

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 618.3-085.851

ХОДЖАЕВ
Александр Валерьевич

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕЛИМИНАРНЫМ ПЕРИОДОМ

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.06 – психиатрия

Минск 2014

Работа выполнена в государственном учреждении образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Научный руководитель: **Байкова Ирина Анатольевна**, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Официальные оппоненты: **Игумнов Сергей Александрович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры судебной медицины учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Гелда Анатолий Петрович, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры судебной психиатрии с курсом судебной психологии государственного учреждения образования «Институт повышения квалификации и переподготовки кадров государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь»

Оппонирующая организация: учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Защита состоится 10 июня 2014 года в 13.00 на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.06 при учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, тел. 275-55-98.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан « ____ » _____ 2014 года.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук

И.А.Хрущ

ВВЕДЕНИЕ

Патологический прелиминарный период (ППП) является одним из видов аномалии родовой деятельности. Возникновение и развитие ППП преимущественно наблюдается у первородящих женщин, значительно увеличивая частоту встречаемости у них аномалий родовой деятельности (12–60%) [Абрамченко В.В., 2006; Лёвина Н.Н., 2006]. Вопрос о взаимосвязи психических нарушений и специфической патологии беременности, о влиянии психической патологии на течение беременности и исход родов является актуальным в научном и прикладном аспектах [Ласая Е.В., 2002]. Невротические симптомы разной степени выраженности встречаются у 10–79,3% беременных [Аринчина Н.Г., Сидоренко В.Н., 2012; Марфина Н.А., 2001]. У женщин с психическими расстройствами осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще, чем популяции [Рымашевский П.В., 1992]. В данном контексте наиболее актуальны кесарево сечение и оперативные пособия при родах через естественные родовые пути, как вынужденные мероприятия, сопряженные с риском осложнений и представляющие дополнительный стресс для беременных женщин и большей частотой патологии новорожденных [Лёвина Н.Н., Силява В.Л., 2005; Bennedsen B., 2001; Takeuchi R., 1996].

Проводимые в клинических условиях медицинские мероприятия, направленные на коррекцию ППП и его последствий, не безопасны для матери и ребенка. Речь идет о лекарственной терапии, нежелательной в антенатальный период и оперативных родоразрешениях, сопряженных с повышенным риском осложнений.

Коррекция психических нарушений в период, предшествующий регулярной родовой деятельности в форме психотерапии, является пока мало востребованным эффективным ресурсом.

Настоящая работа посвящена оценке эффективности психотерапевтической коррекции психопатологических проявлений у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. Исследований, посвященных данному вопросу, ранее в нашей стране не проводилось. Научная и практическая актуальность исследования обусловлены широкой распространенностью психических нарушений у беременных женщин; недостатком (дефицитом) психотерапевтической помощи беременным женщинам с патологическим прелиминарным периодом; потенциальной эффективностью психотерапевтического вмешательства при его низкой стоимости; недостаточной проработанностью данной проблемы в мировой и отечественной литературе.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами (проектами) и темами

Работа выполнялась в период 2008–2011 гг. по плану научных исследований государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (ГУО «БелМАПО»). Исследование было проведено в рамках научно-исследовательской работы (НИР) кафедры психотерапии и медицинской психологии «Изучение распространенности, механизмов формирования, клиники, течения психических и невротических расстройств, поведенческих синдромов, расстройств личности и разработка новых практических рекомендаций по их профилактике, диагностике и лечению» (2006–2010 гг., № госрегистрации 20081621) и по плану научных исследований государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (ГУ «РНПЦ «Мать и дитя») в рамках отраслевой научно-технической программы (ОНТП) «Здоровье женщины и ребенка – благополучие семьи и государства». Основная часть диссертационного исследования выполнена в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в рамках НИР «Разработать комплексный метод подготовки к родам беременных женщин с патологическим течением прелиминарного периода с использованием новых технологий психотерапевтической и медикаментозной коррекции, позволяющий снизить частоту акушерских, перинатальных осложнений и оперативных родоразрешений» (2010–2013 гг., № госрегистрации 20103207).

