомендуется видоизменять бредовые убеждения, обсуждая вытекающие из бреда последствия для жизни пациентки, как если бы бредовые идеи были абсолютной правдой. Можно предложить больной проверить их соответствие реальности. Полезно смягчить гнев, тревогу, связанные с бредом.

Психотерапевтический эффект имеет выслушивание больной, сам рассказ пациентки с проявлением эмоций.

Отрицательно сказываются на больных интенсивные эмоции, проявляемые их близкими, в связи с чем рекомендуется просвещение и тренинг членов семьи в части решения межличностных проблем.



По современным представлениям, в послеродовом периоде можно выделить три основные группы психических расстройств: послеродовые психозы, непсихотические депрессии и послеродовые блюзы. Послеродовые непсихотические депрессии (средней и легкой тяжести) занимают как бы промежуточное положение между послеродовыми психозами и послеродовыми блюзами, причем частота психических расстройств уменьшается по мере утяжеления клинической картины. При этом существует клинический континуум между крайними вариантами.

**Послеродовые психозы** возникают с частотой 1–2 на 1000 родов. Характеризуются выраженными нарушениями поведения, бредом, галлюцинациями, кататоническими симптомами, тяжелыми аффективными нарушениями. Лечатся в условиях психиатрических стационаров, чаще всего требуют назначения нейролептиков.

**Послеродовые депрессии**, умеренные и легкие, встречаются чаще (10–20 % родивших женщин). Изменения психики не достигают психотического уровня, грубых отклонений в поведении не отмечается. Лечение, за редким исключением, проводится амбулаторно с помощью антидепрессантов, транквилизаторов и психотерапии.

**Послеродовые блюзы** обнаруживаются у большей половины рожениц (70–80 %). Проявляются легкими расстройствами психики невротического уровня: эмоциональной лабильностью, повышенной утомляемостью, плаксивостью, тревогой, раздражительностью, непродолжительными нарушениями сна и аппетита. Для лечения обычно достаточно психотерапевтической поддержки врача. Важную роль играет постоянное проявление заботы и внимания со стороны близких.

Между выделенными группами расстройств существуют различия в отношении факторов риска их возникновения, возможности суицида и инфантицида, прогноза, семейной отягощенности психическими заболеваниями. Таблица 8.1 дает представление о трех группах послеродовых расстройств и их клинических различиях.

Таблица 8.1

## Клиническая характеристика трех групп послеродовых психических расстройств (G. David, M. Inwood)

Клинические параметры	1-я группа (послеродовые психозы)	2-я группа (послеродовые депрессии)	3-я группа (послеродовой блюз)
Распространенность	0,1–0,2 % (1–2 на 1000 родов)	10 %	50 %
Этиология	Гормональная, генетическая	Психический стресс, генетическая предрасположенность	Психологический стресс, гормональная вариабельность
Клинические симптомы	Галлюцинации, бред, неустойчивость аффекта, ажитация, нарушение сознания	Неадекватность, печаль, усталость, страхи	Умеренная раздражительность, лабильность психики, нарушение сна
Факторы риска	Предыдущие послеродовые психозы, МДП в анамнезе, семейная отягощенность психическими заболеваниями, сильные стрессы, тревожная личность	Первые роды, дородовые депрессии, амбивалентное отношение к беременности и новорожденному, плохие отношения с мужем и родителями	Нарциссические черты личности (незрелость, самолюбование), предменструальный синдром, первые роды

Окончание табл. 8.1

Клинические параметры	1-я группа (послеродовые психозы)	2-я группа (послеродовые депрессии)	3-я группа (послеродовой блюз)
Начало послеродовых расстройств (в интервале)	3 дня — 1 мес	4 недели — до 1 года (есть сведения о более раннем начале)	1 день — 6 недель
Возможность суицида и инфантицида	До 10 %	Менее 5 %	Редко (маловероятно)
Лечение	Госпитализация, антипсихотические средства, ЭСТ, социальное устройство, психотерапия, обеспечение ухода за ребенком	Медикаментозная терапия, возможна госпитализация, помощь в уходе за ребенком, социальное устройство	Поддержка со стороны семьи и врача
Прогноз при лечении	Хороший при первом эпизоде (риск возврата 10–50 %)	Вариабельный: от хорошего до затяжной депрессии	Превосходный

В литературе (J. Michael et al., 1989) обсуждается вопрос о родстве этих состояний, возникающих в раннем послеродовом периоде, о возможности перехода более легких расстройств в более тяжелые, о значении родов и других факторов в их возникновении.

Послеродовые психозы и более легкие психические расстройства, связанные с родами, иллюстрируют весь спектр проблем, существующих в психиатрии. Этиология и патогенез этих состояний, как и других психозов, по целому ряду причин сложны для оценки.

Нозологическая диагностика послеродовых психозов в большинстве случаев, особенно при первых послеродовых приступах болезни, оказывается невозможной из-за сложности и атипичности клинических проявлений психопатологических синдромов, их многообразия и опасения навредить больной постановкой не до конца ясного диагноза эндогенного психического заболевания. Ни в наших исследованиях, ни в существующей литературе нет убедительных подтверждений наличия собственно послеродового психоза.

Работая над проблемой, мы подтвердили основные закономерности, характерные для этих состояний и хорошо известные психиатрам. Вместе с тем был выявлен ряд особенностей психических расстройств послеродового периода, в первую очередь присущих отдельным психопатологическим синдромам.

Не вызывает сомнения, что послеродовые психозы в большинстве случаев начинаются после первых родов, значительно реже — после последующих. По нашим наблюдениям, чаще заболевают молодые женщины в возрасте до 25 лет, что может быть отчасти связано с наиболее активным деторождением в этот период жизни. Сопоставление возраста начала заболевания при различных психопатологических синдромах показало, что аффективные и аффективно-бредовые расстройства возникают в более позднем возрасте, чем синдром Кандинского—Клерамбо, острая парафрения и особенно послеродовая кататония. Это соответствует общей закономерности возникновения аффективных и шизоформных расстройств.

Большинство больных заболевают на 1–2-й неделе после родов и вскоре поступают в стационар. Исключение составляют те депрессивные больные, которые в связи с медленно нарастающими депрессивными расстройствами и отсутствием грубых нарушений поведения госпитализируются через месяц и более от начала заболевания, хотя заболевают также вскоре после родов. Продолжительность приступа в таких случаях затягивается до 5 мес. Сроки госпитализации несомненно указывают на остроту и темп нарастания психических расстройств.

Частота акушерской патологии, соматических заболеваний, психотравм при послеродовых психозах не превышает средних показателей в общей популяции рожениц. Распределяются эти факторы по-разному в зависимости от психопатологического синдрома.

Каждый синдром имеет свои особенности. При послеродовой кататонии значительный вес имеет акушерская и соматическая патология, но редко встречаются психотравмы. Аффективные синдромы сочетаются с самым большим количеством экзогенных (по отношению к психике) вредностей, особенно психотравм. Шизоформные расстройства (аффективно-бредовой синдром, синдром Кандинского—Клерамбо, острая парафрения) отличаются тем, что при них все перечисленные факторы встречаются редко; относительно высоким можно назвать только количество психотравм при аффективно-бредовом состоянии, в клинической картине которого преобладает аффективный компонент. Из этого следует, что аффективная патология возникает и формируется при значительном влиянии экзогенных факторов, особенно психотравм, а развитию шизоформных расстройств, вероятно, в значительной мере способствуют внутренние (эндогенные) причины. Особое положение занимает послеродовая кататония, которая клинически характеризуется рядом соматических особенностей, в том числе гипертермией, токсикозом, часто сочетается с соматической, акушерской патологией и гораздо реже — с психотравмами.

В наших исследованиях получено подтверждение имеющихся в литературе сведений о высокой частоте суицидальных мыслей, суицидов и инфантицидов среди больных с послеродовыми психозами.

Суицидальные мысли встречались у каждой третьей больной, каждая десятая совершила суицидальную попытку. Встречались повторные суициды. Агрессия по отношению к ребенку, не считая неприязни к нему, имела место у 7,3 % женщин; в четырех случаях дети погибли (1,6 %). Чаще других суицидальные мысли, суицидальные попытки, завершённые инфантициды были характерны для депрессивных больных. У половины из них были суицидальные мысли, 16,4 % совершили суицид, 5,1 % — инфантицид. Мотивы суицидального поведения зависели от характера психопатологического синдрома.

Достаточно часто, у каждой третьей больной, при послеродовых психозах встречается волнообразность течения. Это спонтанно возникающие, связанные с какими-то внутренними ритмами, ухудшения состояния. Таких волн может быть несколько. Характер расстройств в каждой волне повторяется, а амплитуда их постепенно уменьшается.

По нашим наблюдениям, волнообразность течения не связана с лактацией и тяготеет к острым шизоформным расстройствам. Возникает почти у половины (48,6 %) больных с послеродовой кататонией, реже встречается при аффективных расстройствах (16 % больных). Волнообразность течения заболевания не меняет его исхода, но удлиняет срок лечения в стационаре.

Наряду со спонтанно возникающими ухудшениями психического состояния при послеродовых психозах прослеживается связь начала приступа с сезоном года, солнечной активностью и фазами Луны. Изучение сезонных ритмов позволило установить, что наименьшее число заболеваний психозами послеродового периода приходится на зимние месяцы, максимальная их частота — на весеннее время года. В этом плане прослеживается отчетливая связь с характером психопатологического синдрома. Так, аффективные расстройства достоверно чаще возникают весной и осенью, реже — зимой и летом. Аффективно-бредовой синдром с одинаковой частотой возникал весной, летом и осенью, достоверно реже — зимой, послеродовая кататония — чаще весной, реже зимой.

Снижение солнечной активности стимулирует манифестацию психоза послеродового периода у предрасположенных к нему женщин. Аналогично действует на организм и фаза полнолуния.

Анализ сопряженности даты заболевания и даты родов с индексом Вольфа позволяет предположить, что пусковой механизм заболевания кроется в родовой ситуации и, возможно, связан с гормональной перестройкой организма.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями имела место у 31,5 % больных, варьируясь в зависимости от формы психопатологического синдрома. Самой высокой она оказалась при послеродовой кататонии, существенно ниже — при аффективных и бредовых расстройствах. Особенности психических расстройств у пробаанда также зависели от характера психической патологии в семье.

В наших исследованиях выявлена связь возникновения послеродового психоза с полом новорожденного. В общей популяции новорожденных у больных женщин преобладали девочки (100 девочек — 92 мальчика). Такое преобладание было наиболее существенным при послеродовой кататонии и аффективных расстройствах, ниже — при остальных психопатологических синдромах. Генетические механизмы этого явления неясны; возможно, в его основе лежат внутриутробный отбор по системам наследственного полиморфизма и напряженность иммунного конфликта между плодом и матерью.

Длительность лечения в стационаре также зависит от особенностей клинических проявлений. В среднем она составила 58,1 койко-дня. На семь дней дольше продолжалось лечение больных с послеродовой кататонией, причем при фебрильных приступах этот срок удлинялся в 1,5 раза. Самым непродолжительным было пребывание в стационаре больных с симптоматическими психозами и синдромом Кандинского—Клерамбо. Удлинялся срок лечения при волнообразном течении психоза. При выписке больных из стационара редко (всего 6 человек) устанавливалась потеря трудоспособности.

У 54,8 % женщин состояние после выписки оценено практически как выздоровление, у 45,2 % — как улучшение. Лучшие результаты достигаются при аффективных состояниях (депрессивный и маниакальный синдромы) и у больных с послеродовой кататонией. По мере нарастания в клинической картине шизоформных расстройств (аффективно-бредовой синдром, синдром Кандинского—Клерамбо, острая парафрения) показатели ухудшаются.

При катamnестическом исследовании отмечено, что половина женщин после выписки не чувствовали себя полностью здоровыми. У 20 % из них выявились апатоабулические расстройства, трудно дифференцируемые с апатической субдепрессией, у 14 % наблюдалась неврозоподобная симптоматика; другие остаточные расстройства встречались с меньшей частотой. Число нетрудоспособных женщин увеличивалось до 17 %. Остальные (83 %) оставались трудоспособными, обеспечивали уход за ребенком, возвращались на работу. Брак был расторгнут у 16 % больных.

Почти у половины женщин (46 %), впервые заболевших после родов, возникли повторные приступы психоза, причем у 44 % из них приступ наступил после повторных родов, у остальных (56 %) — вне родов. При повторных приступах диагноз часто уточнялся, и вместо послеродового психоза в большинстве случаев диагностировалась шизофрения. Состояние больных при катamnестическом исследовании зависело от характера перенесенного психоза. Прогноз был более благоприятным при аффективных синдромах и ухудшался при нарастании шизоформных расстройств.

Лечение больных проводилось с учетом соматического состояния женщин в послеродовом периоде и характера психопатологического синдрома. В меньшей степени оно зависело от нозологического диагноза. Лечение носило комплексный характер. Прежде всего прекращалась лактация. Больным с шизоформными расстройствами, растерянностью, тревогой, возбуждением назначался аминазин с быстрым

наращиванием дозы. Нейролептики других групп применялись реже в связи со значительным количеством побочных расстройств и переносились больными хуже. При кататоническом синдроме чаще, чем при других состояниях, кроме назначения аминазина проводилась дезинтоксикация. Особого подхода требовали больные с фебрильной кататонией. При депрессивных расстройствах использовались антидепрессанты. При атипичных депрессиях с наличием тревоги, растерянности, подозрительности к антидепрессантам присоединялся аминазин в небольших дозах. На втором этапе лечения, если были показания, проводились инсулинотерапия, ЭСТ.

При включении в комплекс лечения парлодела с целью прекращения лактации одновременно сокращались сроки лечения больных и повышалась результативность терапии. Возможно, причину такого эффекта следует искать в механизме действия препарата на дофаминовые рецепторы мозга. В связи с этим представляется целесообразным включать парлодел в комплекс лечебных мероприятий при послеродовых психозах независимо от наличия лактации.

Нозологическая диагностика оказалась возможной лишь у 41 % больных. Как правило, это были больные, впервые заболевшие психически до родов и поступавшие при послеродовом приступе уже с нозологическим психиатрическим диагнозом либо пациентки, заболевшие повторно при повторных родах, что давало возможность уточнить диагноз. При первом поступлении 14 % больных были поставлены диагнозы симптоматического психоза, органического психоза, психогении. Такие диагнозы в значительном числе случаев оказались ошибочными и при катamnестическом наблюдении и повторных приступах психоза менялись на шизофрению или, реже, на аффективный эндогенный психоз.

Даже при наличии соматической патологии и психогении, убедительных корреляций между психическими и соматическими расстройствами, а также нарушений сознания нельзя с достаточным основанием исключать эндогенное заболевание. У части женщин эндогенный психоз диагностировался при первом послеродовом приступе заболевания. В этих случаях клиническая картина не оставляла места для сомнений.

Нозологический диагноз затруднялся атипичной клинической картиной, особенно при первых приступах заболевания, наступившего после родов. Психотические расстройства быстро нарастали. Психопатологические синдромы отличались полиморфизмом и динамичностью, сочетанием на высоте приступа симптомов нарушенного



сознания с расстройствами психики, характерными для шизофрении, обязательным аффективным компонентом. Редко встречались классические депрессии. В период выздоровления и при повторных приступах психоза синдромы становились более «чистыми».

В связи с диагностическими трудностями большинству больных (59 %) ставился синдромологический диагноз и при этом подчеркивалась связь с родами, например: «послеродовой психоз, аффективно-бредовой синдром». Этот синдромологический рабочий диагноз при катamnестическом наблюдении за больной нередко уточнялся, и чаще других заболеваний в дальнейшем диагностировалась шизофрения.

В нашу рабочую анкету в раздел диагностики был внесен пункт «Предположительный нозологический диагноз», если на лицевой стороне истории болезни выставлялся диагноз синдромологический. Из 158 больных с синдромологическим диагнозом у 130 предполагалась шизофрения, у 14 — эндогенная аффективная патология; у 14 пациенток предположительный нозологический диагноз был невозможен в связи с выраженной атипичностью клинической картины, наличием резидуальной церебральной органики, психогении или невысоким интеллектом. При катamnестической смене диагноза наши предположительные оценки нозологического диагноза оказались достаточно точными.

Послеродовой психоз как самостоятельное заболевание должен иметь свои клинические закономерности, синдромологические особенности. Четких данных в пользу этого наши наблюдения и литература не дают. Психозы, возникающие в послеродовом периоде, — группа сборная в синдромологическом и нозологическом плане. Синдромологически преобладают аффективные, аффективно-бредовые, кататонические синдромы, реже встречается синдром Кандинско-го—Клерамбо, острая парафрения. Типичные острые «реакции экзогенного типа», по Богефферу, а также переходные синдромы Вика достаточно редки (5—6 % от всех больных). Нозологически в подавляющем большинстве случаев это эндогенные заболевания, главным образом шизофрения, реже эндогенная аффективная патология. Частота и формы аффективных расстройств у разных авторов варьируются и зависят главным образом от особенностей диагностических подходов. Симптоматические, органические психозы, психогении в структуре послеродовых психозов имеют небольшой вес.

В пользу преобладания эндогенных мультифакториальных психозов в послеродовом периоде свидетельствуют не только указанные

клинические особенности, но и повторяемость психоза, «очищение» клинических синдромов при повторных, особенно не связанных с родами, приступах и смена диагноза при катамнестическом наблюдении.

В пользу преобладания эндогенных факторов в происхождении большинства послеродовых психозов свидетельствуют отмеченное рядом исследователей количественное постоянство этих психозов на значительном отрезке времени независимо от изменения условий жизни и родовспоможения, применения антибиотиков.

Роды и гормональная перестройка в организме, воздействие средовых факторов (учтенные нами соматическая и гинекологическая патология, психотравмы, природные ритмы) способствуют реализации наследственной предрасположенности, вносят своеобразие в клиническую картину послеродовых психозов.

Тот факт, что послеродовые расстройства психики не исчерпываются послеродовыми психозами, был отмечен давно. На это есть указания в ранних работах конца XIX — начала XX в. Более пристально пограничные расстройства в послеродовом периоде стали изучать позже.

Послеродовой период характеризуется возможностью возникновения не только послеродовых психозов, но и психических расстройств непсихотического регистра. Со значительной частотой — по литературным источникам, у 10—20 % родильниц — развиваются депрессивные состояния невротического уровня. Собранный нами в условиях амбулаторной психиатрической службы клинический материал свидетельствует об их синдромологическом разнообразии, отсутствии четкой границы между депрессиями психотического и непсихотического уровня. Увеличение количества депрессий по мере облегчения их клинических проявлений нередко связано с поздним обращением за психиатрической помощью в связи с медленно нарастающими депрессивными расстройствами, хорошим эффектом от лечения антидепрессантами.

Особый интерес представляют результаты безвыборочного изучения популяции родильниц в условиях женской консультации. Это оказалась группа женщин, которые считали себя психически здоровыми и никогда к психиатру не обращались.

Распространенность легких аффективных расстройств в послеродовом периоде (2—7-я неделя), по нашим наблюдениям, в условиях женской консультации достигает 15 %. Кроме легких, трудно диагностируемых депрессий (12 %), встречались женщины с гипоманиакальными состояниями (4 %). Диагностика этой группы расстройств в послеродовом периоде, их квалификация трудны из-за стертости

клинических проявлений, незначительной их выраженности. Сами женщины больными себя не считали, хотя и чувствовали, что их состояние необычное. Гинекологи в условиях женской консультации таких расстройств практически не подмечают, так как плохо знают клинические проявления легких депрессий. Вместе с тем эта значительная часть родильниц нуждается в психотерапевтической помощи, а в ряде случаев и в медикаментозной терапии.

Для всех родильниц характерны послеродовая астения, убывающая с течением времени, состояние эйфории как психологически понятная реакция на состоявшиеся роды, завышенная самооценка, выявляемая с помощью экспериментально-психологического исследования.

Послеродовые блюзы в популяции родильниц на нашем материале встречались в 70 % случаев, что соответствует цифрам, приводимым в литературе. Достоверно чаще послеродовые блюзы встречались у первородящих молодых женщин с личностной акцентуацией и предменструальными расстройствами. У значительной части женщин они характеризовались нарушением сна и аппетита, наступающим сразу после родов, излишней говорливостью в 1–2-е сутки после родов, сменой настроения от эйфории до беспричинной грусти с депрессивными мыслями, раздражительностью, внутренней напряженностью. Эмоции отличались большим разнообразием, неустойчивостью, подвижностью. Обычно спустя неделю состояние нормализовалось без лечения.

Важно отметить, что психическое функционирование женщин начинает меняться уже в период беременности. Результаты наших исследований пациенток в последнем триместре беременности подтверждают существующую в литературе точку зрения о частоте вегетативно-психических расстройств пограничного уровня в период беременности. Больших психозов у беременных не отмечено; только в одном наблюдении присутствовала клинически очерченная ситуационно обусловленная депрессия невротического уровня.

Вместе с тем только у 10 % женщин настроение заметно не менялось. Это было характерно для личностей гармоничных, уравновешенных, у которых реже встречались и вегетативно-соматические расстройства. У остальных опрошенных настроение характеризовалось не столько депрессивными феноменами, сколько неустойчивостью, легким переходом к плачу, раздражительностью, повышенной ранимостью, обидчивостью. С приближением родов усиливалась тревога за исход беременности. Типичны физическая и психическая астения, также усиливающаяся к концу беременности, истощаемость

активного внимания, трудности при его сосредоточении, погруженность в себя, повышенная сонливость, нередко с удлинением часов ночного сна, реже другие нарушения сна. Уровень самооценки у большинства беременных также был завышен, хотя и в меньшей степени, чем в ранний послеродовой период.

У беременных женщин, особенно в первые месяцы, часто наблюдаются изменения пищевого поведения, снижение или повышение аппетита, тошнота и рвота, повышенная реакция на запахи, избирательность к пище. Встречаются и другие признаки диэнцефальных расстройств (колебания АД, субфебрилитет, обмороки, повышенная потливость и т.д.).

У 7 % беременных женщин в жалобах звучала легкая депрессия. В преморбиде это были женщины с акцентуацией характера по аффективному и тревожно-мнительному типу. Клинически было трудно отличить легкую депрессию от заострения личностных черт. В 4 % случаев отмечены улучшение настроения, «подъем» без заметного нарушения адаптации, завышенная самооценка по всем шкалам, явления астении (выявляемой в жалобах и при отсчитывании по Крепелину). Это всегда были женщины с повышенным настроением в преморбиде (гипертимная акцентуация).

Клинически трудно оценить, какую роль в происхождении указанных расстройств играли сама беременность, личность и средовые факторы. Как видно из перечисленного, спектр вегетативно-психических расстройств в период беременности имел свои отличительные особенности в сравнении с послеродовым периодом. Вопрос об их связи с послеродовыми психозами и расстройствами непсихотического уровня остается открытым и требует дальнейшего изучения.

Таким образом, в послеродовом периоде принято различать три основные группы психических расстройств, наступающих вскоре после родов и в прямой связи с ними.

1. Послеродовые психозы, встречающиеся с частотой 1–2 на 1000 родов. Лечатся в условиях психиатрических стационаров, характеризуются остро развивающимися полиморфными психопатологическими синдромами, выраженным нарушением поведения.

2. Послеродовые непсихотические депрессии (средней и легкой степени), занимающие как бы промежуточное положение между послеродовыми психозами и послеродовыми блюзами. Частота их в популяции родильниц, по литературным источникам и нашим наблюдениям, составляет 10–20 %. Лечение, за редким исключением, амбулаторное, в первую очередь антидепрессантами.

3. Послеродовые блюзы, обнаруживаемые у 50–80 % родильниц. Характеризуются легкими непродолжительными расстройствами психики, которые обычно не требуют медикаментозного лечения. Естественно, возникает ряд вопросов: как все указанные группы послеродовых психических расстройств связаны между собой; какую роль в возникновении послеродовых психозов и пограничных психических расстройств играют сами роды. Отмечено, что послеродовой период — самый угрожающий, критический этап генеративного процесса. Беременность, аборт, сами роды, лактация не сопровождаются такой частотой возникновения психотических расстройств, хотя пограничные расстройства психики — явление частое.

Наши наблюдения подтверждают вышесказанное. У 22 пациенток с психозом, наступившим после родов, первая беременность заканчивалась абортom или выкидышем, но ни в одном случае психотические расстройства не возникли. Психоз наступал именно после родов. Лишь у одной женщины после прерывания беременности в поздние сроки развилась легкая депрессия.

Роды для женщины, особенно первые, являются периодом сложной биологической и психологической перестройки, своеобразным кризом. Перед родами усиливается образование эстрогенов, нарастает содержание прогестерона, 17-кетостероидов, простагландинов, пролактина, наряду с этим увеличивается количество холинэстеразы, несколько уменьшается выделение адреналина и норадреналина и возрастает — серотонина. В последние сутки перед родами происходит снижение уровней серотонина и его метаболитов в крови (Г.М. Савельева с соавт., 1984). Ацетилхолин, катехоламины, норадреналин являются нейромедиаторами и участвуют в передаче нервных импульсов. По современным представлениям, они могут быть причиной возникновения психозов (Б.М. Коган с соавт., 1995; В.В. Бондарь с соавт., 1995).

В обзоре литературы (L. Virginia et al., 1988) приводятся данные о связи послеродовых психических расстройств с уменьшением в послеродовом периоде уровня свободного триптофана. Отмечается, что женщины с высоким уровнем пролактина и пониженным содержанием эстрогена и прогестерона являются контингентом повышенного риска в отношении послеродовых психических расстройств.

Одной из наиболее разработанных теорий этиопатогенеза послеродовых психозов является гормонально-допаминовая теория. Высказано предположение (J.C. Cookson, 1982), что уменьшение после родов уровня циркулирующих эстрогенов приводит к гиперчувствительно-

сти рецепторов допамина, что, в свою очередь, инициирует психоз. В дальнейшем эту гипотезу продолжали разрабатывать (С. J. Meakin et al., 1988), однако полученные результаты неоднозначны и не могут считаться окончательными. Были предложены и другие, менее убедительные биологические теории послеродовых психозов (F. Drogo et al., 1986; D. M. Riley et al., 1985).

Исследовались показатели метаболизма, иммунитета у больных послеродовым психозом и психически здоровых рожениц. Убедительных различий между больными и здоровыми не выявлено; при этом значения многих изучаемых параметров имели индивидуальный разброс (В. Ф. Кузменок, 1973; Е. К. Патушева, 1975а, 1975б, 1975в; С. Ф. Семенов с соавт., 1984; G. Stein et al., 1984; L. H. Lindstrom et al., 1984; G. I. M'swyet, 1985; E. S. Tecoma, 1985).

Полученные результаты свидетельствуют о сложных гормонально-биохимических изменениях, способствующих возникновению послеродовых психических расстройств. Поэтому в перспективе необходимы серьезное изучение всего комплекса этих изменений и оценка их особенностей при различных вариантах заболевания.

Неоднозначна точка зрения клиницистов на роль биологических кризов, каковыми являются и роды, в происхождении психических расстройств. Так, Г. Е. Сухарева (1955) со всей категоричностью утверждала, что биологический криз «...ни в какой мере не может рассматриваться как причина психического заболевания».

А. Е. Личко (1981) в работе «Пубертатный период как модель теоретических исследований в психиатрии» подчеркивает неоднозначность роли пубертата в развитии психических нарушений и допускает, что в отдельных состояниях он может оказываться ведущим этиологическим фактором.

О. В. Кербиков (1934) отводит родам «первое место по части выступлений в качестве провоцирующего агента» при эндогенных болезнях. Прогноз в таких случаях оценивается им как более благоприятный, нежели при шизофрении, возникающей вне родов. В ряде случаев роды, по мнению автора, определяют срок наступления психоза, темп и интенсивность его течения, играют роль ускорителя в развитии болезни.

Не вызывает сомнений, что роды могут оказывать патопластическое влияние на картину послеродовых психозов, особенно на первых этапах заболевания. На последующих этапах, особенно при повторных приступах, не связанных с родами, клиническая картина становится более определенной. Несомненно, роды могут являться

предрасполагающим фактором, повышающим чувствительность к неблагоприятным средовым воздействиям. Они определяют ряд общих механизмов патогенеза послеродовых психических расстройств и при различных нозологических формах делают картину сходной, а сами формы — атипичными. Остаются открытыми вопросы, какую роль играют роды в возникновении послеродового периода непсихотического уровня; могут ли послеродовые гормональные изменения быть основной причиной блюзов и непсихотических депрессий.

Рядом авторов изучаются психологические, социальные, психоаналитические аспекты родов и послеродового периода (К.В. Михайлова, 1980; К.В. Михайлова, Т.В. Тараненко, 1983; G. Pugh et al., 1963; B. Pitt, 1975; B.Y. Richard et al., 1979; M. Mall-Haefeli et al., 1987; D. Murray et al., 1995), однако все эти многочисленные исследования пока не дали желаемых результатов: самостоятельность послеродовых психозов остается спорной, причины возникновения психических расстройств в послеродовом периоде нуждаются в уточнении.

Этиологические факторы в зависимости от тяжести послеродовых психических расстройств оцениваются и распределяются по-разному. Так, послеродовые блюзы ряд авторов (G. David, M.D. Inwood, 1989) объясняют психическим стрессом и гормональной вариабельностью, послеродовые депрессии — психическим стрессом и генетической предрасположенностью, послеродовые психозы — гормональными и генетическими факторами. Преходящие расстройства настроения (блюз родильниц, или послеродовой невроз) оцениваются (J. Michael et al., 1989) как психологически понятная реакция, близкая к нормальному состоянию, как процесс приобретения послеродового опыта. Предиктором их является предменструальный синдром. Блюзы возникают преимущественно у незрелых личностей и проявляются неуверенностью, тревогой, нарушением сна. Начинаются чаще в первый день после родов. Их лечение ограничивается психотерапией.

Д. Гольдберг с соавт. (1999) подчеркивают, что распространенность послеродовых блюзов приблизительно одинакова в разных регионах земного шара и, следовательно, не зависит от особенностей культуры, принадлежности к определенному социальному классу, наличия акушерских осложнений. Их связывают с биологическими изменениями в организме родильницы. Вопрос о том, можно ли это широко распространенное состояние оценивать как патологическое, остается открытым.

Подобной точки зрения придерживаются М. Гельдер с соавт. (1999), подчеркивая, что блюзы не связаны с осложнениями при родах и с при-

менением обезболивающих средств. Возникновение их объясняют восстановлением нормального гормонального баланса.

При оценке с этих позиций послеродовых психозов также указывается (G. David et al., 1989), что социальное положение родильницы, особенности акушерской помощи и ситуационное влияние не играют существенной роли в их возникновении. Наследственная отягощенность, по данным автора, коррелирует с тяжестью клинической картины послеродовых психозов.

Ставился вопрос и о возможных причинных связях постнатальных психических расстройств (R. Kumar et al., 1983, 1984; R. Kumar, 1990). Исследования показали, что частота блюзов не связана с определенными культуральными особенностями. Скорее, блюзы можно соотнести с тонкими физиологическими изменениями, сопровождающими деторождение в раннем пуэрпериуме. Что же касается послеродовых депрессий, то они, по мнению авторов, отличны в разных культуральных условиях. Это связано, с одной стороны, с различными критериями в оценке депрессий, с другой — с различием самих культуральных условий, с отношением общества к деторождению, с реакцией семьи. Отмечено, что частота постнатальных депрессий выше в развитых странах. Послеродовые депрессии сопровождаются осложнениями в семейной и личной жизни, оказывают влияние на детей. Они длятся 3—6 мес и могут повторяться. Подчеркивается клинический полиморфизм послеродовых блюзов и мягких депрессий, возможность перехода от относительно легких состояний к более тяжелым.

Характеризуя послеродовые психозы, авторы задаются вопросом: имеют ли эти психозы отличительную феноменологию и можно ли их считать самостоятельными заболеваниями, связанными с деторождением. Ответ дается отрицательный, ибо послеродовые психозы проявляются всеми клиническими признаками, присущими психозам вне родов. Деторождение расценивается лишь как триггер (пусковой механизм) для проявления «предшествующей уязвимости» в отношении шизофрении или аффективных психозов.

Сопоставление всех трех групп постпортальных расстройств показало (G. David et al. 1989), что частота их уменьшается с утяжелением клинической картины. Соответственно учащаются суициды и инфантициды. Рецидивы заболевания также коррелируют с тяжестью психического состояния. При послеродовых психозах они достигают 50 %, при депрессиях — близкую к этой величину; при послеродовых блюзах рецидивов обычно не бывает.



Приведенная информация и наши собственные наблюдения свидетельствует о том, что между всеми видами послеродовых расстройств нет четких границ — они представляют собой непрерывный ряд от легких состояний к тяжелым. Этиология заболеваний мультифакториальная. Основные факторы — наследственная предрасположенность и личностные особенности, роды и гормональные изменения, средовые воздействия.

Тяжесть и характер психических расстройств зависят от преобладания тех или иных этиологических факторов. При послеродовых психозах ведущая роль отводится наследственности и гормональным изменениям, связанным с родами. Меньшее значение имеют социальные факторы и характер родовспоможения. Прослеживается их связь с природными ритмами: сезоном года, фазой Луны и солнечной активностью. Послеродовые депрессии окрашиваются культуральными особенностями, наряду с наследственной предрасположенностью и гормональным дисбалансом растет роль психологических реакций на ситуацию. Послеродовые блюзы связаны с восстановлением гормонального равновесия и зависят от наличия личностной акцентуации, предменструального напряжения. Высказанные положения нуждаются в дальнейшем уточнении и изучении.

Клиническая непрерывность психических расстройств от легких до тяжелых и большое их разнообразие между двумя полюсами — закономерность в психиатрии. Она четко проявляется не только при послеродовых психических расстройствах, но и при эндогенных психических заболеваниях. Эта непрерывность звучит как основная закономерность в учении о едином психозе, к которому постоянно возвращаются на протяжении всей истории научной психиатрии. По мнению Конрада (1967), трудности в области нозологии эндогенных психозов, которые породила концепция Крепелина, можно преодолеть, лишь приняв идею единого эндогенного психоза, который в наиболее легком виде проявляется как фазное обратимое заболевание, а в наиболее тяжелом — как необратимый процесс.

С современных позиций медицинской генетики эта непрерывность не исключает существования отдельных нозологических форм и объясняется генетическими особенностями мультифакториальных заболеваний. Учение о так называемых мультифакториальных заболеваниях (а с генетических позиций — полигенных болезнях с наследственной предрасположенностью) стало формироваться после того, как была вскрыта генетическая сущность расстройств, обусловленных хромосомными абберациями и генными мутациями.

Представление о предрасполагающих и производящих факторах в психиатрии сформировалось давно. Уже в 1833 г. Эскироль высказал предположение о наследственной предрасположенности к послеродовым маниям. В дальнейшем психиатры часто прибегали к оценке предрасполагающих и производящих факторов при психических заболеваниях, постоянно называя среди них семейную отягощенность психическими расстройствами.

Благодаря усилиям многих генетиков и клиницистов к настоящему времени разработаны основные клинико-генетические характеристики мультифакториальных заболеваний. Они имеют существенные отличия от моногенных (менделирующих) форм наследственной патологии. Разработан генетический подход к пониманию континуальности проявления этих заболеваний от субклинических до выраженных форм. Выделены такие понятия, как подверженность и порог проявления признака. Большинство психических заболеваний, в том числе эндогенные психозы, в настоящее время относят к мультифакториальным. Подводит генетическая основа под давно высказываемую клиницистами мысль об условности границ между экзо- и эндогенными психозами.

Для мультифакториальных психических болезней характерны ядерные и краевые формы, непрерывность переходов от нормы к патологии, наличие переходных форм между отдельными нозологическими единицами, семейная отягощенность. Объясняется это тем, что предрасположенность к болезни определяется не одним геном, а конstellацией изоаллельных генов, «каждый из которых является скорее нормой, чем патологией» (Н. П. Бочков с соавт., 1984). Полигенные комплексы в их взаимодействии со средой определяют клиническое разнообразие болезней благодаря высокому наследственному биохимическому полиморфизму в человеческой популяции. Эти генетические механизмы обуславливают и индивидуальные особенности психических заболеваний.

Большой интерес в плане оценки функционирования психики и ее патологии представляют исследования наследственного биохимического полиморфизма нейромедиаторов. Так, В.Е. Галимбет с соавт. (2000) выявили связь изоаллельных форм серотонина рецепторов мозга с клинико-патогенетическими особенностями шизофрении и расстройствами шизофренического спектра. Есть указания на то, что шизофрения определяется вовлечением аллельных вариантов 10–15 локусов во всей популяции. Чтобы это заболевание возникло у отдельного человека, достаточно комбинации 3–5 локусов

(E.R. Kendell, 1999). В отношении этой новой концептуальной базы психиатрии подчеркивается, что, подобно тому как комбинации генов вносят свой вклад в поведение, включая его социальные аспекты, само поведение, обучение могут оказывать различное воздействие на головной мозг путем обратной связи с ним, модифицируя экспрессивность генов и, таким образом, функцию нервной клетки.

Послеродовые психические расстройства имеют мультифакториальную этиологию. При послеродовых психозах можно с определенной уверенностью прогнозировать наличие наследственной предрасположенности, что подтверждается достаточно частой семейной отягощенностью психическими заболеваниями, более выраженной в случаях возникновения психозов до родов либо повторения приступов.

Развитие послеродового психоза зависит, по нашим наблюдениям, и от ряда ненаследственных факторов, в частности от природных ритмов. Отмечено также своеобразное распределение при различных психопатологических синдромах акушерской патологии, соматических заболеваний, психотравм, хотя частота их не выше, чем у психически здоровых родильниц. Каждый психопатологический синдром по-разному связан с перечисленными воздействиями. Имеют значение и сами роды как биологический криз, сопровождающийся гормональными и обменными перестройками, а также как психологический стресс. Факторами риска являются первые роды и молодой возраст, ранний послеродовой период.

Полиэтиологическая природа послеродового психоза и полигенная предрасположенность к этому заболеванию определяют сложность механизмов патогенеза и большое разнообразие клинических проявлений. Различное соотношение ряда этиологических факторов, своеобразие констелляций генов, с одной стороны, определяют градации психических расстройств от легких до тяжелых, с другой — отдельные нозологические формы психозов и их клинические варианты. Краевые варианты эндогенных психозов клинически могут проявляться депрессивными и неврозоподобными расстройствами, являясь переходными состояниями между нормой и патологией.

## 9

## Психолого-деонтологические аспекты работы в системе родовспоможения

Термин «деонтология» (греч. *deon, deont (os)* — должное, надлежащее, *logos* — учение) означает «учение о должном». Впервые он был использован в этике английским ученым-философом Бентаном в начале XIX в. В отечественной медицине введен в употребление Н.Н. Петровым в статье «Вопросы хирургической деонтологии» (журн. «Вестник хирургии им. И.И. Грекова», 1939, № 7). Особенно большое значение имела его книга с таким же названием, опубликованная в 1945 г. С этого времени понятие деонтологии стало обиходным в медицинской теории и практике. В Большой медицинской энциклопедии деонтология определяется как совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей (А.Ф. Билибин с соавт., 1977).

Дефиниция этого термина в медицине до сих пор не устоялась. Одними авторами он понимается весьма узко и сводится к этическим нормам поведения врача при исполнении им своих служебных обязанностей, к умению установить контакт с пациентом, исключить вредные влияния травмирующих психику факторов в процессе лечения. Другие трактуют это понятие более широко, подразумевая под ним возможность активного воздействия на психику человека с помощью психотерапии и психокоррекции. В таком случае медицинская деонтология — это не только щажение психики, внимательное, вежливое отношение к больному, но и активное, прямое или косвенное, влияние на его психику с помощью слова и других приемов. Цель медицинской деонтологии — достижение максимального результата в профессиональной деятельности.

Если этическая сторона медицинской деонтологии разрабатывается давно и по сути дела определилась, то психология, бурно развивающаяся в наше время, продолжает активно внедряться в медицину и деонтологию и формирует последнюю.

Этику (греч. *etimos* — нравственность, обычай) как науку определил в XVIII в. французский философ Поль Анри Гольбах. Это наука об отношениях между людьми и обязанностях, вытекающих из этих отношений. Врачебная этика, являясь частью человеческой этики, че-

ловеческой морали, также базируется на понятиях зла, добра, чести, совести, долга, преломляющихся через врачебную профессию. Эти основополагающие понятия остаются в человеческом обществе неизблемыми. Моральные принципы врачебной деятельности всегда занимали умы крупных врачей. Еще в древних индийских врачебных книгах указывалось на то, каким должен быть врач, как больной должен относиться к врачу (не испытывать страха перед врачом, доверять ему больше, чем самым близким людям, и т.д.).

Давая «клятву Гиппократата», врач обязуется уважать своих коллег, учителей, относиться к ним, как к своим родным, не разглашать врачебной тайны, оберегать своих пациентов «от всего вредного и несправедливого, никогда не давать больным яду, несмотря ни на какие просьбы, ни одной женщине не давать abortивных средств, в частной жизни хранить нравственную чистоту».

Безусловно, врач должен обладать всеми моральными качествами, которые относятся к категории общечеловеческих ценностей. И хотя этот человеческий идеал труднодостижим, к врачу общество предъявляет больше требований, чем к представителям большинства других профессий. Основным личностным качеством, определяющим профессиональную пригодность, является наличие способности к сопереживанию (эмпатии) и постоянная потребность помогать людям.

Медицинская психология дает возможность врачу учесть особенности сложившейся ситуации, личности пациента и выполнять деонтологические приемы с учетом этих знаний, индивидуализируя их.

Быстрое развитие во второй половине XX в. прикладной медицинской психологии и становление ее как науки способствовало углубленному пониманию медицинской деонтологии, активно влияло на ее приемы и содержание. Медицинская психология — это в первую очередь знание психологии больного человека, дающее врачу возможность более действенно исполнять свои обязанности, учитывая особенности личности пациента, влияя на личность с целью достижения наилучших результатов лечения.

При таком понимании медицинской деонтологии каждый врач должен владеть навыками оценки личности, внутренней картины болезни, иметь представление о пограничных расстройствах психической деятельности, приемах психотерапии и психокоррекции. Чувство внутренней интуиции и приобретенный в процессе работы опыт могут лишь подкреплять знания врача в этих областях медицины.

Мастерство врача нельзя сводить к глубокому знанию своей специальности. Известный акушер-гинеколог Л.С. Персианинов (1978),

говоря о профессионализме врача, подчеркивал, что без знания общей врачебной патологии и пограничных областей не может быть хорошего специалиста. Касается это и навыков оценки психики, личности пациента, знаний в области психотерапии.

Основными элементами медицинской деонтологии являются: особенности взаимодействия врача и пациента, врача и родственников больного, взаимоотношения медицинских работников в коллективе, особенности их взаимодействия с обществом.

Деонтологические проблемы затрагивают организацию работы медицинского учреждения, проведение научных исследований, преподавание, оформление медицинской документации, анализ врачебных ошибок, сохранение врачебной тайны и т.д. Все новые деонтологические вопросы ставит появление в медицине ультрасовременных методов обследования и лечения (пересадка органов, генная инженерия, клонирование человека и т.д.).

Каждый раздел медицины имеет свои деонтологические особенности, что составляет содержание частной деонтологии. Относится это и к акушерству и гинекологии, в частности, к репродуктивному периоду у женщин.

По сути женщину в таком положении, если весь генеративный цикл протекает нормально, нельзя считать больной, хоть она вынуждена часто обращаться к врачам, находиться под медицинским наблюдением, выполнять ряд врачебных советов и предписаний. Вместе с тем к женщине в этот период нельзя относиться и как к совершенно здоровой. Такое положение лишний раз подчеркивает отсутствие жесткой разделительной границы между нормой и патологией, здоровьем и болезнью.

Беременность, роды и послеродовой период являются биологическим кризом, сопровождающимся выраженной перестройкой в функционировании организма, в первую очередь гормональной системы, изменениями в психической сфере, адаптацией к новым условиям функционирования, напряженной работы механизмов гомеостаза. В этот период повышается чувствительность к действию внешних и внутренних факторов, возможность возникновения новых заболеваний и обострения ранее существовавших хронических болезней, психических и соматических.

В предыдущих главах книги показано, что у женщин в генеративном периоде особенно часто возникают пограничные расстройства психической и физической деятельности, реже большие психозы с необходимостью стационарного лечения. Способствуют этому повы-

шенные психологические нагрузки, социальные и бытовые факторы, личностные особенности женщины, наследственная предрасположенность к болезням, изменение порога реагирования в связи с беременностью и родами на ряд ранее индифферентных воздействий.

Для современной женщины не является секретом, что в период беременности и родов не исключается вероятность патологии, чреватой оперативным вмешательством, смертельным исходом для матери и ребенка, болезнью новорожденного, его уродством. Все это даже при отсутствии повышенной личностной тревожности способствует появлению эмоционального напряжения, предощущения возможных неблагоприятных событий. Если в женской консультации беременная узнает о колебаниях у нее артериального давления, наличии даже следов белка в моче, других настораживающих предвестниках возможных заболеваний и осложнений, тревога многократно усиливается. По пристальному вниманию врача женщины обычно понимают, что они отнесены в группу повышенного риска по возможной патологии беременности и родов.

Такая ситуация усиливает тревогу и опасения беременных. Они видят и знают, что некоторые женщины поступают в стационар для сохранения беременности, лечения. Все это способствует невротизации беременных, является предпосылкой для формирования соматоформных расстройств, депрессивных ситуационных реакций, тревожных состояний. К этому следует присовокупить семейные и бытовые неурядицы, дефицит помощи и внимания со стороны близких.

Существует точка зрения, что беременность защищает от психозов. Вместе с тем пограничные изменения психики беременных — достаточно частое явление, не проходящее бесследно после родов, но являющееся одной из причин психических расстройств, в том числе и послеродовых психозов. Это налагает большую ответственность на врачей и весь медицинский персонал, заботящийся о сохранении здоровья матери и ребенка, требует разносторонних знаний и умений.

Качество оказания помощи зависит не только от личности и состояния беременной или родившей женщины, но и от личности врача, его профессионализма, знания смежных дисциплин, современной медицинской психологии, медицинской деонтологии, психотерапии, пограничных психических расстройств и, наконец, от здоровья самого врача.

В конце XX в. стали все чаще встречаться профессиональные расстройства здоровья врачей — «синдром эмоционального выгорания» и «синдром хронической психической усталости», затрудняющие вра-

чебную деятельность (Г.С. Абрамова, Ю.Л. Юдич, 1998; G.A. Robert, 1997).

Психологическое взаимодействие врача и пациента не всегда оказывается эффективным по причине недостаточной специальной подготовки врачей и акушерок. Этой задаче не соответствуют и программы обучения студентов медицинских вузов и медицинских училищ, постдипломного обучения врачей. В результате многие врачи оценивают психологию как науку, далекую от медицины, не имеющую в ней практического применения.

В наш век технического прогресса возникают обоснованные опасения, что сотрудничество врача и пациента все больше ослабевает, целиком подменяясь исследованиями с помощью сложнейшей аппаратуры, новейшими анализами. Это нередко сковывает клиническое мышление врача, удаляет его от главного объекта диагностической и лечебной деятельности — человека с его внутренней картиной болезни, миром субъективных ощущений и переживаний. Между больным и врачом появляется все больше небезопасных диагностических аппаратов, мешающих врачу слышать пациента.

Вместе с тем нельзя оказывать помощь беременной, роженице, родильнице без участия самой женщины. Способствует этому понимание пациенткой труда врача, уважение и доверие к его деятельности. Отношение к врачебной профессии — дело всего общества.

Первая встреча акушера-гинеколога с беременной женщиной происходит, как правило, в кабинете женской консультации, реже на участке в домашних условиях.

На женскую консультацию возлагается задача не только по оказанию лечебной и профилактической помощи, наблюдению за течением беременности и послеродового периода, но и по устранению вредных влияний на работе и в быту, обеспечению социально-правовой защиты женщин, проведению психопрофилактических мероприятий. При этом важна преемственность в работе каждого звена акушерско-гинекологической службы, профессиональный контакт с другими специалистами — психиатрами и психотерапевтами, медицинскими психологами.

Высокая профессиональная подготовка современного акушера-гинеколога предполагает глубокое знание медицинской деонтологии, медицинской психологии с элементами психотерапии и психокоррекции, пограничных расстройств психики.



## Женская консультация

Прием в женской консультации следует организовать так, чтобы женщине было приятно ее посещать, чтобы она чувствовала полезность и необходимость визитов к врачу, заботу о себе. Место, где беременные и родильницы ожидают приема врача, должно быть уютным, эстетически оформленным, удобным (картины, мягкие кресла, отсутствие скученности, многолюдности, возможность прийти сюда с мужем или другими близкими людьми, почитать полезную литературу).

На стенах не должно быть стендов и плакатов устрашающего содержания, например о признаках рака, вреде абортотв. В популярной литературе не следует сообщать сведения о тяжелых заболеваниях, их признаках, о патологии беременности и родов. Более целесообразна информация о профилактике болезней, основах санитарной культуры, противозачаточных средствах, особенностях питания и гигиены беременных, здоровом образе жизни (вред курения, употребления наркотиков, алкоголя, меры по сохранению психического здоровья и т.п.).

Нередко большой вред больным наносят некорректные сообщения в средствах массовой информации о случаях врачебных ошибок, недостатках в организации лечения и оказания медицинской помощи. Писать и говорить об этом нужно, но с учетом психологии больной, ее повышенной внушаемости. Нельзя бездумно подрывать авторитет врача, травмируя тем самым больных.

Работу врача консультации следует организовать так, чтобы женщине не приходилось долго ждать приема, чтобы можно было быстро получить консультацию нужного специалиста, сдать анализы, пройти обследование, назначенные процедуры.

Кабинет, где идет прием врача, должен быть удобным для работы. На контакт с пациентом и взаимодействие с ним влияют обстановка, одежда персонала, время, любые детали кабинета, где проходит общение. Не следует выставлять на первый план инструменты, которыми врач будет пользоваться. Нужно приспособить место, где женщина без посторонних глаз может раздеться. Кроме того, следует тщательно продумать, где и как посадить женщину во время беседы, оценить расстояние между ею и врачом. Чрезмерное отдаление или приближение мешает беседе. Не последнюю роль играет и характер освещения.

Все эти факторы, кажущиеся, на первый взгляд, мелочами, способствуют или мешают возникновению контакта, доверительности, психологическому взаимодействию.

Не должно быть ненужных телефонных звонков, посторонних разговоров, хождений персонала, суеты. Акушерка, помогающая в работе, должна тонко чувствовать, когда врача и пациентку лучше оставить для доверительной беседы вдвоем.

Встреча врача с пациенткой, особенно первая, — момент, ответственный для обоих. При этом следует учитывать, что на женщину оказывают влияние не только внешняя обстановка, манипуляции и процедуры, которые проводятся, — во взаимодействие вступают личность врача и личность пациентки, и в этом взаимодействии ведущая роль должна принадлежать врачу.

Следует помнить, что во время контакта пациентка с не меньшим вниманием изучает врача и составляет о нем свое мнение. В этом плане имеет значение внешний вид врача, одежда, манера держаться, говорить. Неопрятность или чрезмерная экстравагантность врача вызовет недоверие к его профессиональным качествам, психологическую отчужденность.

Частой ошибкой является отсроченное внимание к пациентке, когда после ее входа в кабинет врач продолжает что-то писать или говорить по телефону, не взглянув на вошедшую, а последняя терпеливо ждет.

В таких случаях нужно прервать выполняемую работу, поприветствовать и усадить женщину, извиниться, если нельзя отложить срочное дело, и быстро закончить его. Не способствует контакту и явная торопливость врача, если он расспрашивает женщину, не поднимая глаз, и одновременно ведет записи в амбулаторной карте, дает директивные указания типа «Разденьтесь, ложитесь, расслабьте живот».

Приветствовать пришедшую на прием пациентку нужно с учетом того, впервые или повторно вы с ней встречаетесь. Если это первое знакомство, целесообразно представиться, назвать себя, сообщить о совместной дальнейшей работе, получить согласие на это.

Следует помнить, что в отдельных случаях пациентки изъявляют желание наблюдаться у другого врача, и с этим нужно считаться.

Необходимо всегда обращаться к женщине, как принято в нашей культуре, по имени-отчеству и на «Вы». В дальнейшем стиль общения может быть изменен. Не следует обращаться к женщине безлично: «беременная», «больная». Ласкательные и уменьшительные слова допустимы только в определенных ситуациях, например, когда женщина страдает физически.

При взаимодействии врача и больной «...лекарством, которым чаще всего пользуются в повседневной практике, является сам врач ...»

важна и та манера, с которой врач прописывает их больному, и та атмосфера, в которой лекарство назначается и принимается» (M. Balint, 1965).

Следует помнить, что все предложенные и разработанные рекомендации по сбору информации полностью применимы в работе с беременными и родившими женщинами в условиях женской консультации. Вместе с тем работа с женщиной усложняется тем, что акушер-гинеколог касается «чувствительной» психологически и физически сексуальной сферы.

Нередко при установлении беременности акушеру-гинекологу приходится участвовать в решении психологической проблемы сохранения или прерывания беременности. Такие ситуации возникают, в частности, при внебрачной беременности, конфликтах в семье, материальных трудностях, соматических заболеваниях женщины, угрозе рождения ребенка с пороками развития, олигофренией, в связи с употреблением, особенно в первом триместре беременности, опасных для плода лекарств, при перенесенных инфекциях, таких как краснуха, токсоплазмоз, при наличии в семье ребенка с наследственной патологией, если беременная женщина перенесла ранее послеродовой психоз или наблюдается у психиатра по поводу психического заболевания, особенно в случаях с наследственной семейной отягощенностью психическими расстройствами. Врач обязан помочь женщине правильно оценить сложившуюся ситуацию и дать совет, если она нуждается в нем.

Женщины, желающие родить, нередко рискуют своим здоровьем и здоровьем ребенка, и это также следует принимать во внимание. Если пациентка настаивает на сохранении беременности, необходимо объяснить ей всю опасность такого шага и привлечь к участию в решении данного вопроса ее мужа.

В случае неуверенности в оценке состояния беременной врач должен посоветоваться с коллегами, врачами других специальностей, в частности с генетиками, психиатрами. Если беременность сохраняют, такая пациентка должна постоянно наблюдаться с учетом высокого риска возможных осложнений.

В женской консультации проводится и психопрофилактическая подготовка беременных к родам (см. главу 11). Медицинский работник с помощью психотерапевтических, дидактических приемов, оказывающих влияние на психику, обучает беременную быть активной во время родов и способствовать тем самым благополучному их исходу.

Врачу необходимо оценить настроение и ожидания пациентки. Беременная женщина ждет от него совета, помощи, указаний, как вести себя в период беременности при интимной близости, какие гигиенические предписания она должна выполнять, каковы допустимые физические и психические нагрузки, особенности питания. Следует помнить, что женщины в таком состоянии повышено внушаемы, часто тревожны, беспокоятся за исход беременности, здоровье будущего ребенка. Они чрезмерно восприимчивы к ситуации обследования, к каждому слову, жесту врача, нередко обращаются к специальной литературе, чтобы оценить свое состояние.

Первейшая задача врача — полностью снять или уменьшить волнение и тревожное ожидание пациентки, умело создать контакт. Если рассказ женщины не имеет существенного значения для оценки ее состояния, разговор следует тактично перевести в другое русло. Внимательность, чуткость, сопереживание врача, неторопливость обследования создадут у нее уверенность, что будет сделано все необходимое для благополучного исхода беременности.

Возникающие у врача сомнения не должны сразу сообщаться беременной. Женщина информируется о возможных или возникших осложнениях, если у врача есть полная в этом уверенность. Вырабатывается дальнейший план обследования, если нужно — лечения, дается доступное объяснение дальнейших мероприятий так, чтоб они воспринимались как логичные и необходимые действия.

Суждения врача не должны быть безоговорочными — это может оцениваться как излишняя самоуверенность и мешать контакту.

Очень важно уже при первом контакте оценить особенности личности пациентки, ее отношение к беременности, изменения самочувствия, которые беременность приносит. Это позволяет врачу эффективно использовать методы психологического воздействия, сочетать их с другими мероприятиями.

Интервью с пациентом, его цели и задачи, методология и приемы к настоящему времени разработаны достаточно хорошо.

## **Цели и процедура клинического интервью**

Установление контакта с пациенткой, беседа, процесс сбора анамнеза теперь чаще именуется как интервью и этим подчеркивается ведущая роль врача в контакте с больной.

Интервью несет в себе не только диагностическую, но и большую деонтологическую и психологическую нагрузку, в первую очередь

психотерапевтическую. Оно дает возможность оценить состояние психической сферы и личностные особенности пациентки, механизмы ее психологической защиты и внутреннюю картину болезни, проследить за ходом генеративного процесса, оценить клинические проявления болезни, если таковая имеется. Нередко это единственная возможность психотерапевтического воздействия на пациентку.

Беседа всегда должна быть индивидуализированной и иметь определенную направленность и цель с учетом того, что всю информацию собрать нельзя. Вместе с тем необходимо соблюдать общие требования, предъявляемые к такому общению.

Первый этап интервью наиболее трудный и важный. На этом этапе необходимо установить доверительные отношения с пациенткой, подчеркнуть конфиденциальность беседы («Все сказанное остается между нами»), право больной сообщать только то, что она считает возможным.

На этом этапе следует предоставить пациентке возможность высказаться и выслушать ее не связанный с задаваемыми вопросами рассказ. Женщина во время интервью может высказывать все свои опасения и страхи, связанные с беременностью и родами, домыслы и фантазии. Необходимо постараться вжиться в переживания пациентки, отреагировать на сказанное, дать понять, что изложенные проблемы поняты и приняты врачом. Это не требует много времени, но способствует контакту, снимает напряжение и дает врачу обширную информацию, важную при построении дальнейших этапов интервью.

В случае, если пациентке трудно начать рассказ о себе, необходимо помочь ей, задавая вопросы, обычно не вызывающие затруднений в ответах, но несущие существенную информацию для врача. Например, узнать возраст, место жительства, характер работы, полученное образование, семейное положение.

Во время беседы необходимо соблюдать баланс открытых и закрытых вопросов.

Первые задаваемые пациентке вопросы должны быть открытыми, дающими возможность развернуто высказать то, что она считает важным и нужным. В конце беседы должны преобладать закрытые вопросы, на которые дается короткий, исчерпывающий ответ, часто «да», «нет».

В процессе беседы важно уточнить, с чем женщина пришла к врачу, чего она ждет от данной встречи. Редко, но встречаются случаи, когда заявляемые пациенткой ожидания не являются главной ее заботой, — у нее может быть «скрытая программа», которую она считает нецелесообразным сообщать сразу.

Вот какие рекомендации при сборе информации и контакте с пациентом предлагает отдел психического здоровья ВОЗ (1996).

Важно правильно задавать вопросы, чтобы они были понятны пациенту. Следует избегать наводящих вопросов, ориентирующих пациента на определенный ответ.

Необходимо уметь прояснять каждое неясное слово пациента с помощью дополнительных вопросов, например, уточнить, что значит «плохое самочувствие».

Нельзя задавать несколько вопросов сразу. Только получив ответ на поставленный вопрос, следует задавать следующий.

Целесообразно во время беседы использовать похвалу (которой мы, к сожалению, редко пользуемся), особенно с пациентами, не уверенными в себе, ранимыми. Например: «Вы так хорошо и понятно описали Ваше состояние».

Следует избегать медицинской терминологии, часто пугающей и не всегда понятной пациенту, менторского (нравоучительного) тона.

Не следует давать моральную оценку поведению. Врач лишь дает советы, не оценивая поведение, а больной вправе принять совет или нет.

Врач должен сохранять контроль за ходом беседы и управлять ею. Важно направить беседу в нужное русло, умело остановить пациента, помочь ему расположить информацию в правильной последовательности, чтобы получить полную картину событий.

Кроме того, врачу необходимо владеть навыками активного слушания, проявляя их главным образом на невербальном уровне. Можно поощрять пациента и словесно («Продолжайте», «Я Вас понимаю» и т.д.). Позы и жесты врача должны соответствовать вербальным (словесным) сигналам, идущим от него.

Во время беседы следует помнить, что пациенту важно соответствие между тем, чего он ожидает от врача, и тем, что врач говорит и невербально выражает. Поэтому врач должен повышать контроль за собой и делать это с учетом всех обстоятельств, особенно если пациенту необходимо сообщить нечто тягостное и неприятное для него.

В конце беседы, когда собрана необходимая информация о физическом состоянии пациента, его личностных и психических особенностях, необходимо провести анализ всей полученной информации, в доступной для понимания форме дать оценку состояния пациента, обосновать дальнейшую тактику совместной работы, подвести базу под необходимое обследование и (или) лечение.

Всякая беседа с пациентом должна иметь психотерапевтическое воздействие, облегчать его состояние, прояснять ситуацию.

В конце интервью следует проверить степень усвоения и понимания пациентом полученной информации. Для этого можно спросить, как он будет принимать предложенные ему лекарства, когда должен в следующий раз посетить врача. Следует уточнить, все ли понятно пациенту, не хотел ли он еще что-то добавить. Окончание беседы обычно легко оценивается пациентом по действиям и словам врача.

Основные этапы диагностического выслушивания приводятся в табл. 9.1.

Таблица 9.1

Основные этапы диагностического выслушивания (по А. Айви)

Методика	Описание	Функция в процессе беседы
Открытые вопросы	«Что?» — выявляет факты «Как?» — выявляет чувства «Почему?» — выявляет причины «Важно ли?» — выявляет общую картину	Используются для выявления основных фактов, облегчают разговор
Закрытые вопросы	Обычно включают в себя частицу «ли»; на них можно ответить коротко	Дают возможность выявить основные факты, сокращают длинные монологи
Поощрение (поддержка)	Повторение нескольких ключевых фраз клиента	Стимулирует детальную разработку специфических слов и их смысла
Отражение чувств	Внимание к эмоциональному содержанию интервью	Проясняет эмоциональную подоплеку ключевых фактов, помогает открывать чувства
Пересказ	Повторение сути слов клиента и его мыслей с использованием его ключевых слов	Активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
Резюме	Констатация в сжатом виде фактов и переживаний клиента	Полезно повторять периодически во время интервью. Обязательно в конце встречи

В работе с пациентами (больными) врачу необходимы знания о невербальной (неречевой) коммуникации, с помощью которой он получает значительное количество информации. Кроме того, невербальные коммуникации в процессе беседы модифицируют смысл и переставляют акценты в смысловом контакте. Впечатление о контакте в первую очередь формируется невербальным путем.

Это большой раздел научных исследований, которые, несмотря на длительную историю человечества, были начаты лишь в 60-х годах XX в. С этого времени учеными описано и зарегистрировано более тысячи невербальных знаков.

Врач должен уметь осознанно учитывать невербальные сигналы, «отзеркаливать» их и таким путем влиять на психику пациента, улучшать контакт с ним. Важно научиться видеть конгруэнтность (соответствие) и неконгруэнтность между невербальной информацией и смыслом произносимых слов.

Невербальная коммуникация выполняет следующие функции: 1) дополняет или замещает речь; 2) определяет репрезентацию эмоциональных контактов при общении.

Если пациентка во время общения почти не поднимает глаз, у нее малоподвижная, выражающая грусть мимика, резко очерчены носогубные складки, опущены уголки рта, сведены брови и на глазах слезы, кроме того, заторможенная моторика и замедленные односложные ответы, но при этом она отрицает наличие у нее плохого настроения, то налицо несоответствие вербальной и невербальной информации. В описанной ситуации больше следует доверять невербальной информации, которую трудно в полной мере осознавать и контролировать. Необходимо постараться выяснить, понять причину такого несоответствия.

Во время беседы врач должен следить за выражением лица, глаз, жестикуляцией рук, дыханием, позой, тональностью голоса, громкостью речи, состоянием женщины. Громкий или тихий голос может свидетельствовать о силе чувств, быстрая речь — о чрезмерной активности, нервозности, замедленная — о депрессии, вялости. В языке тела информативным считают изменение наклона туловища. Если нормально сидевшая до сих пор пациентка без видимой причины скрестила ноги и руки, села на край стула, то такая поза свидетельствует о несогласии с собеседником, является индикатором конфликта.

В разных культурах есть различные интерпретации невербальной информации, но большинство невербальных знаков оценивается идентично. Так, смех всегда выражает радость, слезы — грусть, обиду (А. Айви, 1987; В. Енгальчев, 1991; А. Пиз, 1992).



При работе с пациенткой врачу важно знать о правильной пространственной и временной организации общения. Это особый раздел невербального общения — *праксемика*. Ее сущность в том, что время и пространство несут смысловую нагрузку в общении. Так, фраза, брошенная через плечо, четко показывает отношение в процессе коммуникации. Основатель праксемики Э. Холл выделил четыре зоны межличностного пространства.

*Интимная зона* составляет 0–45 см. Это самая важная из зон, в нее разрешается проникать только самым близким людям. Для такого общения характерны доверительность, негромкий голос, тактильный контакт.

В этой зоне имеется еще подзона радиусом в 15 см, в которую можно проникнуть только посредством физического контакта. Это *сверхинтимная зона*. Вторжение в нее постороннего человека вызывает физическую реакцию вплоть до агрессивности. Врачу при гинекологическом обследовании пациенток, перкуссии, аускультации, когда приходится вторгаться в интимную зону, следует вести себя так, чтобы женщине была понятна логика его действий, чтобы для нее это не было неожиданностью. При этом можно просто предупредить ее о предстоящих манипуляциях.

*Персональная (личная) зона* распространяется в радиусе 45–120 см. Она предполагает визуальный и аудиальный контакт друзей, коллег. В этой зоне общения постоянно оказываются врач и пациент, поэтому врачу следует заранее подумать, на каком расстоянии от себя посадить пациентку, какой высоты должен быть ее стул, подобрать освещение с учетом особенностей клиники и личности.

*Социальная зона* (120–400 см) служит для общения с группой людей. На таком расстоянии мы держимся с людьми, которых не очень хорошо знаем.

*Публичная (общественная зона)* (свыше 400 см) целесообразна, если мы контактируем с большой группой людей, например при чтении лекции.

Во время интервью с пациенткой для повышения эффективности контакта можно использовать приемы нейролингвистического программирования (НЛП), дающие доступ и к бессознательному (Д. Гриндлер, Р. Бендлер, 1975; В.Т. Кондрашенко с соавт., 1993, 1999). Для этого, во-первых, необходимо определить у пациента ведущую (доминирующую) модальность в сфере восприятия. Она может быть зрительной (визуальной), слуховой (аудиальной), телесной (кинестетической) или обонятельно-вкусовой. Для одного мир — это прежде

всего то, что он видит, для другого — то, что он слышит, для третьего — то, что он ощущает в теле или другими органами чувств (обонянием, вкусом).

Существует зависимость между доминирующей модальностью и словами, которыми человек это выражает. Это предикторы речи. У человека с ведущей зрительной модальностью в речи будут доминировать слова «видеть», «яркий», «туманный», «перспектива» и т.д. Аудиальные предикторы отражаются словами «слышать», «звучать», «скрипеть», «кричать» и т.п.; кинестетические — «чувствовать», «прирагиваться», «теплый», «тяжелый», «шероховатый»; обонятельно-вкусовые — «пахнуть», «вкусный», «ароматный» и т.п.

Если во время общения не сразу удастся установить, как воспринимает мир собеседник, можно прямо спросить у него: «Вы это видите, слышите или чувствуете как-то по-иному?» Так, если спросить поочередно у нескольких человек, какая дверь скрипит в их квартире, они отреагируют на вопросы по-разному. Один, прежде чем ответить, отчетливо зрительно представит все двери, другой мысленно воспроизведет звуки, возникающие при открывании, третий почувствует мышечные усилия, возникающие при их открывании.

Чтобы быстро сформировать контакт (раппорт), нужно пользоваться теми предикторами речи, к которым преимущественно прибегает пациент.

Не менее важными «ключами доступа» к бессознательному пациента являются невербальные (неречевые) внешние признаки проявления его мышления и эмоций (поза, мимика, тембр голоса, ритм дыхания и т.д.).

В английском языке используется термин «отзеркаливание» — отображение, возвращение пациенту особенностей его собственного невербального поведения. В жизни при положительном взаимодействии люди интуитивно пользуются этим приемом: утвердительно качают головой в ответ на аналогичные движения собеседника, отвечают улыбкой на улыбку.

В работе с пациентом отзеркаливание должно быть тонким, не заметным собеседнику, чтобы он не воспринял его как «передразнивание». Надежнее отражать темп речи и мелкие движения рук, чем целиком позу партнера. Для отражения можно использовать позы, специфические жесты, ритм дыхания, выражение лица, речевые интонации и комплексы. Все это эквивалентно словесному выражению согласия с собеседником и быстро включает пациента в бессознательную коммуникацию с врачом.

Чтобы техника отражения была эффективной, она во многом должна быть автоматизированной, не требующей предварительного осмысления.

Четкими «ключами доступа» к бессознательному являются так называемые паттерны глаз (рис. 9.1).

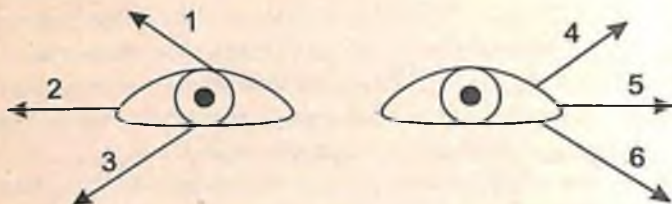


Рис. 9.1. Паттерны глаз:

1 — визуально конструируемый образ (человек вне ситуации); 2 — аудиально конструируемый образ; 3 — кинестетические представления; 4 — визуальные воспоминания, или эйдетический образ (человек внутри ситуации); 5 — аудиальные воспоминания; 6 — аудиальные представления

Глазные паттерны не только отражают внутренние психические процессы, но имеют и обратное значение. Для того чтобы извлечь из подсознания какие-то воспоминания или ощущения, часто бывает достаточно установить глаза в определенном положении. Так, движение глаз вверх налево вызывает (у правой) возникновение живых, наглядных эйдетических образов, служит доступом к визуальной памяти; при этом человек «сам находится в картине». Движение глаз вверх направо обеспечивает получение конструируемых образов — образов, которые человек ранее не видел. Взгляд в сторону направо вызывает аудиально конструируемый образ, в сторону налево — аудиальные воспоминания. Взгляд вниз направо дает кинестетические представления, вниз налево — аудиальные представления. (Все движения глаз описываются относительно пациента; для врача, сидящего напротив, они будут противоположно направленными.) Эти движения глазных яблок тесно связаны с доминирующей модальностью, в которой человек отражает мир. Через знание этих паттернов врач имеет прямой доступ к внутренним психическим процессам, а отзеркаливая эти паттерны и заставляя пациента двигать глазами в нужном направлении, можно влиять на эти внутренние процессы.

Таким образом, предикторы речи, невербальные признаки, паттерны глаз — это уже достаточный арсенал средств проникновения в бессознательную психическую жизнь пациента.

Тонкая работа с репрезентативными системами и ключами доступа создает у пациента ощущение, что он понят без слов, дает чувство надежности и безопасности, снимает внутреннее напряжение при обсуждении интимных проблем, способствует полноценному контакту. Эти знания имеют значение и для психиатрической диагностики, психотерапевтической работы с пациентом.

## Гинекологическое обследование женщины

Осмотр женщины врачом-гинекологом затрагивает самую интимную сферу, а потому требует психологической оценки и особого деонтологического такта, глубокого уважения к стыдливости пациентки, особенно первородящей. Переход от беседы к бимануальному и инструментальному обследованию должен быть как можно более естественным. Этому способствует правильно организованный контакт с пациенткой.

В ряде случаев особо шепетильные вопросы целесообразно задавать по ходу физического обследования или после его окончания, когда контакт становится более свободным. Опытные врачи хорошо знают, что стыдливость при обследовании нередко приводит к эмоциональной напряженности, психической и физической заторможенности, хотя у части пациенток она может быть показной.

Врачу, в первую очередь мужчине, следует помнить, что гинекологическое обследование, проведенное наедине с пациенткой, может быть источником обвинения в злоупотреблении своим служебным положением, чаще всего в сексуальном насилии. Обычно эти обвинения предъявляют женщины с истерическими расстройствами личности, склонные к экстравагантным измышлениям (псевдологии). Эти женщины могут сами поверить в свой вымысел, кроме того, такая ситуация дает возможность привлечь внимание многих людей к их личности. В поведении такие женщины обычно проявляют завидную целеустремленность, в связи с чем нередко возбуждается уголовное дело против врача.

При хорошем знании врачом особенностей истерических расстройств личности такую ситуацию несложно предупредить.

Обязательным условием гинекологического обследования должна быть его безболезненность. Каждая лишняя минута пребывания женщины на гинекологическом кресле нежелательна, она тяжела не только физически, но и психологически.

## Приемное отделение

Перед родами у всех женщин усиливается тревога за их исход, состояние будущего ребенка и свое собственное. Поэтому, несмотря на проведенную психопрофилактическую подготовку, порог родильного дома беременная переступает с волнением, особенно если рождает впервые. Женщина чутко реагирует на появившиеся схватки, на обстановку стационара, куда она поступает, на поведение персонала. Важно поэтому, чтобы работа приемного отделения была четко организованной.

Дежурная акушерка и весь персонал должны знать, как принять роженицу, как реагировать на ее опасения, уметь оценить ее психическое состояние, успокоить, обнадежить, помочь, быстро и умело выполнить все необходимые процедуры, не задерживая женщину без нужды в приемном отделении. Все манипуляции, которые необходимо выполнить в приемном отделении при обычном течении родов, должны быть заранее известны роженице. Она должна быть под постоянным наблюдением, чувствовать это, понимать, что все происходящее с ней не является чем-то настораживающим.

Особого внимания требуют женщины, поступающие с высокой температурой, различными заболеваниями, гибелью плода и другой патологией. Они понимают, что возникли осложнения, взволнованы, тревожны, что само по себе осложняет течение родов. В этой ситуации необходимо быстро и квалифицированно решать вопрос о направлении роженицы в соответствующее отделение родильного дома или о переводе в другой стационар. Женщину необходимо обнадежить и успокоить.

После приема роженицы следует поговорить с ее близкими, сообщить сведения о состоянии, предупредить, что более полными они будут после детального осмотра. Из приемного отделения женщина при благополучном течении начавшихся родов поступает в родильное отделение, чаще в предродовую палату.

## Родильное отделение

Психологическое состояние играет важную роль в течении и завершении родов. Роды — психологически важнейший, кульминационный период, когда женщина эмоционально напряжена, ждет рождения ребенка, ловит каждое слово врача и акушерки, сопоставляет происходящее со своими ожиданиями, нуждается в постоянной по-

моши, особенно психологической. К персоналу в этот период предъявляются исключительно высокие требования. Женщине необходимы постоянное внимание, наблюдение и контроль. Не должно быть посторонних разговоров, неуместных дел, персонал обязан следить за каждым своим словом и действием.

Если в приемном и предродовом отделениях не были собраны полностью анамнестические данные, эту работу можно продолжить (с учетом состояния роженицы). Сразу же при поступлении в родильный блок необходимо выяснить, прошла ли женщина психопрофилактическую подготовку к родам в женской консультации, и в соответствии с этим вести роды. Очень важно иметь медицинскую документацию и полную информацию о течении беременности.

Естественно, что женщина беспокоится о ходе родов и вправе при наблюдении и осмотрах спрашивать об этом у персонала. Срок окончательных родов следует называть осторожно, только при полной уверенности, так как акушерская ситуация не всегда предсказуема и задержка родов огорчит женщину, вызовет дополнительное волнение, недоверие к врачу.

У врача и акушерки должен быть постоянный контакт с роженицей. Необходимо активно поощрять роженицу к выполнению всех манипуляций, которыми она овладела при проведении психопрофилактической подготовки к родам, следить за их чередованием, своевременно переключая на новый прием, не давать возможности «сорваться на крик». В ряде случаев следует прибегнуть к медикаментозному обезболиванию.

Женщина, потерявшая над собой контроль, теряет контакт с медицинским персоналом и отрицательно влияет на других рожениц, индуцирует у них аналогичное поведение.

Роженицу следует попытаться накормить. Для этого пища должна быть хорошо приготовлена, красиво подана, иметь аппетитный вид, так как есть женщина в это время не хочет.

Медицинскому персоналу, особенно врачу, сестре, перед уходом с дежурства домой рекомендуется зайти в предродовую палату, родильный зал, сказать несколько теплых слов, успокоить рожениц, пожелать им благоприятных родов. Это действует ободряюще, свидетельствует о заботе и внимании.

Врач родильного отделения при патологических родах в экстремальных условиях должен уметь трезво оценить акушерскую ситуацию и принять обоснованное оптимальное решение, так как на нем лежит вся ответственность за жизнь и здоровье женщины и ребенка.

При необходимости оперативного вмешательства роженицу нужно не просто информировать, но убедить в целесообразности операции. Обдумав ситуацию и приняв решение, врач предлагает его в форме настоятельной медицинской рекомендации, как единственно правильное действие. Каждая операция проводится с согласия женщины. В критических случаях его не так трудно получить, если она адекватно оценивает ситуацию.

Если есть угроза жизни, а психическое состояние женщины таково, что она не может принять самостоятельное решение (например, помраченное сознание), акушер всю ответственность берет на себя. Сомнения врача в выборе действий не должны быть известны роженице, это только ухудшит ее состояние.

После родов важно решить вопрос, в какую палату положить родильницу с учетом ее физического состояния, возможного психологического воздействия на нее. Целесообразно родивших в одни сутки помещать в одни палаты. Родильницу с соматической патологией размещают так, чтобы за ней легче было осуществлять наблюдение и уход. Следует подумать, где поместить женщину, родившую мертвого ребенка, ребенка с уродствами, чтобы она не травмировала своим видом счастливых матерей и не впала в еще большее уныние, наблюдая чужое благополучие.

Кроме перечисленных ситуаций, ежеминутно в процессе работы приходится взвешивать и решать множество других психологических проблем в разных их вариантах, и к этому следует относиться с большой ответственностью.

## Послеродовое отделение

После родов происходит восстановление физических сил, заживление раневых поверхностей, инволюция матки, начинается лактация, продолжают гормональные перестройки в организме женщины, возникают новые психологические проблемы.

У матери появляется новая функция — забота о ребенке, его кормление. Она обучается уходу за младенцем, за молочными железами, гигиеническим навыкам. В более пристальном внимании и уходе персонала нуждаются первородящие женщины, не имеющие такого опыта.

Уход за ребенком — чрезвычайно ответственное дело. Врач послеродового отделения, как и педиатр, идя на обход, должен знать состояние не только родильницы, но и ребенка, так как вопросы о новорожденных во время обхода обязательно возникают. Персонал, уха-

живающий за детьми, должен быть специально подготовлен, любить детей, чувствовать их состояние. Родильницы пристально наблюдают за работой врача и сестер, ухаживающих за детьми, за тем, как приносят ребенка на кормление, как бережно передают его матери, прислушиваются, плачут ли дети без матерей, по крику младенца пытаются «узнать своего».

Практика совместного содержания матерей и детей в небольших палатах свидетельствует о том, что у матери при таком контакте с ребенком легче вырабатываются навыки ухода за ним, да и ребенок получает больше внимания. По мнению ряда акушеров, снижается перинатальная заболеваемость детей.

В послеродовом отделении приходится решать ряд специфических психологических проблем, требующих определенного деонтологического такта и психологической культуры.

Такая ситуация, в частности, возникает в случае наличия у ребенка врожденных уродств. В этом случае необходимо провести беседу с матерью (а иногда и с обоими родителями) в присутствии педиатра без посторонних. Родителей необходимо подробно информировать о характере нарушений у ребенка, особенностях ухода за ним, о возможности исправления дефекта, об их правах в этой ситуации. Таким женщинам обычно необходима психотерапевтическая помощь, а в некоторых случаях и консультация психиатра.

Требуют повышенного внимания женщины, не состоящие в зарегистрированном браке, одинокие матери. Часто они пытаются скрыть эту ситуацию, не называют семейного положения. У многих из них развивается депрессия, возможны суицидальные попытки. Такие родильницы выглядят молчаливыми, подавленными, замкнутыми, их не всегда навещают близкие люди. В подобных обстоятельствах нередко возникает вопрос об отказе от ребенка, и здесь необходима беседа с женщиной с участием юрисконсульта родильного дома и полная информация матери о ее правах. Такая категория женщин всегда нуждается в психологической поддержке и помощи.

Ряд психологических (деонтологических) проблем связан с тем, что мать не может кормить ребенка грудью по состоянию здоровья. В одних случаях кормление может нанести вред ее здоровью, в других — здоровью новорожденного. Врач обязан убедить женщину в необходимости принятия правильного решения.

Прекращать лактацию и кормление ребенка грудью обычно приходится при развитии у родильниц послеродовых психозов и послеродовых депрессий, требующих лечения психотропными препаратами.



ми, которые попадают в женское молоко и не могут быть безвредны для ребенка. Кроме того, психически больные матери не обеспечивают ухода за младенцем, могут совершить суицид и инфантицид.

При оказании помощи подобным больным ряд вопросов придется решать совместно с психиатром и членами семьи. Такие проблемы возникают при помещении женщины в психиатрический стационар, уходе за больной и ребенком в домашних условиях.

В случае экстренной операции в родильном отделении с удалением матки и придатков сообщать об этом женщине нужно крайне осторожно. Лучше это сделать, когда женщина окрепнет после операции. Следует объяснить, что операция сделана в интересах сохранения ее жизни, что она не отразится на интимной жизни.

При информировании женщины о ее болезни следует придерживаться такого правила: чем тяжелее и опаснее заболевание, чем хуже прогноз, тем деликатнее нужно сообщить об этом пациентке, оставляя ей надежду на выздоровление; наоборот, чем легче заболевание и благоприятнее прогноз, тем меньше оснований скрывать истину.

Особого внимания в послеродовом отделении и при последующем наблюдении в женской консультации требуют женщины из группы высокого риска возникновения психических расстройств. Это в первую очередь молодые первородящие матери; женщины с отягощенным психическими заболеваниями семейным анамнезом; женщины, заболевшие психическими заболеваниями до родов или в связи с предыдущими родами. У родильниц этой группы нужно внимательно следить за сном, состоянием эмоциональной сферы. Растерянность, тревога, неприязнь или безразличие к младенцу, чрезмерный страх за него, подозрительность, нарушение сна, реже неадекватно повышенное настроение являются первыми признаками послеродового психоза. Такие начальные расстройства психики часто остаются незамеченными из-за недостатка знаний в этой области у медицинского персонала послеродового отделения.

## **Врач и родственники пациента**

Общение врача с родственниками пациента — один из наименее разработанных аспектов медицинской психологии и деонтологии.

С родственниками больных врач должен встречаться регулярно и не только идя навстречу их желаниям, но и по собственной инициативе. Их следует информировать о ходе лечения, изменении состояния, вести работу так, чтобы сделать их своими союзниками и по-

мощниками. При тяжелой болезни близкого человека родственники взволнованы, встревожены, ищут возможности помочь врачу. В такой ситуации нужно постараться оценить психическое и эмоциональное состояние близких, направить их энергию, усиленную тревогой и волнением, в разумное русло.

О тяжелом исходе или смерти целесообразно сообщать одному из близких родственников, заранее выбрав из их числа наиболее подходящего по личностным качествам и авторитетного в семье человека, с которым можно обсудить, как подготовить к этому известию остальных членов семьи.

Следует внушить родственникам, что для спасения жизни близкого им человека, оказания лечебной помощи делается все возможное. Если родственники требуют консультаций известных медиков, в ряде случаев следует идти на это, даже если исход болезни предрешен. В случае летального исхода родственники должны знать, что сделано все возможное, — это уменьшит их страдания и чувство вины. Во враче они будут видеть близкого, сопереживающего человека. Ведь не случайно и в эти трудные для родственников минуты врачу нередко высказывается благодарность. Он должен понимать, что чувство отчаяния — плохой помощник в данной ситуации, и психологически помогать близким больному.

В менее критических ситуациях, когда лечение идет успешно, родственников также следует сделать своими помощниками, союзниками, и такую работу целесообразно начать, собирая о вашей пациентке у близких людей объективный анамнез. При этом врач получает информацию о личности и болезни, более полно узнает своего пациента, оценивает взаимоотношения в семье, определяет пути влияния родственников на больного, стараясь управлять этим процессом. Родственники должны быть информированы так и настолько, чтобы они могли правильно влиять на психическое состояние пациентки. Не секрет, что нередко она смотрит на свою болезнь глазами родственников и ведет себя в соответствии с этим.

Работая с пациенткой и ее родственниками (опекунами), следует помнить, что все они находятся в экстремальной ситуации (особенно при тяжелых болезнях) и психическое состояние их меняется в зависимости от ряда факторов и имеет определенную динамику, что у них повышена психическая внушаемость. Если врач не займет здесь активную позицию, то больная и ее близкие будут формировать свои мысли и оценки по иным каналам, часто получая информацию у среднего и младшего персонала, у других врачей, которые не

лечат больного, у знахарей. Сопоставляя полученные сведения, они формируют свое, обычно неправильное, представление о болезни, не без скепсиса относятся к проводимому лечению, нередко требуют преждевременной выписки из стационара для продолжения лечения у знахаря или экстрасенса. В такой ситуации в первую очередь следует подумать о том, какая ошибка была допущена врачом в работе с родственниками.

При выписке больной из стационара члены семьи должны быть четко информированы о дальнейшей схеме амбулаторного лечения, режиме, допустимой активности и т.д.

Желательно, чтобы в амбулаторных условиях больную наблюдал тот же врач, который лечил ее в стационаре и хорошо знает родственников. Если это невозможно, информация о больной, рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению передаются врачу амбулаторной службы.

При нормальном течении беременности, родов и послеродового периода контакт с родственниками имеет свои особенности. Нередко беременных женщин, особенно в последние сроки беременности, в женскую консультацию сопровождают мужья, родители, которые терпеливо ждут, пока жена (дочка) консультируется и обследуется у врача. Это заинтересованные люди, и провести с ними беседу, поговорить индивидуально не составляет труда.

Близкие люди, и в первую очередь муж, должны усвоить, что женщина в период беременности хоть и здорова, но находится в особом положении и нуждается в бережном, внимательном отношении. В первой половине беременности у нее могут быть тошнота и рвота, избирательное отношение к пище, обостренная реакция на запахи. Обычно меняется, становясь неустойчивым, настроение, повышается ранимость, появляются плаксивость, раздражительность. Часто уже на ранних сроках беременности женщины испытывают повышенную утомляемость, которая может усиливаться с приближением родов, сонливость днем, потребность в более продолжительном ночном сне. Женщина прислушивается к шевелению ребенка, тревожится за исход родов, здоровье будущего ребенка и свое собственное, становится более внушаемой.

Все эти проявления беременности особенно четко выражены у первородящих и молодых женщин. Различные психотравмирующие факторы, даже незначительные конфликты в семье, физические и психические перегрузки, нарушения режима труда и отдыха, курение, употребление без назначения врача лекарств могут заметно ухудшить со-

стояние беременной, вызвать патологические расстройства у матери и плода. Акушер-гинеколог должен информировать об этом родных, научить их вести себя с учетом психических и физических особенностей беременной женщины, заботясь о здоровье женщины и будущего ребенка.

В особый психологической поддержке нуждаются несовершеннолетние и женщины с внебрачной беременностью, и поддержку эту необходимо оказывать всеми доступными для врача способами, используя и регулируя в первую очередь отношения в семье.

При поступлении женщины в родильное отделение информирование близких должно быть постоянным и полным, так как это самый напряженный для роженицы и ее родных период. Нередко мужа не уходят домой, остаются ожидать конца родов, и с этим необходимо считаться.

В некоторых родильных домах по желанию женщины допускается присутствие мужа при родах. С ним необходимо провести специальную беседу, чтобы все, что происходит в этот период, не было для него неожиданностью, не оставляло тяжелого впечатления, чтобы его присутствие помогало жене, делало супругов еще более близкими людьми.

В литературе описаны случаи тяжелого и своеобразного реагирования мужчины на роды жены. Мужья часто с большим волнением переживают происходящее. Иногда это волнение настолько велико, что сопровождается вегетативными симптомами. Есть сообщения о коллапсе, жалобах на боли в животе, непроизвольной дефекации. В таких случаях говорят о куваде<sup>1</sup>. Синдром кувады может наблюдаться у мужа в первые месяцы беременности жены. Появляются жалобы на тошноту, слабость по утрам и даже на зубную боль (L.Y. Vogren, 1983). Описан даже случай возникновения у мужа маниакального психоза в связи с родами жены (И. Харди, 1974).

Большое внимание со стороны врача и родных, особенно мужа, требуется женщинам в послеродовом периоде. На фоне послеродовой астении, пережитого эмоционального напряжения, выраженных гормональных изменений, начавшейся лактации происходит адаптация женщины к новым условиям функционирования семьи (кормление и уход за ребенком, новые взаимоотношения в семье и т.д.).

---

<sup>1</sup> Термин происходит от франц. *couvade* — высиживание яйца, обозначающего обрядовую симуляцию отцом родового акта при рождении ребенка (обычай, известный у многих народов).

В раннем послеродовом периоде у значительного числа женщин развиваются более или менее выраженные расстройства психики: у 10–20 % — депрессии невротического уровня, у 0,1–0,2 % — послеродовые психозы, у большинства — послеродовые блюзы, не считая изменений психики в период беременности.

Для предупреждения перечисленных психических расстройств необходима не только постоянная работа врача с самой женщиной, но и консультирование близких ей людей (родственников, мужа). Речь идет не о прямых частых контактах, а о правильно спланированной работе с родственниками.

Чтобы провести эффективную работу по психологической помощи женщине в генеративном периоде, врачу женской консультации следует иметь представление о методах семейной психотерапии, семейного психологического консультирования, использовать эти приемы в работе, поддерживать контакты с сексопатологами, психотерапевтами, психологами и использовать их помощь.

Семейная психотерапия состоит из комплекса приемов и методов, направленных на лечение, профилактику расстройств с помощью семьи и коррекции (оптимизации) семейных отношений (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1990).

Рождение ребенка меняет структуру семьи, перекраивает межличностные отношения, формирует сложные и ответственные родительские роли, распределение обязанностей. Супруги, особенно часто мужа, не сразу понимают это, что вызывает внутрисемейные конфликты. С рождением ребенка во многих молодых семьях возникает психологически сложная ситуация, которую муж воспринимает примерно так: «Ребенок отнял у него внимание и заботу жены». Не всегда правильно распределяются семейные обязанности: не окрепшая после родов жена остается с ребенком дома и большая часть семейных забот ложится на нее. Отсюда переутомление, недосыпание. Все это требует коррекции и помощи со стороны.