Цель и задачи исследования

Цель исследования: совершенствование системы оказания медицинской помощи беременным женщинам с патологически протекающим прелиминарным периодом путем внедрения интегративной психотерапии.

Задачи исследования:

1. Проанализировать спектр психопатологических расстройств у беременных с патологическим прелиминарным периодом.
2. Вычленить из совокупности беременных женщин с ППП сопряженные клинико-психологические группы для разработки индивидуализированной интегративной психотерапии.
3. Разработать программу индивидуализированной интегративной психотерапии в зависимости от выявленных индивидуальных особенностей психопатологического реагирования, психологических и социальных факторов.
4. Оценить эффективность предложенной программы и подготовить практические рекомендации по применению программы интегративной

психотерапии у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом на стационарном этапе лечения.

Объект исследования: беременные женщины с патологическим и физиологическим течением прелиминарного периода, медицинская документация (индивидуальные карты беременной и родильницы, истории родов, медицинские карты стационарного больного).

Предмет исследования: психопатологические расстройства беременных женщин; исходы беременности и родов.

Положения, выносимые на защиту:

1. В клинической картине ППП имеют место симптомы тревоги и депрессии, степень выраженности которых соответствует расстройству адаптации в форме смешанной тревожной и депрессивной реакции.

2. Психопатологические симптомы ППП причинно связаны с нарушением адаптации к беременности и неудовлетворенностью браком.

3. С учетом гетерогенности беременных женщин по психопатологическим, психологическим и адаптационным характеристикам требуется индивидуальная психотерапевтическая коррекция.

4. Проведение индивидуализированной интегративной психотерапии обеспечивает снижение уровня выраженности тревожных и депрессивных симптомов, что способствует увеличению количества родов через естественные родовые пути.

Личный вклад соискателя

Настоящая работа является самостоятельным научным исследованием и выполнена диссертантом на базе ГУО «БелМАПО», ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», учреждения здравоохранения «Городской клинический родильный дом №2». Все основные результаты диссертационной работы получены соискателем лично. Самостоятельно проведен анализ научной литературы, осуществлен подбор больных с ППП и контрольной группы.

Соискатель принимал личное участие в обследовании и лечении пациенток с ППП, а так же в обследовании пациенток с физиологическим прелиминарным периодом (ФПП). Разработка комплексного метода диагностики и коррекции психоэмоционального состояния у беременных женщин при патологическом течении прелиминарного периода осуществлялась совместно с научным руководителем. На основании результатов научного исследования соискателем совместно с руководителем разработана инструкция по применению «Комплексный метод диагностики и коррекции психоэмоционального состояния у беременных женщин при патологическом течении прелиминарного периода» (утверждена

Министерством здравоохранения Республики Беларусь 19.05.2011, регистрационный номер 030–0411) – вклад соискателя 95%.

Автор диссертации лично провел патентно-информационный поиск, сформировал компьютерную базу данных, выполнил статистическую обработку полученных результатов, написал все разделы диссертации, сформулировал выводы, положения, выносимые на защиту, и практические рекомендации.

Апробация результатов диссертации

Основные результаты диссертации были представлены и обсуждались на Республиканском семинаре «Заболевания, связанные со стрессом: клиника, диагностика, лечение» (22 января 2010 г. Минск), Республиканской научно-практической конференции «Современные направления в лечении и реабилитации психических и поведенческих расстройств» (28 октября 2010 г. Гродно), Международном научном симпозиуме «Современные технологии инвазивной диагностики и лечения патологии плода» и научно-практической конференции «Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности» (24–25 ноября 2010 г. Минск), Республиканской научно-практической конференции «Лечение и профилактика неинфекционных болезней в работе врача общей практики» (26 ноября 2010 г. Минск), Республиканской научно-практической конференции «Современный взгляд на понимание взаимосвязей физического и психического здоровья человека» (18 марта 2011 г. Минск).