Врач женской консультации должен уметь разобраться в структуре семьи, во взаимоотношениях ее членов, распределении ролей и обязанностей и попытаться корректировать их во время общения с мужем, родственниками и самой пациенткой. Это не значит, что он будет выполнять не присущую ему функцию. Такие проблемы часто лежат на поверхности, и врач своим авторитетом, советом, разъяснением в состоянии помочь женщине, предупредить многие болезни и психологически сложные ситуации. В трудных случаях эту роль должен взять на себя специалист, владеющий приемами семейной психотерапии.

## Психолого-деонтологический аспект работы акушерки

«Акушерка — это медицинский работник со специальным средним образованием, оказывающий лечебно-профилактическую, акушерско-гинекологическую помощь» (БМЭ, 1974). К перечисленному следовало бы добавить и психологическую помощь.

Роль акушерки и другого персонала со средним медицинским образованием в работе медицинских учреждений часто недооценивается. В них видят только помощников врача. Правильнее было бы считать, что и врач, и акушерка выполняют одну и ту же очень важную работу в родовспоможении, просто каждый делает ее по-своему, ему присущими методами.

Роль акушерки растет с совершенствованием медицинской помощи. С. Таунсед (1998), дипломированная медицинская сестра, в своей книге справедливо подчеркивает, что «сестры на протяжении многих лет вели борьбу за то, чтобы добиться признания своей профессии, за определение границ деятельности».

Мы не всегда учитываем тот факт, что акушерка много знает, достаточно долго (до 4 лет) обучаясь своей специальности. Самостоятельность акушерки особенно четко выступает в ее работе на селе, в фельдшерско-акушерском пункте, где врач осуществляет только общее руководство.

Акушерка обычно не в полной мере, только по случаю используется с целью психологического воздействия на женщину, при проведении психопрофилактической, психотерапевтической, психокоррекционной работы и не всегда хорошо обучена этому, часто до конца не понимает своей роли.

Необходимо, чтобы акушерка получала достаточный объем знаний по медицинской психологии и психологии работы с больными (беременной, роженицей, родильницей), которые становились бы органичной частью ее личности и использовались в работе.

Психологически правильному (деонтологическому) поведению следует обучать не только в медицинских училищах, акушерских школах, но и постоянно в процессе работы. Такие знания должны оцениваться как часть (и значительная) профессиональных знаний.

Акушерка проводит с больными, родильницами, роженицами больше времени, чем врач, больше наблюдает за ними. При уходе за женщинами, выполнении врачебных предписаний складываются контакт и взаимодействие, эмоциональные связи. Часто женщины именно сестрам, акушеркам рассказывают то, о чем не говорят врачу, это полу-

чается проще и естественнее. Такие признания, как подметил И. Харди, часто рождаются во время ночных дежурств и утренних контактов с женщинами, когда само время располагает к откровенности. Нередко сообщаются сведения, ценные для постановки правильного диагноза и лечения. Акушерка должна уметь оценить их значение и информировать об этом врача, а также учитывать в своей работе.

Акушерка по невербальной информации, идущей от пациентки, должна тонко чувствовать, когда женщина испытывает потребность побыть одной, когда необходимо ей помочь (поправить подушку, ободрить, прикоснуться).

Акушерка, как и врач, по-своему должна уметь сопереживать, разделить тревогу, сомнения женщины, понять, облегчить состояние, вселить уверенность, поддержать надежду и таким путем улучшить исход беременности, родов, болезни.

Присутствие акушерки создает у женщины чувство защищенности, большей безопасности. Акушерка должна уметь выслушать пациентку — это не менее важно, чем в работе врача. Открывая свой внутренний мир, свои сомнения и переживания, женщина испытывает облегчение, снимает напряжение. При этом важно уметь задавать вопросы и делать это не торопясь, посидев рядом, уметь использовать полученную информацию в терапевтическом процессе.

Акушерка должна научиться оценивать внутреннюю (субъективную) картину беременности, родов, послеродового периода (по аналогии с внутренней картиной болезни), понимать, как женщина реагирует на беременность, рождение ребенка, каковы динамика ее переживаний и самочувствия, причины тревоги и беспокойства, правильно ли она понимает эти физиологические процессы, как складываются отношения в ее микросоциальном окружении.

При этом акушерке для действенного психологического контакта необходимо оценить особенности личности пациентки, знать, чем та занимается, ее интересы, семью, учесть умственное развитие, вжиться во все ее проблемы, страдания, провести разумную разъяснительную беседу, пользуясь медицинскими знаниями и примерами из своей практики, успокоить. При такой беседе акушерка (сестра) должна точно учитывать границы своей компетенции.

Акушерке приходится также выполнять руководящую, воспитательную, просветительскую работу, знакомить женщину с распорядком стационара или женской консультации, следить за тем, чтобы все было правильно понято и воспринято.

Особо сложен и мало изучен начальный этап встречи акушерки с женщиной в консультации, отделениях роддома. Не до конца выяс-

нены психологические реакции, связанные с процессом знакомства. При этом имеет значение ряд факторов, часто трудно учитываемых. Нередко в процессе установления такого контакта помогают опыт и интуиция.

Для акушерки имеют значение прежние впечатления, предубеждения, воспоминания, которые могут быть перенесены на новое лицо, а также могут послужить причиной заблуждения. Сложно приспособиться к обстановке и персоналу и самой пациентке.

Весь этот процесс требует пристального изучения в целях успешного практического использования.

Если знакомство состоялось, эмоциональный контакт установился, возникло чувство эмпатии, тогда становится возможным формировать у пациентки правильное отношение к своему состоянию, корригировать ее страхи и опасения, придирчивость. Однако и этот процесс чреват сложностями, которые не всегда легко предвидеть.

Акушерке (сестре) для большей отдачи при взаимодействии с пациентами следует усвоить и приемы «отзеркаливания», «мимезиса», научиться повторять их позы, мимику, жесты, синхронизировать дыхание, вставлять реплики во время выдоха, что зачастую воспринимается собеседником как «озвучивание» и продолжение собственных мыслей. Не нужно копировать патологические изменения речи собеседника (дефект произношения, заикание), навязчивые движения и все то, что составляет помеху на осознанном уровне. Подчеркивание подобных недостатков, как правило, негативно воспринимается партнером по собеседованию.

В контакте большую роль играет невербальное общение. Оно в основном формирует эмоциональную оценку контакта. Следует помнить, что этот вид общения в настоящее время достаточно изучен, а поэтому должен стать достоянием среднего медицинского персонала и умело использоваться им. Пациентки не всегда понимают значение отдельных жестов, мимики, тембра голоса, взгляда, но обычно безошибочно их оценивают на подсознательном уровне. Это важный механизм установления контакта и получения информации.

Акушерка, как и врач, должна уметь хранить тайну. Доверенные ей сведения о болезни, личной и интимной жизни пациентки нельзя рассказывать никому, кроме врача. Это вызовет неприязнь, недоверие, принесет вред психическому и физическому состоянию женщины.

Нужно всегда помнить об уважении к человеку, находить оптимальный вариант общения, учитывая, что беременные, роженицы,



родильницы отличаются повышенной ранимостью, чувствительностью, внушаемостью.

При нарушении контакта с акушеркой, врачом поведение женщины меняется. Возникают недоверие, неудовлетворенность, враждебность. Могут появиться необоснованные требования новых обследований, назначений, ненужные вызовы сестры, попытки контролировать медицинский персонал, уход за новорожденными, жалобы на работу персонала в различные медицинские и немедицинские инстанции.

Акушерка, как и врач, своим неправильным поведением, недоучетом психического состояния пациентки, не к месту сказанным словом, мимикой, жестами, молчанием может стать источником психогенно вызванного расстройства, ухудшения здоровья, которое в таких случаях носит название сороригении — состояния, аналогичного ятрогении (*sorori* — сестра, *genao* — создавать, *iatros* — лекарь, врач).

Последствия таких воздействий проявляются подавленностью, тревогой, страхом, беспокойством, ухудшением физического самочувствия, вегетативно-соматическими расстройствами, иногда тошнотой, рвотой, особенно у беременных, неприятными ощущениями в низу живота.

Акушерке не реже, чем врачу, приходится встречаться с родственниками своих пациенток, обычно взволнованными людьми, старающимися содействовать и словом, и делом, готовыми сделать все, чтобы помочь близкому человеку.

Между врачом и сестрой и тут должна быть отработана единая тактика поведения. Информацию о здоровье пациентки, характере проведенной операции акушерка (сестра) давать не должна — это обязан сделать врач. В глазах родственников он более авторитетен, больше знает, владеет более полной информацией. Исключением являются те манипуляции, которые выполняются акушеркой самостоятельно на фельдшерско-акушерских пунктах, в сельских родильных домах, где врач осуществляет только общее руководство.

Родственники, однако, нередко пытаются получить такую информацию и от сестры (акушерки). Часто они бывают чем-то встревожены, недовольны, не доверяют врачу, поэтому собирают сведения для сопоставления их с имеющейся у них информацией, для проверки правильности действий врача.

Сестра обычно может тонко учесть отношение родственников к врачу и разрядить ситуацию недоверия. Следует информировать врача о поведении родственников, а при необходимости посоветовать встретиться с ними, чтобы разрешить назревающий конфликт.

Акушерке приходится встречаться с родственниками в менее официальной обстановке, когда организуется свидание, принимаются передачи, записки, производится выписка из стационара. Она часто знает о пациентке многое из того, что не известно врачу, и может подробно рассказать родным о ее общем самочувствии, о том, как прошел день, охотно ли ела, что понравилось и т.д. Все это создает атмосферу доверия, взаимопонимания, формирует эмоциональные контакты и в итоге сказывается на состоянии женщины.

В ряде случаев врач должен информировать акушерку о возможности конфликта с родственниками, личностных особенностях и претензиях, наметить общую линию поведения для разрешения такой ситуации, возможно, в чем-то изменить тактику психологической работы с пациенткой, а не только с родственниками.

Ни больные, ни их родственники не должны быть свидетелями конфликтов между медицинским персоналом, нетактичных замечаний врача в адрес подчиненных, склок и разборок в коллективе. В отделении всегда можно предупредить конфликтные ситуации персонала между собой и с пациентами. Все это должно стать предметом обсуждения и оценки на пятиминутках, в личной беседе с врачом.

Для взаимопонимания в коллективе каждому его члену важно знать личностные особенности коллег и свои собственные. Сделать это можно методом наблюдения за окружающими, самонаблюдения. В ряде случаев следует прибегнуть к экспериментально-психологическому тестированию — индивидуальному и анонимному. Помогут выполнению единых требований и групповые обследования, обсуждения стиля работы, пример опытных акушерок.

Венгерский врач И. Харди (1974) справедливо замечает, что «...личность сестры, метод ее работы, стиль ее, умение обращаться с больными, владение техникой психологической работы с больным — все это, как и в случае врача, само по себе может служить лекарством, оказать исцеляющее действие. Однако приходится считаться с побочными действиями этого «лекарства», с его иногда вредными воздействиями, с проблемами соответствующей его дозировки».

## Ятрогения

**Ятрогения** — психогенное расстройство, возникающее как следствие деонтологических ошибок медицинских работников, неправильных, неосторожных высказываний и действий — известна в медицине давно. Однако сам термин получил широкое распространение лишь

после опубликования в 1925 г. работы немецкого психиатра О. Бумке «Врач как причина душевных расстройств». Способствовали внедрению в медицину этого термина и работы Г. Груле, Е. Блейлера, Э. Крепелина, появившиеся почти одновременно с публикацией О. Бумке. Ятрогения в то время рассматривалась как вариант психогении.

Позже И.А. Кассирский (1970), Б.М. Хромов (1977), а вслед за ними и другие исследователи расширили содержание этого термина и стали относить сюда любую патологию, возникшую в результате действий врача. Сюда включили расстройства, возникающие от неправильно проведенных манипуляций, различных процедур, хирургических операций до возникновения так называемых лекарственных болезней, которые ряд исследователей, в отличие от ятрогении, начали называть *ятропатиями*, или *соматическими ятрогениями*, а психогенно вызванные расстройства — *ятрогениями общения*.

С таким широким пониманием ятрогении вряд ли можно согласиться. Так, некоторые отрицательные последствия приема лекарств, к примеру побочные действия нейролептиков, антидепрессантов, — явления неизбежные. Осложнения при неправильно проводимом обследовании или лечении больного относятся к категории врачебных ошибок или даже медицинских правонарушений и составляют особую группу, не имеющую отношения к психогенным расстройствам.

Существенную роль в возникновении ятрогенных заболеваний играет личность больного. Способствуют ятрогении повышенная тревожность, мнительность, внушаемость, чрезмерная сосредоточенность на своем здоровье, астенические черты личности. Чаще такие состояния возникают у женщин, особенно в периоды биологических кризов, к которым относятся беременность и роды.

Причинами психогении могут служить неудачно сказанное слово, непродуманная реплика, «подозрительное» молчание, интонация, жест, взгляд, которые могут оцениваться как свидетельства трудности диагностики, тяжести заболевания, безнадёжного прогноза.

Ятрогении развиваются после сложных инструментальных исследований, консультаций смежных специалистов, особенно онкологов. Для тревожно-мнительного пациента само назначение инструментального исследования, специальная подготовка к нему, вид незнакомой медицинской аппаратуры является серьезным поводом для тревожной настороженности, особенно если отсутствует тактичное и доброжелательное разъяснение врача. В таком случае ятрогенной может стать сама процедура исследования, сопровождаемая оценкой состояния пациента с применением непонятной для него, а потому пугающей, терминологии.

Особого внимания заслуживает вопрос о популярной медицинской литературе, выступлениях малоопытных лекторов. Все чаще встречаются ятрогении, вызванные средним и младшим медицинским персоналом, — сороригении.

Ятрогенная травма может послужить (и чаще всего служит) причиной психогенных расстройств (неврозов, соматоформных, ипохондрических расстройств, патологических развитий личности), психозов и соматических заболеваний, способствовать утяжелению течения той или иной соматической или психической болезни.

Существует мнение, что ятрогениям почти в равной степени подвержены люди с разным уровнем образования, хотя у лиц с высшим образованием они отличаются большей сложностью логических построений.

Возникновение ятрогенного заболевания обычно связано с посещениями врача, профосмотрами, различного рода обследованиями, прослушанными на медицинскую тему лекциями, прочитанной медицинской литературой. Преподавателям медицинских институтов хорошо известна «болезнь третьего курса», когда еще слабо владеющие клиникой студенты, прослушав лекцию, начинают находить у себя все признаки изучаемого заболевания (вид дидактогении). На пятом курсе такие состояния встречаются при изучении курса психиатрии, особенно раздела пограничных психических расстройств.

Обычно лица с ятрогией не связывают расстройство с истинным источником психотравмы и обращаются к другим специалистам, которых выбирают в зависимости от своих представлений о характере возникшего расстройства, — кардиологам, венерологам, акушерам-гинекологам, онкологам и т.д. Еще О. Бумке подчеркивал, что врач при этом часто сам не замечает своей роли в психогенезе заболевания.

В клинической картине ятрогенного расстройства обычно звучит ситуация, в которой получена психотравма. Так, психогенные кардиофобии, канцерофобии, спидофобии, как правило, конкретны по содержанию. Анализируя их, можно сложить представление о том, какая ошибка врача или другого медицинского персонала (и в какой ситуации) послужила причиной ятрогении, какие личностные особенности пациента способствовали ее формированию.

Клинически ятрогении проявляются различного рода невротическими психическими расстройствами (в первую очередь депрессией), которые обычно сочетаются с вегетативно-соматическими дисфункциями (колебания АД, диспептические расстройства, нарушения сна и аппетита и др.). Это чаще всего депрессивные, конверсионные,

ипохондрические расстройства (синдром ятрогенной ипохондрии Х. Хиггера — псевдосифилитический, псевдотуберкулезный — описан еще в 1928 г.).

Вегетативные расстройства в зависимости от характера психотравмы, преморбидных особенностей личности и соматических характеристик организма могут иметь разные локализацию и проявления. У беременных они проявляются преимущественно в первом триместре беременности тошнотой, рвотой, головокружениями, различного рода сенестопатиями, неприятными ощущениями в низу живота.

Ятрогенно могут возникать любые конверсионные расстройства, в том числе мнимая беременность, другие соматические и неврологические нарушения. При этом снижается настроение, появляется тревога за свое здоровье, формируется убежденность в наличии какого-то заболевания, побуждающая прибегать к новым посещениям врачей и обследованиям.

Вовсе не факт, что женщина с ятрогией физически и психически абсолютно здорова. Ятрогения может утяжелить картину уже существующего страдания: так, при наличии воспалительных явлений в придатках или фибромиоме матки может психогенно сформироваться мысль о неизлечимости существующего заболевания, его плохом прогнозе, наличии злокачественного новообразования.

Характер ятрогий зависит от распространенности и эффективности лечения тех или иных болезней. В настоящее время психогенно чаще всего формируются канцеро-, СПИДО-, сифило- и кардиофобии.

По данным В.Д. Карвасарского (1980), треть случаев неврозов имеет ятрогенную природу и количество таких невротических расстройств увеличивается. По мнению автора, этому способствует тот факт, что люди, как правило, обращаются не к одному врачу, а к нескольким.

В неблагоприятных условиях при отсутствии своевременного адекватного лечения течение ятрогии может принять длительный характер с формированием постневротического развития личности, ее психопатизацией.

Лечение ятрогий в основном психотерапевтическое в сочетании с назначением антидепрессантов, транквилизаторов, фитотерапии, физиопроцедур. Недопустимо в такой ситуации заявлять больному, что заболевания у него нет и всякое лечение излишне.

Возникновение ятрогий напрямую зависит от психологической культуры врача и другого медицинского персонала. Психологии обращения с больными нужно специально обучать как врача, так и сестру с учетом особенностей их работы.

Юридические аспекты ятрогий практически не разработаны.

## Врачебная тайна, или конфиденциальность отношений с пациентом

В акушерстве и гинекологии к хранению врачебной тайны предъявляются общие требования, принятые в нашей медицине. Врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейной жизни пациентов.

Врачи и средний медицинский персонал — те, кто имеет возможность знакомиться с медицинской документацией, должны сохранять в тайне не только сообщенные больным сведения, но и сам факт перенесенного им заболевания. Нельзя упоминать фамилии больных в научных трудах и докладах; на фотографиях лицо пациента следует маскировать.

Врачебная тайна хранится до тех пор, пока это не затрагивает интересов общества. Так, врач обязан незамедлительно ставить в известность санитарные органы о случаях инфекционных заболеваний, следственные органы — об убийствах, криминальных абортах, тяжелых травмах. Врач должен также сообщать руководителям медицинских учреждений о заболеваниях людей, работа которых противопоказана в данной отрасли: например, о дальтонизме у водителей транспорта, о случаях дизентерии у работников общепита и т.п. Законодательно оговорено, в какие судебные, медицинские органы должна сообщаться медицинская информация.

Вместе с тем в акушерстве и гинекологии существуют свои специфические ситуации, где необходимо хранить врачебную тайну.

Содержанием тайны может быть наличие в прошлом беременностей, перенесенных или предстоящих операций на половых органах. Женщина должна быть уверена, что эти сведения не станут достоянием знакомых, близких родственников, прежде всего мужа. Врач не должен информировать мужа об удалении у женщины яичников и матки, если эта информация, по мнению женщины, делает ее «неполноценной» в глазах мужа. Объяснить мужу суть проделанной операции следует так, чтобы не навредить женщине. Сообщить мужу о проведенной операции может сама женщина, если пожелает.

О случаях врожденной аномалии, такой как аплазия матки, влагалища, когда операцией лишь создают условия для половой жизни, а детородная функция исключается, врач также не имеет права информировать мужа. Согласно положению о браке, во всех этих случаях вступающие в брак сами должны осведомлять друг друга о состоянии своего здоровья, и если один из супругов почему-либо этого не делает,

врач не может вмешиваться в их отношения. Из этого правила исключается ситуация, когда один из супругов болен венерическим или иным заразным заболеванием и еще не закончил курс лечения.

В акушерской практике нередки случаи усыновления детей бесплодными супружескими парами. Разглашение тайны усыновления, сообщение об истинных (биологических) родителях усыновляющим и, наоборот, истинным родителям о семье ребенка, усыновившей его, является нарушением врачебной тайны.

Врачебной тайной должно быть уродство и болезни новорожденного — об этом подробно информируются только родители.

Большие психологические проблемы вызывает искусственное оплодотворение женщины в бездетном браке с необходимостью абсолютного сохранения тайны заинтересованной пары.

Врачебная тайна может храниться и от самого пациента. Открытым остается вопрос, в какой степени следует информировать больного о его болезни. Несомненно, бывают пациенты, которым предпочтительнее знать всю правду, включая оставшийся срок жизни, чтобы закончить земные дела, но таких единицы, поэтому следует тщательно взвесить все, прежде чем дать пациенту исчерпывающую информацию о его болезни. Большинство людей в ситуации неизбежности ухода из жизни становятся депрессивными, теряют интерес к происходящему и умирают морально раньше, чем физически.

Самому больному правду о его болезни, вероятно, нужно преподносить дозированно; сообщать всю информацию в тяжелых случаях нельзя. У человека всегда должна оставаться надежда на жизнь, выздоровление или улучшение состояния. Обычно чем тяжелее заболевание и печальнее прогноз, тем меньше об этом должен знать больной. Медицинские работники, разгласившие врачебную тайну, в случае тяжелых последствий могут привлекаться к судебной и административной ответственности.

## Механизмы психологической защиты

Каждый человек стремится к сохранению и поддержанию психического равновесия, сохранению устойчивого образа Я. Это необходимое условие жизни. Я оберегает себя с помощью защитных психологических механизмов. Особенности психологической защиты и степень ее совершенства определяют способность человека адаптироваться к сложившейся ситуации, внутреннюю картину болезни и здоровья, самочувствие, а потому используются врачом в процессе психотерапевтического воздействия на пациента.

Под психологической защитой понимаются комплекс психологических мер или действий, чаще неосознаваемых, избавляющих личность от чувства напряжения, способствующих сохранению самоуважения, психического и соматического здоровья.

Механизмы психологической защиты, в значительной мере определяющие поведение, оцениваются в процессе контакта с пациентом и имеют большое значение для определения терапевтических подходов.

Первым обратил внимание на эту сторону психической жизни человека, изучая бессознательное, З. Фрейд. Им были выделены и описаны следующие механизмы психологической защиты: вытеснение, проекция, смещение, идентификация, компенсация, фиксация, регрессия и реактивные образования. К настоящему времени их описано несколько десятков.

Психологическая защита имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Важно поэтому, чтобы и пациент и врач имели представление о собственных механизмах защиты и разумно пользовались этим — оценивали свое поведение в стрессовых ситуациях, выбирали оптимальный вариант реагирования. Врач должен помочь пациенту осознать особенности его реакции, отыскать способ разрешения проблемы, оставляя сам выбор за индивидом.

Методы психологической защиты не всегда используются людьми осознанно, поэтому выбор оптимального реагирования бывает затруднен. Врач, мало знакомый с проблемой, не всегда способен помочь пациенту. Вместе с тем правильное использование защитных механизмов эффективно как при коррекции психических расстройств, так и при соматической патологии.

Различные механизмы психологической защиты могут выступать как отдельно, так и в совокупности друг с другом. Общепринятой классификации видов психологической защиты на сегодняшний день нет, как нет и общепринятых принципов их выделения. Так, к защитным механизмам стали относить дереализацию и деперсонализацию, когнитивную защиту и даже «быстрый сон» в нейрофизиологической картине сна, стремление уйти от забот в «первобытное состояние», раствориться среди природы, чувствуя свое родство с ней, и т.д.

Общепризнанными являются следующие виды психологической защиты.

**Вытеснение (регрессия)** — устранение из сознания неприятных переживаний, мыслей, побуждений на неосознаваемый уровень и уменьшение таким путем отрицательных эмоций. При этом происходит как бы забывание неприятных фактов (аффектогенная амнезия), психо-



травмирующая ситуация не осознается пациентом. Собрать полноценный анамнез у таких лиц нередко бывает трудно, они «не помнят», «не знают» многого из того, что как раз интересует врача.

Недостатком этого механизма является то обстоятельство, что вытесненные комплексы продолжают влиять на душевную жизнь и поведение человека, ищут «выхода» из бессознательного. Для их удержания требуется постоянный расход энергии.

**Отрицание** — это попытка не принимать за реальность события, нежелательные для Я. В таких случаях пациенты в своих «воспоминаниях» могут пропускать неприятные события или заменяют их вымыслами. При наличии серьезной патологии пациенты относительно своего состояния могут высказываться примерно так: «Это ничего, я уверен, что мне ничего не угрожает».

Отрицательные факты как бы отодвигаются на периферию сознания, им не придается существенного значения. По такому механизму могут отрицаться неприятные аффекты (отрицание аффектов), страхи, тревога: «Я ничего не чувствую», «Это меня не волнует».

**Рационализация** — один из наиболее часто используемых механизмов защитного поведения. Заключается в стремлении к самооправданию, нахождение приемлемых причин и объяснений собственному неприемлемому для Я поведению, причина которого маскируется не только для других, но и для себя. Человек при этом старается найти максимально убедительные и правдоподобные доводы в свое оправдание.

Недостаток такого механизма заключается в том, что конструктивного, делового обсуждения проблемы человек избегает. Например, пациент, зависимый от наркотических или токсических веществ, объясняет свое поведение тяжелой жизнью, плохим характером и пр.

**Проекция** — подсознательное приписывание своих собственных отрицательных качеств и побуждений другому человеку. Чаще всего такой способ защиты служит для повышения самоуважения, для оправдания перед собой и окружающими своих собственных отрицательных черт и поступков. В этом фрейдовском понимании проекция тесно связана с вытеснением — человек отрицает у себя наличие той или иной личностной черты и приписывает ее окружению. Согласно другому подходу, идущему от К. Роджерса, человек признает наличие у себя негативных черт, но считает, что ответственными за их появление являются другие.

Этот механизм защиты затрудняет самопознание и созревание личности из-за невозможности объективного восприятия внешнего

мира. Часто встречается при пограничных психических расстройствах.

**Идентификация** — достижение внутреннего психического успокоения путем идентификации (отождествления) себя с более сильной личностью, часто представляющей угрозу. Таким образом достигается символическое разрешение конфликтов и редукция тревоги. Этот механизм может лежать в основе построения Я-концепции — ситуационного облика личности. В таких случаях от ситуации к ситуации человек обнаруживает стиль поведения, ему не присущий. Формируется сверх Я, перенимаются нормы поведения, освобождающие от конфликтов.

Недостаток механизма кроется в том, что через идентификацию могут возникать асоциальные формы поведения, например агрессия.

**Сублимация** — наиболее распространенный защитный механизм, с помощью которого социально не адаптированные чувства и побуждения трансформируются в различные виды полезной деятельности, приемлемой для индивида и общества (творчество, спорт и т.д.). Таким путем индивид справляется с эмоциональными конфликтами и внешними или внутренними стресс-факторами.

**Регрессия** — переход на более примитивный уровень поведения, реагирования и мышления как способ защиты от психотравмирующего состояния.

**Агрессия** как форма психологической защиты может быть явной и скрытой (пассивной).

*Явная агрессия* может быть словесной и физической; *скрытая агрессия* может проявляться упрямством, завистливостью, ревностью, а иногда и внешним согласием, за которым скрывается тайное сопротивление, чувство обиды или враждебности. Это активная или пассивная атака на объект психотравматизации, его дискредитация и обвинение.

**Уход и ограничение Я** — снижение уровня притязаний, избегание ситуаций, где могут проявиться недостатки человека. Это снижает активность, и в будущем у такого человека могут возникнуть проблемы с саморегуляцией.

**Компенсация** — стремление к достижению успехов в другой области для компенсации неудач, чтобы чем-то отличаться и привлечь к себе внимание.

**Гиперкомпенсация** — стремление к достижению успеха и чувства значимости в той области, которая до сих пор была наиболее трудной. Так физически слабый человек путем интенсивной тренировки старается стать физически сильным.

**Фантазирование** часто носит компенсаторный характер. Человек в воображении достигает исполнения своих желаний.

**Доминирующие и сверхценные идеи** также могут быть своеобразным проявлением психологической защиты. При этом фрустрирующие ситуации, неудачи и обиды не принимаются в расчет, подменяются сильно заряженной эмоционально идеей, которая становится основной и ведет, с точки зрения пациента, к важной цели.

**Юмор** нередко является способом, с помощью которого люди справляются с эмоциональными конфликтами и психологическими стрессами; при этом акцент переносится на забавные и иронические стороны конфликта и стресса.

**Религиозность** — в психологически трудной ситуации человек надеется на защиту и справедливость Всевышнего и таким путем частично или полностью снимает напряжение.

Основные механизмы психологической защиты имеют свои преимущества и недостатки. Вместе с тем усвоение человеком знаний о защите позволяет ему сформировать взгляд на собственное поведение, увеличивает возможность выбора наиболее целесообразных форм реагирования в определенных ситуациях. Врач может оказать помощь пациенту в осознании трудной ситуации и выборе оптимальной формы реагирования, что способствует психическому и физическому выздоровлению. Оценка и коррекция форм психологической защиты имеют большое значение при проведении психотерапии, формировании у больного правильного отношения к своему состоянию.

## **Внутренняя картина беременности, родов, послеродового периода**

Впервые о внутренней картине болезни в нашей литературе заговорил Р.А. Лурия, терапевт, написавший в 1939 г. книгу «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания». Сразу возникает вопрос: имеем ли мы право говорить о внутренней картине болезни в период беременности, родов и послеродовой период или же речь должна идти о внутренней картине здоровья, так как формально женщины в этот период их жизни больными не считаются и только у части из них находят физические и (или) психические отклонения. Несомненно, что этот контингент следует выделить особо и изучать внутреннюю картину болезни, типы реагирования на свое состояние, проводить психотерапевтическую коррекцию.

Женщины, которые на протяжении генеративного периода чувствуют себя практически здоровыми и наблюдаются акушерами-гинекологами в группе здоровых, тоже находятся в состоянии биологического и психологического криза, которое отличается от внекризисного состояния рядом биологических и психологических особенностей.

Состояние женщины характеризуется неустойчивым гомеостазом, напряженными процессами адаптации, балансированием на грани здоровья и болезни. Периоды практического здоровья могут сменяться состояниями предболезни и болезни. Эта группа тоже нуждается в повышенном внимании, проведении психопрофилактической подготовки к родам и другой психологической помощи, в постоянном медицинском наблюдении и контроле за здоровьем. Внутренняя картина здоровья в этот период жизни отлична от таковой вне периода генерации.

О часто наступающей в период беременности декомпенсации свидетельствует тот факт, что более половины городских женщин, по нашим наблюдениям, госпитализируются по той или иной причине — для сохранения беременности и в связи с болезнями — и часто неоднократно. У большей половины беременных женщин отмечаются явления раннего токсикоза, неустойчивое настроение со склонностью к повышенной раздражительности, плаксивости, ранимости, усиливается тревога за исход родов, собственное здоровье и здоровье будущего ребенка. У части женщин отмечаются увеличение продолжительности ночного сна, сонливость днем, ухудшение сна на последних сроках беременности (частые пробуждения, кошмарные сновидения, ранние пробуждения, затрудненное засыпание). Повышается физическая и психическая утомляемость, снижается работоспособность.

Период родов по выраженности эмоционального и физического напряжения занимает особое положение. Несмотря на его непродолжительность, он требует от роженицы напряжения всех физических и психических сил и резервов, а от врача — предельного внимания и ответственности во избежание возможных тяжелых осложнений и последствий.

Женщину к этому акту необходимо физически, а главное, психологически готовить. Психозы как таковые во время родов редки; речь, скорее, может идти об истерических нарушениях сознания. Женщины, которые во время родов теряют над собой контроль, не в состоянии выполнять необходимые инструкции, мешают ведению родов, встречаются достаточно часто.

Психическая деятельность в этот период имеет ряд особенностей: суживается поле сознания, часто тяжело переносится боль, усиливаются тревога и страх. Важно умело руководить поведением женщины во время родов, оказывать адекватную психологическую помощь, в которой она нуждается острее, чем во все другие периоды генеративного процесса.

Послеродовой период с его гормональными перестройками, лактацией, регенерацией половой сферы, новыми обязанностями и повышенными требованиями к психическому функционированию имеет свои особенности и кризисы.

В послеродовом периоде многократно возрастает вероятность возникновения психозов, которые чаще всего начинаются в родильном доме или вскоре после выписки.

У 10–20 % женщин в послеродовом периоде начинаются депрессивные (реже маниакальные) расстройства умеренной и легкой степени тяжести, которые, хотя это и нелегко, необходимо выявлять и проводить амбулаторное лечение. И у 50–70 % женщин отмечаются так называемые послеродовые (материнские) блюзы как явления кратковременной дезадаптации к новым условиям жизнедеятельности, проявляющиеся в легких невротических расстройствах.

Вышесказанное свидетельствует о том, что психическая адаптация у женщин в генеративном периоде нередко переходит в психическую дезадаптацию, чаще с расстройствами психики пограничного уровня, что в свою очередь указывает на необходимость изучения внутренней картины беременности, родов и послеродового периода для организации психотерапевтической и иной врачебной помощи женщине с учетом ее индивидуальных особенностей реагирования.

В современной литературе наряду с термином «внутренняя картина болезни», предложенным Р.А. Лурия (1939), употребляется ряд близких и идентичных терминов (аутопластическая картина болезни, сознание болезни, психическая картина болезни, субъективная картина болезни, нозогнозия и т.д.). Следует согласиться с Л.К. Хохловым (1998), указывающим на противоречивость подходов в этом вопросе, отсутствие единства в терминологии. Наряду с внутренней картиной болезни стали выделять внутреннюю картину здоровья (Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич, 1998).

Под внутренней картиной болезни Р.А. Лурия (1939) понимал «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для боль-

ного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм»<sup>1</sup>.

Следом за Гольдштейнером автор выделяет сенситивную и интеллектуальную части внутренней картины болезни. Первую составляют субъективные ощущения, связанные с больным участком тела или патологическими изменениями общего состояния; вторая, по мнению Лурья, является надстройкой над первой, созданной уже мышлением больного. Интеллектуальная часть внутренней картины болезни, оценка больным своего состояния, как подчеркивает автор, в свою очередь сильно отражается на функции ряда органов и систем: сердечно-сосудистой, эндокринной, сексуальной, пищеварительной и т.д. Несомненен и тот клинический факт, что соматоформные расстройства, «соматические эквиваленты» психических расстройств возникают преимущественно благодаря этому последнему механизму воздействия психики на сому. Влияние представлений человека на соматические функции определяется индивидуальными особенностями переработки стресса. Какими бы путями ни возникали эти «аутопластические представления», они оказывают огромное влияние на функции организма. Организм рассматривается как психофизическое единство, отвечающее своими реакциями как на внешние, так и на внутреннее воздействия.

Человек в состоянии болезни испытывает различного рода неприятные и болезненные ощущения, у него складывается представление о механизмах и причинах их возникновения, происходит оценка их значения для будущего, влияния на исход болезни. Неизбежно эмоциональное реагирование на болезнь, выбор способа действия и поведения в новых условиях.

С такой позиции следует понимать эмоциональный уровень внутренней картины болезни (В.Т. Кондрашенко с соавт., 1999)<sup>2</sup>, волевой уровень (Г.С. Абрамов, Ю.А. Юдчиц, 1998). Эмоции, как и интеллектуальную часть субъективной картины болезни, в совокупности определяют многие вегетативно-соматические расстройства в структуре соматических и психических заболеваний и в значительной мере определяют поведение больного (волевой уровень реагирования). Субъективные представления о болезни важны для врача. Чаще всего они

<sup>1</sup> Кондрашенко В.Т. и др. Общая психотерапия. Мн., 1999. С. 321.

<sup>2</sup> Лурья Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.; Л., 1939. С. 28.

не совпадают с объективной оценкой; при этом больные нередко стараются прямо или косвенно навязать врачу свою точку зрения.

Субъективная картина болезни формируется под влиянием многих факторов, не всегда легко учитываемых: социальных, психологических, биологических.

Оценить внутреннюю картину болезни можно с помощью созданных для этой цели специальных опросников, но клиницисту, работающему в стационаре, не говоря уже об амбулаторном приеме, использовать опросники трудно из-за ограничений во времени.

Оценить внутреннюю картину болезни врач может при сборе анамнеза, знакомстве с пациентом, наблюдении за его поведением, оценке невербальной информации, беседе с родственниками. Вопросы о самочувствии, оценка психических сфер, в первую очередь эмоциональной и волевой, уровня мышления и интеллекта, личностных особенностей, используемых вариантов психологической защиты позволяют понять и оценить самочувствие пациента, его прогнозы на будущее в плане здоровья. Ответы могут быть самые разные, часто не соответствующие тому, что сообщают родственники и что объективно видит врач.

Ответы, получаемые при работе с беременными, роженицами и родильницами, не менее разнообразны, чем у соматически и психически больных. Вот некоторые из них:

1. С нетерпением жду ребенка, готова на все ради этого.
2. Боюсь родов, смерти во время родов.
3. Считаю, что не смогу самостоятельно родить.
4. Тревожусь за здоровье будущего ребенка.
5. Я предчувствую плохой исход беременности.
6. Меня беспокоит моя внешность в связи с беременностью.
7. Мне кажется, что мне уделяют мало внимания мои близкие.
8. Чувствую, что мое состояние хуже, чем говорят мне врачи.
9. Меня осуждают люди за внебрачную беременность.
10. Мое состояние и внешний вид меня раздражают.
11. Беременность у меня случайная и я чувствую ненависть к будущему ребенку.
12. Воспитывать ребенка я не смогу по семейным обстоятельствам.
13. Ребенок мне кажется уродливым.
14. Я испытываю вину перед семьей и ребенком.
15. Не заслуживаю внимания врачей и персонала, которое мне оказывают.
16. Лучше себя чувствую во второй половине дня, тоскливо по утрам.
17. Мой ребенок самый красивый.

Каждый из подобных ответов несет в себе существенную информацию, отражая субъективные переживания женщины, самооценку, оценку ситуации и здоровья, и имеет большое значение для психотерапевтической работы врача, коррекции неправильных позиций пациентки. С внутренней картиной болезни связан тип реагирования человека на болезнь, отношение к лечению, своему будущему, работе, родным и близким.

Основным фактором, определяющим тип реагирования на болезнь, является характер самого заболевания. Так, злокачественное новообразование обычно вызывает чувство безысходности, обреченности, инфаркт миокарда — страх перед новым приступом и возможным смертельным исходом, СПИД, сифилис — чувство стыда и страдания. Реакция больного зависит от угрозы снижения или утраты трудоспособности, излечимости или неизлечимости болезни, физических страданий, предстоящих операций и т.д.

Важными факторами, формирующими реакцию на болезнь, являются «медицинская грамотность» пациента, оценка его болезни ближайшим окружением, прошлый опыт лечения самого пациента, наличие подобных заболеваний и смертельных исходов в семье, отношение к заболеванию в той микросреде, к которой принадлежит пациент. В формировании отношения к болезни особое значение имеют особенности личности, темперамент и характер, тип акцентуации личности. Гармоничные личности легче адаптируются к трудностям в кризисные периоды жизни. Имеет значение иерархия личностных ценностей. Люди, у которых основная направленность интересов носит социальный характер, легче переносят болезнь, чем те, у которых на первом месте стоит удовлетворение физических потребностей.

Отношение к болезни зависит от особенностей реагирования больного на стрессовую ситуацию, от механизмов его психологической защиты и компенсаторных возможностей. Оценка механизмов психологической защиты важна как для понимания внутренней картины болезни, так и для выбора психотерапевтической тактики. Чаще речь идет о вытеснении, проекции, регрессии, сублимации, рационализации.

Имеют значение социальные условия, образ жизни, характер труда. Важными являются отношения личности с другими людьми (в семье, на работе, в лечебном учреждении). Немаловажны и физические факторы, действующие на человека (обстановка, одежда, звуки, цвет и пр.).



На внутреннюю картину болезни влияют возраст, пол, профессия человека. В подростковом, молодом возрасте особо тяжелы болезни, меняющие внешность, в зрелом возрасте — болезни, влияющие на благосостояние, благополучие, работоспособность. Для пожилых, престарелых людей наиболее значимыми становятся болезни, которые могут привести к смерти.

Женщины лучше мужчин переносят болевые ощущения, длительную ограниченность движений и обездвиженность. Объясняется это как физиологическими, так и психологическими особенностями ролей женщины и мужчины в определенных общественных культурах. Так, у народов Запада бытует мнение, что роды сопровождаются самыми сильными болевыми ощущениями, какие может испытать человек. Считается, что именно эта предвзятость формирует определенное отношение к боли, выраженность болезненных ощущений у женщины во время родов. У африканских женщин, которые в ожидании ребенка продолжают активно трудиться, относясь к рождению ребенка как к обычному явлению, роды не сопровождаются такой болью. Подобная настроенность способствует снижению болевых ощущений при родах.

В нашей практике ряд лет используется следующая классификация типов реагирования на болезнь.

1. *Адекватная (гармоничная) реакция.* Пациент правильно оценивает тяжесть своего состояния, мобилизуется на борьбу с болезнью. В этом ему помогает врач. Устанавливаются взаимопонимание, доверительные отношения с врачом и персоналом, выполняются все предписания врача, используется помощь близких. Больной не теряет надежды на выздоровление или улучшение состояния. В случае тяжелого прогноза принимает неизбежное решение, при инвалидности адаптируется к новым условиям жизнедеятельности. Такое гармоничное отношение к болезни встречается не часто. Задача врача с помощью психотерапии, соблюдения всех правил деонтологии достичь такого состояния у всех пациентов.

2. *Переоценка тяжести заболевания.* Наиболее частый вариант отношения к болезни. Обычно возникает у акцентуированных и психопатичных (болезненная дисгармония характера) личностей, лиц тревожно-мнительных, с истерическими чертами, ригидностью и торпидностью психических функций, со сниженным интеллектом, повышенной внушаемостью. Степень переоценки колеблется в широких пределах — от легких пограничных расстройств психики до ипохондрического бреда, тяжелых депрессий, суицидальных попы-

ток. Варианты депрессивных реакций на болезнь определяются главным образом личностными особенностями пациента. Это могут быть психогенные реакции — меланхолические, тревожные, деперсонализационные, дисфорические, соматизированные, бредовые, депрессивные, невротические реакции — обсессивно-фобические, астенические и др.

Клинически нередко наблюдается «уход в болезнь». Этот тип реагирования на болезнь чаще возникает у личностей с истерическими чертами характера. Следует помнить, что уход в болезнь, как и другие варианты переоценки тяжести своего состояния и неадекватного отношения к болезни, не является аггравацией или стимуляцией, а представляет неосознанное преувеличение тяжести своего заболевания. В случае «ухода в болезнь» болезненное состояние является «условно желательным», оно дает какие-то преимущества и выгоды больному.

У таких пациентов есть уверенность, что они тяжело больны, даже если соматическое заболевание течет благоприятно, с хорошим прогнозом или его вовсе нет. Эти пациенты требуют к себе повышенного внимания, неоправданно активного лечения, стеничны в достижении цели, часто конфликтны, обидчивы, так как врачи, с их точки зрения, не видят тяжести их страданий. Может наблюдаться пассивно-инфантильный тип поведения: больные плачут, не встают, требуют в постель судно для отправления физиологических нужд и вообще демонстрируют беспомощность, в их речи появляются детские интонации. У больных может психогенно (состояние фрустрации) нарушиться сон, аппетит, наблюдается вегетативно-соматическая неустойчивость (колебания АД, учащение пульса, диспептические расстройства и т.д.), что затрудняет оценку соматического состояния.

Такое явление, как «госпитализм»<sup>1</sup>, возникает, как правило, в связи с вредным длительным влиянием больничной обстановки. Больной привыкает к жизни в условиях больницы, не торопится покинуть ее, боясь, что за пределами стационара ему станет хуже, перестает бороться за выздоровление, не стремится вернуться в семью, на работу, так как за время лечения снижаются навыки жизни вне больницы, социальная, трудовая адаптация. Перед выпиской у таких пациентов обычно наблюдается ухудшение состояния.

**3. Недооценка тяжести заболевания.** Встречается реже, характеризуется недостаточно критичным отношением к болезни, ее недооценкой или отрицанием наличия болезни или физического дефекта (гипнозогнозия, анозогнозия). При этом больной обычно не проявляет

<sup>1</sup> В педиатрии под термином «госпитализм» понимают задержку психического развития ребенка в связи с длительным пребыванием в стационаре.

интереса к обследованию и лечению, игнорирует врачебные рекомендации. Несмотря на серьезность заболевания, он остается спокойным и благодушным, нередко требует выписки из стационара, перестает посещать врача амбулаторно.

Анозогнозия с эйфорией может наблюдаться в острой стадии тяжелого инфаркта миокарда. Такой больной чувствует себя «здоровым», нарушает постельный режим, может отказываться от лечения, что резко ухудшает прогноз. Подобные состояния наблюдаются при гипоксии мозга различной этиологии, при повреждении лобной доли мозга (черепно-мозговая травма, опухоль и пр.).