Опубликованность результатов диссертации

Основные положения и результаты диссертации полностью представлены в опубликованных 10 научных работах, из них 7 статей в научных журналах, соответствующих пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь, общим объемом 2,9 авторских листа (115084 печатных знака); 3 тезисов общим объемом 0,4 авторских листа (15934 печатных знака); 1 инструкция по применению объемом 0,35 авторских листа (14000 печатных знака). Всего опубликовано материалов общим объемом 3,65 авторских листа.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, 4 глав с описанием результатов собственных исследований, заключения, списка источников литературы и приложения. Диссертация изложена на 91 странице компьютерного текста, содержит 15 иллюстраций, 14 таблиц. Вспомогательный материал (иллюстрации, таблицы) занимает 18 страниц. Библиографический список содержит 198 наименований использованных источников (143 русскоязычных и 55 иностранных), 10 публикаций

соискателя и занимает 15 страниц. Принципиально важные расчеты и методы психотерапии изложены в приложениях.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Материалы и методы исследования

Данное исследование было проспективным, открытым с направленным формированием параллельных групп методом «случай – контроль».

Исследование проводилось на базе отделения патологии беременности учреждения здравоохранения «Городской клинический родильный дом №2» (заведующий отделением С.Ю. Нагибович) и отделения экстрагенитальной патологии беременности «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (заведующий отделением Е.А. Латникова).

К характеристикам для формирования групп сравнения отнесли социо-демографические (возраст, социальный статус и образовательный уровень) и акушерско-гинекологические (срок, паритет и плановость беременности). Для полного соответствия групп сравнения и исключения систематической ошибки прибегли к расширенному списку критериев исключения из исследования. Были исключены случаи клинически тяжелой депрессии (больше 24 баллов по шкале Бека) и случаи тревоги свыше 57 баллов по шкале Шихана (при первичном заполнении шкалы), осложнения беременности, которые не входили в ППП, случаи инфекционных заболеваний, женщины с осложненным акушерским анамнезом, страдающие от других болезней, планирование родоразрешения путем операции кесарева сечения, отказ беременной от исследования. Критерии включения: беременные женщины с патологическим прелиминарным периодом (диагноз ставился коллегиально на консилиуме врачами акушерами-гинекологами), планирование родоразрешения через естественные родовые пути, срок гестации 38 – 40 недель, согласие пациентки на участие в исследовании.

Изучены 109 беременных с нормальным и патологическим течением прелиминарного периода, с доношенной беременностью и сроком гестации 38-40 недель. В основную группу были включены 67 беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. В последующем, в соответствии с задачами исследования, 31 пациентка была включена в подгруппу 1А, в которой психотерапевтическое лечение не проводилось и 36 беременных женщин – в подгруппу 1Б, которым было проведено психотерапевтическое лечение. Контрольную группу (контроль) составили 42 беременные женщины с физиологическим течением прелиминарного периода.

Достоверных различий по уровню образования, семейному положению, планированию беременности при сравнении основной и контрольной группы не выявлено (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение исследуемых пациенток по уровню образования, трудоустройству, семейному положению, планированию беременности

Контингент обследованных женщин	Основная группа		Контрольная группа		Критерий, р
	п	%	п	%	
Образование:					$\chi^2=1,657$ $p>0,05$
- высшее	32	47,8	25	59,5	
- среднее специальное	25	37,3	11	26,2	
- среднее	10	14,9	6	14,3	
Семейное положение:					$\phi=0,069,$ $p>0,05$
- состоит в браке	64	95,5	40	95,2	
- не состоит в браке	3	4,5	2	4,8	
Планирование беременности:					$\phi=0,376,$ $p>0,05$
- запланирована	62	92,5	38	90,5	
- не запланирована	5	7,5	4	9,5	

Возраст беременных в основной группе составил 26,4 (23,9-29,3) (в подгруппе 1А равен 25,6 (23,9-27,8) лет, в подгруппе 1Б – 28 (24-29,6) лет ($U=458,5$; $p>0,05$)), в контрольной группе – 27,7 (25,1-30,1). Группы были однородны по возрастному составу ($U=1229$; $p>0,05$).

В контрольной группе повторные роды ожидали 15 (35,7%) беременных: вторые 11 (26,2%), третьи – 4 (9,5%). Достоверных различий по паритету родов в основной группе по сравнению с контрольной группой не выявлено ($U=1284$; $p>0,05$).