Существует психогенный вариант гипозногнозии и анозогнозии, обусловленный механизмами психологической защиты, вытеснением из сознания психотравмирующей ситуации или ее обесценением. Возникает такое отношение к болезни в трудной для человека психотравмирующей ситуации, например при подозрении на злокачественное новообразование. Вытесняя тяжелые обстоятельства, больной старается «уйти от болезни». В ряде случаев он с головой уходит в работу, проникается долгом в отношении общества, семьи и во имя этих интересов «игнорирует» болезнь, необходимое лечение. При таких состояниях важна апелляция к личности человека, психотерапевтическая беседа. Необходимо помочь пациенту осознать случившееся, выбрать правильную линию поведения. Этот последний вариант отношения к болезни назван А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980) «эргопатическим» (уход от болезни в работу).

4. *Осознанное искажение оценки состояния здоровья.* Встречается довольно редко. В таких случаях всегда присутствуют психологически понятные мотивы, дающие какую-то осознанную выгоду человеку.

**Диссимуляция** — попытка скрыть имеющиеся признаки психической или соматической болезни. Делается это с целью выписаться из стационара, уйти на службу в армию, получить водительские права и т.д.

**Аггравация** — умышленное усиление имеющихся физических или психических расстройств. Наблюдается у больных при оформлении группы инвалидности, проведении других медицинских экспертиз (судебной, военной).

**Симуляция** — претензии больного на признание наличия у него несуществующих расстройств. Обычно мотивом симуляции, как и аггравации, являются какие-либо корыстные цели. Информацию об имитируемом расстройстве симулянт обычно черпает из медицинской литературы или личных наблюдений за истинно больным.

Нередко молодые врачи из-за недостатка клинического опыта видят симуляцию там, где ее нет. Сложно распознать метасимуляцию,

когда пациент демонстрирует симптомы ранее перенесенной им болезни.

На характер внутренней картины болезни и отношение к ней влияет возраст. Дети часто смотрят на болезнь глазами взрослых. Дошкольники собственной оценки происходящего не имеют, у детей младшего школьного возраста она недостаточна и только в пубертатном периоде приближается к оценке взрослых. Дети тяжело переносят боль и страдания, боятся обстановки больницы, различного рода инструментов и манипуляций. Они чрезмерно внушаемы, быстро отвлекаются, забывают пережитое, переключаются на новую ситуацию. Эти особенности следует использовать при лечении.

В молодом возрасте (18–30 лет) чаще встречаются переоценка своего здоровья и недооценка болезни, неверие в возможность тяжелого заболевания, инвалидности. Такие больные тяжело реагируют на госпитализацию, сильно переживают из-за косметических дефектов, сексуальных нарушений, невозможности иметь детей.

В предстарческом возрасте (60–74 года) снижаются адаптационные возможности организма, нередко, как вариант реакции на болезнь, возникают депрессии, обычно с повышенной тревожностью, навязчивыми страхами и опасениями.

Старческий возраст (75–89 лет) характеризуется возрастными сдвигами личности, которые могут усиливаться болезнью, органическим радикалом в психике. В этом возрасте снижаются активность, эмоциональный резонанс, появляются психическая ригидность, упрямство. Соматические заболевания усиливают обращенность в себя, тревожность, ипохондричность. Тяжесть заболевания в ряде случаев переоценивается, однако чаще налицо недооценка болезни из-за снижения критических возможностей.

Таким образом, расхождения между субъективной оценкой болезни и ее истинной картиной наиболее выражены в молодом и старческом возрасте.

Формирование внутренней картины беременности, родов, послеродового периода имеет те же особенности, что и при соматической патологии. Отношение женщины к своему состоянию во время беременности, родов, в послеродовом периоде зависит от физического здоровья ее и ребенка, от личного опыта, если беременность повторная, от тех знаний, которые у нее имеются. Большое значение имеют также отношение к женщине ее ближайшего окружения, поведение персонала в женской консультации и роддоме, ценности, принятые в данной культуре, личные особенности женщины, наличие акцентуации (психопатии).

При оценке психической сферы можно использовать различного рода экспериментально-психологические методики, но для этого нужно владеть ими либо иметь возможность прибегнуть к помощи медицинского психолога.

Хорошо верифицированные экспериментально-психологические методики позволяют достаточно полно и точно судить об отдельных психических функциях, но они трудоемки и требуют специальных знаний и времени, так что использовать их на амбулаторном приеме или в стационаре нереально, разве только самые простые, приведенные в Приложениях.

Оценить состояние психических функций, особенности личности пациента врач может прежде всего в процессе общения, наблюдения, тем более что беседа с человеком, учет его поведения дают порой не меньше, чем экспериментально-психологические исследования, да и представление о психических функциях складывается более цельное.

## Оценка психического состояния

Наиболее богатую информацию о психическом состоянии пациента врач получает в первой беседе с ним, при сборе анамнеза, наблюдении. При последующих встречах сложившиеся представления могут корректироваться. В ряде случаев возникает необходимость в объективном анамнезе, получаемом обычно от родственников.

Психические изменения у женщин во время беременности, родов и в послеродовой период многообразны. Редко встречаются психозы, грубые нарушения поведения. Такие расстройства могут быть констатированы человеком, мало знакомым с психическими заболеваниями, но понимающим на основании жизненного опыта и здравого смысла, что поведение женщины стало неадекватным. Труднее оценить без специальных врачебных психиатрических знаний пограничные, начальные расстройства психической деятельности, которые в этот период встречаются довольно часто и характеризуются большим разнообразием.

Врач обычно встречается не с отдельными симптомами психического расстройства, а с целым их комплексом, которые образуют психопатологические синдромы. И оценка его, соответственно, может быть синдромологической.

Самый частый психопатологический синдром пограничного уровня у беременных и родильниц, с которым сталкиваются врачи, — *астенический*. Он встречается у большинства женщин и имеет почти универсальный характер. Достигает своей наибольшей выраженности в последнем триместре беременности и постепенно проходит после родов. Проявляется астения повышенной психической и физической утомляемостью, часто возникающей уже на ранних сроках беременности и совпадающей с явлениями раннего токсикоза (нарушение аппетита, тошнота, рвота, избирательное отношение к пище и т.д.).

Астенический синдром характеризуется неустойчивым настроением, повышенной раздражительностью, плаксивостью, раннимостью, реакцией на запахи и другие внешние раздражители, часто повышенной тревожностью.

Для астении беременных характерно нарушение сна, обычно проявляющееся сонливостью днем и увеличением продолжительности ночного сна. Нередко сон становится тревожным, с кошмарными сновидениями, частыми пробуждениями. Изменения сна становятся более выраженными на последних сроках беременности. Снижается также интеллектуальная продуктивность, способность концентрировать внимание. Ближе к родам становится типичной погруженность женщины в себя, концентрация интересов на своем здоровье и здоровье ребенка.

Несмотря на явления астении, у большинства беременных и родильниц повышена самооценка, выявляемая с помощью методики Дембо—Рубинштейн.

Состояние астении сопровождается повышением внушаемости, в связи с чем легко возникают соматоформные расстройства, страхи. Повышенную внушаемость можно использовать в работе с беременными, это облегчает проведение суггестивной психотерапии.

У части беременных тревога за исход родов, свое здоровье, здоровье будущего ребенка, а нередко и беспредметная тревога могут становиться чрезмерными, и тогда врач вправе говорить о *тревожных расстройствах*. Тревога может сочетаться с вегетативными расстройствами, неглубокими депрессивными состояниями, явлениями астении. В картине тревожных расстройств обычно звучат ситуационные моменты.

В период родов нежелательные психические изменения чаще наблюдаются у женщин, которые не прошли психопрофилактическую подготовку и недостаточно обучены поведению во время родов. Психозы во время родов редки. Обычно это короткие истерические нарушения сознания с неадекватным поведением. Чаще во время родов встречаются состояния, когда плохо обученные роженицы теряют контроль над собой и контакт с принимающим роды персоналом. Роды становятся трудноуправляемыми, сопровождаются криками, страхом, сужением объема сознания, неумением выполнять инструкции врача или акушерки. Такие роды чаще носят осложненный характер. Это следствие недоработки при подготовке женщин к родам, их обучении.

У подавляющего большинства женщин в первую неделю после родов развиваются так называемые *послеродовые*, или *материнские*, *блюзы*, *послеродовые неврозы*. На фоне астении и эйфории в связи с состоявшимися родами появляется неустойчивость настроения, отмечаются быстрая смена эмоций без видимых внешних причин, переход от глубокой кратковременной эйфории к грусти, раздражительности, слезливости, внутреннему напряжению, говорливости, а также нарушение сна и аппетита.

В послеродовом периоде с большей частотой возникают различные по глубине, степени выраженности и синдромологическим проявлениям *депрессии*. Легкие депрессии, которые встречаются чаще, особенно сложны для диагностики. Частота послеродовых депрессий достигает 10–20 % в популяции родильниц.

Акушер-гинеколог должен знать клинику этих состояний, уметь правильно расспросить женщину о ее настроении, распознать и предупредить возможность суицида и инфантицида. Клиника послеродовых депрессивных состояний, послеродовых неврозов подробно описана в параграфах 3, 4 данного издания. Перед выпиской из роддома следует оценить психическое состояние родильницы, особенно ее эмоциональную сферу.

Важно обратить внимание на отношение женщины к ребенку. Нередко депрессивные женщины не испытывают любви к новорожденному. По данным И. Харди (1974), отсутствие любви к ребенку встречается у каждой третьей родильницы, однако это не следует относить исключительно на счет депрессии. Такое явление может наблюдаться у незрелых личностей с недостаточно развитым инстинктом материнства, при тяжелых беременности и родах, беременности на фоне психотравмирующей ситуации. В редких случаях — у женщин с выраженной личностной патологией — можно наблюдать аг-

рессию по отношению к плоду, внутриутробное его избиение (удары по брюшной стенке).

У депрессивных женщин отсутствие любви к ребенку может носить характер скорбного бесчувствия, при этом сама женщина страдает от отсутствия материнской любви. При тяжелых депрессиях психотического уровня ребенок может восприниматься неадекватно, казаться уродливым, больным, и это нередко служит мотивом для расширенного суицида (убийство себя и ребенка).

*Послеродовые психозы* встречаются не часто, но это тяжелые состояния, в подавляющем большинстве случаев начинающиеся непосредственно в родильном отделении или вскоре после выписки домой.

Начальные проявления психоза — нарушение сна, тревога, подозрительность, бредовые идеи. Симптоматика быстро нарастает, поведение становится неадекватным. Часто переживания женщины отражают ситуацию родов, тревогу за ребенка.

В психозах, возникающих после родов, чаще, чем при других психотических состояниях, проявляется кататоническая симптоматика, обычно возбуждение, реже ступор. У половины женщин с кататоническими расстройствами отмечается помрачение сознания по онейроидному типу. При этом женщины часто повторно переживают роды и другие ситуации, связанные с родами.

Для послеродовых психозов характерны аффективные расстройства: депрессии, реже маниакальные состояния, тревога, страх с бредом и галлюцинациями. Такие родильницы обычно нуждаются в лечении в условиях психиатрического стационара.

У женщин с расстройствами психики в генеративном периоде следует собрать семейный анамнез: уточнить наличие психических расстройств у близких родственников или у самой пациентки в дородовом периоде. Это поможет в диагностике.

У беременных, рожениц и родильниц необходимо оценить состояние отдельных психических сфер. В клинической психологической практике принято выделять девять психических функций: ощущение, восприятие, мышление, память, внимание, интеллект, эмоции, волю, сознание. Такое деление во многом условно, так как функционирование на уровне личности носит интегративный характер. Однако при патологии может иметь место нарушение отдельных психических функций, и это делает необходимым их дифференцированный анализ.

Так, при оценке ощущений и восприятий следует обратить внимание на то, как функционируют анализаторы — как женщина слышит,



видит, ощущает запахи. В ряде случаев об этом можно спросить саму исследуемую, уточнить, например, как она переносит боль, ощущает вкус пищи, способна ли определить положение тела в пространстве.

*Ощущения* принято делить на экстерорецептивные, идущие от рецепторов, реагирующих на внешние раздражители, интерорецептивные — от внутренних органов и проприорецептивные — от рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях, суставах.

Следует различать количественные изменения ощущений — анестезию, гипестезию, гиперестезию (отсутствие, снижение, повышение чувствительности).

Одним из частых клинических феноменов является гиперестезия — повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражениям, нейтральным для человека в нормальном состоянии. Она входит в структуру астенического состояния, встречается при многих заболеваниях.

К качественным расстройствам ощущений относятся синестезии, парестезии, сенестопатии. Чаще других в практике врача встречаются сенестопатии — разнообразные неприятные, трудно поддающиеся описанию ощущения в различных частях тела, возникающие без видимых соматических изменений, выявляемых современными методами.

*Восприятие*, как и ощущения, распределяется по органам чувств: зрительное, слуховое, вкусовое, обонятельное, осязательное, тактильное. Особое значение для человека имеет восприятие времени, которое может существенно изменяться при болезненных состояниях, а также восприятие схемы собственного тела и его частей.

Для сферы восприятий специфичны иллюзии, галлюцинации (истинные, ложные), психосенсорные расстройства, агнозии. Следует помнить, что галлюцинации — один из наиболее часто встречающихся феноменов и что обычно критическое отношение к ним у больных отсутствует. Если спросить пациентку, что ей кажется, вопрос останется для нее непонятным. Следует спросить, не чувствует ли она неприятные запахи, не слышит ли голоса и пр.

*Мышление и другие познавательные (когнитивные) функции* оцениваются главным образом при речевом контакте с пациентом. Выясняются правильность произношения слов, структура фраз, словарный запас, логическая последовательность ассоциаций, особенности суждений и умозаключений, уровень абстрактного мышления, темп мышления. О мышлении можно также судить на основании наблюдений за поведением. Важно уточнить, правильно ли пациент понимает

смысл задаваемых вопросов, критичен ли к сложившейся ситуации, своему состоянию (заболеванию).

Для оценки уровня мыслительных операций можно использовать пословицы, поговорки, метафоры, выяснить, доступен ли исследуемому их переносный смысл, подтекст, юмор. Начинать следует с простых заданий и постепенно переходить к более сложным.

Можно использовать тест на обобщение понятий — предложить назвать одним словом, обозначающим общее родовое понятие, ряд предметов, например стол, стул, шкаф, кровать, или дать задание на разграничение понятий (оценить разницу между ребенком и карликом, между скупостью и бережливостью), на отыскание сходства между далекими понятиями (солнце и печка, глобус и бабочка и т.д.), попросить пересказать содержание прочитанной книги, увиденного кинофильма.

Мышление может быть нарушено по темпу, целенаправленности, продуктивности. При депрессивных состояниях характерно замедление мышления; при нарушении логической последовательности мышления речь идет о так называемом разорванном мышлении, встречающемся у больных шизофренией. Особенно важно для клинициста выявить и оценить продуктивное расстройство мышления — наличие бредовых, сверхценных, навязчивых мыслей. Тяжелее всего нарушается поведение при бредовых идеях, базирующихся на ошибочных умозаключениях и суждениях. Критика у таких больных отсутствует, поэтому коррекция невозможна. Бред может быть причиной агрессивного поведения и других антисоциальных действий.

*Интеллект* (ум, разум) человека оценивается одновременно с оценкой уровня мышления. Параллельно следует определить запас знаний (профессиональных, житейских, базисных): уточнить, соответствуют ли мышление возрасту и полученному образованию, расспросить, как давалась учеба, оценить характер работы, которую выполняет пациент, какие испытывает трудности, обратить внимание на то, как усваиваются новые знания во время беседы, как используется интеллектуальный багаж.

У интеллектуально неполноценных (слабоумных) людей сужен круг интересов, снижена адаптация к жизненным ситуациям. Они не в состоянии сообщить полноценные сведения о своем здоровье, сформировать представление о внутренней картине болезни.

В силу скудости оценок, беспомощности, повышенной внушаемости таких пациентов работать с ними трудно. Они требуют особого внимания, особых деонтологических приемов, навыков общения.

При исследовании *памяти* следует обратить внимание, помнит ли пациент даты, различные события своей и общественной жизни. При этом вопросы необходимо задавать с учетом возраста, полученного образования и интересов пациента. Следует выяснить, как удерживает память текущие события. С этой целью достаточно попросить пациента рассказать, чем он занимался в день посещения врача, выяснить, помнит ли число, день, месяц, год и т.д. Следует учитывать, что память лучше удерживает старое — снижение памяти обычно начинается с текущих событий. Кроме того, события личной жизни обычно более эмоционально окрашены и пациент помнит их лучше, чем общественные. Выраженное снижение памяти обычно сочетается со снижением уровня мышления и интеллекта.

Для проверки механической памяти пациенту можно предложить запомнить 7–10 двухзначных цифр не по порядку, столько же логически не связанных слов. Материал для запоминания зачитывается однократно. Немедленное воспроизведение в любой последовательности 6–9 слов (цифр) свидетельствует о сохранности кратковременной памяти. Для оценки способности к репродукции (воспроизведению) предлагается отсроченно (в конце беседы) вспомнить эти же слова.

Снижение интеллекта, памяти, особенно на текущие события, обычно характерно для органической патологии головного мозга (деменция, олигофрения). Редко встречается психогенная деменция (псевдодеменция) и психогенная (аффектогенная) амнезия. В таком случае налицо должна быть психотравмирующая ситуация.

Чтобы оценить *внимание*, во время беседы проверяется наблюдательность пациента, его способность к длительному сосредоточению, отвлекаемость, переключаемость. Можно предложить больному сосчитать числа, перечислить месяцы, дни недели в обратном порядке, пропуская вторую или четвертую цифру или название, и таким образом оценить параметры внимания. Для исследования внимания разработано большое количество тестов. Один из них — отсчитывание по Крепелину — приведен в Приложении 2. От функционирования внимания зависит состояние всех психических сфер. Клинически, особенно часто при соматической патологии, наблюдается истощаемость внимания, затруднение концентрации активного внимания.

*Эмоциональные процессы* наряду с волевыми функциями и, в меньшей мере, мышлением определяют характер человека, что следует иметь в виду при оценке личностных особенностей. При контакте с пациентом необходимо обратить внимание на внешние проявления эмоций: мимику и пантомимику, выражение глаз, модуляции голоса,

вегетативные реакции (побледнение, покраснение, изменение частоты пульса и т.д.). По внешним проявлениям эмоций можно определить, спокоен или взволнован человек, весело ему или грустно либо происходящее с ним не вызывает адекватной эмоциональной реакции. Больного следует спросить, какое настроение у него преобладает, как часто оно меняется и по какому поводу (или без повода), как он реагирует на стрессовую психотравмирующую ситуацию, какие факторы вызывают у него состояние аффекта (быстрая сильная эмоция), как он ведет себя в этом состоянии, как долго переживает обиду, бывает ли злопамятным. Нужно уточнить, не изменилась ли эмоциональная сфера пациента в связи с болезнью (беременностью, родами), как он переживает свое состояние, не появилась ли неприязнь к здоровым людям, может ли переключиться на другую деятельность и приносит ли это облегчение. В период беременности и после родов у женщин нередко снижается настроение, наступает депрессия, возможны суициды и инфантициды, тревожные расстройства, поэтому эмоциональная сфера у них должна исследоваться особенно тщательно.

*Двигательно-волевая сфера* проявляется в активной целенаправленной деятельности человека. Во время беседы необходимо выявить желания и интересы пациента, уточнить, не изменились ли его инстинктивные потребности (половое влечение, аппетит), обратить внимание на целенаправленность, упорядоченность поведения, выразительность мимики, жестов, двигательных актов, расспросить, легко ли он принимает решения или постоянно сомневается, инициативен ли, когда решение принято, доводит ли начатое дело до конца или быстро пресыщается, переключаясь на «более интересное», держит ли данное слово, развито ли у него чувство ответственности, долга. При этом важно выявить состояние двигательной-волевой сферы до болезни.

В клинике встречается повышение, понижение и извращение волевых функций. В состоянии депрессии, часто встречающейся в послеродовом периоде, волевая активность снижается, в маниакальном состоянии — повышается. В картине послеродовых психозов часты кататонические расстройства (кататоническое возбуждение, ступор), свидетельствующие об извращении волевых процессов. Нередки нарушения инстинктов (отказ от еды, суициды, инфантициды).

*Сознание* — это осознание своего Я и окружающей среды. Клинические критерии нарушенного сознания разработаны немецким психиатром и философом К. Ясперсом. Для оценки патологии сознания автор рекомендует следующие критерии:

1) отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, затруднении фиксации или полной невозможности цельного восприятия; отражение реальности в виде отдельных фрагментов;

2) нарушение, частичное или полное, ориентировки в месте, времени, ситуации, окружающих лицах, своем физическом (части тела, их расположение в пространстве) и психическом Я (своих мыслях, чувствах, желаниях);

3) нарушение процесса мышления в виде бессвязности с ослаблением или полной невозможностью суждений, выводов, оценок;

4) затруднение запоминания происходящих событий и субъективных болезненных явлений (воспоминания о периоде помрачения сознания отрывочные или отсутствуют совсем).

Контакт с лицами, которые находятся в состоянии помрачения сознания, часто невозможен или затруднен. Больные могут реагировать только на физические раздражители, не понимая обращенную к ним речь.

При оценке сознания необходимо выяснить, ориентирован ли пациент в окружающей обстановке (знает ли, где находится, что его окружает), во времени (помнит ли день, число, месяц, год), выделяет ли себя из окружающей среды, сохранена ли его ориентировка в своем Я, физическом и психическом, т.е. правильно ли он воспринимает свои части тела, оценивает свой внутренний мир, мысли, чувства. Следует помнить, что нарушение ориентировки может иметь место не только в связи с нарушением сознания, но и при плохой памяти (амнестическая дезориентировка), слабоумии. В целом же о нарушении сознания судят с учетом всего вышеперечисленного комплекса расстройств.

Трудны для оценки не тяжелые, а легкие формы нарушенного сознания: легкая оглушенность, начальные проявления делирия, дереализация, деперсонализация, достаточно часто встречающиеся при патологии беременности, во время родов и в послеродовом периоде.

## **Структура и классификации личности**

В структуре психической индивидуальности принято выделять (В.Д. Менделевич, 1998):

- темперамент (биологическая составляющая);
- характер (психическая составляющая);
- личность (социальная составляющая).

Под темпераментом понимается совокупность врожденных динамических особенностей психической деятельности (темп, интенсивность, ритм отдельных психических процессов). К параметрам, с помощью которых возможна оценка темперамента, относятся сила и подвижность эмоций, скорость мышления, скорость двигательных актов, общительность.

При оценке эмоциональности учитывается скорость появления эмоциональных реакций, аффектов, степень их выраженности, преобладающая модальность, временная характеристика (длительность, стабильность—лабильность, выраженность и направленность вегетативных процессов).

Скорость мышления проявляется темпом ассоциаций, скоростью речи. Люди делятся на «быстродумов», скорость мышления у которых большая, и «тугодумов» с низкой скоростью ассоциативных процессов. При оценке темперамента важны лишь количественные показатели особенностей мышления; качественные критерии (продуктивность, целенаправленность) в расчет не принимаются.

Скорость двигательных актов характеризуется быстротой ответа на раздражитель. Как правило, она коррелирует с общей реактивностью (скоростью возникновения ощущений, восприятий, воспроизведения). По темпу сенсомоторных реакций выделяют лиц со средними показателями, выше средних и низкими.

Под общительностью понимается направленность человека на общение. С одной стороны, это критерий темперамента, с другой — отражение характера, воспитания. По этому показателю люди делятся на общительных (экстравертов) и замкнутых (интровертов). В темпераменте учитывается не качество общения, а лишь его направленность и выраженность.

Разработан ряд классификаций темпераментов. Параметры темперамента носят врожденный характер и отличаются устойчивостью.

Характер формируется на базе темперамента и является совокупностью устойчивых индивидуальных стереотипов поведения, сложившихся в процессе социализации, воспитания. К совершеннолетию формирование черт характера практически завершается. Связь параметров темперамента и черт характера не является линейной, но она несомненна.

Личность занимает высшую ступень в структуре индивидуальности. Качества личности формируются на базе нижележащих уровней (темперамента, характера), однако не определяются исключительно их свойствами.

Для становления и проявления личностных качеств существенное значение имеет социальная среда. Личность определяется относительно устойчивой системой социально сформированных и социально значимых мировоззренческих установок и интересов. Одной из важнейших характеристик личности являются ее ценности, «философия жизни». Эти ценности, в частности, во многом определяют отношение человека к своей болезни и своему здоровью, влияют на течение и исход заболевания.

В медицине принято различать психопатические (наличие расстройства), акцентуированные и гармоничные личности.

Один из известнейших русских психиатров П.Б. Ганнушкин в монографии, посвященной этой проблеме (1933), предложил следующие критерии *психопатии*.

Психопатия — это совокупность таких аномалий характера, которые, по мнению автора, «определяют весь психический облик индивидуума, накладывают на весь его душевный склад свой властный отпечаток <...> в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям <...> мешают <...> приспособиться к окружающей среде»<sup>1</sup>.

В международной классификации болезней принят термин «расстройство личности» — глубоко укоренившиеся стереотипы дезадаптивного поведения, которые обычно распознаются к подростковому периоду или на более раннем этапе и удерживаются у взрослого человека в продолжении большей части его жизни, хотя в среднем и пожилом возрасте часто становятся не столь выраженными.

Личностные расстройства нельзя считать заболеваниями. По своей природе они являются количественными, а не категориальными нозологическими формами. Между ними и вариантами нормы может существовать большое количество переходных состояний. В ряде случаев благодаря усилиям, направленным на социальную адаптацию таких лиц, и с помощью психотерапии состояние их можно улучшить.

Концепция *акцентуированных личностей* в психиатрии сформулирована К. Леонгардом (1964, 1981). Акцентуация личности в его понимании — это промежуточное явление между нормой и психопатией (расстройством личности). У акцентуированных личностей выделяются отдельные (акцентуированные) черты личности, которые сами по себе еще не являются патологическими, однако при определенных условиях могут претерпевать развитие в положительном либо отрицательном направлении, достигая особой выраженности у психопатов и невротиков. Черты эти как бы являются заострением некоторых

<sup>1</sup> Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М., 1964. С. 121–122.

присущих каждому человеку индивидуальных свойств. По исследованиям автора, количество акцентуированных личностей в популяции достигает 50 %.

Наиболее четкое определение акцентуированной личности дал А.Е. Личко (1983). Он оценивает акцентуации характера (личности) «как крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, от чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим».

Автор считает целесообразным применительно к подросткам говорить об акцентуации характера, а не о личности, так как личность у них еще не достигла полной зрелости.

*Гармоничная личность* имеет свои индивидуальные особенности характера и темперамента. Разнообразие гармоничных личностей не уступает вариациям акцентуированных, но личностные особенности сочетаются так, что дают возможность человеку быть адаптированным в самых крайних обстоятельствах и условиях жизни. Основными параметрами гармоничной личности являются адаптация и самоактуализация, дающие возможность реально воспринимать действительность, принимать окружающих людей такими, какие они есть, адаптироваться к обстановке и принимать самого себя. Следует, однако, учитывать, что способность легко приспосабливаться, пренебрегая принципами, может быть дисгармоничной, приобретая черты конформизма.

Разнообразие человеческих типов неограниченно, поэтому правильнее описывать каждого конкретного пациента, не ограничивая его рамками определенной классификации.

Классификации личности только приблизительно отражают существующие вариации. Поведение и реакции человека могут меняться в лечебных учреждениях, в непривычной для человека обстановке, в экстремальных условиях, и это еще больше затрудняет оценку типа личности.

Общепринятой классификации психопатий и акцентуаций личности нет. Ниже описываются личностные особенности, которые чаще других встречаются в условиях женской консультации и родильного отделения. В подавляющем большинстве они носят характер акцентуаций, но учет их важен при оказании помощи.

**Психастенический (ананкастный, обсессивно-компульсивный, тревожно-мнительный) тип личности.** Психастенические черты проявляются уже в школьном возрасте. Таким детям свойственна застенчивость,



склонность к тревожным опасениям, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, боязливость. Возможен страх темноты, новых предметов, новых людей (А.Е. Личко, 1977).

Основной особенностью психастенической личности является склонность к сомнениям, отсутствие внутренней уверенности, нерешительность в выборе поведения. Это чаще всего женщины. Черты эти усиливаются во время беременности и в послеродовом периоде.

В силу повышенной тревожности и мнительности такие личности отличаются предельной аккуратностью, поглощены деталями из-за опасения пропустить что-то. Им трудно завершить работу из-за постоянных сомнений, волнений, что что-то сделано не так. Они не умеют отдыхать (не остается времени). Чрезмерно совестливы, недостаточно гибки в вопросах морали. Трудно расстаются с привычными вещами. Часто ригидны, упрямы. Женщина-психастеник чрезмерно тревожится за детей, за исход болезни, родов; при этом речь идет о страхе, тревоге, явно не соответствующим реальной опасности, если таковая вообще существует.

У таких личностей часто встречаются различного рода навязчивые страхи (фобии), навязчивые мысли, защитные ритуалы, суеверия. Мышление их носит характер умственной «жвачки» (постоянное бесплодное возвращение к одним и тем же мыслям).

Чтобы психологически правильно вести себя с такой пациенткой, нужно иметь представление о страхе, тревоге, навязчивостях. Следует стремиться установить с ней полноценный контакт, побудить рассказать о своих переживаниях. Уже в ходе рассказа женщины о ее опасениях, страхах, сомнениях внутренняя напряженность смягчается или исчезает вовсе. Следует уметь объяснить пациентке необоснованность ее страхов, тревоги. При этом неприемлемы морализующие наставления, полезна рациональная, поведенческая (условнорефлекторная) психотерапия.

Работа по борьбе с чрезмерными страхами, опасениями должна активно вестись при подготовке беременных к родам.

**Истерический тип личности (демонстративная личность).** Чаще встречается у женщин. Истерические черты более выражены в молодом репродуктивном возрасте.

Само учение об истерии было построено на связи этого состояния с якобы передвигающимся в теле «хистероном» (лат. *hysterus* — матка). Истерические расстройства связывали с заболеванием матки и ее придатков. Одно время даже проводились операции на этих органах с целью излечения неврозов и психозов. Позже было обнаружено, что истерия встречается и у мужчин.

Основной чертой истерического характера является своеобразный эгоцентризм с желанием находиться в центре внимания и событий, «жаждой признания», стремлением казаться значительнее. Этим лицам присущи театральность, стремление привлечь к себе внимание благодаря экстравагантной внешности, преувеличенное проявление эмоций, эмоциональная лабильность, поверхностность, чрезмерная подверженность влиянию людей и обстоятельств, повышенная внушаемость и самовнушаемость, своеобразная незрелость личности.

У истеричных женщин во время беременности часто возникает психогенная тошнота и рвота. Их чрезмерно беспокоит изменение фигуры, потеря женственности, привлекательности. Может встречаться враждебное отношение к беременности. У таких женщин описана и известна со времен Гиппократова мнимая беременность с прекращением месячных, увеличением живота за счет вздутия и жировых отложений и даже с появлением характерных для беременных полос на животе. Некоторые женщины в силу инфантильности и психогенного вытеснения, наоборот, не замечают признаков явной беременности.

Истеричные женщины часто сексуально фригидны, холодны, но их привлекает ситуация ухаживания, обожания. В силу своей склонности к фантазированию и псевдологии они могут выдвигать в адрес врача обвинения в изнасиловании, поэтому при гинекологическом исследовании врачам-мужчинам не следует оставаться с такими женщинами наедине, без акушерки. Во время родов возможны истерические психозы.

Редко у женщин с истерическим складом характера встречаются соматоформные конверсионные расстройства (Г. Каплан, В. Садок, 1998). По мнению И. Харди (1974), психогенные изменения в половых органах (зуд, жжение, покалывание в области влагалища и вульвы) встречаются у 50 % гинекологических больных. Эти явления в свою очередь вызывают напряженность, беспокойство, за которыми скрываются конфликты, страх, чувство вины. Могут появиться даже выделения вследствие полового неудовлетворения, конверсионные хронические боли в нижней части живота, остроумно названные *globus abdominalis*.

В работе с женщинами, имеющими истерические черты личности, необходимо использовать их повышенную внушаемость и гипнабельность. В случае различного рода конверсионных и диссоциативных расстройств показана гипнотерапия. Желательно выявить существующие психотравмирующие факторы, которые провоцируют истерические расстройства, попытаться изменить к ним отношение, де-

зактуализировать их. В ряде случаев психотерапия должна быть директивной, проводиться в императивно-суггестивной манере.

**Шизоидный тип личности** часто детерминирован генетически. Отдельные шизоидные черты могут проявляться уже в 3—4 года. Такие дети предпочитают одиночество, тихие, уединенные занятия, не стремятся к активному общению со сверстниками. У них нет стойкой привязанности к родным и близким, хотя зависимость от матери может быть чрезмерной. Нередко интеллектуальное развитие опережает формирование навыков самообслуживания. Рано может обнаружиться интерес к отвлеченным проблемам, точным наукам, философии.

Шизоидные личности малообщительны, погружены в себя, сдержанны, внешне холодны, малосинтонны. По характеристике Э. Кречмера, шизоид не смешивается со средой, «стеклянная преграда» между ним и окружающими всегда сохраняется (проявление аутизма). Шизоиды общаются с узким избранным кругом людей, с остальными контакты носят формальный характер. У них недостаточно развиты способность к сопереживанию, интуиция, затруднено невербальное общение, отсутствует внутренняя потребность в общении, снижен интерес к сексуальным отношениям.

Моторика шизоидов отличается скованностью, манерностью, их голос слабо модулирован.

Увлечения шизоидов часто весьма оригинальны. Они могут заниматься коллекционированием, создавать оригинальные научные концепции. Еще Э. Кречмер отметил их богатый внутренний мир и бедность внешних проявлений, сочетание чрезмерной чувствительности (гиперестезии) с внешней эмоциональной холодностью (анестезией).

В зависимости от преобладания той или иной эмоциональной пропорции существуют сенситивные шизоиды (мимозоподобные, «сверхнежные» мечтатели с преобладанием астенического аффекта) и экспансивные шизоиды (холодные, с преобладанием стенического аффекта, решительные, мало считающиеся со взглядами и состоянием других, с односторонней деятельностью и не всегда понятными интересами).

Контакт врача с шизоидными личностями часто затруднен и формален. Для полноценного взаимодействия необходимо знать их характерологические особенности и интересы. Психотерапия должна носить индивидуальный характер с учетом внутреннего мира пациента и аффективно значимых ситуаций.

**Эмоционально-возбудимый (эпилептоидный) тип личности** представлен людьми, склонными к конфликтам, неуживчивыми, властными, мелочно-придирчивыми, подозрительными, требующими подчинения.

В некоторых случаях на первый план выступают чрезмерно сильные влечения (азартные игроки, дипсоманы), сексуальные извращения. Начальные признаки типа могут обнаружиться еще в дошкольном возрасте. Такие дети легко озлобляются, кричат. Любые ограничения вызывают у них бурный протест. В младших классах это трудные дети, характеризующиеся излишней подвижностью, угрюмостью, жестокостью, злопамятностью.

Для таких личностей типичны приступы гнева, ярости, возникающие по любому, даже незначительному, поводу. Могут встречаться приступы мрачного, раздражительного настроения (дисфории). Наряду с выраженной эксплозивностью у них может прослеживаться вязкость аффекта, педантичность, аккуратность, обстоятельность, тугоподвижность мышления.

Этот тип личности, выделяемый в русскоязычной литературе, в МКБ-10 отнесен к диссоциальному, эмоционально неустойчивому расстройству личности.

Женщины с такими чертами характера в условиях женской консультации и родильного дома требуют повышенного внимания. К ним следует предъявлять достаточно жесткие, но справедливые и четкие требования, самим не аффектируясь при этом. В некоторых случаях следует смягчать их эксплозивность и дисфорию медикаментозно.

**Астенический (эмоционально-лабильный) тип личности.** Астенический тип личности характеризуется сочетанием повышенной утомляемости и раздражительной слабости. Астенические черты могут проявляться рано в виде врожденной детской нервности. В школьном возрасте такие дети отличаются повышенной утомляемостью, неуверенностью в себе, застенчивостью. В процессе работы у них быстро возникает рассеянность, нарушается концентрация внимания, падает продуктивность. Этим людям свойственны робость, чрезмерная чувствительность, сентиментальность, впечатлительность, ранимость, заниженная самооценка. Аффективные реакции возникают легко и по различному поводу, но аффект нестойкий, кратковременный, с быстрой истошаемостью и последующим раскаянием и обвинением себя.

Астеник пассивен, довольствуется тем, что оказывается доступным.

Физические нагрузки и сильные волнения быстро истощают этих людей. Один из вариантов этой личности — тип ипохондрика, постоянно озабоченного своим здоровьем, часто посещающего врача и чувствующий себя больным.

Астеники нередко жалуются на плохой сон и неприятные ощущения в теле. У них компенсаторно могут сформироваться чрезмерная осторожность, сдержанность, консерватизм.

Большое значение для астенических личностей имеет спокойная обстановка, похвала, доброжелательное отношение окружающих, что компенсирует их особенности. Они охотно принимают и выполняют помощь и советы врача.

**Аффективный тип личности.** Среди беременных и родивших женщин нам встречались типы, которых следует оценить как аффективные варианты. Это *гипертимные личности*, отличающиеся повышенным настроением и активностью и постоянно хорошим самочувствием. В большинстве это оптимисты, подвижные, довольные собой, умеющие пользоваться всеми благами жизни, предприимчивые, говорливые, легко вступающие в контакт даже с незнакомыми людьми. Легко могут вспылить, но уживчивы, часто оказываются «душой компании», хорошими организаторами. Мышление их не отличается большой глубиной, начатое дело не всегда доводится до конца.

Мимика, жесты у гипертимных личностей выразительные, у некоторых из них легко возникают столкновения с окружением, они ввязываются в ссоры, вмешиваются в чужие дела. Среди них встречаются эгоистичные и властные личности.

*Гипотимные личности*, по П.Б. Ганнушкину, — «прирожденные пессимисты». Они редко находят повод для радости, даже успехи не приносят им этого чувства. Большую часть времени бывают мрачными, неразговорчивыми. Отличаются заниженной самооценкой, считают себя неудачниками. В спокойной, привычной обстановке это добросовестные, трудолюбивые, тихие, грустные люди с практическим складом ума, достаточно глубокой оценкой обстоятельств.

Третий вариант личностей из группы аффективных — *циклоидные личности* — отличается чередованием периодов хорошего настроения, повышенной активности и грусти, подавленности. Такая смена одних состояний другими происходит на протяжении всей жизни. Иногда их настроение связано с определенной порой года.

При оценке динамики настроения у аффективных личностей возникает вопрос о соотношении таких состояний с эндогенными заболеваниями. В родильных отделениях, женских консультациях они нуждаются в индивидуальном подходе, так как их личностные черты в период репродуктивного цикла усиливаются и могут проявляться аффективной патологией.

## Оценка личности

Для диагностики личности, как и для оценки отдельных психических функций, разработан и применяется ряд опросников. Каждый из них построен по определенной схеме и служит для выявления тех или иных факторов в психической деятельности обследуемого. Опросники позволяют судить о личностных свойствах обследуемого лишь по материалам самооценки. Эти данные представляют интерес для врача и сами по себе, но главным образом используются для сопоставления с анамнезом, клиническими наблюдениями.

К наиболее известным и распространенным относятся опросник Кеттелла, Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI), личностные опросники Айзенка.

Для оценки личности используется также ряд проективных методов (тест Роршаха, апперцепции тематической тест (ТАТ), тест фрустрации Розенцвейга, метод незаконченных предложений, Вартегга рисуночный тест и др.). Недостатком этих экспериментально-психологических методик является их трудоемкость, необходимость специальной психологической подготовки врача, трудность расшифровки, большие временные затраты. В повседневной работе практикующего врача эти методы малопримемлемы, они больше годятся для научных исследований.

Сведения о личности, полученные с помощью опросников, метрических и проективных личностных тестов, обычно точны, но они оторваны от реалий жизни и не могут заменить тщательного опроса пациента и других информаторов.

Знаток личностной диагностики К. Леонгард (1981) с сожалением пишет о том, что у нас пока нет перечня обязательных вопросов, с помощью которых можно было бы определить черты акцентуированной личности. Тесты, по мнению автора, можно использовать с большими оговорками, а главными методами диагностики личности остаются наблюдение и обследование.

Человек полнее проявляет себя в привычной для него обстановке — на работе, дома, среди друзей. В условиях больничных стационаров и поликлиник оценка личности затрудняется, поскольку здесь люди находятся не в том окружении, которое способствовало бы проявлению особенностей личности, позволяло вести себя более естественно.

Леонгард придает большое значение наблюдению за мимикой, жестикуляцией и интонациями обследуемого, считает их наиболее достоверным из всех методов, которые можно привлечь для диагно-

стики человеческой личности, «ибо здесь чисто духовное содержание находит непосредственное выражение, которое также непосредственно может быть воспринято другим человеком, <...> о личности человека, просидевшего напротив врача всего какие-то две минуты, можно узнать гораздо больше, чем после тщательного обследования с применением тестов и анкет».

Продолжаются также попытки провести корреляцию между телосложением и психической индивидуальностью человека, начатые в 1921 г. основоположником конституционально-психологического направления в немецкой психиатрии Э. Кречмером.

При оценке особенностей личности важно учитывать внешний вид пациентки, макияж, особенности одежды, соответствие ее возрасту, культуральной среде, социальному положению, полу. Много дают для диагностики выражение лица, поза, моторика, пластика движений, темп и модуляция речи.

В оценке личности помогает анамнез жизни, информация о том, в какой семье воспитывалась женщина, как она оценивает свое детство. Некоторые особенности личности (тревожность, замкнутость, истерические, астенические черты) начинают проявлять себя рано, в детском возрасте. В школьном возрасте важно оценить отношение к учебе, взаимоотношения с родителями и сверстниками.

Богатую информацию для оценки личности может дать выявление отношений обследуемой с лицами противоположного пола, сексуальной активности, характера супружеских взаимоотношений и возникающих проблем, умения их разрешать.

Следует обратить внимание на «профессиональный маршрут» пациентки: род занятий в настоящее время, характер работы, продвижение по службе, уживчивость в коллективе, частота смены места работы. Это дает возможность оценить интересы, целеустремленность личности, способность формировать взаимоотношения в коллективе.

У части женщин, если на то есть основания, следует уточнить, нет ли зависимости от алкоголя и психоактивных веществ.

В ряде случаев целесообразно предложить пациентке самой охарактеризовать себя, свои личностные особенности. При этом можно вести диалог, задавать вопросы.

Если перед врачом открытая, экстравертированная женщина, контакт с ней устанавливается легко: она охотно рассказывает о том, как заводит знакомства, вступает в дружеские отношения, о своих взглядах на жизнь, семейных отношениях, интересах, любимых занятиях.

Если пациентка предположительно замкнутая (интровертированная), следует спросить, трудно ли она завязывает отношения с окружающими, особенно с лицами противоположного пола, любит ли побыть в одиночестве, чтобы подумать, как проводит свободно время, была ли общительной в детстве, какие игры предпочитала. Обычно такие лица сдержанны, имеют свое мнение, ведут свою линию в беседе. Разговорчивыми становятся лишь после того, как определяют для себя линию поведения и глубину ответов.

Для оценки преморбидных свойств личности в первую очередь обращают внимание на эмоциональную и волевую функции. Следует расспросить пациентку о настроении, его колебаниях (спонтанные или в связи с определенными обстоятельствами), характере аффекта, его продолжительности, поведении в состоянии сильного волнения, отношении к обидам, преобладающем эмоциональном фоне, выяснить, добивается ли она поставленной цели, доводит ли начатое дело до конца, умеет ли ждать, легко ли принимает решения, уверена ли в своих силах, что бы хотела изменить в своей жизни. Если просматриваются определенные черты личности, то дальнейший опрос можно вести «прицельно». Так, при обследовании истерических личностей врачу следует быть очень осторожным в оценках. Обследуемые преподносят себя не такими, каковы они на самом деле, а такими, какими им хочется быть. Все у них преувеличенно — тон, жесты, мимика. Во время беседы легко перевоплощаются, фантазируют, играют. Такие женщины избегают трудностей, неуживчивы, часто меняют место работы, сексуального партнера, обращаются к врачам с различными соматоформными расстройствами. Неопытных молодых врачей они достаточно часто вводят в заблуждение.

Для оценки личностных особенностей очень важно собрать объективный анамнез, расспросить родных об особенностях характера пациентки, ее активности, круге и характере общения, интересах, привычках, взаимоотношениях в семье.

Если анамнез собирается у матери больной, следует узнать о ее состоянии во время беременности, родов, о развитии ребенка в раннем детстве, т.е. получить те сведения, которые пациентка сама сообщить не может.

При оценке личности пациентки часто оказывается, что она сама и ее родственники совершенно расходятся во мнениях относительно ряда черт характера, таких как раздражительность, ревность. Это следует иметь в виду и попытаться выяснить причину расхождения.



Клинически важно дифференцировать личностные особенности (психопатии, акцентуации) с психическими расстройствами в первую очередь пограничного уровня. От этого во многом зависит тактика врача и характер лечения. В таких случаях следует помнить, что изменения психики беременных, послеродовые блюзы и депрессии, различного рода ситуационные реакции с расстройством адаптации — явления временные.