Для оценки состояния брака использовался тест-опросник удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко, который предназначен для экспресс-диагностики степени удовлетворенности-неудовлетворенности браком. Изучение степени выраженности синдромов депрессии и тревоги проводилось с использованием шкалы депрессии Бека и шкалы тревоги Шихана. Для исследования адаптации к беременности был использован вопросник на адаптацию к беременности, разработанный R. Kumar, K. M. Robson, A. M. R. Smith. Статистическая обработка полученных результатов исследования осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows, версия 6.0.

Для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта использовали критерий Фишера (ϕ). В случае отличного от нормального распределения данных для дальнейшего анализа применяли методы непараметрической статистики. Для подтверждения гипотезы о наличии различий между 2 независимыми выборками использовали критерий Манна-Уитни (U). Для анализа динамики величин в процессе лечения использовали тест Уилкоксона (T). Достоверность различия данных, характеризующих качественные признаки в исследуемых группах, определяли на основании величины критерия соответствия (χ^2). По результатам полученных данных для формирования гомогенных для проведения психотерапии групп исследованных беременных женщин с ППП применяли иерархический кластерный анализ. При расчете корреляции между переменными в порядковой шкале использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследований считали достоверными, а различия между показателями значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95% ($p < 0,05$).

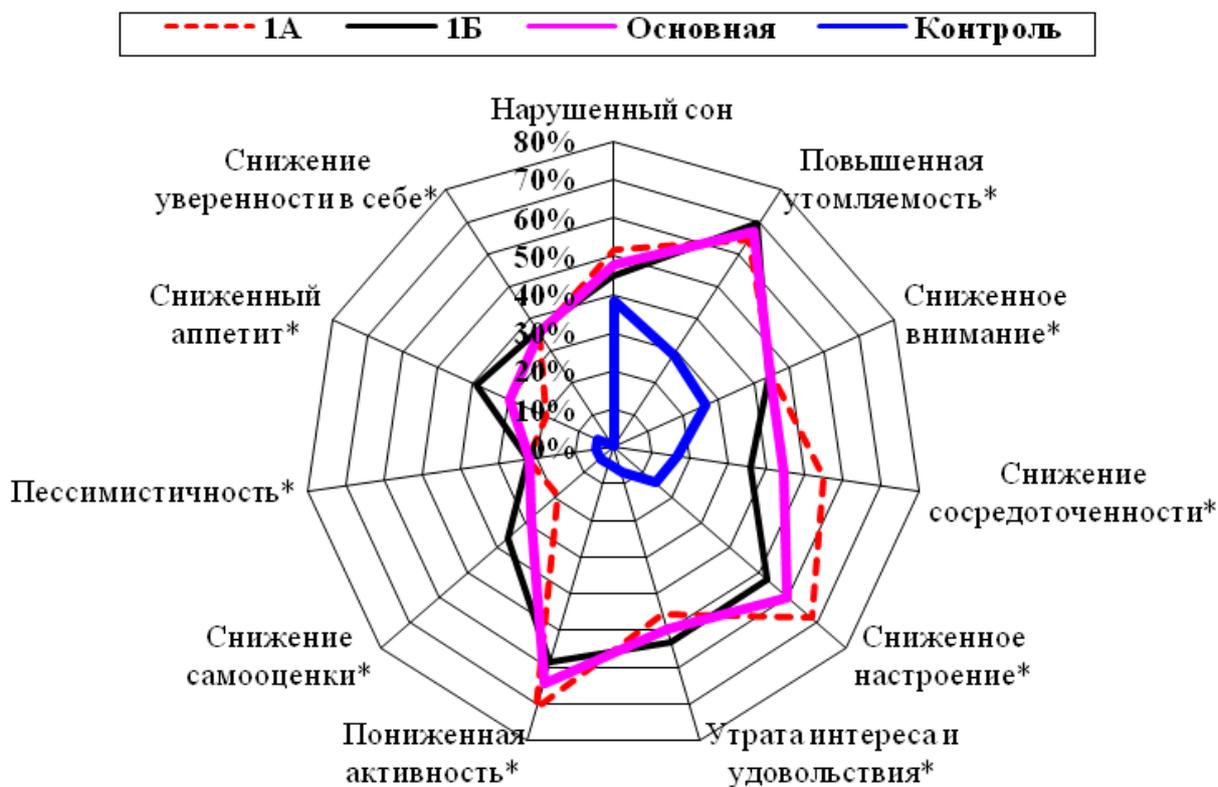
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценочные баллы депрессии у беременных женщин по шкале депрессии Бека были достоверно выше в основной группе и составили 16,75 баллов (14,84-18,63), чем в контрольной группе 6,75 баллов (4,94-8,44) ($U=127$; $p < 0,05$). Достоверного различия уровней депрессии в подгруппах основной группы не было: подгруппа 1А – 17,88 баллов (14,94-19,25) и подгруппа 1Б – 16,17 баллов (14,79-17,50) ($U=427,5$; $p > 0,05$).