Боль рожениц всегда привлекала к себе внимание людей. В древности считали, что боль вызывается злыми духами, демонами, которых разгоняли заклинаниями, колдовством, магическими действиями, ублажали жертвоприношениями.

Для облегчения страданий роженицы выполняли различные обряды. Так, в деревнях Беларуси и России открывали двери и окна, развязывали пояса, расплетали косы. Полешук во время родов жены кричал, лежа на скамейке, и таким образом часть боли забирал на себя. Чтобы помочь роженице, вблизи ее дома устраивали танцы, пели песни, самой роженице рассказывали занимательные истории, чтобы уменьшить ее страдания.

Акушерство и гинекология — науки относительно молодые, сформировавшиеся только в XX в. Препятствовали их развитию предрассудки, в связи с чем родами занимались только женщины. А так как врачи-женщины появились не так давно, судьбу роженицы традиционно вверяли повивальной бабке. Врачи-мужчины из этой области долго исключались. В 1522 г. доктор Вейт в Гамбурге был публично сожжен за акушерскую деятельность, а в 1640 г. на основанных в Париже курсах акушеров врачу-мужчине не разрешалось входить в родильный зал.

Сохранилось и такое свидетельство: в 1591 г. в Эдинбурге сожгли «колдунью», которую обвинили в использовании чар для того, чтобы перенести боль, испытываемую роженицей, на собаку.

Христианство оценивало боль как божье наказание и способ достижения «милости господней» через страдания. И первым попыткам применения обезболивания при родах Церковь оказывала сильное противодействие, основываясь на библейском предречении «В муках будешь ты рожать детей твоих». В этом вопросе не было единства даже среди опытных акушеров. Боялись, что наркоз повредит рожаящей женщине и ребенку. Существовала точка зрения, что боль в родах необходима для формирования материнского инстинкта.

Давно делались попытки обезболивания родов гипнозом и другими психотерапевтическими приемами.

Франц Антон Месмер и его единомышленники в XVIII в. сообщали о «магнетическом» обезболивании родов. Описывались магнетические воздействия на схватки. Лафантин сообщал о случаях обезболивания родов в состоянии сомнамбулизма с помощью «животного магнетизма».

В конце XIX в. применение гипноза и внушения для обезболивания, в том числе и родов, перестало быть редкостью. Сложность метода заключалась в необходимости присутствия во время родов врача-психотерапевта.

Приоритет создания целой системы психопрофилактических мероприятий, направленных на обезболивание родов, принадлежит харьковскому психоневрологу И. З. Вельвовскому. Обезболивая роды с помощью гипноза, он понял, что такое обезболивание в массовой практике родовспоможения нереально.

И.З. Вельвовский, начав в 20-х годах XX в. работу над проблемой обезболивания родов, постепенно создал стройную систему взглядов, базирующуюся на учении И.П. Павлова. Элементы обезболивания родов И.З. Вельвовский обнаружил у старых акушеров-гинекологов, присовокупив к ним свой личный опыт. Его система активно внедрялась в практику родовспоможения совместно с невропатологом К.И. Платоновым, акушерами В.А. Платичерем и Э.А. Шугом на Украине и в других регионах бывшего СССР. В 1949 г. она была одобрена Министерством здравоохранения СССР, ею начали пользоваться в Европе, Америке, Азии. Папа Пий XII от лица католической церкви дал разрешение на применение верующими католиками «советского» метода психопрофилактики болей в родах. В 1963 г. была опубликована монография И.З. Вельвовского «Система психопрофилактического обезболивания родов». Благородной конечной целью автора было навсегда избавить женщин от боли, страданий и страхов в процессе родов. Преимущество его системы заключается в том, что ею могут при определенной подготовке пользоваться акушеры-гинекологи, она может быть применена ко всем беременным женщинам и не имеет противопоказаний.

И.З. Вельвовским тщательно разработаны общие принципы и элементы системы психопрофилактики болей в родах. Подчеркивалось, что такая система носит профилактический характер, не имеет ограничений в своем применении и, по мнению автора, «дает возможность добиваться перспективных целей изжития (разумеется, только в ряде поколений) родовой боли как массового явления в обществе при нор-

мальных, физиологически протекающих родах у практически здоровых женщин».

В последующие десятилетия система И.З. Вельвовского не подверглась существенной ревизии. Отдельные исследователи предлагали принципиальные изменения и дополнения, такие как включение комплекса физических упражнений, не затрагивая ее сути.

Последние десятилетия интерес к психопрофилактике родов и личности женщины в период генерации стал затухать, система психопрофилактики в ряде женских консультаций свернута до двух занятий в начале и в конце беременности, о чем можно только сожалеть. Способствует этому и научно-технический прогресс в медицине и в акушерстве и гинекологии, в частности, отодвигающий и маскирующий значение психологических проблем, роль взаимодействия врача и пациента. Хочется надеяться, что вместе с явным повышением интереса к проблемам медицинской психологии и человеческой личности вообще внимание к психологическим аспектам родовспоможения вновь возрастет.

И.З. Вельвовский, отстаивая оригинальность и самостоятельность разработанной им системы, упорно проводил мысль о том, что в системе психопрофилактического обезболивания родов ведущую роль играют не психотерапия, не внушение и, тем более, не гипнотический его компонент, а дидактические, стимулирующие и активирующие меры, способствующие активации роженицы во время родов. При этом женщина расширяет свои представления о физиологии родов, ее приучают к мысли, что роды могут быть безболезненными.

Женщины обучаются определенным физическим и психическим приемам, повышающим болевой порог. При этом методе, как подчеркивает автор, достигается максимум полезной работы при минимальных затратах усилий.

Автор назвал свою методику «Системой психопрофилактического обезболивания родов», однако значение ее шире и не сводится только к обезболиванию родов, но и затрагивает профилактику осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Несомненно, что психологическое воздействие на боль — одно из важнейших звеньев в системе родовспоможения, и оно может оказать существенное влияние на весь процесс родов.

Боль есть сложная, интегративная функция, она возникает при многих повреждающих воздействиях и включает психические компоненты (П.К. Анохин с соавт., 1976; А.М. Вейн, М.Я. Авруций, 1977).

Боль определяется не только повреждающим (ноцицептивным) раздражителем, но зависит от ряда факторов, на фоне которых происходит действие (обстановка, память, доминирующая мотивация). Отсюда становятся понятными психотерапевтические механизмы регуляции боли.

Известно, что усилиями воли самого человека, переключением его внимания на иную деятельность можно уменьшить и даже подавить ощущение боли. Боль роженицы зависит от особенностей ее личности, от эмоционального фона, обстановки, в которой она находится, от отношения общества к боли при родах.

Как уже упоминалось, женщины в слаборазвитых странах (например, африканских), где рожают чаще и относятся к родам, как к рядовому явлению, меньше страдают при родах и психологически настроены так, что не ждут тяжелых страданий.

В своей системе И.З. Вельвовский использует все многообразие методов психологического воздействия на беременную, применяемых в бодрствующем состоянии: внушение, переключение, разъяснение, стимуляцию, активацию деятельности, перестройку оценки и мотивации.

В практике автора и его последователей этот метод давал высокий обезболивающий эффект (до 90 % хороших и отличных оценок по пятибалльной системе).

При широком применении системы Вельвовского стало ясно (это отмечал и сам автор), что такое психопрофилактическое воздействие на беременную не только (и не столько) обеспечивает обезболивание в родах, сколько благоприятно сказывается на всем генеративном цикле. Улучшается течение беременности — снижается частота токсикоза беременных (позднего и в родах), реже наблюдаются нефропатии, перинатальная смертность плода, не так часто приходится прибегать к оперативному родовспоможению, существенно сокращается продолжительность родов как у перво-, так и у повторнородящих, уменьшаются частота разрывов промежности и шейки матки, слабость родовой деятельности, величина кровопотери в последовом и раннем послеродовом периоде, реже встречаются гипоксия и асфиксия новорожденных (В.П. Баскаков, 1983; В.И. Бодяжина, 1987; В.В. Абрамченко, 1989, и др.).

Немецкий акушер Р. Берг с коллегами (R. Berg et al., 1984) на большом клиническом материале (1291 женщина) также показал, что психопрофилактическая подготовка к родам (программированные роды) улучшает состояние женщины и новорожденного. Роды чаще прохо-

дят в дневное время, сокращается их продолжительность, улучшаются ряд показателей у новорожденных и психическое состояние женщин во время беременности и родов.

Приведенные факты свидетельствуют о том, что разработанная И.З. Вельвовским система психопрофилактического обезболивания родов не сводится только к снижению боли в родах, а ведет к более глубокому воздействию на протекание родового, родового и послеродового периодов, что недооценил сам автор и что стало явным при дальнейшей длительной работе с этой методикой. В литературе систему И.З. Вельвовского все чаще называют «Системой психопрофилактической подготовки беременных к родам», а не «Системой психопрофилактического обезболивания родов», что в большей мере отражает ее суть.

Что касается обезболивающего эффекта, то у большинства исследователей он колеблется от 60 до 30 %. Так, В. П. Баскаков (1983) считает, что обезболивание родов достигается только в 30 % случаев; у большинства рожениц боль оказывается терпимой и не нарушающей родового процесса.

Сам И.З. Вельвовский стремился с помощью разработанной им системы достичь следующих целей:

- максимальное предупреждение нарушений физиологического течения беременности, раннее их диагностирование и своевременная ликвидация в случае возникновения;
- максимальное избавление женщины от ложных тревог, страхов и связанных с ними отрицательных эмоций;
- такое осведомление, обучение и воспитание женщины, чтобы акт родов, ранее казавшийся ей таинственным, инстинктивно протекающим, стал понятным и осознанным в его главнейших физиологических закономерностях;
- обучение на этой основе мерам, способствующим физиологическому родовспоможению и воспитанию разумно-активного поведения женщин в родах в стационаре;
- влияние на окружение беременной в духе опровержения укоренившихся представлений о неизбежности страданий в родах.

Практически занятия с беременными рекомендуется проводить в форме лекций, собеседований, уроков и курсов, индивидуальных и групповых, с обязательным доступным для понимания и восприятия иллюстративным материалом (рисунки, таблицы, муляжи, кинофильмы о родах).

В комплекс занятий целесообразно включать гимнастические, дыхательные упражнения, направленные на расслабление и укрепление определенных групп мышц. Будущих матерей следует научить владеть своими чувствами, продуктивно сотрудничать с врачом (акушеркой) во время родов.

Вот как это представляет себе И.З. Вельвовский:

«Женщина должна быть осведомлена о нормальном родовом акте, этапах его развития, анатомии и физиологии родов, половых органов, зачатия. Женщина должна быть готова активно участвовать в процессе родов, научиться ряду приемов, помогать врачу или акушерке, знать заранее, как выполнить ту или иную инструкцию. Благодаря знаниям у подготовленной беременной не возникает тревожных опасений, страха при первых схватках, отхождении вод. В происходящем она видит подтверждение того, что все идет правильно и хорошо, более того, женщина ждет следующего явления как естественного и необходимого. Знания становятся тем багажом, которым женщина обучается пользоваться».

Подготовку беременных целесообразно начинать, по рекомендациям И.З. Вельвовского, с первого посещения женской консультации. Комплекс, разработанный автором, начинается с 32-й недели беременности. Занятия проводятся один раз в неделю и заканчиваются за 1–2 недели до родов. Подготовка состоит из 5–6 занятий.

**Первое занятие** рекомендуется проводить с каждой пациенткой индивидуально.

В индивидуальной беседе и при осмотре происходит знакомство с личностью пациентки, ее анамнезом, психологическими проблемами, разъяснение ей сути психопрофилактической подготовки. Дальнейшая психопрофилактическая работа целесообразна в общей группе, но может проводиться индивидуально, если беременность течет с осложнениями.

На первом групповом занятии женщину знакомят с гигиеной беременности в последние 8 недель, со строением половых органов и изменениями, происходящими во время беременности. Она получает представление о развитии доношенной беременности, о периодах родов (о самих родах пока сообщаются только общие сведения). Целесообразно доступно рассказать женщинам о психологическом компоненте боли, о роли отрицательных эмоций в протекании родов. Подчеркивается, что у здоровой женщины с нормально текущей беременностью роды могут быть безболезненными (15 %) или сопровождаться незначительными болями (40 %), что повреждения родовых

путей не обязательны. Можно рассказать о соответствии размеров таза и головки, если это группа беременных без повышенного риска акушерских и психических осложнений.

Занятие должно проводиться в отдельном кабинете, снабженном наглядными пособиями (рисунками, схемами), доступными для понимания, в спокойной благожелательной обстановке. Беременные могут задавать вопросы, уточнять непонятное.

Во время контакта с беременными врачи и персонал в целом обязаны тщательно взвешивать свои слова и поведение для предупреждения возникновения ятрогенных (внушенных врачом) расстройств, учитывая, что во время беременности внушаемость женщин повышается. Контакты женщин в группе также имеют значение, поэтому они должны активно направляться лицом, ведущим психопрофилактическую работу. В группе на протяжении всего периода встреч происходит групповое взаимодействие с элементами групповой психотерапии, и этим необходимо умело пользоваться.

Второе групповое занятие следует посвятить знакомству с процессом родов — первыми признаками начала родов, схватками, механизмом раскрытия шейки матки. Беременную предупреждают, что с появлением регулярных схваток, а у повторнородящих — первых схваток, при отхождении вод или густой слизи из половых органов следует отправляться в родильный дом.

На этом занятии беременных учат так называемым приемам обезболивания, которые И.З. Вельвовский называет «легкими гимнастическими упражнениями». Эти упражнения рекомендуется повторять и закреплять дома. Беременных следует убеждать, неоднократно возвращаясь к этому на всех занятиях, что при разумном и спокойном отношении роженицы к родам, при заинтересованности родить здорового ребенка и при соответствующей помощи медицинского персонала роды должны пройти спокойно, без болей или с незначительными болями. Женщина должна уяснить, что боли, возможно, обусловлены ее незнанием того, что происходит у нее в организме во время беременности и родов, что они могут быть психологическими, внушенными, определяться неправильным поведением в родах.

*Первый прием обезболивания* заключается в равномерном углубленном дыхании в обычном темпе. Вдох следует производить длительно, а выдох — коротко, вдох — носом, а выдох — ртом. Вдохи и выдохи рекомендуется выполнять непрерывно, на протяжении всей схватки с частотой 16—18 раз в минуту. Беременной следует объяснить, что частые и глубокие вдохи и выдохи вредны. Правильное дыхание



улучшает течение родов, схватки, благоприятно влияет на состояние ребенка. Тем, кто выполняет комплекс гигиенических гимнастических упражнений или курс специальной гимнастики для беременных, нужно рекомендовать включать в этот комплекс дыхательную гимнастику.

*Второй прием обезболивания* состоит в том, что роженица во время схватки должна производить ладонями и пальцами обеих рук легкое поглаживание кожи нижней части живота в местах, где острее ощущается боль. При этом движения рук должны сочетаться с ритмом дыхания. При вдохе движения рук следуют от средней линии вниз к спине, при выдохе руки располагаются на животе. Легкое поглаживание живота должно производиться на протяжении всей схватки. Трудность этого приема заключается в необходимости сочетать движения рук с ритмом дыхания. По мере нарастания силы схваток следует усиливать поглаживания. Вначале поглаживаются участки кожи ниже пупка, а при увеличении интенсивности схваток — ближе к лону. Во время схватки эта процедура отвлекает внимание роженицы.

Кроме того, целесообразно рассказать беременным о зонах проекции боли от матки, о примерном пути их перемещения: от пупка к нижней половине живота и к лобку, а затем на крестцовую область.

Нередки случаи, когда в начале родов повышенная чувствительность отмечается в низу спины, в поясничной области, в крестце. Следует разъяснить, что, действуя на эти области кожи, можно достичь обезболивания.

Второй прием обезболивания во время схватки можно видоизменять потиранием поясницы о валик, сделанный из скатанной простыни. При этом роженица выполняет скользящие движения по нему вверх-вниз, упираясь стопами в постель.

Можно массировать поясницу руками, поворачиваясь на бок, потирать ее фалангами сжатых в кулак пальцев, надавливать на болевые точки кулаками, подложенными под поясницу с боков от крестца. Эти действия сочетаются с глубоким ровным дыханием.

*Третий прием обезболивания* начинают применять с прекращением действия второго приема, обычно по указанию акушерки. Прием заключается в том, что роженица в момент схватки должна большими пальцами рук, расположенных ладонями вдоль бедер, надавливать на точки передне-верхних подвздошных остей (выступающих костей таза), совершая легкие движения вверх-вниз. Надавливания и движения осуществляются во время схватки одновременно с глубоким дыханием.

Во всех этих приемах присутствует элемент переключения внимания, самовнушения, а также физическое воздействие на болевые точки, что в совокупности приводит к ослаблению боли. Руководить применением приемов обезболивания должен врач или акушерка.

В первом периоде родов — при слабой родовой деятельности до отхождения вод — акушер может рекомендовать роженице ходить, а в положении лежа — поворачиваться на бок, где расположена спинка плода. Целесообразно поручить рожаящей женщине наблюдать за частотой схваток.

Во время родов необходимо, чтобы беременная использовала полученные знания и навыки.

Третье групповое занятие заключается в подготовке ко второму периоду родов.

Формируются представления о втором периоде родов — прохождении головки через родовые пути, появлении потуг. Подчеркивается, что на начальном этапе возможно волевое подавление потуг, а при продвижении головки по тазовому дну потуги можно лишь усилить или ослабить. Беременную обучают тужиться, принимать необходимую позу, умело задерживать дыхание, расслабляться и отдыхать. Тренировочные упражнения следует повторить несколько раз. Правильное выполнение потуг оказывается очень полезным во время родов. Необходимо обратить внимание на умение расслаблять мышцы тазового дна и сфинктеров во время потуг.

Роженица должна знать, что приемы обезболивания родов и управления потугами можно применять только по указанию лица, принимающего роды.

Роженица обучается по указанию акушерки или врача прекращать потуги в момент выведения головки плода, при продвижении ее через вульварное кольцо во избежание сильного и быстрого растяжения промежности и вследствие этого — ее разрывов. Для усвоения описанных навыков рекомендуется проводить тренировочные занятия дома, избегая при этом сильных напряжений.

На этом же занятии целесообразно дать представления о характере схваток, сущности послеродового периода, его продолжительности.

Последние групповые занятия начинаются акушерским осмотром беременных. Подытоживаются результаты всего наблюдения, подтверждается нормальное развитие беременности, что имеет большое психотерапевтическое значение. Проверяются усвоенные навыки поведения, необходимые во время родов, подтверждается готовность к родам, умение вести себя разумно, осмысленно.

Беременную необходимо ознакомить с условиями функционирования родильного дома, с процедурами, которые проходит роженица, питанием, отпращиванием физиологических потребностей во время и после родов, функцией медицинского персонала. Все это необходимо для того, чтобы у роженицы не возникало тревожных опасений от незнания, ожидания неизвестных манипуляций.

Беременные должны знать, что в родильном доме они могут встретиться с не подготовленными к родам женщинами, ведущими себя беспокойно, дезорганизуя процесс родов, и что к этому следует относиться спокойно, так как сами они хорошо подготовлены.

В заключение следует подчеркнуть, что если роженица ведет себя активно, выполняет все усвоенные предписания, то она легче рождает, остается бодрой после родов, у нее обычно достаточно молока для кормления ребенка, она легко справляется с требованиями по уходу за ним.

Придерживаясь общей схемы, врач или акушерка, которые проводят психопрофилактическую подготовку к родам, должны составить свой план работы с каждой группой беременных с учетом сложившихся условий, особенностей группы и индивидуальных особенностей беременных. Нельзя сокращать время подготовки беременных без веских на то причин. Материал занятий следует излагать доступно, закрепляя на практике полученные навыки.

Очень важно иметь индивидуальный контакт с каждой беременной женщиной, знать ее отношение к беременности, родам, будущему ребенку, вовремя вносить необходимую коррекцию в психическое состояние, оказывать психологическую помощь, а при необходимости направлять к психотерапевту или психиатру.

Особого подхода в психопрофилактической подготовке требуют первородящие беременные, а также повторнородящие при неблагоприятных предшествующих родах.

При подготовке к родам беременных с патологией, особенно такой, которая требует оперативного вмешательства, в составе психопрофилактической подготовки большую роль должна играть психотерапия. Показаны прямое и косвенное внушение, гипнотерапия, рациональная психотерапия.

Особое внимание следует уделять женщинам с выраженными отклонениями личности, а также перенесшим в прошлом психозы и пограничные психические расстройства. С такими группами беременных должен работать (или помогать акушеру-гинекологу) психолог или психотерапевт.

Необходимо, чтобы весь комплекс занятий в группе вел один и тот же врач, который знаком с протеканием беременности у каждой женщины, с ее личностными особенностями и проблемами. Если каждое занятие проводит новый врач, теряется контакт с группой, нарушается преемственность занятий. На практике же в формируемые группы объединяют беременных с разных участков, поэтому занятия проводят разные врачи в порядке очередности, что резко снижает результат работы. В сельской местности психопрофилактической подготовкой беременных занимается, как правило, акушерка.

Медицинский персонал женских консультаций и роддомов должен быть хорошо обучен, понимать цель психопрофилактических мероприятий и добросовестно выполнять свои функции. Только коллектив единомышленников может достичь большого успеха.

Недостатками системы профилактического обезболивания родов И.З. Вельвовского следует считать позднее начало психопрофилактической подготовки (32—33-я неделя беременности) и узкая направленность ее на обезболивание родов. По сути, это только компонент эффекта, который достигается в процессе проведения психопрофилактической подготовки беременной к родам. Психопрофилактическая подготовка не только уменьшает или снимает болевые ощущения в процессе родов — она оказывает благоприятное влияние на течение беременности, ускоряет роды, уменьшает количество осложнений, ведет к рождению более здоровых детей и к снижению их заболеваемости в послеродовом периоде.

Психокоррекционная, психотерапевтическая работа с беременными должна начинаться с первого посещения женской консультации, вестись постоянно и продолжаться в период родов и в послеродовом периоде.

Врач должен уметь установить контакт с пациенткой, выявить психологические проблемы, актуальные для женщины, оценить состояние ее психических функций и особенности личности, внутреннюю картину состояния (здоровья, болезни) в динамике беременности, родов, после родов, памятуя о закономерностях ее изменения и зависимости от многих факторов, установить ведущие механизмы психологической защиты, внести коррекцию в отношении пациентки к своему состоянию, если оно неадекватное.

Даже нормальное течение беременности приносит ряд особенностей в психическую деятельность женщины. В подавляющем большинстве случаев вскоре после зачатия появляются тошнота, рвота, избирательность к пище, меняется аппетит. Обычно заостряются лич-

ностные черты. Легко меняется настроение со склонностью к раздражительности, ранимости, плаксивости. Женщины тревожатся за исход родов, здоровье будущего ребенка, боятся преждевременных родов, различного рода осложнений, родовых болей. Опасения во многом связаны с отсутствием знаний и представлений о беременности и родах. Во второй половине беременности женщины могут становиться суеверными, легковнушаемыми. Большинство беременных быстро устают физически и психически, самооценка становится неустойчивой и не всегда адекватной, нередко удлиняется ночной сон, появляются сонливость днем, частые пробуждения ночью, тревожные сновидения. Симптомы усиливаются с приближением родов. Следует отметить, что такие изменения психики характерны для нормально протекающей беременности, в случае же патологии они будут более выраженными.

Пограничные расстройства психической деятельности необходимо корректировать с помощью доступных для гинеколога психокоррекционных и психотерапевтических приемов. Работа с беременными может быть групповой и индивидуальной — во время гинекологического осмотра при посещении беременной женской консультации.

Следует обсудить с женщиной ее состояние, психологические проблемы и обеспокоенность, взаимоотношения с сексуальным партнером, отношение к будущему ребенку, обучить ее дополнительным гигиеническим навыкам, режиму труда, особенностям половой жизни. Если все идет благополучно, следует лишний раз подчеркнуть, что беременность протекает нормально, что есть все основания предполагать ее благоприятное завершение. Изменения, происходящие в организме женщины, должны быть понятны ей, восприниматься без тревоги.

Психотерапевтическому воздействию поддаются тошнота, рвота и другие проявления токсикоза в первые месяцы и во второй половине беременности. И.З. Вельвовский считает, что эти, вначале не имеющие психогенной основы, реакции в дальнейшем способны зафиксироваться (условнорефлекторно), и именно этим объясняет эффективность психотерапии. С помощью психотерапии (психокоррекции) можно минимизировать и другие нежелательные проявления беременности, в том числе влиять на психику женщины, ее отношение к происходящему.

Работа должна вестись не только с самой беременной, но и с ее партнером, с близкими родственниками. С этой целью проблемы следует обсуждать, пользуясь приемами семейной терапии, по мере необходимости приглашая в женскую консультацию вместе с беременной

ее мужа, близких родственников. С мужьями следует проводить и отдельную работу, индивидуальную или групповую. Следует иметь специальный график таких мероприятий, корректировать его по мере изменения обстоятельств, имея в виду индивидуальные особенности беременной, течение беременности.

В случаях выраженных пограничных психических расстройств, при работе с акцентуированными личностями, если эта акцентуация препятствует взаимному пониманию и контакту с акушером-гинекологом, целесообразно обращаться за помощью к психотерапевтам, медицинским психологам и психиатрам.

Так, личности с истерической акцентуацией могут внести дезорганизацию в весь процесс психопрофилактической подготовки.

Тревожно-мнительные личности нуждаются в разъяснительных и успокаивающих беседах, повышенном внимании врача и персонала. Они исполнительны, но нуждаются в постоянной поддержке, которую им должны оказывать не только медицинские работники, но и члены семьи.

Шизоидные личности в силу малой синтонности при контакте замкнутые и повышенно ранимые, нуждаются в понимании их личностных особенностей, умении обслуживающего персонала проявить разумную активность, проникнуть в их внутренний мир, помочь решить психологически трудные проблемы, оказать психотерапевтическое воздействие.

Безвольные (неустойчивые) личности, характеризующиеся повышенной подчиняемостью внешним влияниям, требуют иного подхода. Это слабовольные, внушаемые люди, легко попадающие под чужое влияние. Реализация их побуждений, желаний определяется не столько внутренней целью, сколько случайными внешними обстоятельствами. Такие женщины нередко спиваются, у них часты внебрачные беременности, они легко отказываются от своих детей. Их поведение нормализуется повышенной требовательностью, системой общепринятых норм поведения, которые они обязаны выполнять. Без учета особенностей таких личностей и их коррекции психопрофилактика будет малоэффективна.

Личности параноического типа, встречающиеся нечасто, склонны к образованию сверхценных идей, во многом определяющих их поведение. Это люди недоверчивые и подозрительные, с односторонними интересами, завышенной самооценкой, упорные в защите своих убеждений, угрюмые, часто грубые, упрямые, конфликтные, застревающие на одних и тех же мыслях и аффектах. Это люди действия, лишён-

ные чувства юмора, прямолинейные в суждениях, мало поддающиеся убеждениям и просьбам. Сверхценные идеи нередко приводят к сутяжному поведению (конфликтуют, требуют, жалуются, упорно отстаивая свои интересы).

Работать с такими женщинами трудно, особенно если сверхценная идея касается рождения ребенка. Во всех случаях следует выявить содержание этой идеи и акцентировать те интересы женщины, которые прямо не связаны с ней.

В соответствующем разделе мы более подробно описываем и другие варианты личности, особенности которых необходимо учитывать при контакте и взаимодействии.

Особого внимания требуют женщины с повышенным риском заболеть психически. К этой группе риска относятся пациентки, уже перенесшие психозы и психические расстройства в прошлом без связи с беременностью и родами или после предыдущих родов, женщины с отягощенной психическими заболеваниями наследственностью, особенно если психически больны близкие родственники (первая, вторая степень родства). Чаше заболевают первородящие молодые женщины преимущественно в осенне-весеннее время года.

Правильно оцененные психическое состояние и личностные особенности, адекватная психопрофилактическая работа в период беременности с этими женщинами будут иметь значение и для предупреждения психических расстройств.

Психопрофилактическая работа должна продолжаться не в меньшем объеме и в послеродовом периоде. Особо интенсивно она должна проводиться в родильном доме после завершившихся родов. И.З. Вельвовский рекомендует с целью улучшения течения послеродового периода проводить сеанс внушения, подчеркивая тот факт, что после перенесенного во время родов напряжения родильница находится обычно в состоянии легкой сонливости, благоприятной для воздействия словом. Внушение может быть примерно такого содержания: «С родами все закончено. Как видите, роды у вас прошли успешно, проведенная подготовка принесла свои положительные результаты. Скоро вас переведут в послеродовую палату. В палате вы заснете, хорошо отдохнете и проснетесь бодрой, в хорошем самочувствии.

Через несколько часов, когда в палату принесут воду для мытья рук, у вас появится непреодолимый позыв на мочеиспускание и вы хорошо и безболезненно помочитесь.

К концу второго дня у вас начнет самостоятельно опорожняться кишечник, что важно для хорошего сокращения матки.

При подготовке к родам вам объяснили, что еще до родов в молочных железах начинает вырабатываться молозиво, а после родов — молоко. Это совершается постепенно, так что к 3-му дню у вас уже будет вырабатываться молоко. Этому способствует сосание ребенка, а также ваше правильное питание.

Палатный врач назначит вам питание, которое обеспечит нормальную лактацию.

Первый раз ребенка принесут для кормления через 6 часов». (Если роды протекали с какими-то осложнениями, то указывают другое конкретное время кормления.)

Фабула внушения может меняться по усмотрению врача. Может быть сделано ряд записей вариантов внушения, осуществлять его можно с помощью наушников.

Наставления такого рода, как подчеркивает И.З. Вельвовский, имеют существенное значение для профилактики трещин сосков, гипогалактии, а также для налаживания отпавлений мочевого пузыря и кишечника.

В послеродовом отделении женщине следует объяснить, как прибывает молоко, обучить ее приемам ухода за грудью, особенностям личной гигиены в раннем послеродовом периоде, сообщить о характере выделений из половых органов. В первые дни эти выделения должны иметь значительную примесь крови. В послеродовом периоде наряду с инволюцией матки, изменениями в трубах, связочном аппарате, яичниках постепенно восстанавливается тонус мышц тазового дна, укрепляется брюшная стенка.

В молочных железах уже во время беременности происходит подготовка к секреции молока и можно выжать каплю молозива. Оно выдавливается и в первые дни после родов. Отделение молока начинается на 2—3-й день после родов. Обычно в это время молочные железы нагрубают, становятся чувствительными. Родильницу следует предупредить, что при сильном нагрубании бывает чувство распирания, могут прощупываться набухшие дольки молочной железы. Ее внимание стойко фиксируют на том, чтобы во время кормления она заботилась о хорошем захватывании ребенком не только соска, но и большей части околососкового кружка.

После кормления ребенка родильницу следует предупредить о необходимости сцеживать остатки молока до тех пор, пока оно не перестанет бежать струйкой. Это обеспечивает нормальное количество молока для ребенка.



При наличии травм мягких тканей в первые дни возникают постоянные слабые боли в половых органах и промежности. Иногда появляются болезненные схватки, особенно во время кормления грудью. При возникновении перечисленных ощущений следует объяснить женщине их происхождение, успокоить ее. Не следует давать такую информацию заранее и создавать ситуацию ожидания. То же касается и возможных небольших подъемов температуры, задержек мочи и стула.

При нормальном течении послеродового периода родильница может сидеть и ходить уже на второй день, а то и в день родов. Следует объяснить ей, что раннее вставание способствует течению процессов обратного развития, улучшает кровообращение, дыхание, регуляцию функций кишечника, мочевого пузыря.

Разработан комплекс послеродовых гимнастических упражнений, способствующих установлению диафрагмального дыхания, укреплению мышц живота и тазового дна, которому женщину можно обучить.

Родильницу следует ознакомить с особенностями питания в первые дни после родов, в период нагрубания молочных желез.

Большое значение для спокойствия матери имеет полная информация о состоянии ребенка, обучение особенностям кормления и ухода за ним.

Проведение психопрофилактической работы по подготовке беременных к родам и в послеродовом периоде никогда не будет напрасно потраченным временем. Но работа эта требует большого напряжения всего персонала, комплексности, преемственности между всеми подразделениями родовспоможения. Лучший эффект достигается там, где ясны цели и методы работы, есть энтузиазм и вера, работа тщательно организована и продумана до мелочей, имеется подготовленный персонал.

Кроме метода психопрофилактической подготовки к родам, разработанного И.З. Вельвовским, в мире существуют и другие системы психопрофилактики и обезболивания родов. Они имеют иные теоретические посылки, в них звучат культуральные и этнические особенности, сложившаяся культура обслуживания женщин, руководства коллективом.

Различными методами можно добиться близких положительных результатов, что свидетельствует о пластичности психики беременной, рожавшей и родившей женщины, подвергающейся многообразным воздействиям словом, обстановкой, различными психотерапевтическими приемами.

Параллельно с И.З. Вельвовскими в 1935 г. англичанином Г.Д. Ридом был разработан метод обезболивания родов, названный «естественным деторождением», или «родами без страха». Метод Рида акушерами в бывшем СССР принят не был, разумность его активно отрицалась, так как автор объяснял механизмы обезболивания и возникновения боли в родах с психоаналитических позиций, считая, что цивилизация, нарушив здание примитивной защиты, «выражающееся в первородном инстинкте бегства», породила эмоцию страха.

И.З. Вельвовский относился к методу Рида резко отрицательно, считая его разновидностью психотерапии, основанной в первую очередь на гипнотическом внушении в состоянии релаксации.

Г.Д. Рид постулирует положение, что страх, напряженность и боль неразрывно связаны между собой. Страх является результатом отсутствия у роженицы знаний о событиях, происходящих в процессе родов. Страх в свою очередь провоцирует напряжение мышц, в том числе и мышц нижнего полюса матки, вызывающее боль. Этот порочный круг, по мнению автора, можно разорвать, если беременная в антенатальном периоде получает знания о том, что происходит во время родов.

Г.Д. Рид предлагал тщательно разработанную методику тренировки «максимального расслабления ума и тела». Обучение расслаблению — главное в методике автора. На фоне релаксации проводилось внушение. Расслабление расценивалось как естественный феномен родоразрешения, непосредственно связанный с притуплением мыслительной функции и активного интереса к функции матки.

В 1955 г. Хейнс (Южная Америка) предложил методику абдоминальной декомпрессии в качестве метода, снижающего боль и осложнения в родах. Часть грудной клетки, живот и бедра беременной помещают в пластиковую оболочку (мешок Хейнса), верхний и нижний отделы которой герметичны. При каждом сокращении матки с помощью специального устройства происходит отсос воздуха из мешка (который регулирует сама женщина) с целью создания внутри него значительного отрицательного давления. По мнению Хейнса, абдоминальная декомпрессия расслабляет мышцы передней брюшной стенки, благодаря чему верхняя часть матки становится более округлой и сокращение ее — более эффективным. Учитывается сильное отвлекающее действие этого метода, ибо наряду с физическим воздействием он несет в себе значительный психотерапевтический компонент.

Сам вид аппарата производит сильное впечатление и иногда пугает женщин. Аппарат затрудняет доступ акушера к животу родильницы.

Сильная декомпрессия может вызывать преждевременное отхождение амниотической жидкости. Метод применяют только в первом периоде родов.

В Англии (Leboyer, 1977) был предложен метод, названный «рождением без принуждения». Этот метод предусматривает рождение в спокойной, привычной обстановке в полузатемненной комнате, на обычной кровати. Поощряется непосредственный физический контакт между матерью и ребенком. В ряде случаев роды по этому методу протекают быстрее и менее болезненно. Однако многие акушеры сомневаются в том, может ли быть обеспечена безопасность родов, если они будут проходить в плохо освещенной комнате и на обычной кровати. В такой обстановке можно не заметить возникновения осложнения. Метод вызвал дискуссию среди акушеров, которая привела к более глубокому осознанию и пониманию желаний и потребностей роженицы и новорожденного.

С целью обезболивания родов используется также «белый шум» (смешение звуков разных частот — по аналогии с белым цветом). Иногда он похож на шум падающего водопада. Во время сокращения матки роженицы обычно увеличивают силу звука.

Вероятно, «белый шум» является одной из форм отвлекающей терапии.

Как самостоятельное средство уменьшения или снятия болей применяется избирательное расслабление смежных с маткой мышц, которые рефлекторно сокращаются во время схватки. Будущую роженицу учат концентрировать внимание и расслаблять мышцы рук, лица, а затем и другие мышцы.

С такой же целью применяется контролируемое дыхание. Оно комбинируется с избирательным расслаблением мышц во время сокращения матки и играет главным образом роль отвлекающего фактора.

Следует следить, чтобы дыхание женщины не было слишком частым и глубоким — это может повлечь за собой гипоксию у матери и плода за счет снижения концентрации углекислого газа в артериальной крови.

С целью обезболивания родов и в настоящее время применяется гипноз, а также постгипнотическое внушение.

Многие акушеры считают, что на психику женщины во время родов положительно влияет присутствие мужа.

Он не только успокаивает женщину; психологически она разделяет с ним свои переживания, связанные с родами. Муж извлекает пользу из объяснений акушера, которые получает женщина в этой ситуации.

В ряде больниц проводятся специальные занятия с будущими отцами. Благодаря полученным знаниям муж может более правильно оценить психическое состояние жены во время беременности и родов, в послеродовом периоде, оказать ей психологическую поддержку, окружить заботой. Мужьям следует знать, что в послеродовом периоде у большей половины родивших женщин возникают невротические расстройства (послеродовые блюзы), предупреждение и лечение которых во многом зависит от правильного поведения близких людей.

Психотерапия — наука прикладная и зарождалась она в народной медицине как сумма практических приемов, воздействующих на психику человека, в религии как ритуальные воздействия. Позже ее научным фундаментом стали философия, психология, нейрофизиология, медицина.

Единого общепринятого понимания психотерапии не существует, хотя и подчеркивается ее принципиальное отличие от всех биологических методов лечения. Психотерапевтический эффект достигается путем первичного влияния на психику человека, а через психику на весь организм и поведение. Лечение заключается в психологическом воздействии, и основным инструментом является слово. М.А. Свядощ (1959) по этому поводу писал, что психотерапия является специфическим методом лечения, так как лечебный эффект достигается не физическими или фармакологическими свойствами лечебного фактора, а информацией и эмоциональным зарядом, которые она в себе несет.

Процессы, происходящие в мозге при психотерапевтическом воздействии, пока не ясны. Мы работаем с мозгом, как с черным ящиком, оказываем воздействие и видим результат.

Основываясь на анализе исследований функционирования мозга человека и животных, Кенделл (Е. К. Kendell, 1998) объясняет психотерапевтический эффект структурными изменениями в мозге.

Психотерапия, как и стресс, и обучение, меняет поведение человека, что в свою очередь сопровождается модификацией экспрессии генов. Модифицируется связывание регуляторов транскрипции друг с другом и с регуляторными зонами генов.

Экспериментальные исследования на животных показали, что основным следствием изменения активности гена является увеличение числа семантических связей. Так, у животных, которые подвергались контролируемому обучению, развивающему долговременную память, было в два раза больше пресемантических нервных окончаний, чем у необучаемых.

По нашему мнению, механизм психотерапевтического воздействия близок к действию психотропных веществ. Во время общения

психотерапевта с больным не просто поддерживается речевой и визуальный контакт — процессы, происходящие в нейронах психотерапевта, оказывают опосредованное влияние на нейронные процессы в мозге больного, и наоборот.

Психотерапия действенна только у человека с его высокоразвитой психической деятельностью. Животному достаточно биологического лечения, человеку — нет. Если этого не учитывать и не оказывать психотерапевтического влияния на больного, личность сама заполнит образовавшуюся нишу и может сформировать такую внутреннюю картину болезни, которая будет мешать лечению, ухудшать прогноз и даже делать человека инвалидом. В итоге на психотерапевтическую коррекцию уйдет больше сил и времени, чем на своевременную, разумную и адекватную психотерапию.

Осознанному психотерапевтическому воздействию на больного при оказании медицинской помощи, к сожалению, отводится незаслуженно мало места. Это во многом связано с непродуманностью подхода к обучению студентов и врачей, с недооценкой роли психического в здоровье и жизни человека.

При подготовке врача в наших медицинских вузах почти все время уходит на изучение анатомии и физиологии человека, физических болезней и только 3—4 % учебных часов отводится на изучение человеческой психики (медпсихология и деонтология, психиатрия и психотерапия). Такая дискредитация не проходит бесследно: явная недооценка этой стороны знаний приводит к неумению врача полноценно работать с психической сферой и личностью, добиваясь тем самым максимального терапевтического эффекта: с помощью психотерапевтических приемов врач ориентирует больного на активную самопомощь, независимо от того, физическая это болезнь или психическая. Следует согласиться с В.Т. Кондрашенко, что половина больных могут быть здоровыми только от правильного использования врачом психотерапии. В поликлиниках и соматических стационарах, судя по современным исследованиям, лечится огромное количество больных с соматоформными и соматизированными психическими расстройствами, для выздоровления которых психотерапия обязательна.

Несмотря на организационную негибкость, интерес к психике больного человека и психотерапии непрерывно растет. Обращение к психотерапии становится не данью моде, а насущной необходимостью любого врача. Этому способствует растущий интерес к психотерапии во всем мире, ее бурное развитие. Вместе с тем почти все, что опубликовано по этой проблеме за последние несколько десяти-

летий в русскоязычной литературе, представлено с позиции воинствующего материализма. В итоге к 90-м годам минувшего столетия в отечественной психиатрии образовался вакуум, особенно в части разработки и применения психоаналитической, недирективной психотерапии. Большую роль в заполнении этого пробела, формировании психотерапевтического мышления и усвоении врачами навыков, методов, техник психотерапии в последнее десятилетие сыграла монография В.Т. Кондрашенко с соавт. «Общая психотерапия», выдержавшая за короткое время (1993–1999) четыре издания.

Талантливые клиницисты (М.Я. Мудров, С.П. Боткин и др.) всегда использовали технику психотерапии при лечении соматических больных, поэтому одни и те же лекарства оказывались чудодейственными в их руках, но теряли свой лечебный эффект в практике других врачей.

Занимаясь врачеванием, мы так или иначе оказываем психотерапевтическое воздействие на пациентов, но далеко не всегда делаем это осознанно и целенаправленно, уподобляясь мольеровскому герою, который не знал, что всю жизнь говорит прозой.

В.С. Рожнов (1985), разделяя психотерапию на общую и частную, или специальную, под общей психотерапией понимает весь комплекс психотерапевтических факторов, направленных на повышение сил больного в борьбе с болезнью. В этом случае психотерапия выступает как атмосфера, способствующая выздоровлению и обеспечивающая фон, на котором проводятся все другие методы лечения. Под частной психотерапией понимается использование психотерапии как основного метода лечения тех или иных конкретных заболеваний.

Работая с больными, врач использует внушение, убеждение, обучение, переключение, реагирование и другие способы психотерапевтического воздействия на его психику и таким путем — на течение заболевания.

Беседа с больным сама по себе уже является формой психотерапевтического воздействия, которое осознанно или неосознанно применяет каждый врач. Однако в современной системе подготовки врачей обучения навыкам вербального общения с пациентами не предусмотрено. Большинство врачей овладевает ими интуитивно, методом проб и ошибок. Это длинный и небезопасный путь. Оказывается, даже простой доверительный разговор с больным требует владения специальной разговорной техникой.

Существуют определенные психотерапевтические правила беседы. Для большинства больных психотерапевтическая помощь огра-

ничивается доверительным разговором с врачом, и от характера этого разговора нередко зависит, найдет ли пациент контакт с врачом, разъяснит ли ему свое понимание болезни.

Беседуя с больным, врач должен выявить и оценить не только соматические жалобы пациента, но и его жизненные конфликты, эмоциональное состояние. Если это удастся, можно быть уверенным, что пациент получает облегчение от беседы.

Молодые врачи часто недооценивают катартического эффекта такого речевого самовыражения либо полагают, что в каждом случае должны дать пациенту совет, как лучше разрешить его проблему. В литературе это именуется «апостольской функцией врача». Если вдуматься, такие советы подходят, скорее, самому врачу. Больной обычно нуждается не в советах, а в том, чтобы его выслушали и поняли. Сама вербализация (рассказ) и вскрытие конфликта при поддержке и сопереживании врача оказывают терапевтический эффект, а также помогают пациенту найти новые подходы к решению своих проблем.

Практика показывает, что знания психотерапии, в том числе и психотерапевтического аспекта беседы, необходимы не только врачам, традиционно занимающимся психотерапией (психиатры, наркологи), но и врачам-интернистам, в том числе акушерам-гинекологам, организаторам здравоохранения, студентам медицинских вузов.

Происходит экспансия психотерапии за пределы клиники — в спорт, на производство, в сферу подготовки лиц определенных профессий (космонавты, бизнесмены, члены экспедиций). Многие приемы психотерапии используются в религии, в политике (предвыборная борьба), рекламе.

Существующее многообразие психотерапевтических способов воздействия на психику человека в целом отражает сложность функционирования психики и заложенные в психиатрии возможности.

Психотерапия может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения; может осуществляться при непосредственном контакте врача с пациентом или опосредованно (с помощью звукозаписи, радио, телевидения, телефона, посредством печатного слова, музыки, изобразительного искусства и т.д.).

Общепринятой классификации методов психотерапии нет. Принято различать методы и техники (формы, методики) психотерапии. (Последних существует большое количество — более 3000.)

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует направление психо-



терапии: психоаналитическое, бихевиоральное, экзистенциально-гуманистическое.

Разработана классификация выбора методов психотерапии в зависимости от заболевания:

- при острой истерической симптоматике, других истерических расстройствах — суггестия;
- вегетативных нарушениях — аутогенная тренировка;
- жизненных трудностях, начальных невротических расстройствах — «разговорная» терапия;
- фобиях и других навязчивых состояниях — поведенческая и рациональная психотерапия;
- характерологических нарушениях — гештальттерапия, психодрама;
- расстройствах, связанных с семейными проблемами, конфликтами с окружающей средой, — семейная психотерапия;
- острых реактивных расстройствах — нейролингвистическое программирование (НЛП, шестиступенчатый рефрейминг);
- проведении психотерапевтической подготовки к родам и в послеродовом периоде — групповая психотерапия;
- комплексных расстройствах с наличием предшествующего предрасположения — глубинно-психологические методы.

В.Т. Кондрашенко сформулировал следующие **основные правила психотерапии**:

- Психотерапия может быть только клинической. Врач, практикующий психотерапию, прежде всего должен правильно поставить диагноз и оценить динамику заболевания, которое он лечит.
- Психотерапия в комплексном подходе к лечению заболевания должна быть только предметом выбора, как и любой другой метод лечения.
- Ни один из существующих методов психотерапии не имеет преимущества перед другими, если последние применяются своевременно и с учетом механизма, клиники и динамики заболевания. Нет «хороших» или «плохих» методов психотерапии. Есть только хорошие или плохие психотерапевты.
- Психотерапия не терпит косности. В зависимости от динамики заболевания отдельные методы психотерапии могут применяться самостоятельно или в комбинации с другими, сменять, дополнять или усиливать друг друга.

- Психотерапия без обратной связи с больным, без учета имеющихся показаний или противопоказаний к тому или иному методу лечения не эффективна, а иногда и вредна.
- Психотерапия, даже в групповых ее вариантах, должна быть индивидуализированной, личностной и социально ориентированной.
- Любой, даже самый опытный, психотерапевт должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и, что более существенно, теоретическую базу, на которой эти методы основаны. Работая «вслепую», он в лучшем случае станет ремесленником, а в худшем — шарлатаном.
- Психотерапия, так же как и любая другая отрасль клинической медицины, должна держаться на трех «китах»: клинике, знаниях (теории) и профессионализме.

Учитывая, что в акушерской клинике встречается большое разнообразие психических расстройств, в первую очередь пограничного уровня, и что такие расстройства встречаются с высокой частотой, психотерапевтическая работа должна быть обязательным компонентом комплексного лечения.

С целью формирования представлений о психотерапевтической работе врача ниже приводятся отдельные методы и методики психотерапии, которые могут быть с успехом использованы акушером-гинекологом в повседневной работе с беременными, роженицами, родильницами.

### **Рациональная психотерапия**

Предложена в начале XX в. швейцарским невропатологом Дюбуа, который полагал, что многие психогенные заболевания могут излечиваться посредством логических доводов и переубеждений.

Рациональная психотерапия направлена на коррекцию представлений пациента путем «убедительной диалектики». Данный метод по сути явился возрождением «сократовских бесед», воздействующих на человека посредством логики и диалектики.

Основой рациональной психотерапии являются логические аргументации. Метод включает в себя разъяснения, дидактические и риторические приемы. Кроме того, обязательным компонентом рациональной психотерапии выступает внушение, эмоциональное воздействие на пациента.

Одной из задач рациональной психотерапии является коррекция внутренней картины болезни, формирование у пациента правильного представления о своем состоянии.

Рациональная психотерапия обязательна при лечении ятро- и дидактогений. Ее элементы присутствуют в любой беседе с пациентом, при оценке его состояния, сборе анамнеза, рекомендациях лечения. Оказывает существенное влияние на личность пациента.

Врач должен уметь четко сформулировать свою мысль, убедительно аргументировать точку зрения, объяснить результаты анализов, различного рода инструментальных исследований, особенности протекания беременности, родов, лактации. При этом грамотный анализ объективных данных всегда более убедителен для пациентки, чем обычные приемы логического рассуждения. Одно дело сказать, что у нее правильное положение плода, другое — объяснить, в чем это выражается.

В процессе рациональной психотерапии очень важно выработать у человека разумное, адекватное отношение к своему состоянию. Это часто трудный и длительный процесс. По мере возможности нужно стремиться избавить больного от неопределенности, неясности, вселять в него уверенность в благоприятном исходе. Однако проводить такую работу необходимо с учетом реального положения вещей, и в ряде случаев разумнее готовить пациента к неблагоприятным последствиям.

Стержнем рациональной психотерапии является правильная, доступная пониманию пациента трактовка его состояния, причин возникновения, прогноза и исхода заболевания. Врач при этом должен иметь четкое представление о внутренней (субъективной) картине болезни (здоровья) пациента.

Если врач ставит перед собой задачу коррекции мышления, оценок больного, он должен быть медицински грамотным человеком, иметь достаточный диапазон знаний в различных смежных областях, а в ряде случаев — и в сфере культуры, искусства, философии, религии. Встает не новый, но всегда актуальный вопрос о роли личности врача в психотерапии вообще и в рациональной психотерапии в частности.

Первая же встреча врача с пациентом, первый их диалог — это, по образному выражению Д.В. Панкова, «своеобразный экзамен врача на роль наставника, учителя, воспитателя». Если врач успешно сдает этот экзамен, то результат «рациональной психотерапии будет хороший, если не сдаст — это будут уже не «сократовские беседы», а пустое времяпрепровождение».

Врач должен уметь не только убедительно говорить, но и внимательно слушать, проявляя эмпатию, искренность, доброжелательность.

Для проведения рациональной психотерапии нужны знания формальной логики и умение ими пользоваться. В частности, формальная логика включает такие понятия, как правильное и неправильное мышление.

Мышление, способное вести человека к достижению истины, т.е. правильно решать теоретические и практические задачи, — правильное мышление. Оно подчинено трем основным требованиям: определенности, последовательности и доказательности. Определенное мышление предполагает точность, оно свободно от всякой сбивчивости. Последовательность предполагает свободу мышления от внутренних противоречий, логическую связь между отдельными мыслями. Доказательное мышление не просто отражает истину — оно указывает на основание, по которому мысль должна быть принята истинной, т.е. аргументирует ее.

Закон непоследовательности мышления сформулирован еще Аристотелем. Он считал, что «не могут быть одновременно истинными две противоположные мысли об одном и том же предмете, взятом в одно и то же время и в одном и том же отношении».

Непоследовательность мышления чаще всего связана с нарушением закона тождества. В практике общения человека вкладывают в один и тот же термин различные понятия. К примеру, термин «невроз» врачом и пациентом понимаются по-разному.

Бездоказательность мышления (отсутствие аргументации) в клинике чаще всего проявляется логической ошибкой («после этого» значит «в результате этого»).

Рациональная психотерапия проводится самостоятельно и в комплексе с другими методами лечения. Она может использоваться на этапе обследования пациента и органически вплестаться в диагностический процесс.

Сущность рациональной психотерапии состоит в планомерном убеждении пациента в ошибочности его трактовки и собственного состояния. При этом необходимо опираться на аргументированное доказательство или опровержение положений, связанных с неправильными представлениями пациента.

Такая психотерапия может быть индивидуальной и групповой. В последнем случае лечебное воздействие оказывает не столько сам психотерапевт, сколько умело направленный им групповой процесс.

Показаниями к рациональной психотерапии являются: наличие неадекватной оценки своего состояния (внутренней картины болезни,

беременности, родов, послеродового периода), навязчивые расстройства, тревожно-мнительные черты личности, сексуальные неврозы, алкоголизм, наркомания.

Основным достоинством рациональной психотерапии является то, что сам пациент участвует в процессе коррекции; недостатком — то обстоятельство, что эффект наступает относительно медленно (медленнее, чем при внушении).

### Внушение и самовнушение

С помощью внушения могут быть изменены различные ощущения, представления, эмоции, волевые побуждения, соматовегетативные функции организма.

Различают внушение, убеждение и гипноз как психологические категории.

Внушение (суггестия) отличается от убеждения тем, что получаемая информация воспринимается без должного критического контроля, «минуя сторожа — критику» (В.М. Бехтерев).

В состоянии гипноза до минимума снимается верификация информации (удостоверение в ее подлинности), поэтому внушение приобретает особую «неодолимую» силу. Чем ниже верификация информации, тем выше внушаемость. Последняя повышается во время засыпания и пробуждения, при утомлении, в условиях неопределенности, в экстремальных ситуациях, в толпе, при использовании средств массовой информации.

На внушении часто основано влияние родителей на детей, учителей на учеников, начальника на подчиненных. Оно играет роль в обучении и воспитании, в формировании общественного мнения.

Вместе с тем внушение является одним из методов психотерапевтического воздействия. Авторитетный врач, пользующийся доверием, сам по себе, безотчетно или сознательно, оказывает на пациента суггестивное<sup>1</sup> воздействие.

Различают гетеросуггестию — внушение, производимое другим лицом, и аутосуггестию — самовнушение.

Внушение может быть непосредственное, через слово (прямая суггестия), и косвенное, с помощью добавочного промежуточного раздражителя, с которым, как правило, и связывается полученный эффект. Так, человек знает, что головная боль проходит после приема определенного лекарства. При этом условии любой индифферентный препарат, который принимается в полной уверенности, что это анальгетик

---

<sup>1</sup> Суггестия (от англ. *suggestion*) — внушение.

тик, оказывает обезболивающее действие (эффект «плацебо»). Нередко косвенное внушение оказывается более эффективным, чем прямое, так как встречает меньшее сопротивление со стороны пациента.

Косвенная суггестия нередко является механизмом возникновения ятрогении (дидактогении); вместе с тем она обязательно должна использоваться с лечебной целью в повседневной работе врача. Выписывая лекарство, всегда необходимо объяснять пациенту его действие, ожидаемый эффект. Достоверно известно, что знаменитый терапевт XIX в. М.Я. Мудров лечил своих пациентов «специальными» порошками: «золотыми», «серебряными» и «простыми» (по цвету бумаги, в которую они были завернуты). В руках великого клинициста эти порошки творили чудеса, излечивая многие заболевания. И только после его смерти выяснилось, что основой порошков служил просто-напросто хорошо перемолотый мел. М.Я. Мудров считал, что «восхищение, радость, уверенность больного иногда полезнее самого лекарства».

И.П. Павлов рассказывал о своем учителе С.П. Боткине следующее: «Лечило часто одно его слово, одно посещение больного. Сколько раз приходилось слышать от его учеников-клиницистов печальное признание, что те же рецепты и, по-видимому, при подобных же случаях оказывались неутешительными у них, творя чудеса в руках учителя».

Косвенное внушение лежит в основе распространенного в нашей стране «кодирования» алкогольной зависимости.

Внушение с лечебной целью может проводиться в бодрствующем состоянии пациента, в состоянии неглубокого естественного и наркотического сна, в гипнозе. Эффективность внушения зависит от обстановки, в которой проводится лечение, от поведения медицинского персонала, от веры в успех самого пациента. Чем выше авторитет врача, тем меньшую критическую оценку встречает его «формула» внушения и тем выше эффект.

Подмечено, что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и служат предосновой массового внушения наиву.

Внушение в бодрствующем состоянии показано в репродуктивном периоде (биологический криз) у женщин, так как в этом состоянии внушаемость повышается. Послеродовым внушениям удается изменить вегетативно-соматические функции, улучшить самочувствие, настроение.

Внушение показано при неврозах и неврозоподобных состояниях, особенно у женщин с истерическими чертами личности, при алкоголизме, табакокурении.

Существует несколько вариантов техники внушения наяву, описанных со ссылкой на разных авторов В.Т. Кондрашенко с соавт. (1998). Подчеркивается, что у опытного психотерапевта она всякий раз иная.

*Вариант 1.* После предварительной разъяснительной беседы врач усаживает пациента напротив себя и, пристально глядя ему в глаза, повелительным, не вызывающим сомнения тоном повторяет несколько раз фразу внушения. Таким приемом у наиболее внушаемых пьющих пациентов можно выработать тошнотно-рвотную реакцию на вид и запах алкоголя, повлиять на психосоматические расстройства (тошнота, рвота, избирательность к пище).

*Вариант 2.* Пациент усаживается поудобнее на стул или кресло. Врач становится напротив и негромким, но уверенным голосом приказывает: «Закройте глаза!». Затем кладет пальцы на виски больного и, слегка сдавливая голову, напряженным, уверенным голосом 3–4 раза подряд с интервалами в несколько секунд произносит формулу внушения.

*Вариант 3.* Пациент укладывается на кушетку, закрывает глаза и внимательно слушает врача, который проводит внушение.

*Вариант 4.* Предлагается расслабить всю мускулатуру тела, спокойно дышать. Следует объяснить, что никакого гипноза проводиться не будет. В таком состоянии произносится формула внушения. При повторных сеансах следует словесно констатировать наступившее улучшение состояния, тем самым закрепляя эффект. Таким способом можно нормализовать сон, аппетит, улучшить настроение, внушить бодрость и оптимизм.

**Внушение в состоянии естественного сна.** Фазовые состояния во время сна определяют избирательную чувствительность к определенным раздражителям, посредством которых имеется возможность поддерживать контакт с внешним миром. В литературе хорошо известны так называемые сторожевые пункты.

Раппорт со спящим человеком можно установить с помощью речи. При этом верификация внушаемой информации бывает очень низкой, а эффект внушения — высоким. Не обязательно, чтобы пациент запомнил информацию, вводимую во сне. Внушение более действенно, если сказанное во время сна при пробуждении амнезируется.

В.Т. Кондрашенко рекомендует следующие варианты внушения во время естественного сна.

*Вариант 1.* Пациента переводят из состояния сна в просоночное, налаживают с ним речевой контакт и после этого осуществляют внушение. Для этого прикасаются к спящему и, когда он слегка проснется,

ему предлагают пошевелить рукой или ногой. Убедившись, что речевой контакт установлен, проводят лечебное внушение.

*Вариант 2.* Чаще применяется при коллективном внушении. С пациентом проводится предварительная беседа, во время которой объясняется смысл лечения. Текст внушения можно записать на ленту магнитофона и предварительно дать прослушать (весь или только начало). Больных предупреждают, что во время сна они услышат сигналы (например, счет до десяти), а затем формулу внушения. Последняя может быть унифицирована для однородного контингента.

*Вариант 3.* С пациентом предварительно проводится гипнотерапия, или суггестия наяву, во время которой пациенту внушается, что во время ночного сна он услышит сигнал и внушение, которое принесет пользу. Слова внушения записываются на магнитофон и подаются ночью. Может проводиться как индивидуально, так и коллективно.

**Гипносуггестия.** Терапия внушением в состоянии гипноза получила наиболее широкое распространение. В основе метода лежит тот факт, что в состоянии гипноза значительно снижается верификация поступающей информации и повышается внушаемость. Обязательным условием успешности этого метода внушения является умение врача вызвать состояние гипноза и на его фоне провести внушение.

Важным этапом в лечении является предварительная беседа с пациентом. Необходимо выяснить его отношение к лечению, снять напряжение, изменить неверное представление о гипнозе, объяснить, что это естественное состояние психики, которое появляется у человека при засыпании и пробуждении. Оно похоже на сон, но при этом сохраняется речевой контакт между пациентом и врачом. Слова врача в этом состоянии действуют с особой силой, позволяют регулировать работу его организма и нервной системы.

Правильно выстроенная предварительная беседа сама по себе уже является началом лечения. Она должна соответствующим образом настроить пациента, усилить последующую суггестию в гипнозе. Предварительная подготовка позволяет развеять сомнения и страхи больного, подготовить его к гипнотерапии, получить согласие на лечение.

Методов гипнотизирования в настоящее время насчитывается более ста. В лечебной практике обычно применяются две группы методов: методы воздействия многократно повторяющимися монотонными раздражителями на различные анализаторы и шоковые методы, при которых гипноз вызывается действием сильного внезапного раздражителя (громкий звук, вспышка света, фарадический ток и др.) в сочетании с категорическим приказом «Спать!».



Из первой группы методик вниманию читателя предлагается широко используемые близкие методики В.Е. Рожнова и В.Т. Кондрашенко.

*Техника Рожнова.* Больному предлагается фиксировать взгляд на каком-нибудь неподвижном блестящем предмете (например, металлическом шарике, кончике молоточка). Прием усыпления примерно таков: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я буду вам говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, шея, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать.

Сейчас я начну считать. По мере того, как я буду проводить счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать, становиться все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять, вы заснете».

Примерно такие фразы врач повторяет несколько раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спите!». Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время твердо и уверенно. Отдельные слова, особенно такие, как «Спать! Спите!», следует выделять из общей мелодии речи и произносить с ударением, придавая им приказной оттенок. Не следует допускать скороговорок. Слова должны произноситься с некоторыми паузами, фразы должны быть короткими, понятными, легко воспринимаемыми.

*Техника Кондрашенко.* Пациента укладывают на кушетку или усаживают удобно в кресло в затененной тихой комнате. Врач садится напротив него, обычно с правой стороны, держа в руке какой-либо блестящий предмет. Больному предлагается полностью расслабиться и фиксировать свой взгляд на блестящем предмете. Врач нарочито монотонно, но внушительным голосом начинает говорить: «Ваши мышцы расслабились, ни о чем постороннем не думайте, слушайте только мой голос... Смотрите только в одну точку, по возможности не мигая. Постепенно глаза ваши начнут уставать, веки тяжелеют, и вам захочется закрыть глаза. Считаю до пяти, и на счет пять ваши глаза закроются. Раз... Два... Глаза начали уставать, веки тяжелеют, вас охватывает сонливость. Веки тяжелеют все больше, они опускаются ниже и ниже. Четыре... пять... Глаза закрываются».

Далее продолжается внушение сна: «Ваши мышцы расслаблены. Вы чувствуете приятную тяжесть во всем теле. Мой голос действует на вас успокаивающе, с каждым моим словом приятная дремота все глубже охватывает вас... Я считаю до пятнадцати, и с каждым счетом вы засыпаете все глубже и глубже. Раз... два... три... Тяжесть в теле усилива-

ется, руки тяжелые, ноги тяжелые. Вы не можете пошевелить рукой, ногой. Четыре... пять... шесть... Приятная теплота появляется в ваших руках и ногах, вы засыпаете все глубже и глубже. На счет пятнадцать вы уснете. Семь, восемь, девять... Все тело тяжелое, приятная теплота во всем теле. Дыхание ровное, спокойное, сердце бьется ровно и спокойно. Спать хочется все больше и больше. Вы засыпаете все глубже. Десять... одиннадцать... двенадцать... Вы засыпаете. Ваши мысли расплываются, как масляное пятно на бумаге. Вы слышите только мой голос. Ничего не мешает спать... Вы засыпаете... Засыпаете...» Последние цифры счета произносятся тихо, но с нарастающим напряжением в голосе: «Тринадцать... четырнадцать... пятнадцать... Спать!.. Спать!..»

При вызывании гипноза чаще других применяется сочетание воздействия монотонного слабого раздражителя на зрительный анализатор и словесного внушения сна. Во время внушения врач может делать пассы вдоль лица и туловища пациента, поглаживать его руку или лоб. При фиксации взора на блестящем предмете, по мере учащения мигания, тяжеления и опускания век, можно опускать предмет, на котором пациент фиксирует свой взгляд все ближе к груди. Если пациент продолжает держать глаза открытыми, рекомендуется осторожно прикрыть ему веки.

Несколько особняком стоит *метод Эриксона*, все чаще в последние годы используемый психотерапевтами. В литературе он известен как метод поднятия руки, или американский метод. По мнению его сторонников, метод имеет некоторые преимущества, так как заставляет пациента активно участвовать в процессе гипнотизирования и служит подготовкой для аналитической психотерапии. Пациенту представляется возможность самому регулировать режим движения руки и засыпания. Достигается это с помощью особой методики гипноза.

Большое внимание уделяется работе со сказками, метафорами, баснями, которые используются для внушения как в трансе, так и в бодрствующем состоянии.

Из второй группы методов приводим *метод Шарко (шоковый метод)* в описании А.М. Свядоща.

Больному предлагается встать спиной к креслу или дивану. Врач становится с правой стороны больного и говорит ему: «Сейчас вы уснете глубоким крепким сном. Стойте ровно, не сгибайте тела. Закройте глаза». Далее, положив больному правую руку на лоб, а левую на затылок, врач слегка откидывает голову больного назад и внушает: «Ваше тело свободно раскачивается». При этом давлением на голову больного врач начинает его слегка раскачивать, постепенно увеличи-

вая амплитуду. «Вас тянет все больше и больше назад. Вы падаете назад все больше и больше. Вы не боитесь упасть. Я вас держу». Затем, еще больше увеличив амплитуду качания, врач внезапным давлением на лоб больного резко опускает его в кресло или на диван, стоящий сзади, и громко повелительным тоном приказывает: «Спать!.. Спать глубже... глубже... глубже...» В некоторых случаях приказ сопровождается внезапным сильным звуком (удар гонга, хлопок) или вспышкой сильного света. Многие больные (в большинстве случаев истеричные) при таком воздействии сразу погружаются в гипнотический транс.

Для начинающих психотерапевтов особенно важен вопрос содержания внушения. Правильно проводимое внушение предполагает хорошее знание болезни и больного. Следует заранее продумывать характер и последовательность внушения; глубина гипнотического сна при этом не имеет существенного значения.

Широкое распространение внушение и гипноз получили в акушерстве и гинекологии. Хорошие результаты гипносуггестивная терапия дает при дисменоррее, нарушении лактационного периода, токсической рвоте у беременных, различного рода соматоформных расстройствах. Применяется она и для обезболивания родов. С этой целью может использоваться и постгипнотическое внушение.

Целесообразно применение гипносуггестивной терапии при психогенных депрессиях, депрессиях невротического уровня в сочетании с другими методами лечения, при нарушениях сна, явлениях астении. Несколько ниже ее эффект при невротических страхах, различного рода навязчивых состояниях.

Особенно благоприятно воздействие гипносуггестивной терапии при истерических моносимптомах: параличах, расстройствах речи, зрения, слуха, амнезиях.

Под анестезией, вызванной внушением, производятся достаточно сложные хирургические операции.

**Самовнушение.** Механизмы самовнушения, как и внушения, изучены недостаточно. Предполагается, что в его основе лежит ослабление сознательного контроля в отношении воспринимаемой информации. Убеждение воспринимается сознанием, тогда как внушение направлено на подкорку и всегда более примитивно.

Самовнушение может быть произвольным и непроизвольным. Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными, усиливающими аутосуггестию факторами и несет в себе мощный эмоциональный заряд. Произвольное самовнушение возможно, если

сосредоточить мысли и внимание на каком-либо одном представлении. Таким путем можно влиять и на психические, и на вегетативные функции организма. В лечебной практике чаще всего применяются методы самовнушения Куэ, Джекобсона, Шульца.

*Метод Куэ.* Работая аптекарем, Э. Куэ обратил внимание на то, что лечебный эффект лекарства повышается, если больной верит в целебную силу лекарства.

Основываясь на своих практических наблюдениях, Куэ создал систему психотерапевтической помощи, которую назвал «школой самообладания путем сознательного самовнушения» (1929). Он считал, что главной причиной заболевания является болезненное воображение. Сознательное самовнушение, по Куэ, — это лечебный метод, позволяющий подавить болезненные представления и заменить их полезными и благотворными.

Формула самовнушения при этом должна быть простой и не носить насильственного характера. Например: «С каждым днем мне во всех отношениях становится все лучше и лучше».

При этом неважно, считает Куэ, соответствует ли формула самовнушения действительности или нет, так как она адресуется к подсознательному Я, которое отличается легковерием. Подсознательное Я принимает эту формулу как приказ, который необходимо выполнять. Она предназначается не для нашего сознательного и критического Я.

Куэ неоднократно подчеркивал, что произвольное самовнушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий.

*Техника лечения.* Сеанс начинается с предварительной беседы, во время которой разъясняется влияние самовнушения на организм. Чтобы убедить пациента в том, что его собственные мысли, представления могут влиять на произвольные функции организма, В.Т. Кондрашенко с соавт. (1999) рекомендует использовать маятник Шевроле. Грузик, подвешенный на нитке, раскачивается в «неподвижных» руках пациента только при одном представлении о его движении.

Далее врач вместе с больным составляет формулу самовнушения, которая может меняться в процессе лечения. Формула должна быть простой, состоять из нескольких слов (максимум из 3–4 фраз) и всегда носить позитивный характер. Например: «Я здоров». Формула может представлять своеобразный код, понятный только больному. Например: «Я могу, я могу, я могу».

Во время лечения пациент занимает удобную позу, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз повторяет одну и ту же формулу самовнушения. Произносить формулу нужно монотонно,

не фиксируя внимания на ее содержании, не громко, но так, чтобы слышал сам больной.

Сеанс самовнушения продолжается 3—4 мин и повторяется 2—3 раза в день в течение 6—8 недель, лучше в период пробуждения и засыпания.

Чтобы не отвлекать своего внимания на счет при двадцатикратном повторении, Куэ рекомендует использовать шнур с двадцатью узелками, которые перебираются, как четки.

Метод может использоваться самостоятельно и в комплексе с другими методами суггестивной психотерапии. При этом больной сам активно участвует в процессе лечения. Сеансы могут проводиться в любой обстановке, и в этом преимущество метода по сравнению с гипносуггестией.

*Метод Джекобсона* (прогрессивная мышечная релаксация). Предложен в 1922 г., за десять лет до появления методики Шульца. Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение — их релаксацией. Предполагалось, что расслабление мышц должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения.

Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, Джекобсон подметил, что различному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение соответствующих групп мышц. Так, депрессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры, страх — спазмом артикуляции и фонации. Снимая напряжение определенной группы мышц («дифференцированная релаксация»), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции.

*Техника лечения.* Основная цель метода — произвольное расслабление поперечно-полосатых мышц в покое. Терапия начинается с объяснения больному механизмов лечебного действия мышечной релаксации.

Выделяют три этапа мышечной релаксации.

*Первый этап.* Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах, резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение — сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и расслабление должно быть вначале максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом необхо-

димо зафиксировать внимание пациента на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления.

После этого больной упражняется в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

*Второй этап (дифференцированная релаксация).* Обучаемый в положении сидя расслабляет мускулатуру, не участвующую в поддержании вертикального положения тела. Аналогичным образом тренируется расслабление мышц при письме, чтении, других занятиях.

*Третий этап.* Больному ставится задача путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напряжены при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение, смущение) или болезненных состояниях (боль в области сердца, повышение артериального давления и т.п.). Затем посредством релаксации локальных мышечных напряжений можно научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или болезненные проявления.

Упражнения осваиваются больным в группе из 8—12 человек. Групповые занятия проводятся 2—3 раза в неделю. Кроме того, сеансы самообучения проводятся самостоятельно 1—2 раза в день. Продолжительность сеанса от 30 (индивидуальный) до 60 (групповой) минут. Курс обучения — от 3 до 6 мес.

Метод прогрессивной мышечной релаксации показан при устойчивых реакциях тревоги, страха, депрессивных состояниях. Метод способствует снижению артериального кровяного давления.

*Аутогенная тренировка (метод Шульца).* Аутогенная тренировка — это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень). В 1932 г. Шульцем была издана книга «Аутогенная тренировка — сосредоточенное расслабление», формально давшая начало методу, получившему при жизни автора широкое признание.

Метод синтетический. В основе его лежат находки древнеиндийской системы йогов, наблюдения за больными, погружаемыми в гипнотическое состояние, и их соматоотчеты, практика использования самовнушения (Куэ, Бодуен), исследования нервно-мышечного компонента эмоций (Джекобсон), а также рациональная психотерапия (Дюбуа).

Методика аутогенной тренировки Шульца громоздка и трудоемка, требует много времени. В последнее время разработан ряд ее модифи-

каций, в которых преследуется цель упростить и сократить упражнения, адаптировать их к особенностям болезненных расстройств.

Нами приводится техника только первой, начальной ступени (АТ-1) классической методики автора в связи с тем, что высшая ступень сложна технически и должна проводиться специалистами-психотерапевтами. Она направлена на тренировку процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний в состоянии медитации. Более полную информацию об этой методике можно получить из работ В.С. Лобзина и М.М. Решетникова (1986), В.Т. Кондрашенко с соавт. (1999).

*Техника АТ-1.* Перед началом тренировки проводится беседа с объяснением физиологических основ метода. Сам автор считал, что при значительном расслаблении поперечно-полосатой мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе произвольные, функции организма. Подчеркивается, что мысленное повторение формул самовнушения должно проводиться спокойно, без излишней концентрации внимания и эмоционального напряжения.

Сеансы самовнушения проводятся 3–4 раза в день. Первые три месяца длительность сеанса не превышает 1–3 мин, затем время их несколько увеличивается (АТ-2). На первом этапе лечения необходимо овладеть шестью упражнениями. На каждое требуется 10–15 дней. Второй этап лечения рассчитан на 9–12 мес.

Сеансы проводятся лежа или сидя в позе «кучера» (голова склоняется вперед, кисти и предплечья на коленях, ноги удобно расставлены).

*Упражнение 1.* «Тяжесть». Мысленно повторяют: «Я совершенно спокоен» (1 раз); «Моя правая (левая) рука тяжелая» (6 раз); «Я спокоен» (1 раз). После 4–6 дней упражнений ощущение тяжести в руке становится отчетливым. Далее таким же образом чувство тяжести вызывается в обеих руках... в обеих ногах... во всем теле. Каждое упражнение должно начинаться и заканчиваться формулой: «Я спокоен».

*Упражнение 2.* «Тепло». Мысленно повторяют: «Я спокоен» (1 раз); «Тело тяжелое» (1 раз); «Моя правая (левая) рука теплая» (6 раз). В последующем внушение тепла распространяется на вторую руку, ноги, все тело. Переходят к формуле: «Обе руки теплые... обе ноги теплые... все тело теплое».

В дальнейшем 1-е и 2-е упражнения объединяются одной формулой: «Руки и ноги тяжелые и теплые». Упражнение считается освоенным, если ощущение тяжести и тепла в теле вызывается легко и отчетливо.

*Упражнение 3. «Сердце».* Начинается с формулы: «Я спокоен». Затем последовательно вызывается ощущение тяжести и тепла в теле. Пациент кладет свою правую руку на область сердца и мысленно произносит 5–6 раз: «Мое сердце бьется спокойно, мощно и ритмично». Предварительно ему рекомендуется научиться мысленно считать сердцебиение. Упражнение считается освоенным, если удастся влиять на силу и ритм сердечной деятельности.

*Упражнение 4. «Дыхание».* Используется примерно следующая формула самовнушения: «Я спокоен... Мои руки тяжелые и теплые... Мое сердце бьется сильно, спокойно, ритмично... Я дышу спокойно, глубоко и ровно». Последняя фраза повторяется 5–6 раз. В последующем формула сокращается: «Я дышу спокойно».

*Упражнение 5. «Живот».* Больному предварительно разъясняются локализация и роль солнечного сплетения в нормализации функции внутренних органов. Вызываются последовательно такие же ощущения, что и при упражнениях 1–4, а затем мысленно 5–6 раз повторяют формулу: «Солнечное сплетение теплое... оно излучает тепло».

*Упражнение 6. «Лоб», «голова».* Вначале вызывается ощущение, описанное в упражнениях 1–5. Затем 5–6 раз пациент мысленно повторяет: «Мой лоб прохладен». По мере освоения упражнений формулы самовнушения могут сокращаться: «Спокоен... Тяжесть... Тепло... Сердце и дыхание спокойные... Солнечное сплетение теплое... Лоб прохладен».

После выполнения упражнений пациентам рекомендуется спокойно отдыхать в течение 1–2 мин, а затем вывести себя из состояния аутогенного погружения. Для этого больные дают себе мысленную команду: «Согнуть руки (2–3 резких сгибательных движения в локтевых суставах), глубоко вдохнуть, на вдохе открыть глаза».

Приведенные шесть упражнений низшей ступени являются подготовительными и позволяют в основном воздействовать на вегетативную нервную систему и вегетовисцеральные функции организма.

С лечебной целью первая ступень аутогенной тренировки может применяться для устранения невротических и вегетативных расстройств в период беременности и после родов. При лечении бессонницы вызывается состояние покоя и релаксации, которое переходит в сон. При астении рекомендуется периодически отдыхать в течение 10–15 мин в состоянии покоя и релаксации. При состояниях тревожного ожидания, эмоционального напряжения, страха после расслабления проводится примерно такое самовнушение: «Я спокойна, всегда спокойна».



Поскольку состояние покоя и релаксации мышц сопровождается ослаблением тонуса гладкой мускулатуры, оно может быть также применено для лечения гипертонической болезни, бронхиальной астмы, спастических состояний желудка, кишечника, матки, при кардиоспазмах. Лечебная формула самовнушения включается в упражнение после того, как больная научится вызывать у себя состояние покоя и расслабления.

Формулы самовнушения могут разнообразиться в зависимости от обстоятельств и характера болезненных проявлений. Например: «Боль мне безразлична», «Я спокойна и уверена», «Я смогу родить» и т.д.

### Позитивная психотерапия

Практикующий врач может использовать ряд приемов и положений из этой нетрадиционной для нас разновидности психотерапии.

Создана она Н. Пезешкианом, разрабатывается его сыном — Х. Пезешкианом. В.Т. Кондрашенко называет ее «психотерапией, центрированной на конфликте».

Основу позитивной психотерапии составляют:

- позитивный подход к пациенту и заболеванию;
- содержательная оценка конфликта;
- пятиступенчатая терапия, в основе которой лежит самопомощь.

Основоположники позитивной психотерапии исходили из того, что любой человек обладает такими качествами, как способность к познанию и способность к любви.

Способность к познанию выражает рациональную, интеллектуальную суть человека (левое полушарие головного мозга у правшей), а способность любить — эмоциональную и душевную его суть (правое полушарие). Позитивная психотерапия учитывает культуральные особенности среды, в которой формируется человек.

С позиции позитивной психотерапии в каждом симптоме можно найти не только плохое (негативное), но и хорошее (позитивное) начало. Повышение температуры тела можно расценивать не только как признак болезни, но и как свидетельство хорошей сопротивляемости организма.

Х. Пезешкиан, расширяя позитивный подход к симптомам и синдромам, депрессию интерпретирует как способность глубоко и эмоционально реагировать на конфликты, паранойяльный синдром — как способность смотреть на себя как на центр мироздания, а психосоматические симптомы — как способность языком организма указывать на то, что в настоящее время нет других средств справиться с конфлик-

том. Таким образом можно позитивно интерпретировать любое соматическое или психотическое заболевание, любое поведение.

Основная цель позитивной психотерапии — изменение отношения пациента к своей болезни и как следствие — повышение резервов в борьбе с ней. Существует мнение, что в основе многих психических и соматических заболеваний лежит конфликт, и это позволяет терапевту (и пациенту) более дифференцированно подходить к лечению. Если причина депрессии кроется в конфликтной ситуации, психотерапевт будет далее заниматься не столько депрессией, сколько анализом конфликта.

В позитивной психотерапии широко используются «психотерапевтические сказки», поучительные истории, притчи. Важно, чтобы рассказанная история была яркой и чем-то напоминала внутренний конфликт пациента, но сходство это не должно быть слишком очевидным, прозрачным — тогда эффект будет сильнее.

Опыт показывает, что один человек реагирует на конфликт преимущественно эмоционально, что влечет за собой вегетативные дисфункции, психосоматические заболевания (тело); другой с головой погружается в работу или впадает в безделье (деятельность); третий продолжает конфликт или замыкается в себе (контакты); четвертый уходит в богоискательство, мистику, начинает пить (фантазии). Поэтому одна из задач психотерапевта состоит в умении проникнуть в суть конфликта и попытаться энергию, направленную на его разрешение, равномерно перераспределить по всем четырем сферам.

Условно выделяют пять этапов позитивной психотерапии.

*Первый этап* — дистанцирование от конфликта. На этом этапе психотерапевт должен помочь пациенту как бы отстраниться от создавшейся ситуации, посмотреть на нее со стороны и составить более полное и объективное представление о ней.

*Второй этап* — детализация конфликта. Отстранившись от конфликта и увидев его в целом, нужно проработать каждую его деталь, выяснить, как он влияет на жизнь пациента.

*Третий этап* — смещение акцента с отрицательных качеств партнера (партнеров) по конфликту на положительные (ситуативное одобрение). А таковые обязательно присутствуют даже у очень сильно обидевшего вас человека. Не менее важна и попытка оценить собственные недостатки.

*Четвертый этап* — обсуждение конфликта. Оно возможно только после дистанцирования от конфликта, его тщательной проработки и ситуативного одобрения.

Беседа об актуальных проблемах больного должна касаться самого конфликта, а не его последствий. Она предполагает конфиденциальность и доверительность. Психотерапевту следует высказать свой взгляд на разрешение конфликта, а пациент должен сам решить, примет он этот совет или нет.

Позитивная психотерапия показана главным образом при психосоматических заболеваниях и неврозах.

### **Нейролингвистическое программирование**

Нейролингвистическое программирование (НЛП) — новое направление в психотерапии, в основе которого лежит воздействие слова на человека. Основатели его — Р. Бендлер и Дж. Гриндлер.

Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Основная задача терапевта — обеспечить доступ пациента к этим скрытым ресурсам, извлечь их из подсознания, довести до уровня сознания и затем научить ими пользоваться.

**Метод «Якоря».** Ассоциативную связь определенных событий, предметов с яркими переживаниями, чувствами на языке НЛП называют «якорем». Такую ассоциативную связь между стимулом и чувством можно создать искусственно. Терапевт выбирает определенное чувство, переживание или симптом, который нужно «поставить на якорь». Это делается при активном участии пациента.

Большое значение при определении значимых переживаний имеют невербальные признаки. Например, если губы пациента тонкие, поджатые, лицо бледное, дыхание поверхностное, тонус мышц повышен, то он, вероятнее всего, сердится; если же губы полные и яркие, лицо мягкое, дыхание глубокое, мышцы расслаблены, колени слегка раздвинуты, то налицо сексуальные переживания.

Зная «ключи доступа» к внутренним процессам, например паттерны глаз, предикаты речи, можно усилить или, наоборот, ослабить эти переживания, а потом «поставить на якорь».

**Техника. 1.** Дайте пациенту возможность получить доступ к этим переживаниям так полно и глубоко, как это возможно. Пример: «Закройте глаза. Отправьтесь сейчас внутрь себя и постарайтесь как можно полнее и ярче вспомнить все так, как было, пережить свои чувства в тот момент (например, в момент удачной половой связи)... Найдите в себе это чувство, и как только оно появится, кивните мне головой».

**2.** В момент наиболее полного переживания введите дополнительный стимул, например, коснитесь ладонью колена пациента.

3. Этот дополнительный стимул в последующем должен воспроизводиться точно, иначе «якорь» не будет работать.

Метод «якоря» может иметь положительный эффект при сексуальных дисгармониях (для усиления чувств), при фобиях (для уменьшения интенсивности переживаний), при алкоголизме.

### **Рефрейминг (перестроение)**

В нейролингвистическом программировании распространено такое понятие, как «часть». Имеется в виду часть личности (субличность), ответственная за то или иное поведение, за тот или иной симптом. Этот прием позволяет добиваться хороших результатов, так как снижает аффективную насыщенность переживаний целостного Я.

С «частью» можно вступить в контакт, задавая ей вопросы и получая ответы. Естественно, вопросы пациент задает себе сам и сам же формирует ответы.

*Техника.* 1. Предварительно следует рассказать пациенту о множестве «частей», составляющих его Я, разъяснить, что каждая из «частей» изначально существует для того, чтобы приносить ему пользу, и только позже трансформируется в болезненный симптом или поведение.

2. Попросите пациента войти в контакт с его «частью», ответственной за формирование и проявление болезненного симптома (синдрома).

Для этого предложите ему закрыть глаза, сосредоточиться на внутренних ощущениях и мысленно спросить себя: «Хочет ли «часть» меня, создающая этот симптом (головную боль, навязчивый страх, болезненное влечение), говорить со мной?». Пациент внимательно следит за меняющимися ощущениями, а терапевт — за внешними проявлениями возникающего контакта (новая поза, иная мимика и т.д.). Следует заранее попросить пациента обозначить возникновение контакта с «частью», к примеру, движением головы, руки.

3. Узнайте у пациента, для чего первоначально возникла данная «часть». Ответы могут быть такие: «Чтобы не заразиться»; «Чтобы не разбиться» и т.п.

4. Предложите пациенту найти новую «часть», способную удовлетворить это первоначальное намерение. Можно найти две-три новые «части» (т.е. два-три новых способа). Для этого попросите пациента обратиться к своему внутреннему Я, к своей творческой «части» с просьбой отыскать эти новые способы. Если пациенту это не удастся, предложите ему вспомнить человека, который способен это сделать, попросите найти три хороших способа исполнения намерений.

5. Наконец, предложите первоначально выделенной «части», ответственной за симптом, использовать эти новые возможные способы, более удобные и полезные.

6. Кроме того, пациент должен спросить себя, согласны ли все его «части» (все Я) с заключенным договором. Если попытка удалась, «поставьте якорь», если же возникают возражения, начните весь процесс сначала.

Техника шестиступенчатого рефрейминга применяется в работе с вредными привычками, девиантными формами поведения, навязчивыми состояниями.

### Семейная психотерапия

Здоровье женщины в репродуктивном периоде во многом зависит от психологического комфорта в семейном окружении. Таким образом, коррекцией семейных отношений нередко приходится заниматься и акушеру-гинекологу, который должен обладать специальными знаниями о возможностях и способах этой коррекции, с тем чтобы проводить ее не только на основе «здорового смысла» и собственного жизненного опыта.

Семейная психотерапия — комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациентов в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1990).

Возникновение семейной психотерапии относят к 50-м годам XX в. Интересно отметить, что это направление появилось практически одновременно в нескольких местах (А. Midelford, 1957; N. Ackerman, 1958). Этому способствовало повышение интереса к семье со стороны специалистов смежных специальностей — философов, социологов, психологов-педагогов, юристов. Кроме того, на протяжении первой половины XX в. психиатры самых разных направлений все активнее поднимали семейные проблемы своих пациентов.

В настоящее время существуют многочисленные школы семейной психотерапии с различной теоретической направленностью, различающиеся трактовкой семьи, оценкой ее участия в этиологии и терапии психических и соматических заболеваний. Пока возможности семейной психотерапии и границы ее отношений с семейным консультированием и семейной психокоррекцией отчетливо не очерчены (В.Д. Менделевич, 1998; С.А. Игумнов, 1999).

Вместе с тем ясно, что семейная психотерапия — один из самых перспективных методов психотерапии и эффективный метод психо-

логической коррекции ряда психических расстройств. Существует мнение, что семейная психотерапия превосходит по результатам как индивидуальную, так и коллективную психотерапию.

Применяется семейная психотерапия прежде всего при непсихотических психогенных нарушениях: неврозах, аффективных и суицидальных реакциях, ситуативно обусловленных нарушениях поведения, расстройствах адаптации, личностных расстройствах, зависимости от психоактивных веществ, реже при психозах, психосоматических заболеваниях, с целью профилактики расстройств и реабилитации больных.

Семейная психотерапия включает ряд аспектов, не рассматриваемых другими видами психотерапии, — функционирование семьи, виды семейных нарушений, их влияние на психическое и соматическое здоровье членов семьи. Оценивается роль семьи как источника психической травмы, неудовлетворенности, тревоги, нервно-психического и физического напряжения. Изучаются пути возникновения семейно-обусловленных психотравмирующих состояний, роль семьи в повышении чувствительности индивидуума к травме, семейные механизмы сенсibilизации, закрепления действия психической травматизации. Психотерапевт учитывает особенности семейных коммуникаций, системы ролей, механизмы семейной интеграции и дезинтеграции и ряд других факторов.

Таким образом, стало ясно, что семейные обстоятельства могут не только вызвать, но и поддерживать невротические и психосоматические нарушения. В связи с этим встает вопрос о необходимости контакта с родственниками пациента, использования их помощи и помощи им самим. Целью лечения становится не отдельный человек, а целая система семейных отношений, которые необходимо понять и изменить.

При проведении семейной психотерапии соблюдается определенная последовательность. Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий (1990) выделяют четыре этапа семейной психотерапии: диагностический, этап ликвидации семейного конфликта, реконструктивный и поддерживающий.

Сходную схему предлагают А.С. Кочарян и С.С. Кочарян (1994):

- 1) психодиагностика (установление «семейного диагноза»);
- 2) осознание психотерапевтических механизмов семейной дисгармонии;
- 3) реконструкция межличностных отношений;
- 4) реализация вновь сформированных межличностных отношений в функционировании семьи.

При «семейной диагностике» необходимо получить информацию от членов семьи и сопоставить ее (семья глазами родителей, детей, психотерапевта), квалифицировать истоки семейного конфликта. О семейных взаимоотношениях можно судить уже по тому, как рассказываются члены семьи в консультативном кабинете, каковы их поза, мимика. Так, конфликтующие супруги часто занимают места в разных концах кабинета; удаленность от психотерапевта членов семьи может отражать степень их готовности к лечению.