Беременных женщин, набравших 0-9 баллов, что соответствовало отсутствию депрессии, в основной группе была 1 (1,5%), в контрольной группе – 37 (88,1%). Пациенток, результат которых по шкале депрессии Бека был равен 10–15 баллов – легкая депрессия – было 23 (34,3%) в группе лиц с патологическим прелиминарным периодом, 2 (4,8%) – в группе лиц с физиологическим прелиминарным периодом. Женщин, с результатом 16–19 баллов – умеренная депрессия – в основной группе было 35 (52,3%) и 3 (7,1%) – в контрольной группе. Высокий уровень депрессии – 20–24 баллов – по результатам шкалы депрессии Бека – был у 8 (11,9%) беременных женщин основной группы, и таких беременных женщин не было в контрольной группе. Достоверно чаще депрессия (по шкале депрессии Бека) была выявлена в основной группе, по сравнению с контрольной группой ($\phi = 11,138$; $p < 0,001$).

При первичном исследовании методом клинического интервью достоверно чаще в основной группе по сравнению с контрольной группой

была выявлена повышенная утомляемость, утрата интереса и удовольствия, пессимистичность, снижение настроения и активности, самооценки, внимания, аппетита, уверенности в себе ($p < 0,05$). Достоверных различий не было по такому симптому как нарушенный сон ($p > 0,05$). Не были зарегистрированы идеи вины, самоповреждения, суицида (рисунок 1).



* – при сравнении основной и контрольной группы были достоверные различия

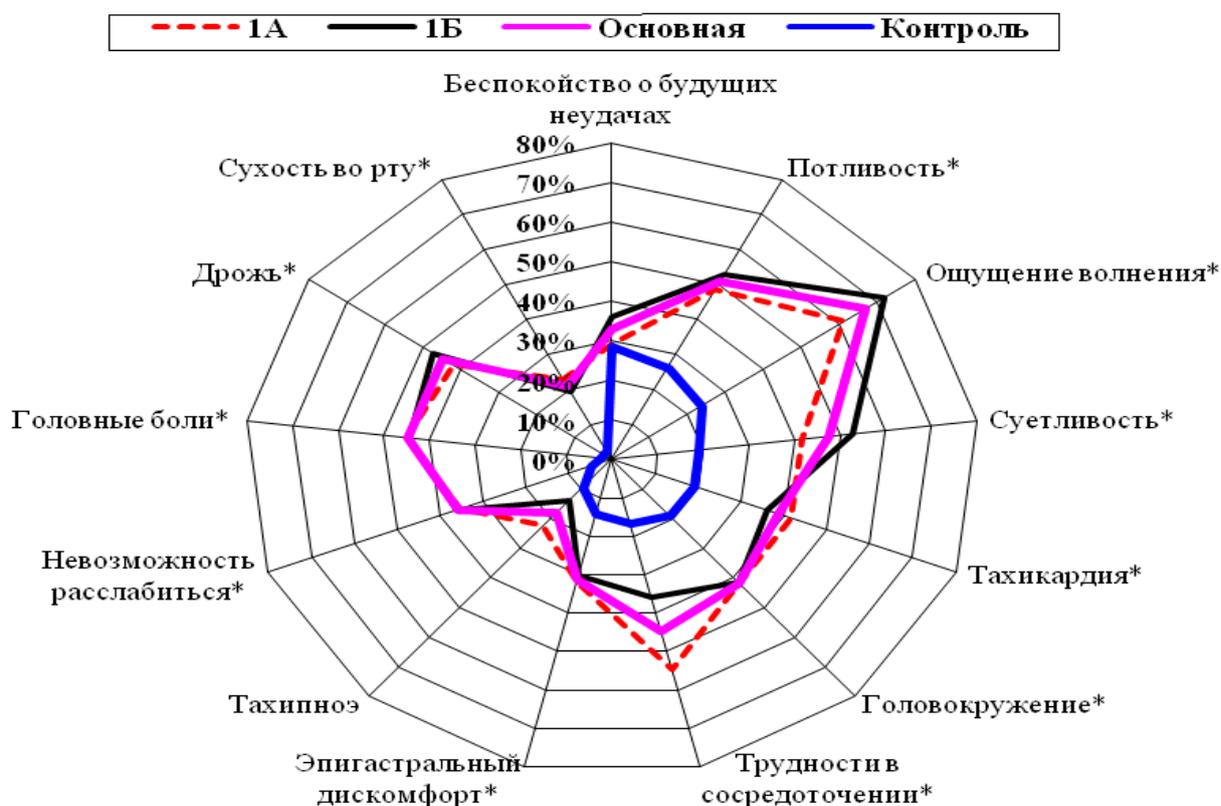
Рисунок 1 – Результаты клинического интервью в группах по критериям депрессии МКБ-10