При контакте психотерапевта с членами семьи целесообразно использовать приемы «мимезиса» — отзеркаливания позы, мимики, жестов, ритма дыхания. На этапе диагностики можно использовать разработанный Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицким (1990) опросник «Конструктивно-деструктивная семья» (КДС).

Психотерапевт в ходе односторонних встреч квалифицирует истоки конфликта и ликвидирует его посредством эмоционального реагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, либо другими приемами. Врач помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном каждому из них. Кроме того, он передает информацию о видении конфликта от одного члена семьи другому (роль посредника).

Большое значение придается работе психотерапевта над невербальным компонентом информации.

Выслушав противоречивые сообщения членов семьи, психотерапевт переводит их на язык жестов; при этом экспрессивность жестов соотносится с сенситивностью и толерантностью участников. На этой стадии работы психотерапевт нацелен на вербализацию неосознаваемых отношений между членами семьи. Делается попытка влиять на различные стороны личности участников, конструируются их контакты, обсуждаются актуальные семейные проблемы. Проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правильному конструктивному спору.

О выходе на этап реконструкции семейных отношений свидетельствуют открытость членов семьи, изменение их взаиморасположения во время сеанса, появление навыков эмпатического общения.

В процессе семейных сеансов большое значение придается рациональной психотерапии, с помощью которой у членов семьи формируется представление о психических расстройствах и путях их преодоления, о нарушении жизни семьи. Постоянно используется и направляется групповое взаимодействие (групповая психотерапия). Применяется ряд других техник и приемов.

Минимальное время для реконструкции семейных отношений — 8 часов (4 занятия по 2 часа), максимальное — 16 часов (Э.Г. Эйдемиллер, 1996).

В дальнейшем для поддержания достигнутого эффекта члены семьи могут получить домашнее задание, приглашение прийти на встречу через какое-то время.

Процедура завершения лечения увязывается с логикой лечения и обычно ясна участникам. В отдельных случаях рекомендуется «отключение». С этой целью иногда используются «парадоксальные» задания, точное выполнение которых приводит к результату, прямо противоположному заданию (J. Haley, 1976). К примеру, двум молодым супругам, которые конфликтовали по поводу того, как выражать свои чувства — открыто или сдержанно, в конце терапии предлагается такое задание: «На протяжении недели ссориться по одному часу в сутки с целью проверки своего эмоционального реагирования». Супругам, которые пробовали выполнить задание, ссориться расхотелось.

### Групповая психотерапия

Родоначальником групповой психотерапии считается Якоб Морено (1932). Им же организован первый профессиональный журнал, посвященный этому направлению.

У Морено были предшественники. Одним из тех, кто использовал в своей практике групповой подход, был бостонский врач Джозеф Пратт. Он помогал больным туберкулезом, которые не могли позволить себе лечение в стационаре. Пратт собирал больных в группы, говорил с ними о гигиене поведения, о лечебном воздействии свежего воздуха и хорошего питания. Больные, в свою очередь, рассказывали о своих жизненных ситуациях, переживаниях, обсуждали проблемы поведения участников группы. Пратт обратил внимание на то, что сама группа, воздействие ее членов друг на друга является достаточно мощным психотерапевтическим фактором, который положительно влияет на течение основного заболевания.

Большое влияние на развитие групповой психотерапии оказал К. Роджерс, заложивший основы гуманитарного (недирективного) направления — терапии, центрированной на клиенте.

Существует много определений групповой психотерапии, но единства в этом вопросе пока не достигнуто. Так, В.Д. Карвасарский (1985) оценил ее как личностную, С. Кратохвилл (1978) — как метод, при котором с лечебной целью используется групповая психодинамика.

Вопросы теории и практики групповой психотерапии достаточно широко освещены в литературе. В 1978 г. в Праге был издан труд С. Кра-



тохвилла «Групповая психотерапия невротиков», который стал настольной книгой практикующих врачей. Переведена на русский язык книга К. Рудестам «Групповая психотерапия» (М., 1990); В.Д. Карвасарским, И.С. Ледером издана монография «Групповая психотерапия» (М., 1990); В.Т. Кондрашенко с соавт. — «Общая психотерапия» (Мн., 1999).

В социальной психологии традиционно выделяют следующие основные признаки группы, определяющие особенности и динамику групповой психотерапии:

- осознание участниками своей принадлежности к группе;
- установление определенных отношений между ними, внутренняя организация, включая распределение обязанностей, лидерство, иерархию статусов;
- действие «группового давления», побуждающего участников вести себя в соответствии с принятыми в группе нормами;
- наличие определенных изменений во взглядах и поведении отдельных участников, обусловленных их принадлежностью к группе.

Малая группа — это общество в миниатюре. Такие скрытые факторы, как социальное влияние, давление партнеров, действие которых мы повседневно ощущаем, проявляются и в психокоррекционной группе.

Преимущество психокоррекционной группы — это возможность получения эмоциональной поддержки от ее участников, имеющих общие проблемы и цели. В группе человек испытывает чувство взаимодоверия и взаимопомощи. В такой обстановке облегчается процесс разрешения межличностных конфликтов, возникающих вне группы. Человек пробует и осваивает новые формы поведения, различный тип межличностных отношений.

Противопоказанием для групповой психотерапии является низкий интеллект и психозы, тяжелые формы психопатий. Осторожно следует включать в такие группы лиц с физическими уродствами.

Большинство психотерапевтов оптимальной считают группу из 8—12 человек, занимающихся 3—4 раза в неделю.

Группа может быть однородной по характеру заболевания, демографическим и личностным показателям или неоднородной. Каждая имеет свои преимущества и недостатки и является предметом выбора.

Психокоррекционные группы в зависимости от поставленных целей разделяются на:

- группы для решения проблем (социальных, управленческих);
- группы для обучения межличностным взаимоотношениям (подготовка бизнесменов, руководителей);

- группы роста личности (самосовершенствование);
- терапевтические группы.

В групповой форме проводится до 20 видов психотерапии. Это гештальттерапия, психодрама, поведенческая психотерапия, группа тренинга, группа встреч и др.

Психология малых групп включает в себя такие понятия, как роли, нормы, лидерство, типы поведения, групповой процесс.

Каждый член малой группы играет ту роль, которую считает подходящей для себя и для конкретной группы. Роль пациента в группе чаще всего отличается от ролей, которые он играет вне группы. Это требует перестройки, гибкости и новой тактики.

В группе, как правило, присутствуют такие персонажи, как Вождь, Нытик, Скептик, Козел отпущения, Философ и т.д.

Эффективная группа нуждается в равновесии положительного и отрицательного, а потому включает не только дружеские, но и недружеские действия. Чем большую гибкость, пластичность проявляют участники группы — носители разных ролей, тем выше эффективность группы в достижении конечной цели.

Под нормой понимаются правила поведения, принятые в группе. Для нее типичны самораскрытие и честность, сплоченность участников. Из группы не выносятся то, что происходит во время занятий.

Стиль руководства группой отличается разнообразием: авторитарный, демократический, попустительский (антиавторитарный).

Оптимальным стилем считается демократический. При этом деятельность группы определяется коллективным разумом через дискуссию, групповое решение, а сам руководитель занимает позицию активного партнера. При авторитарном стиле руководства все виды поведения в группе определяются руководителем. При антиавторитарном руководстве психотерапевт занимает роль наблюдателя или беспристрастного комментатора. В крайних случаях он только задает направляющие вопросы. Любой стиль руководства, будучи правильно использованным, дает положительный результат. Психотерапевт в группе играет роль катализатора, дирижера, идеального партнера.

Групповой процесс имеет определенную динамику. Начинается он с адаптации и включения в ситуацию, затем переходит в стадию разрешения внутригрупповых конфликтов, соперничества, распределения ролей и в итоге приводит к сплоченности и эффективному решению проблем, установлению тесной эмоциональной связи между членами группы, сотрудничеству, уменьшению числа конфликтов, нормализации отношений с психотерапевтом. Группа становится рабочим коллективом.

Лечебными факторами при групповой психотерапии являются сплоченность, внушение надежды, альтруизм, представление информации, множественный перенос, идентификация собственных проблем, межличностное обучение и развитие межличностных умений, имитирующее поведение и катарсис (очищение и облегчение).

Малая группа — это своего рода самообучающийся и самоизлечивающийся организм.

Подготовка компетентных специалистов для групповой психотерапии — дело трудоемкое и тонкое, требующее обязательной стажировки в группе, которой руководит опытный психотерапевт.

Ниже приводятся общие положения и техника занятий *группы встреч*, относящихся к терапевтическим психокоррекционным группам.

Большой вклад в развитие данного метода внес Карл Роджерс («терапия, центрированная на клиенте»).

Выделяют следующие основные признаки группы встреч:

- открытость и честность в общении ее членов;
- осознание себя самого, своего физического и психического Я;
- ответственность за себя и членов группы;
- внимание к чувствам;
- принцип «здесь и теперь».

Открытость и честность достигается через самораскрытие, формирующее доверительные отношения между членами группы. Процесс этот трудный и интимный. Группа встреч побуждает участников к самораскрытию (исповеди) перед партнерами, что значительно труднее самораскрытия перед врачом. Это становится возможным лишь тогда, когда у членов группы появляется чувство безопасности, доброжелательности и доверия.

*Осознание самого себя.* Открываясь для других и используя обратную связь, участники группы глубже познают самих себя. Одним из методов познания является конфронтация. Метод действен при условии, что между членами группы существует взаимопонимание, основанное на единстве цели.

*Ответственность.* Гуманистическая психотерапия основана на уважении к пациенту, но вместе с тем предполагает, что члены группы должны отвечать за свое поведение как в группе, так и в реальной жизни.

*Внимание к чувствам.* Психотерапия требует высокой эмоциональной включенности в лечебный процесс, «эмоционального мужества». Это предполагает готовность пациента пережить радость общения

с доброжелательными членами группы и осознать свои, порой сложные, чувства, возникающие в трудных ситуациях.

Чаще всего осознание эмоций ведет к сближению людей. Чувства в процессе работы должны доминировать над мыслями.

*«Здесь и теперь»*. Этот принцип актуален для всех психокоррекционных групп и особенно для групп встреч. Он ориентирует участников группы на события, которые происходят в группе и за ее пределами в данное конкретное время.

Основные технические приемы в группе встреч следующие:

- установление контактов;
- построение доверительных отношений;
- изучение конфликтов;
- анализ сопротивления;
- соучастие и поддержка.

*Установление контактов* — это то, на что направляются усилия членов группы на первых этапах группового процесса при включении в ситуацию. Знакомство начинается попарно или в мини-группах.

Построение доверительных отношений не всем дается одинаково легко — отдельные участники на первых порах испытывают чувство одиночества.

Существует несколько упражнений, помогающих осознать чувство одиночества и преодолеть барьер недоверия. Одно из них — «Доверительное падение», или «Страховка». Участники делятся на пары. Один из партнеров становится с закрытыми глазами спиной к другому и падает назад, второй ловит его, не давая упасть.

*Изучение конфликтов*. Часто конфликты возникают на той стадии группового процесса, когда на первый план выступают соревновательность, соперничество, борьба за лидерство.

Для исследования конфликта рекомендуется упражнение «Сжатие рук». Два конфликтующих участника садятся друг против друга, сжимают друг другу кисти рук и продолжают диалог. Чем выше эмоциональный накал, тем крепче участник сжимает руку своего партнера. Часто чувство злости, выражаемое в крепком рукопожатии, сменяется чувством успокоения, т.е. устанавливается «физическая» обратная связь. Другие члены группы создают партнерам атмосферу поддержки.

*Анализ сопротивления* также осуществляется с помощью специальных упражнений. Одно из них — «Фантазирование». Члены группы получают конкретную тему для фантазирования. Затем один из участников закрывает глаза и начинает вслух комментировать свои фанта-

зии. Темы могут быть самые разнообразные (собственное тело, какая-то ситуация и т.д.). Если в процессе раскрытия фантазий пациент испытывает затруднения (смущается, робеет и т.п.), психотерапевт поощряет его к самораскрытию, помогает продолжить усилия.

Материал фантазирования требует дальнейшего прояснения и интерпретации.

*Соучастие и поддержка.* Чтобы правильно осознать свое поведение и полностью раскрыться, каждый участник нуждается в одобрении всей группы. Вначале поддержка осуществляется руководителем, а в дальнейшем группа обеспечивает ее сама.

Стремление выразить поддержку, одобрение своему партнеру часто отражает эмоциональное состояние (тревогу, неуверенность) не столько поддерживаемого, сколько поддерживающего.

Существует ряд упражнений для тренировки соучастия. Одно из них именуется «Живые руки».

Стулья расставляются в два ряда на расстоянии примерно 60 см. Участники снимают с рук кольца и часы, завязывают глаза. Руководитель подводит каждого к стулу и усаживает напротив неизвестного партнера. (Переговариваться при этом нельзя.) Участники должны вложить в свои руки всю выразительность чувств: познакомиться с партнером, касаясь друг друга руками (3 мин), бороться руками (3 мин), мириться руками (3 мин), прощаться руками (3 мин). Затем с глаз снимаются повязки, и участники обмениваются друг с другом и с группой своими ощущениями.

*Показания к групповой психотерапии* имеют широкий диапазон. Целью тренинга может быть выработка жизненных умений, приемлемых для индивида и общества. В группе обучают умению управлять эмоциями, планировать свое ближайшее и отдаленное будущее, принимать решения, родительским функциям, коммуникационным умениям, уверенности в себе.

Групповая психотерапия эффективна при неврозах, малопрогредиентной шизофрении невротического уровня, депрессиях. Так, при изолированных симптомах (фобиях) более целесообразна поведенческая психотерапия, при акцентуациях характера — психодрама, при зависимости от психоактивных веществ — недирижерские (роджеровские) группы встреч. Опытный психотерапевт, работающий с группой, может в процессе занятий менять тип группы и динамику работы.

Акушеру-гинекологу часто приходится иметь дело с групповой динамикой и групповыми взаимодействиями, в связи с чем важно видеть групповые процессы и управлять ими. Это влияет на эффек-

тивность лечения основного заболевания, улучшает психическое состояние пациентов. Знание механизмов групповой психотерапии можно использовать в работе с группами беременных в процессе психопрофилактической подготовки к родам, в послеродовых палатах, в женской консультации, где нередко проводится ряд мероприятий в группах.

Самому врачу-интернисту целесообразно хоть раз в жизни поучаствовать в групповых занятиях в качестве пациента, чтобы проанализировать все особенности группового взаимодействия и оценить значение групповой психотерапии.

В настоящее время медицинская информация для потребителя становится все более актуальной и действенной. Так, организуются курсы для больных сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др. Пациенты должны знать, к примеру, как меняется самочувствие при повышении и понижении сахара в крови, уметь оказать себе первую помощь, научиться определять уровень сахара в крови в домашних условиях и в соответствии с этим самостоятельно регулировать диету, прием лекарств. Владение такими знаниями улучшает прогноз заболевания, повышает работоспособность. Уменьшается количество осложнений, увеличивается продолжительность жизни больных.

Почти все женщины на Земле беременеют и рожают, а если этого не происходит, то они считают себя несчастными.

В книге «Роды и психика» не все понятно женщине, не знающей медицины. А знания в этой области ей необходимы — они будут способствовать сохранению собственного здоровья и здоровья ребенка.

Беременность и роды — это биологический, а в ряде ситуаций и психологический криз, во время которого происходят существенные перестройки в организме, снижается его устойчивость к внешним и внутренним воздействиям. Женщина в этот период имеет ряд особенностей, о которых ей следует помнить. Большинство женщин в этот период считают себя здоровыми, продолжают работать, воспитывать детей, вести домашнее хозяйство, часто игнорируя изменения в своем физическом и психическом состоянии. И это понятно, ибо они движимы желанием выполнить самую большую и ответственную задачу в жизни — родить ребенка.

У большинства беременных, особенно у первородящих, появляется повышенная утомляемость, усиливающаяся к концу беременности. Заостряются личностные черты, повышаются обидчивость, раздражительность, тревога за себя и ребенка с приближением к родам. Встречаются повышенная сонливость днем и нарушения ночного сна. Меняется отношение к пище, может быть нарушение пищевого поведения (тошнота, рвота, снижение или повышение аппетита, тяга к определенным видам пищи). Реже бывают обмороки, неустойчивость артери-

ального давления, повышение температуры. Обо всем этом необходимо информировать врача женской консультации.

В таких случаях может помочь психотерапия. У беременных, особенно в последнем триместре, нередко завышена самооценка. Им кажется, что все обстоит блестяще — и их здоровье, и отношения с близкими. Так в этот ответственный период проявляется психологическая защита.

Гигиена и питание беременных не требуют внесения особых изменений в общий режим. Однако беременные освобождаются от ночных дежурств, тяжелой физической работы, связанной с вибрацией тела или другими вредными воздействиями. Следует избегать резких движений, подъема тяжестей, переутомления.

Беременная должна спать не менее 8 часов в сутки. Перед сном рекомендуются прогулки. Необходимо тщательно следить за чистотой тела. Лучше мыться под душем, избегая перегревания тела. Целесообразны воздушные и дозированные солнечные ванны. Дважды в день необходимо обмывать наружные половые органы теплой водой с мылом. Спринцевания во время беременности следует избегать. Необходимо тщательно следить за полостью рта, проводить необходимую санацию. Молочные железы ежедневно следует обмывать теплой водой и обтирать грубым полотенцем для предупреждения трещин сосков и маститов. Если соски плоские или втянутые, следует производить их массаж. Половые сношения во время беременности должны быть ограничены. Запрещается прием алкоголя и курение, так как они отрицательно влияют на организм матери и ребенка.

Одежда беременной должна быть удобной и свободной, обувь — на низком каблучке.

**Питание.** В первой половине беременности диета не обязательна. Пища должна быть вкусной и хорошо приготовленной. Во второй половине беременности количество белков должно составлять 100—120 г/сут. Следует употреблять кефир, простоквашу, молоко, творог, яйца, нежирное мясо (100—120 г в день), рыбу (150—250 г в день). Количество углеводов может достигать 500 г/сут, при избыточном весе — 300 г/сут. Необходимы фрукты, овощи, а также хлеб (источник клетчатки и витаминов группы В). Жиры (100—110 г/сут) рекомендуются в виде сливочного и растительного масла, сметаны. Количество жидкости не должно превышать 1—1,2 л в день, поваренной соли, особенно во второй половине беременности, — 5—8 г/сут.

У беременной женщины возрастает потребность в витаминах. Хорошим источником витамина А являются печень и почки животных,



молоко, морковь, сливочное масло, рыбий жир, шпинат. Витаминном В<sub>1</sub> богаты пивные дрожжи, печень, почки, зерновые и бобовые культуры. Суточная потребность в витамине В<sub>1</sub> составляет 10–20 мг/сут, в витамине В<sub>2</sub> (рибофлавин) — 2 мг/сут. Витамина РР много в дрожжах, мясе, печени, зернах пшеницы; суточная потребность — 15 мг. Витамина С требуется 1,0–1,5 г/сут. Зимой и весной рекомендуется назначать беременным готовые препараты витамина С. Витаминном D богат рыбий жир, печень, икра, сливочное масло.

Беременным рекомендуется четырехразовое питание. Целесообразны специальные занятия физкультурой, способствующие уменьшению токсикоза, сокращению длительности родов, благоприятному течению послеродового периода. Противопоказаниями для занятий физкультурой являются обострения различных заболеваний, выраженный токсикоз беременности. Беременным противопоказано участие в спортивных соревнованиях. Помимо занятий физкультурой рекомендуются прогулки в любое время года продолжительностью до 2 часов с остановками для отдыха.

Непоправимый вред будущему ребенку могут нанести курение и злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами, вирусные и другие заболевания, бездумное употребление лекарств (самолечение). Особенно чувствителен организм очень молодых беременных и старородящих. У курящих женщин повышается риск выкидыша, преждевременных родов, осложнений течения беременности, ускоряется наступление менопаузы, угнетается половая активность. Новорожденные отстают в физическом и психическом развитии.

Клиницисты все чаще стали встречаться с эмбриопатиями, пороками развития и патологическими состояниями плода, возникающими вследствие воздействия неблагоприятных внешних факторов, и прежде всего алкоголя, в эмбриональном периоде, особенно в первые три месяца беременности. Так, в первые две недели беременности происходит имплантация плодного яйца, на 3–6-й неделе — активная дифференцировка клеток. Повреждающие факторы приводят к выкидышам, тяжелым уродствам. К факторам, способным вызвать эмбриопатию, относятся некоторые химические вещества, лекарства, вирусы, например краснухи, токсоплазмоза, сифилиса, ионизирующие излучения, болезни эндокринной системы, например сахарный диабет, заболевания надпочечников, цитомегаловирус. Имеются данные о тератогенном влиянии вирусных заболеваний, таких как корь, простой герпес, эпидемический паротит, гепатит В, ветряная и натуральная оспа, токсоплазмоза, вызываемого простейшим паразитом — токсо-

плазмой гондих, сифилиса, возбудителем которого является бледная спирохета. Участились случаи алкогольной эмбриопатии при пьянстве матери. Для таких новорожденных характерен малый вес плода, недоразвитые головка и глазные яблоки, опущенные веки (птоз), наличие третьего века, уродливый череп (гипертелоризм). Часты врожденные пороки сердца и других органов. Нередко опытные акушерки и врачи уже во время родов по характерному внешнему виду ребенка ставят правильный диагноз.

Задержка интеллектуального развития у таких детей обычно очень выраженная, глубокая (имбецильность, идиотия).

Нами в детском психиатрическом отделении республиканской больницы наблюдался четырехлетний мальчик Сережа, поступивший из дома-интерната для слабоумных детей.

Мать и отец ребенка — алкоголики. Мать умерла от алкогольного психоза, когда ребенку было два года. При рождении вес 2600 г, рост 45 см, в четыре года вес 10 кг. Микроцефалия (голова малых размеров). При родах отмечено: неправильный разрез глаз, малые глазные яблоки, низкая широкая переносица, узкая красная кайма губ (особенно верхней), недоразвиты верхняя и нижняя челюсти, высокое верхнее небо, низкое расположение ушных раковин, вывих в тазобедренном суставе левой ноги, левая нога короче правой. До двух лет частые простуды, рахит, 7 раз — пневмония. Мальчик не говорит, не имеет навыков опрятности, ест руками, не различает цвета, величину предмета, не выделяет левой-правой руки. Не умеет играть с игрушками, бьет их, бросает. Неряшлив, суетлив, неловок, отвлекаем, неусидчив, временами злобен. Диагноз: алкогольная эмбриопатия, проявляющаяся множественными врожденными уродствами, слабоумием в степени имбецильности.

Прогноз плохой: больной останется слабоумным в течение всей жизни; социальная адаптация маловероятна.

Эмбриопатия может быть вызвана рядом лекарственных препаратов. Беременные женщины по своей инициативе (без назначения и ведома врача) не должны принимать лекарств, особенно в первом триместре беременности. Не следует применять нестероидные противовоспалительные средства (например, индометацин). Противопоказаны противотуберкулезные препараты (изониазид, тубазид), вызывающие значительные поражения зародыша (анэнцефалию, уродства мочевого пузыря, отсутствие заднего прохода, расщепления позвонков, врожденные пороки сердца, косоплоскость). Тератогенным эффектом обладают противосудорожные, противоопухолевые сред-

ства, некоторые антибиотики, снотворные (талидамид), некоторые психотропные препараты.

Беременная женщина должна сообщить врачу о случаях психических заболеваний среди близких родственников, если таковые имеются, а также об обращении за психотерапевтической или психиатрической помощью до родов и беременности. В женской консультации она может пройти психологическую подготовку к родам, обучиться простейшим приемам обезболивания.

Расстройства психики у женщин чаще всего возникают в раннем послеродовом периоде. Начинаются часто еще в родильном отделении и отличаются большим разнообразием. В большинстве случаев это невротические расстройства, заметно не нарушающие поведения и критики; встречаются и большие психозы. Важно своевременно заметить расстройство и начать адекватную терапию. Прогноз хороший, после лечения женщины чувствуют себя практически здоровыми.

После родов у 70 % женщин развиваются послеродовые, или материнские, блюзы, проявляющиеся легкими расстройствами настроения, неадекватной экзальтацией, радостью или тоской, тревогой, раздражительностью. У части женщин при этом нарушаются сон, аппетит. Все они нуждаются во внимательном, участливом отношении со стороны родных и персонала, рациональной психотерапии.

У 20 % родильниц развивается непсихотическая послеродовая депрессия. Субъективно переживается как тягостное состояние, для которого характерны подавленное настроение, неуверенность, страдание, заниженная самооценка, ощущение бесперспективности, суицидальные мысли, мысли о нецелесообразности дальнейшей жизни, нередко и жизни ребенка. Такое состояние требует амбулаторного лечения у специалистов. Хорошо поддается терапии.

Большие послеродовые психозы встречаются редко: 1—2 случая на 1000 родов. Обязательно лечение в психиатрическом стационаре.

Послеродовые психические расстройства начинаются обычно в родильном доме, часто оставаясь незамеченными. Если женщина чувствует изменения в своем состоянии (тоска, тревога, подозрительность, не имеющие оснований, бессонница), она должна сама откровенно сообщить об этом врачу, своим близким.

Чем раньше начинается лечение, тем быстрее наступает выздоровление. Женщина после родов должна быть окружена вниманием и заботой родных и медицинского персонала. Ей необходимо помочь адаптироваться к новым условиям функционирования. Беременность и роды способствуют созреванию личности женщины. Она

чувствует особую ответственность за происходящие события. Женщина-мать по-особому воспринимает не только своего ребенка, но и всех детей, испытывает особую радость за них, ответственность за все человеческое общество.

После родов остается повышенная психическая и физическая утомляемость, активно идут процессы регенерации (восстановления). В этот период в семье необходимо перераспределить обязанности, давать женщине возможность высыпаться и отдыхать.

Мужья после появления в семье ребенка нередко жалуются, что жены перестают уделять им должное внимание. Им следует знать, что женщине нужно не только помочь, взяв на себя часть обязанностей по дому и уходу за ребенком, но и оградить ее по мере возможности от психических травм. Произойдет адаптация, и женщина сама вернется к выполнению прежних обязанностей, приступит к работе.

# Приложения

## Приложение 1

### Исследование самооценки по методике Дембо – Рубинштейн<sup>1</sup>

Методика предложена С.Я. Рубинштейн для исследования самооценки. В ней использованы приемы Т. Дембо. Автор значительно изменила эту методику. Вместо одной шкалы отчета о своем счастье ввела 4 (здоровье, умственное развитие, характер, счастье).

Методика крайне проста. Обследуемому предлагается определить свое состояние по избранным для самооценки шкалам. На листе бумаги проводится вертикальная линия, условно означающая «счастье», показатель которого увеличивается снизу вверх, от очень плохого до очень хорошего. Обследуемого просят обозначить на этой линии место, отводимое себе. Такие же вертикальные линии проводятся и для исследования самооценки больного по шкалам здоровья, умственного развития, характера (см. протокол).

Затем приступают к беседе, в которой выявляют представления пациента о счастье и несчастье, здоровье и нездоровье, хорошем и плохом характере, уточняют, почему он сделал отметку в том или ином месте конкретной шкалы. В зависимости от конкретных задач, стоящих перед исследователем, в методику можно вводить и другие шкалы. Так, при обследовании родильниц нами использовалась шкала здоровье новорожденного.

При анализе полученных результатов С.Я. Рубинштейн уделяет внимание не столько расположению отметок на шкалах, сколько их обсуждению. Психически здоровым людям, по наблюдению С.Я. Рубинштейн, присуща тенденция определять свое место на всех шкалах «чуть выше середины».

Полученные с помощью этой методики данные приобретают особую значимость при их сопоставлении с особенностями мышления и эмоционально-волевой сферы. При этом могут быть выявлены нарушения критического отношения к себе, депрессивная самооценка, эйфоричность.

С.Я. Рубинштейн подчеркивает, что абсолютного значения эти проявления самооценки для диагностики заболевания не имеют. Од-

<sup>1</sup> Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики психопатологии. Л., 1970.

нако в каждом конкретном случае этот простой эксперимент способствует установлению контакта, анализу личности пациента, оценке его эмоциональной сферы.

### Форма протокола экспериментально-психологического обследования



### Приложение 2

#### Отсчитывание по Е. Крепелину<sup>1</sup>

Методика состоит в вычитании из 100 или 200 одного и того же числа. Испытуемого предупреждают, что он должен считать про себя, а вслух называть полученное при очередном вычитании число.

В промежутках между числами исследующий равномерно ставит точки (приблизительный хронометраж). Можно фиксировать длительность пауз секундомером. Запись опыта приобретает следующий вид:

(100 - 7)...93...86...79...72...65...58.51..44..37.30.23.16.9.2.

При исследовании оцениваются возможности осуществления счетных операций, состояние внимания. При наличии повышенной истощаемости внимания длительность пауз в конце отсчета, несмотря на то что задание становится более легким, увеличивается. Возможны два вида ошибок. Первые — ошибки в единицах и, главным образом, при переходе через десяток — свидетельствуют о некоторой интеллектуальной недостаточности. Вторые — ошибки в десятках — характерны главным образом для больных с неустойчивым вниманием.

<sup>1</sup> Блейхер В.М., Крук И.В. Психологическая диагностика. Киев, 1986.

## Висбаденский опросник Н. Пезешкиана

Предназначен для оценки характерологических и личностных качеств и оценки способов переработки конфликтов.

**Инструкция:** ответить на представленные утверждения по четырех-балльной системе и отметить (зачеркнуть) на бланке: 4 балла (крайнее правое положение) — «почти всегда», 3 балла — «часто», 2 балла — «редко», 1 балл — «никогда».

1. Я прочитал инструкцию и готов честно оценить каждое высказывание. . . . . 0000
2. Я всегда так планирую свое время, что мне никогда не приходится превращать день в ночь . . . . . 0000
3. По форме общения человека можно судить, чего он стоит . . 0000
4. Мои знакомые считают меня надежным человеком . . . . . 0000
5. Ребенок, который даже при спокойном обращении к нему не делает того, о чем его просят, должен знать, что такое родительская строгость . . . . . 0000
6. Я часто бываю расслабленным, вялым или изможденным . . . 0000
7. Моя мать была для меня примером . . . . . 0000
8. Терпение и выдержка являются для меня показателями внутренней силы . . . . . 0000
9. Единство человечества — важная цель для меня . . . . . 0000
10. Когда все дела идут вкривь и вкось, можно сойти с ума . . . . 0000
11. Я хотел бы быть нежным со многими людьми, а не только с одним . . . . . 0000
12. Мое мировоззрение (религия, убеждения) остается незабываемым, несмотря ни на какие внешние влияния . . . . . 0000
13. Мои родители (отец и (или) мать) молились вместе со мной . . . . . 0000
14. При покупке я обычно обращаю внимание на цену . . . . . 0000
15. Мне часто кажется, что со мной обошлись несправедливо. . . 0000
16. Частые рукопожатия опасны, потому что с ними могут передаваться бактерии . . . . . 0000
17. На меня можно полностью положиться . . . . . 0000
18. Сначала работа, а затем уже удовольствия! . . . . . 0000
19. Личные контакты на работе, несмотря на занятость, для меня очень важны . . . . . 0000
20. Мой отец был очень терпелив со мной . . . . . 0000

21. Иногда я проглатываю обиду и не подаю виду, хотя потом  
очень злюсь на себя за это ..... 0000
22. Большинство людей, с которыми я общаюсь, искренни ..... 0000
23. Мне больше по душе прочные отношения с одним чело-  
веком, чем много непрочных, поверхностных контактов ... 0000
24. Когда у меня появляются проблемы, я всегда нахожу  
хорошее решение ..... 0000
25. Я часто отвлекаюсь тем, что с головой ухожу в работу ..... 0000
26. Прежде чем что-то сделать (на работе или в семье), я всегда  
внимательно планирую работу ..... 0000
27. Мои родители умели улаживать возникающие между ними  
разногласия ..... 0000
28. Мои родители (отец и (или) мать) бывали дружелюбны  
с незнакомыми людьми ..... 0000
29. У меня широкий круг знакомых ..... 0000
30. Я не спешу, принимая важные решения, чтобы дать себе  
возможность все обдумать ..... 0000
31. На работе и дома я «пашу как вол» ..... 0000
32. Я действую по принципу «время — деньги» ..... 0000
33. Я стараюсь внутренне принимать и тех людей, которые  
имеют взгляды и установки, отличные от моих ..... 0000
34. Моих родителей беспокоил вопрос о смысле жизни ..... 0000
35. Когда кто-то не приходит к назначенному времени,  
я выхожу из себя ..... 0000
36. Я открыто излагаю свои потребности и интересы ..... 0000
37. Моя мать была очень терпелива со мной ..... 0000
38. Несправедливость по отношению ко мне всегда  
доводит до болезни (появляются боли в животе,  
головные боли и др.) ..... 0000
39. Даже в самых трудных ситуациях я обычно сохраняю  
спокойствие ..... 0000
40. Ласки и физические контакты я нахожу очень приятными .. 0000
41. Верность (в дружбе и любви) для меня является  
абсолютной ценностью ..... 0000
42. Мои родители участвовали в деятельности общественных  
организаций ..... 0000
43. Даже если все настроены против меня, я не сдаюсь ..... 0000
44. При появлении профессиональных проблем я обращаюсь  
к коллегам вместо того, чтобы примириться с неудачей ..... 0000
45. Мои родители хорошо ладили друг с другом ..... 0000



46. Мой организм очень чутко реагирует, если я не могу найти решение проблемы . . . . . 0000
47. Я только тогда хорошо себя чувствую, когда полностью погружаюсь в работу . . . . . 0000
48. Меня раздражает, когда в квартире беспорядок . . . . . 0000
49. Я вижу смысл в своей жизни, даже если переживаю трудности . . . . . 0000
50. Я не могу представить себе человеческое общество без пунктуальности . . . . . 0000
51. Мне нравятся люди, которые открыто говорят, что они думают, даже если у меня другое мнение . . . . . 0000
52. Я всегда открыто высказываю свое мнение, даже если это может быть чревато последствиями . . . . . 0000
53. Когда я был ребенком, мои родители беседовали со мной на религиозные и мировоззренческие темы. . . . . 0000
54. Без взаимного доверия я не могу жить или работать с другими людьми . . . . . 0000
55. Если я однажды что-то пообещал, значит, обязательно сдержу слово . . . . . 0000
56. Мне важно знать, существует ли жизнь после смерти . . . . . 0000
57. Со всеми людьми нужно обращаться одинаково, иначе воцарится несправедливость . . . . . 0000
58. По чистоте в квартире можно судить о чистоте характера . . . . . 0000
59. Когда у меня есть трудности по работе, я обращаюсь к коллегам и (или) начальству . . . . . 0000
60. Мой отец был для меня примером, когда я был маленьким . . . . . 0000
61. Я охотно провожу время вне дома (в ресторане, кино, театре, кафе, на танцах и т.д.), потому что мне нравится знакомиться с новыми людьми . . . . . 0000
62. К моим родителям часто приходили друзья или их самих приглашали в гости . . . . . 0000
63. Я трудолюбивый, старательный человек . . . . . 0000
64. Я надеюсь достичь в своей жизни еще больших успехов . . . . . 0000
65. Я очень вежлив, чтобы быть признанным у других . . . . . 0000
66. Сексуальная любовь — это лучшее, что есть на свете . . . . . 0000
67. У моей мамы всегда находилось для меня много времени . . . . . 0000
68. Я постоянно ищу контактов, чтобы не быть в одиночестве . . . . . 0000
69. Я экономлю даже тогда, когда в этом нет необходимости . . . . . 0000

70. Когда я знакомясь с людьми, я сначала бросаю им «пробный шар» доверия . . . . . 0000
71. Когда меня критикуют, у меня появляются боли в желудке (желчном пузыре) или судороги . . . . . 0000
72. У моего отца находилось для меня много времени . . . . . 0000
73. То, что каждый из нас подразумевает под чувствами, всего лишь маленькая часть действительности . . . . . 0000
74. При возникновении проблем вся моя энергия направлена на поиск решения, и я всегда нахожу выход . . . . . 0000
75. Я считаю, что мои решения (на работе и (или) в личной жизни) должны выполняться без долгих разговоров . . . . . 0000
76. Мне безразлично, что думают другие о моем мнении . . . . . 0000
77. Работа — это содержание моей жизни . . . . . 0000
78. Гости для меня вовсе не безразличны, я всегда нахожу для них время . . . . . 0000
79. Я злюсь на себя, если все находится в беспорядке (посуда, пустые бутылки, невыброшенный мусор) . . . . . 0000
80. В сложных ситуациях мои родители могли откровенно говорить друг с другом . . . . . 0000
81. Мне очень неудобно, когда приходят гости, а квартира не блещет чистотой . . . . . 0000
82. Есть люди, которые нравятся мне, несмотря на то что у них другие убеждения . . . . . 0000
83. Я очень нервничаю (беспокоюсь, злюсь), если кто-то заставляет меня ждать . . . . . 0000
84. Я убежден, что в моей жизни можно достичь большего . . . . . 0000
85. Когда проблему нельзя преодолеть тотчас же, я могу подождать, пока не появится другая возможность. . . . . 0000

**Обработка:** осуществляется по каждому качеству отдельно путем суммирования полученных баллов по вопросам, относящимся к данному качеству, с последующим внесением данных в бланк (приведен ниже).

1. Аккуратность: 10, 48, 79.
2. Чистоплотность: 16, 58, 81.
3. Пунктуальность: 35, 50, 83.
4. Вежливость: 3, 21, 65.
5. Честность/прямота: 36, 52, 76.
6. Усердие/деятельность: 18, 31, 63.
7. Обязательность, точность, совестливость: 4, 17, 55.

8. Бережливость: 14, 32, 69.
9. Послушание: 5, 26, 75.
10. Справедливость: 15, 38, 57.
11. Верность: 12, 23, 41.
12. Терпение: 8, 39, 85.
13. Время: 2, 30, 78.
14. Контакты: 19, 29, 61.
15. Доверие: 22, 54, 70.
16. Надежда: 43, 64, 84.
17. Сексуальность/нежность: 11, 40, 66.
18. Любовь: 33, 51, 82.
19. Вера, религия, церковь: 9, 56, 73.
20. Тело/ощущения: 6, 46, 71.
21. Деятельность: 25, 47, 77.
22. Контакты: 44, 59, 68.
23. Фантазии/будущее: 24, 49, 74.
24. Я: 24а (мать) — 7, 37, 67, 246 (отец) — 20, 60, 72.
25. Ты: 27, 45, 80.
26. Мы: 28, 42, 62.
27. Пра-мы: 13, 34, 53.

Балл			3 4 5	6 7 8	9 10 11	12	
1	2	3	4	5	6	7	8
	Аккуратность	Небрежный					Педантичный
	Чистоплотность	Неряшливый					Опрятный
	Пунктуальность	Непунктуальный					Сверхпунктуальный
	Вежливость	Бесцеремонный					Учтивый
	Честность	Скрытный					Искренний
	Усердие	Ленивый					Сверхстарательный
	Обязательность	Необязательный					Обязательный
	Бережливость	Расточительный					Скупой
	Послушание	Послушный					Самостоятельный

Балл			3 4 5	6 7 8	9 10 11	12	
1	2	3	4	5	6	7	8
	Справедливость	Несправедливый					Справедливый
	Верность	Неверный					Верный
	Терпение	Нетерпеливый					Терпеливый
	Время	Успевающий					Неуспевающий
	Контакты	Замкнутый					Общительный
	Доверие	Подозрительный					Доверчивый
	Надежда	Отчаявшийся					Надеющийся
	Нежность/секс	Отвергающий					Зависимый
	Любовь	Требовательный					Балующий
	Вера/религия	Безразличный					Верующий
	Тело/ощущения	Здоровье					Психосоматические нарушения
	Деятельность	Дезорганизация					«Бегство» в работу
	Контакты	Замкнутость					«Бегство» в общение
	Фантазии	Отсутствие					«Бегство» в мечты
	Я/мать	Отвержение					Принятие
	Я/отец	Отвержение					Принятие
	Ты	Отчужденность					Единство
	Мы	Замкнутость					Общительность
	Пра-мы	Безразличие					Фанатизм

**Интерпретация:** оценивается выраженность характерологических и личностных качеств (12 — максимальная, 3 — минимальная), а также — при проведении семейного или партнерского обследования — совпадение идеальных и реальных качеств в отношении себя и партнера.

## Приложение 4

### ЛОБИ

(личностный опросник бехтеревского института)

Применяется для оценки типов психического реагирования на соматические заболевания.

**Инструкция:** испытуемому предлагается выбрать из каждого раздела не более трех утверждений, которые отражают его мнение, либо ответ № 0 и занести номера выбранных ответов в нижеприведенный бланк, отметив их кружком.

#### САМОЧУВСТВИЕ

1. С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие.
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил.
3. Плохое самочувствие я стараюсь перебороть.
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим.
5. У меня почти всегда что-нибудь болит.
6. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений.
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей.
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания.
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительное.
10. С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски.
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

#### НАСТРОЕНИЕ

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее.
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным.
3. Мое настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем.

4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти.
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение.
6. Мое плохое настроение бывает связано с плохим самочувствием.
7. У меня стало совершенно безразличное настроение.
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим.
9. У меня не бывает уныния и грусти, но могут быть ожесточение и гнев.
10. Малейшие неприятности сильно задевают меня.
11. Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение.
12. Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

### **СОН И ПРОБУЖДЕНИЕ**

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать.
2. Утро для меня — самое тяжелое время суток.
3. Если меня что-то тревожит, я долго не могу уснуть.
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем.
5. Я сплю мало, но встаю бодрым; сны вижу редко.
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером.
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения.
8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин.
9. Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час.
10. Утром я встаю бодрым и энергичным.
11. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать.
12. По ночам у меня бывают приступы страха.
13. С утра я чувствую полное безразличие ко всему.
14. Я могу свободно регулировать свой сон.
15. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни.
16. Во сне мне видятся всякие болезни.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

### **АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ**

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях.
2. У меня хороший аппетит.
3. У меня плохой аппетит.
4. Я люблю сытно поесть.

5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде.
6. Мне легко можно испортить аппетит.
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность.
8. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержания здоровья.
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал.
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

### ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ

1. Моя болезнь меня пугает.
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет.
3. Я стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью.
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня.
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью.
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет.
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и некомпетентности врачей.
8. Считаю, что врачи преувеличивают опасность моей болезни.
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже больше.
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем утверждают врачи.
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят.
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так, как у других, и поэтому требует особого внимания.
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым.
14. Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прошу этого никогда.
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

### ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ

1. Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать.
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.

3. Я готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным.
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, постоянно разочаровываюсь.
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на бессмысленную операцию.
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных.
8. От лечения мне становится только хуже.
9. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей.
10. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить.
11. Считаю, что меня лечат неправильно.
12. Я ни в каком лечении не нуждаюсь.
13. Мне надоело бесконечное лечение; хочу одного — чтобы меня оставили в покое.
14. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми.
15. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

### **ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧАМ И МЕДПЕРСОНАЛУ**

1. Главным качеством любого медицинского работника я считаю внимание к больному.
2. Я хотел бы лечиться у врача, имеющего большую известность.
3. Считаю, что заболел по большей части по вине врачей.
4. Мне кажется, врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат.
5. Мне все равно, кто и как меня лечит.
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу чего-то важного, что может повлиять на успех лечения.
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь.
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения.
9. Я с большим уважением отношусь к медицинской профессии.
10. Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал невнимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности.
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом.



12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь.
13. Считаю, что врачи и медперсонал на меня попусту тратят время.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

### ОТНОШЕНИЕ К РОДНЫМ И БЛИЗКИМ

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать.
2. Я стараюсь не показывать родным и близким, насколько я болен, чтобы не омрачать их настроения.
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного.
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды.
5. Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям.
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие.
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими.
8. Из-за болезни я утратил(а) всякий интерес к делам и проблемам близких и родных.
9. Из-за болезни я стал в тягость близким.
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь.
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных.
12. Я стараюсь доставлять поменьше забот близким из-за моей болезни.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

### ОТНОШЕНИЕ К РАБОТЕ (УЧЕБЕ)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (не способным учиться).
2. Я боюсь, что из-за болезни лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения).
3. Работа (учеба) стала мне совершенно безразличной.
4. Из-за болезни мне стало не до работы (не до учебы).
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой).
6. Считаю, что заболел(а) потому, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью.
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне.

8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе).
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни.
10. Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работать (учиться).
11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (учебе).
12. За работой (учебой) я стараюсь забыть о своей болезни.
13. Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь.
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

### ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто возле меня.
2. Мне хочется только одного — чтобы окружающие оставили меня в покое.
3. Когда я заболел, все обо мне забыли.
4. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение.
5. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни.
6. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими столько, сколько хочется.
7. Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть.
8. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни.
9. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий.
10. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих.
11. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни.
12. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прошу.
13. Теперь я вижу, как много людей вокруг меня страдают от болезней.
14. Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня.
15. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

## ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному (одной) мне легче.
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество.
3. В одиночестве я стараюсь делать какую-нибудь интересную и полезную работу.
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать невеселые мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях.
5. Часто, оставшись один (одна), я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать.
6. Стесняясь болезни, я стараюсь уединиться, а в одиночестве скупаю по людям.
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни.
8. Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве.
9. Желание побыть одному (одной) зависит у меня от обстоятельств и настроения.
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

## ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым.
2. Мое здоровье пока не дает оснований беспокоиться за будущее.
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях.
4. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем.
5. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе).
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем.
8. Из-за болезни я в постоянной тревоге за мое будущее.
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел.
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и злость на других людей.
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

## РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол муж./жен. \_\_\_\_\_

Самочувствие \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

Настроение \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

Сон и пробуждение \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 0

Аппетит и отношение к еде \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0

Отношение к болезни \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Отношение к лечению \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Отношение к врачам и медперсоналу \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 0

Отношение к родным и близким \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

Отношение к работе (учебе) \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 0

Отношение к окружающим \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Отношение к одиночеству \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0

Отношение к будущему \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

**Обработка:** за каждое совпадение выбранного ответа с нормативным (приведены ниже) начисляется один балл по тому или иному типу психического реагирования. Если в нормативном трафарете отмечено несколько типов ответов, то баллы начисляются по всем из них.

### НОРМАТИВНЫЙ ТРАФАРЕТ

*Самочувствие*

1. Т
2. З
3. Г
4. П
5. И
6. Н
7. Т
10. ТН
11. ТТО

*Настроение*

1. Ф
2. ННТЯ
3. ООСП
4. Г
5. ИЯ
6. ТН
7. А
10. П

*Сон и пробуждение*

3. ТНО
4. А
11. С
12. О
15. О

*Аппетит и отношение к еде*

1. С
2. ФПС
3. И
5. З
7. И
8. Р
9. И

*Отношение к болезни*

1. Т
2. АА
3. ФФ
4. С
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. И
11. З
12. ЯЯ
13. НН
14. П
15. Г

*Отношение к лечению*

10. П
11. П
14. Г
0. ЗФР
- ОО
- И
- П
- З
- РР

*Отношение к врачам и медперсоналу*

1. Г
2. И
3. П
8. Я
9. Г
10. НП

*Отношение к работе (учебе)*

1. А
5. С
7. О
8. Ф
9. Р
10. РР

*Отношение к родным и близким*

2. СР
5. И
7. Я
12. ГРР

*Отношение к окружающим*

6. ЗЗ
9. Я
14. И
15. Г

*Отношение к одиночеству*

1. АС
5. НЯ
9. ГФ
10. СЯ
0. Ф
8. ИСЯЯ

*Отношение к будущему*

1. АА
2. ЗФ
4. ЗЗ
5. ГТ
7. А
9. П

**Интерпретация:** заключение о преобладающем типе психического реагирования на заболевание делается на основании сравнения полученных при обработке данных по всем типам реагирования с минималь-

ными диагностическими числами. Диагностируются лишь те типы, которые оказываются равными или превышающими соответствующее минимальное диагностическое число.

Тип реагирования	Г	Т	И	М	А	Н
Минимальное диагностическое число	7	4	3	3	3	3
Показатели испытуемого						

Продолжение

Тип реагирования	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Минимальное диагностическое число	4	3	3	5	5	6	3
Показатели испытуемого							

*Обозначения:* Г — гармоничный, Т — тревожный, И — ипохондрический, М — меланхолический, А — апатический, Н — неврастенический, О — обсессивно-фобический, С — сенситивный, Я — эгоцентрический, Ф — эйфорический, З — анозогнозический, Р — эргопатический, П — паранойяльный.

Приложение 5

### Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)

**Инструкция:** испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов — никогда не было, 4 балла — редко, 3 балла — иногда, 2 балла — часто, 1 балл — постоянно или всегда.

1. Ваш сон поверхностный и беспокойный?
2. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
4. У Вас плохой аппетит?
5. У Вас бывают ощущение сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-либо тревожит?

7. Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли Вы, что стали более рассеянным и невнимательным: забываете, куда положили какую-нибудь вещь или не можете вспомнить, что только что собирались делать?
11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у Вас беспричинное ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться)?
13. У Вас возникает страх тяжело заболеть (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)?
14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?
15. Замечаете ли Вы, что потребность в интимной жизни для Вас стала меньше или даже стала Вас тяготить?
16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы.
17. Приходит ли Вам в голову мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?
18. Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?
19. Проверяете ли Вы многократно выполняемые действия: выключены ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.?
20. Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
21. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает так плохо с сердцем, что Вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?
22. Бывает ли у Вас звон в ушах или рябь в глазах?
23. Бывают ли у Вас приступы учащенного сердцебиения?
24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают Вас?
25. Испытываете ли Вы в пальцах рук, ног или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?
26. У Вас бывают периоды такого беспокойства, что Вы даже не можете усидеть на месте?
27. Вы к концу работы так сильно устаете, что Вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?
28. Ожидание Вас тревожит и нервирует?
29. У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если Вы резко встанете или наклонитесь?
30. При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?

31. Вы замечали, как у Вас непроизвольно подергиваются голова, плечи или веки, скулы, особенно когда Вы волнуетесь?
32. У Вас бывают кошмарные сновидения?
33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
34. Ощущаете ли Вы комок в горле при волнении?
35. Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать и Вы одиноки?
36. Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно когда волнуетесь?
37. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у Вас находятся в беспокойном движении?
38. Беспокоит ли Вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?
39. Вы легко потеете при волнениях?
40. Испытываете ли Вы страх одиночества, оставаясь в пустой квартире?
41. Отмечаете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
42. У Вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
43. Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает» и Вам становится дурно)?
44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
45. Легко ли Вы обижаетесь?
46. Бывают ли у Вас навязчивые сомнения в правильности Ваших поступков или решений?
47. Не считаете ли Вы, что Ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
48. Вам часто хочется побыть одному?
49. Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?
50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?
51. Бывают ли у Вас головные боли?
52. Ощущаете ли Вы, как пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?
53. Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т.д.)?
54. Вы легко краснеете или бледнеете?
55. Покрывается ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?



56. Посещают ли Вас мысли, что на работе с Вами может неожиданно что-то случиться и Вам не успеют оказать помощь?

57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?

58. Приходят ли Вам в голову мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?

59. Бывают ли у Вас запоры или поносы?

60. Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает отрыжка или тошнота?

61. Вы долго колеблетесь, прежде чем принять решение?

62. Легко ли меняется Ваше настроение?

63. При расстройствах у Вас появляется зуд кожи или сыпь?

64. После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги?

65. Беспокоит ли Вас повышенное слюноотделение?

66. Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?

67. Бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?

68. У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?

**Обработка:** используются таблицы значений диагностических коэффициентов по шести шкалам.

### Шкала тревоги

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,30	-0,60	0,37	1,44
26	-1,60	-1,34	-0,40	-0,60	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,90	-1,32	-0,41	0,41	1,30
33	-1,19	-0,20	1,00	1,04	0,40
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,40	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,10

### Шкала невротической депрессии

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
2	- 1,58	- 1,45	- 0,41	0,70	1,46
7	- 1,51	- 1,53	- 0,34	0,58	1,40
15	- 1,45	- 1,26	- 1,00	0	0,83
17	- 1,38	- 1,62	- 0,22	0,32	0,75
18	- 1,30	- 1,50	- 0,15	0,80	1,22
35	- 1,34	- 1,34	- 0,50	0,30	0,73
48	- 1,20	- 1,23	0,36	0,56	0,20
49	- 1,08	- 1,08	- 1,18	0	0,46
58	- 1,20	- 1,26	- 0,37	0,21	0,42
68	- 1,08	- 0,54	- 0,10	0,25	0,32

### Шкала астении

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
3	- 1,51	- 1,14	- 0,40	0,70	1,40
8	- 1,50	- 0,33	0,90	1,32	0,70
9	- 1,30	- 1,58	- 0,60	0,42	1,00
10	- 1,62	- 1,18	0	0,79	1,18
14	- 1,56	- 0,70	- 0,12	0,73	1,35
16	- 1,62	- 0,60	0,26	0,81	1,24
24	- 0,93	- 0,80	- 0,1	0,60	1,17
27	- 1,19	- 0,44	0,18	1,20	1,08
45	- 1,58	- 0,23	0,34	0,57	0,78
62	- 0,50	- 0,56	0,38	0,56	0

### Шкала истерического типа реагирования

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
5	-1,41	-1,25	-0,50	0,40	1,53
21	-1,20	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,10	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,50
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,30	0,73
36	-1,30	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,08	-0,64	-0,10	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,10	0,46
57	-1,20	-1,34	-0,30	0	0,42
64	-0,60	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

### Шкала обсессивно-фобических нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	-1,38	-1,32	-0,30	0,30	1,20
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,90
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,20
38	-0,90	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,20	0,10	0,54	0,43
53	-0,78	-1,50	-0,35	0,27	0,36
56	-0,30	-1,20	-1,30	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,10
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

### Шкала вегетативных нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	- 1,51	- 1,60	- 0,54	0,50	1,45
4	- 1,56	- 1,51	- 0,34	0,68	1,23
6	- 1,33	- 0,44	1,18	1,31	0,87
20	- 1,3	- 1,58	- 0,10	0,81	0,77
22	- 1,08	- 1,50	- 0,71	0,19	0,92
23	- 1,80	- 1,40	- 0,10	0,50	1,22
25	- 1,15	- 1,48	- 1,00	0,43	0,63
29	- 1,60	- 0,50	- 0,30	0,62	0,90
30	- 1,34	- 0,70	- 0,17	0,42	0,85
32	- 0,90	- 1,32	- 0,41	0,42	1,19
39	- 1,56	- 0,43	- 0,10	0,48	0,76
42	- 1,30	- 0,97	- 0,40	- 0,10	0,70
43	- 1,11	- 0,44	0	0,78	0,45
44	- 1,51	- 0,57	- 0,26	0,32	0,63
51	- 1,34	- 0,78	0,20	0,31	1,40
52	- 0,97	- 0,66	- 0,14	0,43	0,77
54	- 0,93	- 0,30	0,13	0,93	0,60
57	- 1,20	- 1,34	- 0,30	0	0,42
59	- 1,08	- 0,83	- 0,26	0,24	0,55
63	- 0,90	- 1,15	- 1,00	- 0,10	0,25
65	- 1,00	- 1,26	- 0,22	- 0,43	0,27
67	- 0,70	- 0,42	- 0,55	0,18	0,40

**Интерпретация:** суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатель больше +1,28 указывает на уровень здоровья, меньше -1,28 — на болезненный характер выявляемых расстройств.

## Литература

- Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.* Психология в медицине. М., 1998. 271 с.
- Абрамченко В.В.* // *Вопр. охраны материнства и детства.* 1977. № 3. С. 75–79.
- Абрамченко В.В.* // *Вопр. охраны материнства и детства.* 1989. № 3. С. 44–49.
- Авербух И.Е.* Депрессивные состояния. Л., 1962.
- Авербух И.Е.* // *Вопр. психиатр. и невропат.* Л., 1959. Вып. 5. С. 193–196.
- Авербух И.Е.* // *Психопрофилактика в акушерстве и гинекологии:* Сб. науч. тр. Киев, 1967. Ч. II. С. 172–175.
- Авербух И.Е.* // *Сб. тр. Ленингр. науч. о-ва невропат. и психиатр.* Л., 1961. Вып. 7. С. 200–222.
- Алимов В.И., Бескровная Н.И.* // *Акушерство и гинекология.* 1980. № 7. С. 3–6.
- Анохина И.П.* // *Мат-лы III респ. съезда невропат., психиатр. и наркол. Грузии.* Тбилиси, 1987. С. 589–593.
- Антоненков В.И., Пономаренко С.Г., Бордюжан Д.Ф.* // *Вторая респ. конф. молодых ученых-медиков УССР: Тез. докл. Львов, 1979.* С. 20.
- Антропов Ю.А., Курик В.И., Финкельштейн Х.В. и др.* // *Мат-лы 5-го съезда невропат. и психиатр. УССР.* Киев, 1973. С. 339–340.
- Антропов Ю.А.* // *Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова.* М., 1999. Вып. 3. С. 12–15.
- Аранович Э.М.* Клинико-катамнестическое изучение острых психозов в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1967.
- Аронов С.М.* // *Мат-лы 5-й науч. конф. невропат. и психиатр. Литовской ССР.* Каунас, 1974. С. 116–117.
- Архангельский А.Е., Мясникова Г.П., Пророкова В.К.* // *Акушерство и гинекология.* М., 1983. № 3. С. 56–58.
- Архангельский А.Е.* // *Фельдшер и акушерка.* М., 1977. № 1. С. 14–18.
- Балинский И.М.* *Лекции по психиатрии.* М., 1958.
- Баскаков В.П., Молчагова Г.Я., Илларионова В.П. и др.* // *БМЭ.* М., 1984. Т. 20. С. 365–369.
- Баскаков В.П.* // *БМЭ.* М., 1983. Т. 21. С. 351–352.
- Баскаков В.П.* // *Тр. Воен. мед. акад.* Л., 1954. Т. 59. С. 64–69.
- Бельтюкова Т.А., Хмелевский Д.А., Гладышева А.* // *Вопр. мед. химии.* 1986. Т. 32. Вып. 2. С. 19–21.
- Билибин А.Ф., Вагнер Е.А., Кирж С.Б.* // *МБЭ.* М., 1977. С. 109–115.
- Блейлер М.* *Руководство по психиатрии.* / Пер. с нем. Берлин; Гейдельберг, 1969.
- Блейлер Э.* *Руководство по психиатрии.* / Пер. с нем. Берлин, 1920.
- Блейхер В.М., Крук И.В.* // *Психопатологическая диагностика.* Киев, 1986.
- Бодяжина В.И.* // *Акушерство и гинекология.* 1987. № 1. С. 8–11.

*Брейтигам В., Кристин П., Рад М.* Психосоматическая медицина / Пер. с нем. М., 1999.

*Бреслав Г.Э.* Прогнозирование течения послеродовых психозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1980.

*Бутман В.И.* // Акушерство и гинекология. 1989. № 6. С. 58–61.

*Варданян Ш.А.* Роль некоторых нефизических, метеорологических и других факторов в учащении насильственной и ненасильственной смерти в крупном климатическом районе СССР: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990.

*Васюкова Е.А., Зефрова Г.С.* // Сов. медицина. 1979. № 6. С. 65–69.

*Вейн А.М., Авруцкий М.Я.* Боль и обезболивание. М., 1997.

*Вельвовский И.З.* Система психотерапевтического обезболивания родов. М., 1963.

*Вишляева Е.М., Бажанова Л.П., Киселева А.М.* // Акушерство и гинекология. 1969. № 5. С. 3–9.

*Виш И.М., Романюк В.Я.* // Невропат. и психиатр. Киев, 1980. Вып. 8. С. 102–104.

*Вуль Т.Р.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1976. Вып. 12. С. 1875–1879.

*Гаккебуш В.* // Совр. психиатрия. М., 1908. № 7. С. 20–25.

*Галимбет В.Е., Манандян К.К., Абрамова Л.И.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. М., 2000. Вып. 2. С. 36–40.

*Гельдер М., Гет В., Мейо Р.* // Оксфордское руковод. по психиатрии / Пер. с англ. Киев, 1999. Т. 1–2.

*Гиляровский В.А.* Психиатрия. М., 1954. С. 199–301.

*Гобронидзе Е.Г.* Острейшая патология // Сб. науч. тр. Тбилиси, 1973. С. 113–114.

*Гольдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф.* // Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. Киев, 1999.

*Давтян С.А., Саакян Э.С.* // Тр. Ереван. ин-та усоверш. врачей. Ереван, 1972. Вып. 5. С. 105–108.

*Давыдов С.Н.* Деонтология в акушерстве и гинекологии. Л., 1979.

*Дворкина Н.Я.* Инфекционные психозы. М., 1975.

*Дереча В.А., Малков Я. И.* // Казан. мед. журн. Казань, 1983. Т. 64. № 3. С. 180–182.

*Деряпа Н.П., Мошкин М.П., Поеный В.С.* Проблемы медицинской биоритмики. М., 1985.

*Джулиан Б.* // Врач — пациент. Общение и взаимодействие. ВОЗ, отдел псих. здоровья / Пер. с англ. Женева — Амстердам — Киев, 1996.

*Доброгаева М.С.* Психотические состояния послеродового периода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1972.

*Доленко Л.А., Мыслько Г.И., Рак С.Л. и др.* // Мат-лы 5-го съезда невропат. и психиатр. УССР. Киев, 1973. С. 341–343.

*Доскин В.А., Лаврентьева Н.А.* Ритмы жизни. М., 1991.

*Дубров А.П.* Лунные ритмы. М., 1990.

- Дюсембеков В.Н.* // *Вопр. клиники, патологии и терапии нервных и психических заболеваний: Сб. науч. тр. Караганда, 1969. С. 107–108.*
- Дюсембеков В.Н.* // *Вопр. психиатрии. Алма-Ата, 1976. С. 87–89.*
- Дюсембеков В.Н.* // *Вопр. неврологии и психиатрии. Караганда, 1974. С. 276–278, 294–296.*
- Езрилеев Г.И.* *Новые аспекты патогенеза алкоголизма. Л., 1975.*
- Жданов И.Д.* *Психозы послеродового периода. СПб., 1897.*
- Заичкина Т.С.* // *Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1968. Вып. 9. С. 1368–1375.*
- Зимин Р.М.* // *Шизофрения: Сб. науч. тр. М., 1939. С. 30–49.*
- Иванова Л.Т.* // *Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1960. Вып. 3. С. 343–347.*
- Иванова Ф.И.* // *Шизофрения: Тр. Воронеж. мед. ин-та. Воронеж, 1968. Т. 63. С. 151–161.*
- Игнатьева Р.К., Кулов Д.Б.* // *Вопр. охраны материнства и детства. 1989. № 7. С. 61–65.*
- Игумнов С.А.* // *Общая психотерапия. Мн., 1999. С. 447–508.*
- Ильина Н.А.* // *Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1999. Вып. 7. С. 21–26.*
- Кербиков О.В.* // *Тр. психиатр. клиники. М., 1934. Вып. 5. С. 20–35.*
- Клюева Т.Г.* // *Невропат. и психиатр. Киев, 1972. Вып. 2. С. 182–185.*
- Коган Б.М., Дмитриева Т.Б., Дроздова А.З. и др.* // *Мат-лы XII съезда психиатров России. М., 1995. С. 653–655.*
- Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.* *Общая психотерапия. Мн., 1999.*
- Кондрашенко В.Т., Донской Д.И.* *Общая психотерапия. Мн., 1997.*
- Конечный Р., Боухал М.* *Психология в медицине / Пер. с чешск. Прага, 1974.*
- Конрад К.* // *Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле и др. М., 1967. С. 249–269.*
- Коркина М.В., Цивилько М.А., Довгий А.В. и др.* // *Вопр. ранней диагностики и лечения нервных и психических заболеваний: Мат-лы УП науч. конф. невропат. и психиатр. Литовской ССР. Вильнюс, 1984. С. 180–181.*
- Коркина М.В., Цивилько М.А., Довгий А.В.* // *Мат-лы II съезда невропат. и психиатр. Латвийской ССР. Рига, 1985. С. 116–119.*
- Коркина М.В., Цивилько М.А., Корева М.А. и др.* // *Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1983. Вып. 11. С. 1702–1704.*
- Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А.* *Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях. Киев, 1988.*
- Корсаков С.С.* *Избр. произв. М., 1954. С. 175–190.*
- Корсаков С.С.* *Курс психиатрии: В 2 т. М., 1913. Т. II.*
- Кочнева М.А., Сумовская А.Е., Орлова М.М.* // *Акушерство и гинекология. 1990. № 3. С. 13–16.*
- Краммер Дж., Гейне Б.* *Использование лекарств в психиатрии / Пер. с гол. Киев, 1996.*

- Красавина Л.П., Аносова Н.Д.* // Актуальн. вопр. психиатрии. Мн., 1973. С. 39–40.
- Крепелин Э.* Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем. М., 1923.
- Крепелин Э.* Учебник психиатрии: В 3 т. / Пер. с нем. М., 1913. Т. 3. С. 115–116.
- Кудериков Т.К.* // Сб. вопр. клиники, патологии и терапии нервно-психич. заболеваний: Сб. науч. тр. Караганда, 1969. С. 118–119.
- Кузменок В.Ф.* Вопросы клиники и патогенеза генерационных психозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск, 1963.
- Кузменок В.Ф.* // Соматич. исследования при психич. заболеваниях. Свердловск, 1973. С. 15–20.
- Кутин В.П., Кутин Г.В.* // Врачеб. дело. 1975. № 12. С. 99–101.
- Куэ Э.* // Школа самонаблюдения путем сознательного (преднамеренно-го) самовнушения / Пер. с фр.; Под ред. И.Д. Ермакова. Н. Новгород., 1929.
- Лапите А., Новицкине И.* // 6-я науч. конф. невропат. и психиатр. Литовской ССР: Тез. докл. Каунас, 1979. С. 219–221.
- Лауэн А.* Психология тела / Пер. с англ. М., 2000.
- Лекарственные средства, действующие на центральную нервную систему. М., 1996. Вып. 1.
- Леонгард К.* // Акцентуированные личности / Пер. с нем. Киев, 1981.
- Литанов Р.Г.* О сезонных колебаниях в развитии психозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Симферополь, 1969.
- Личко А.В., Иванов Н.Я.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1980. Вып. 8. С. 1195–1198.
- Личко А.В.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
- Личко А.Е.* // 7-й Всесоюз. съезд невропат. и психиатр.: Тез. докл. М., 1981. Т. 1. С. 95–97.
- Лукомский И.И.* // Сб. тр. Архангельского мед. ин-та. Архангельск, 1957. Вып. 16. С. 213–219.
- Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.; Л., 1939. С. 28.
- Лысаковская З.А.* К вопросу об инфекционных послеродовых психозах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 1944.
- Марковский Н.С., Старинен Г.А.* // Невропат. и психиатр. Киев, 1989. Вып. 18. С. 91–93.
- Марова Е.И., Бугрова С.А., Пронин В.С.* // Сов. медицина. М., 1978. № 6. С. 92–94.
- Машковский М.Д.* Лекарственные средства: В 2 т. М., 2001.
- Международная классификация болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра, адаптированная для использования в СССР. М., 1982. Разд. V (психические расстройства).
- Международная классификация болезней. 10-й пересмотр: Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ; Женева. Отпечатано в России. СПб., 1994.
- Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология. М., 1998.



- Михайлова К.В.* Диагностика, лечение и профилактика послеродовых психозов: Метод. рекомендации. Харьков, 1980.
- Михайлова К.В., Тараненко Т.В.* Невропат. и психиатр. Киев, 1983. Вып. 12. С. 89–92.
- Михайлова К.В.* // Невропат. и психиатр. Киев, 1980. Вып. 9. С. 105–110.
- Молохов А.Н.* Очерки гинекологической психиатрии. Кишинев, 1962.
- Молчанова Г.Я.* // БМЭ. М., 1983. Т. 20. С. 369.
- Мосолов С.Н.* Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб., 1995.
- Мосолов С.Н.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. М., 1998. Вып. 5. С. 12–19.
- Мотасим М.Х.* Клиника, диагностика и лечение психозов, развивающихся в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1986.
- Нейман Д.* Приливные и лунные ритмы. Биологические ритмы: В 2 т. / Пер. с англ. М., 1984. Т. 2.
- Новиков Ю.И.* // БМЭ. М., 1984. Т. 22. С. 327–330.
- Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н.* Аффективные психозы. Л., 1988.
- Обухов Г.А., Красавина Л.Н., Амосова Н.Д.* // Здоровоохранение Белоруссии. Мн., 1976. № 7. С. 24–27.
- Овсянников С.А.* История и эпистемология пограничной психиатрии. М., 1995.
- Орловская Д.Д.* // БМЭ. М., 1983. Т. 20. С. 369.
- Патушева Е.К.* Клинико-иммунологическая характеристика психозов, возникших в послеродовом периоде (клинико-лабор. исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1975.
- Патушева Е.К.* // Тр. Московск. науч.-исслед. ин-та психиатр. МЗ РСФСР. М., 1975а. Т. 69. С. 92–97.
- Патушева Е.К.* // Тр. Московск. науч.-исслед. ин-та психиатр. МЗ РСФСР. М., 1975б. Т. 71. С. 251–258.
- Патушева Е.К.* // Тр. Московск. науч.-исслед. ин-та психиатр. МЗ РСФСР. М., 1975. Т. 72. С. 266–270.
- Персианинов Л.С.* Справочник по акушерству и гинекологии. 2-е изд. М., 1987. С. 21.
- Персианинов Л.С., Пиеничникова Т.Н., Мануйлова И.А. и др.* // Акушерство и гинекология. 1975. № 5. С. 21–24.
- Печерникова Т.П., Доброгаева М.С.* // Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной системы и психической сферы: Сб. науч. тр. Ташкент, 1972. С. 197–199.
- Пиз А.* // Язык телодвижений / Пер. с англ. Новгород, 1992.
- Плотичер А.И.* // Психопрофилактика в акушерстве и гинекологии: Сб. науч. тр. Киев, 1967. Ч. II. С. 161–167.
- Плюйко К.С.* // Невропат. и психиатр. Киев, 1978. Вып. 4. С. 123–126.
- Практическое акушерство / Под ред. Я.П. Сольского. Киев, 1997.
- Проорова В.К., Мясникова Г.П., Архангельский А.Е.* // Акушерство и гинекология. 1980. № 7. С. 40–41.

- Раюшкин В.А.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1998. Вып. 7. С. 29–34.
- Рожнов В.Е.* // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. Ташкент, 1985.
- Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практич. рук. М., 1970.
- Савельева Г.М. и др.* // БМЭ. М., 1984. Т. 22. С. 327–357.
- Святоц М.Я.* Неврозы. М., 1959.
- Семенов С.Ф., Патушева Е.К.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1976. Вып. 5. С. 741–747.
- Семенов С.Ф., Семенова К.А.* Иммунологические основы патогенеза нервных и психических заболеваний. Ташкент, 1984.
- Сербский В.П.* Руководство к изучению душевных болезней. М., 1906.
- Серов В.Н., Евдокимова В.И., Ермакова Г.Г. и др.* // Вопр. охраны материнства и детства. 1974. Т. 19. № 6. С. 72–74.
- Синегубка Э.А., Латышева М.Ф., Метинская Н.В. и др.* // Тр. Горьковск. мед. ин-та. Горький, 1973. Вып. 43. С. 83–89.
- Скобло Г.В., Циркин С.Ю.* // 12-й съезд психиатр. России: Тез. докл. М., 1995. С. 407–409.
- Смоленко Л.Ф.* // Актуальн. вопр. психиатрии: Тез. Краснодар. красовой науч.-практ. конф. Краснодар, 1975. С. 140–142.
- Смоленко Л.Ф.* // Акушерство и гинекология. 1980. № 6. С. 56–57.
- Смоленко Л.Ф.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1974. Вып. 7. С. 1025–1029.
- Смоленко Л.Ф.* К особенностям клиники и нозологической классификации расстройств, возникающих в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Краснодар, 1974.
- Снежневский А.В.* Шизофрения, мультифакториальное исследование. М., 1972. С. 5–16.
- Сонник Г.Т., Милявский В.М.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1989. Вып. 4. С. 93–98.
- Сорокина Т.Т.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1987. Вып. 4. С. 612–616.
- Сорокина Т.Т., Тур Н.Н.* // Мат-лы 1-го съезда психиатр. и наркол. Респ. Беларусь. Мн., 1994. С. 126–127.
- Справочник Видаль: Лекарственные препараты в России. 8-е изд., перераб., испр. и доп. М., 2002.
- Старкова Н.Г., Мельниченко Г.А., Пронин В.С.* // Сов. медицина. М., 1978. № 6. С. 88–91.
- Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста: В 3 т. М., 1955. Т. 1.
- Таунсенд С.* // Сестринские диагнозы в психиатрической практике / Пер. с англ. Киев, 1998.
- Телле Р.* // Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г.А. Обухова. Мн., 1999.

- Тмутарин К.Т.* // Патология нервной системы: Сб. науч. тр. Актюбинск, 1977. С. 39–41.
- Федотов П.И., Кулаков Ю.В.* Активность Солнца и острые пневмонии. Владивосток, 1968.
- Финкельштейн Х.В.* // Невропатология и психиатрия. Киев, 1987. Вып. 16. С. 77–79.
- Финкельштейн Х.В.* // Новые методы диагностики, лечения и профилактики основных форм нервных и психических заболеваний: Сб. науч. тр. Харьков, 1982. С. 152–153.
- Финкельштейн Х.В.* Клиника, лечение и профилактика послеродовых психозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1966.
- Хайрулина Д.А., Узакова Ф.С.* // Здравсохранение Казахстана. 1983. № 8. С. 47–49.
- Харди И.* // Врач, сестра, больной / Пер. с венг. 3-е изд. Будапешт., 1974.
- Хохлов Л.К.* // Обзорение психиатрии и мед. психологии. М., 1995. № 3–4. С. 311–316.
- Целебеев Б.А.* Психические нарушения при соматических заболеваниях. М., 1972.
- Чистович А.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1955. № 11. С. 843–850.
- Чистович А.С.* // Тр. 4-го всесоюз. съезда невропат. и психиатр. М., 1965. Т. 3. С. 132–137.
- Чистович А.С.* // Тр. кафедры неврологии и психиатрии Новосибирского мед. ин-та. Новосибирск, 1941. С. 117.
- Шелемова А.Н.* // Вопр. клиники, патологии и лечения нервных и психических заболеваний: Сб. науч. тр. Караганда, 1969. С. 160–162.
- Шмилович Л.А.* // Мат-лы 5-го съезда невропат. и психиатр. УССР. Киев, 1973. С. 375–377.
- Шмилович Л.А.* // Проблемы нетложной психиатрии: Тез. докл. всесоюз. конф. М., 1985. С. 138–140.
- Шпак В.М.* // Психопрофилактика в акушерстве и гинекологии: Сб. науч. тр. Киев, 1967. Ч. 2. С. 167–172.
- Штернберг Э.Я.* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. М., 1973. Вып. 9. С. 1403–1409.
- Эйдемиллер Э.Г.* Методы семейной диагностики и психотерапии: Метод. пособие. М., 1996.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В.* Семейная психотерапия. Л., 1990.
- Эм В.Д.* // Вопр. психиатрии: Сб. науч. тр. Алма-Ата, 1976. С. 99–101.
- Эм В.Д.* // Сов. медицина. М., 1977. № 3. С. 144–145.
- Эм В.Д., Грудев Ф.И.* // XX науч. конф. Семипалатинского мед. ин-та: Тез. докл. Семипалатинск, 1974. С. 150–154.
- Яровицкий В.Б.* 12-й съезд психиатров России: Тез. докл. М., 1995. С. 560–561.

- Ananth J.* // Amer. j. psychiatr. 1978. Vol. 135. № 7. P. 801–805.
- Appleby L., Mortenson P.B., Farogher E.B.* // Brit. j. psychiatr. 1998. Vol. 173. P. 209–211.
- Arganwal P. et al.* // Acta psychiatr. scand. 1990. Vol. 81. № 6. P. 571–575.
- Bagedahl-Strindlun M.* // Acta psychiatr. scand. 1986. Vol. 74, № 5. P. 490–496.
- Ballard C.G., Stanley A.K., Brockington I.F.* // Brit. j. psychiatr. 1995. Vol. 166. P. 525–528.
- Bell A.J., Land N.M., Milne S. et al.* // Brit. j. psychiatr. 1995. Vol. 166. P. 826–827.
- Berg R., Radow H., Rechlin D.* // D. ges. wes. 1984. Bd. 39. № 29. S. 1125–1128.
- Bohren L.Y.* // Acta psychiatr. scand. 1983. Vol. 68. P. 55–63.
- Borenstein P., Soret C.* // Ann. med. psychol. 1978. Vol. 136. № 9. P. 1049–1057.
- Borenstein P., Soret C.* // Ann. med. psychol. 1978. Vol. 136. № 9. P. 1046–1048.
- Brandon S.* // Brit. med. j. 1982. Vol. 284. № 6316. P. 613–614.
- Brockington I.E., Cernik K.F., Schofield E.M. et al.* // Arch. gener. psychiatr. 1981. Vol. 38. № 7. P. 829–833.
- Byrne P.* Brit. j. psychiatr. 1984. Vol. 144. P. 28–47.
- Carroll B.J., Steiner M.* // Psychoneuroendocrinol. 1978. № 3. P. 171–180.
- Conrad K.* // Nervenarst. 1959. Bd. 30. S. 488.
- Cooper P.J., Campbell E.A., Day A. et al.* // Brit. j. psychiatr. 1988. Vol. 152. P. 799.
- Cooper P.J., Gath D.H.* // Psychother. psychosom. 1983. Vol. 40. № 1–4. P. 246–256.
- Cooper P.J., Murray L.* // Brit. j. psychiatr. 1995. Vol. 166. P. 191–195.
- Cowen P.J.* // Обзор современной психиатрии. 1999. Вып. 4. С. 38–45.
- Cox J., Holden J.M., Sagovsky R.* // Brit. j. psychiatr. 1987. Vol. 150. P. 782–786.
- Cox J.L.* // Soc. psychiatr. 1979. Vol. 14. № 1. P. 49–52.
- Cox J.L., Connor Y., Kendell R.E.* // Brit. j. psychiatr. 1982. Vol. 140. P. 111–117.
- Da Silva L., Jahngstone E.C.* // Brit. j. psychiatr. 1981. Vol. 139. P. 346–354.
- Daubech J.F., Tignol J., Secherre G. et al.* // Bordeaux Med. 1978. Vol. 11. № 26. P. 2455–2462.
- David G., Inwood M.D.* // In: book: «Comprehensive textbook of psychiatry». Baltimore; Hong Kong; London, 1989. Vol. 1. P. 852–858.
- Davidson J., Robertsoa E.* // Acta psychiatr. scand. Orthopsychiatr. 1985. Vol. 71. P. 288–292, 451–457.
- Dean C., Kendoll R.E.* // Brit. j. psychiatr. 1981. Vol. 39. P. 128–133.
- Drogo F., Scapagnini U.* // J. neurol. transmis. 1986. Suppl. 22. P. 47–54.
- Edicott J., Halbreich U.* // Psychopharmacol. bull. 1982. Vol. 18. № 3. P. 109–112.
- Edith K., Rozsa F.* // Orvosi hetilap. 1978. Vol. 119. S. 2379–2382.
- Fegetter G., Cooper P., Gath D.* // J. psychosom. res. 1981. Vol. 25. № 5. P. 369–372.
- Gath D., Osborn M., Bungay G. et al.* // Brit. med. j. 1987. Vol. 294. № 6566. P. 213–218.
- Ghubash R., Abon-Saleh M.T.* // Brit. j. psychiatr. 1997. Vol. 171. P. 65–68.
- Ifabumuyi O.I., Akindele M.O.* // Acta psychiatr. scand. 1985. Vol. 72. № 1. P. 63–68.

- Jacobson L., Kaig L., Nilson A.* // Brit. med. j. 1965. Vol. 1. № 5451. P. 1640–1643.
- Katona C.L.E.* // Brit. j. psychiatr. 1982. Vol. 141. P. 447–452.
- Kendell R.E.* // J. psychosom. res. 1985. Vol. 29. № 1. P. 3–11.
- Kendell R.E., Chalmers J.C., Platz C.* // Brit. j. psychiatr. 1987. Vol. 150. P. 662–673.
- Kennerley H., Gath D.* // Psychiatr. develop. 1986. Vol. 110. P. 478–488.
- Kocur J., Gorski H.* // Psychiatr. pol. 1982. Vol. 16. № 4. P. 261–266.
- Kumar R.* // J. med. sci. 1990. Vol. 29. № 2/3. P. 73–81.
- Kumar R., Isaacs S., Meltzer E.* // Brit. j. psychiatr. 1983. Vol. 142. № 5. P. 618–620.
- Kumar R., Robson. K. M.* // Brit. j. psychiatr. 1984. Vol. 144. № 1. P. 35–47.
- Lammel M.* // Psychiatr. neurol. med. psychol. 1986. Vol. 38. № 6. P. 305–314.
- Lammel M.* // Z. arzte. fortbild. 1986. Bd. 80. № 21. S. 893–896.
- Lester D.* // Acta paediatr. hung. 1987. Vol. 28. № 3–4. P. 259–260.
- Lewis D.O., Comite F., Mallouh C. et al.* // Amer. j. psychiatr. 1987. Vol. 144. № 12. P. 1588–1591.
- Lindström L.H., Nyberg P., Terenius L. et al.* // Amer. j. psychiatr. 1984. Vol. 144. № 9. P. 1059–1066.
- Lips H.M.* // Amer. j. Obstet. Gynec. 1982. Vol. 142. № 5. P. 524–529.
- Little B., Hayworth J., Carter S. et al.* // J. psychosom. res. 1981. Vol. 25. № 5. P. 385–393.
- M'Swyer G.I.* // Brit. med. j. 1985. Vol. 290. № 6477. P. 1232–1233.
- Mall-Haefeli M., Poldinger W.* // Ther. umscha. 1987. Bd. 44. № 1. S. 54–57.
- Mc Nell T.F.* // Acta psychiatr. scand. 1988. Vol. 77. № 5. P. 604–606.
- Mc Nell T.F.* // Acta psychiatr. scand. 1988. Vol. 77. № 6. P. 645–653.
- Mc Nell T.F., Kaij L., Malmquist-Larsson. A.* // Acta psychiatr. scand. 1984. Vol. 70. № 2. P. 127–139.
- Mc Nell T.F., Persson-Blennow J., Binett B. et al.* // Acta psychiatr. scand. 1988. Vol. 78. № 5. P. 613–617.
- Meakin C.J., Brockington J.F., Lunch S. et al.* // Brit. j. psychiatr. 1995. Vol. 166. P. 73–79.
- Meltzer E.S., Kumar L.* // Brit. j. psychiatr. 1985. Vol. 147. № 12. P. 647–654.
- Michael J., Gitlin I.I. D., Robert O. et al.* // Amer. j. psychiatr. 1989. Vol. 146. № 11. P. 1413–1417.
- Mitsuda H.* // Acta psychiatr. scand. 1965. Vol. 41. P. 372.
- Muller C.* // Psychiatr. clin. 1985. Vol. 18. № 2/3. P. 181–184.
- Murray D., Chapman G., Jones J.* // Brit. j. psychiatr. 1995. Vol. 166. P. 595–600.
- O'Hara M.W., Neunaber D.J., Zekoski E.M.* // J. abnorm. psychol. 1984. Vol. 93. P. 153–171.
- Osterman E.* // Encephale. 1965. Vol. 54. P. 36.
- Pauleikhoff B.* Seelische storungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Stuttgart, 1964.
- Pitt B.* // Brit. j. psychiatr. 1968. Vol. 114. P. 1325–1335.
- Pitt B.* // Brit. j. psychiatr. 1975. Vol. 9. P. 1409–1415.

- Plummer B.* // Brit. j. psychiatr. 1944. Vol. 165. P. 551–559.
- Protheroe C.* // Brit. j. psychiatr. 1969. Vol. 115. P. 9–30.
- Pugh G.W. et al.* // New engl. j. med. 1963. Vol. 268. P. 1224–1228.
- Raykel E.S., Emms E.M., Fletcher J. et al.* // Brit. j. psychiatr. 1980. Vol. 136. P. 339–346.
- Richard B.Y., Ketal M.D., Marvin A. et al.* // Amer. j. psychiatr. 1979. Vol. 136. № 2. P. 190–194.
- Riley D.M., Watt D.S.* // Biol. psychiatr. 1985. Vol. 20. № 5. P. 479–488.
- Roy A., Cole K., Goldman M. et al.* // Amer. j. psychiatr. 1993. Vol. 150. № 8. P. 1273.
- Rubinow D.R., Roy-Byrne P.* // Amer. j. psychiatr. 1984. Vol. 141. № 2. P. 163–172.
- Schöpf J., Bryois C., Jonquiere M.* // Eur. arch. psychiatr. neurol. sci. 1984. Vol. 234. № 1. P. 54–63.
- Schöpf J., Bryois C., Jonquiere M.* // Eur. arch. psychiatr. neurol. sci. 1985. Vol. 234. № 3. P. 164–170.
- Shader R.I., Harmatz J.S.* // Psychoparmacol. bull. 1982. Vol. 18. № 3. P. 113–121.
- Slade P.* // J. psychosom. res. 1984. Vol. 28. № 1. P. 1–7.
- Stein G., Morton J., Marsch A. et al.* // Biol. psychiatr. 1984. Vol. 19. № 12. P. 1711–1718.
- Tamminen T., Koukonen P.* // X World Congr. of Psychiatr. Madrid, 1996. Vol. 1. P. 159.
- Tecoma E.S., Heuy L.Y.* // Life sci. 1985. Vol. 36. P. 1799–1812.
- Tetlow C.* // J. med. sci. 1955. Vol. 101. P. 629.
- Tod E.D.M.* // Lancet. 1964. Vol. 2. № 7372. P. 1264–1266.
- Underberg N., Englesson I.* // Arch. psychiatr. scand. 1978. Vol. 58. № 3. P. 201–212.
- Virginia L., Susman M.D., Lack L. et al.* // Amer. j. psychiatr. 1988. Vol. 145. № 4. P. 495–501.
- Watson J.P., Elliott S.A., Rusg A.J. et al.* // Brit. j. psychiatr. 1984. Vol. 174. № 5. P. 453–462.
- Whalley L.J., Roberts D.F., Wentzel J. et al.* // Arch. psychiatr. scand. 1982. Vol. 65. № 3. P. 180–193.
- Winstead D.K., Schwartz B.D.* // Amer. j. psychiatr. 1981. Vol. 138. № 9. P. 1188–1192.
- Yalom I.D., Zunde D.T., Moods R.H. et al.* // Arch. general psychiatr. 1968. Vol. 18. P. 16–27.
- Yoschida K., Smith B., Craggs M. et al.* // Brit. j. psychiatr. 1998. Vol. 172. P. 175–179.
- Yoschida K., Smith B., Craggs M. et al.* // Psychol. med. 1998. Vol. 28. P. 81–91.

## Содержание

Предисловие .....	3
От автора .....	4
1. История взглядов на психические расстройства генеративного периода .....	5
2. Психика беременных .....	15
3. Психика родильниц. Послеродовые блюзы, легкие депрессии и мании .....	29
4. Послеродовые непсихотические депрессии средней тяжести .....	46
5. Амбулаторное лечение непсихотических послеродовых депрессий умеренной тяжести .....	65
6. Послеродовые психозы и их клинические особенности .....	84
Анализ современных взглядов на послеродовые психозы .....	84
Кататонический синдром .....	100
Аффективные расстройства .....	109
Аффективно-бредовой синдром .....	116
Галлюцинаторно-бредовой синдром .....	123
Острый парафренный синдром .....	127
Другие психопатологические синдромы .....	129
Волнообразность течения послеродовых психозов. Влияние природных ритмов на их возникновение .....	132
Соматогинекологическая патология и психотравмы в картине послеродовых психозов .....	145
Диагностика и катамнез послеродовых психозов .....	150
Катамнестические исследования послеродовых психозов .....	152
7. Лечение послеродовых психозов. Перспективы применения парлодела .....	158
8. Оценка послеродовых психических расстройств .....	168
9. Психолого-деонтологические аспекты работы в системе родовспоможения .....	187
Женская консультация .....	192
Цели и процедура клинического интервью .....	195
Гинекологическое обследование женщины .....	203
Приемное отделение .....	204

Родильное отделение .....	204
Послеродовое отделение .....	206
Врач и родственники пациента .....	208
Психолого-деонтологический аспект работы акушерки ...	213
Ятрогения .....	217
Врачебная тайна, или конфиденциальность отношений с пациентом .....	221
Механизмы психологической защиты .....	222
Внутренняя картина беременности, родов, послеродового периода .....	226
<b>10. Оценка психического состояния и личности .....</b>	<b>236</b>
Оценка психического состояния .....	236
Структура и классификации личности .....	244
Оценка личности .....	253
<b>11. Психопрофилактическая подготовка к родам .....</b>	<b>257</b>
<b>12. Психотерапия в акушерской практике .....</b>	<b>276</b>
<b>13. Что следует знать беременным .....</b>	<b>310</b>
<b>Приложения .....</b>	<b>316</b>
<b>Литература .....</b>	<b>340</b>



Производственно-практическое издание

Сорокина Тамара Тимофеевна

## РОДЫ И ПСИХИКА

*Практическое руководство*

Редактор *Л.А. Коржева*

Корректор *Л.К. Мисуню*

Художник обложки *С.В. Ковалевский*

Компьютерная верстка *В.А. Киселёв*

Подписано в печать с готовых диапозитивов 23.10.2002.  
Формат 60×84 1/16. Бумага газетная. Гарнитура Ньютон.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. 20,46. Уч.-изд. л. 18,73.  
Тираж 3010 экз. Заказ № 2348.

Общество с ограниченной ответственностью «Новое знание».

ЛВ № 310 от 14.08.2001.

Минск, ул. Академическая, д. 28, к. 112.

Почтовый адрес: 220050, Минск, а/я 79.

Телефон/факс: (10-375-17) 211-10-33, 284-03-23.

Москва, ул. Маросейка, д. 10/1.

Телефон (095) 921-67-21.

E-mail: nk@wnk.biz

<http://wnk.biz>

Республиканское унитарное предприятие  
«Издательство «Белорусский Дом печати».  
220013, Минск, пр. Ф.Скорины, 79.

ISBN 985-475-018-3



9 789854 750187

<http://wnk.biz>