Тревога в основной группе по шкале тревоги Шихана составила 25,38 баллов (19,25-29,63), что достоверно выше, чем в контрольной группе – 11,5 баллов (9,56-17,63) ($U=546,5$; $p < 0,05$). Достоверных различий между подгруппой 1А – 24,25 баллов (19,88-29,75) и 1Б – 26,50 баллов (15,50-29,50) не было ($U=556$; $p > 0,05$).

Беременных женщин, набравших 0-19 баллов, что соответствовало отсутствию тревоги, в основной группе было 17 (25,4%), в контрольной группе – 35 (83,3%). Пациенток, уровень тревоги которых по шкале тревоги Шихана составил 20-29 баллов, что соответствовало среднему уровню тревоги, было 33 (49,2%) в группе лиц с патологическим прелиминарным периодом, 7 (16,7%) – в группе лиц с физиологическим прелиминарным периодом. Женщин, с результатом 30 баллов и более – высокий уровень

тревоги – в основной группе было 17 (25,4%), и не было диагностировано в контрольной группе. Достоверно чаще тревога (по шкале тревоги Шихана) была выявлена в основной группе, по сравнению с контрольной группой ($\varphi=6,324$; $p<0,05$).

При первичном исследовании методом клинического интервью достоверно чаще в основной группе регистрировали потливость, ощущение волнения, суетливость, тахикардия, головокружение, трудности в сосредоточении, эпигастральный дискомфорт, невозможность расслабиться, головные боли, дрожь, сухость во рту ($p<0,05$). Такие симптомы, как беспокойство о будущих неудачах, тахипноэ достоверно не различались при сравнении между группами ($p>0,05$) (рисунок 2).



* – при сравнении основной и контрольной группы были достоверные различия

Рисунок 2 – Результаты клинического интервью в группах по критериям тревоги МКБ-10

Удовлетворенность браком в основной группе по данным тест-опросника В.В. Столина составила 23,3 балла (21,7–25,6) и достоверно отличалась от контрольной группы – 42,3 балла (39,0–44,3) ($U=1276$; $p<0,05$). Между подгруппами основной группы не было достоверных различий: подгруппа 1А – 21,5 балла (19,25–23,75), подгруппа 1Б – 21,75 балла (20,0–23,5) ($U=336$; $p>0,05$). Таким образом, беременные женщины с ППП

достоверно отличались более низкой степенью удовлетворенности браком от беременных с физиологическим прелиминарным периодом ($p < 0,05$), при этом в подгруппах сравнения показатели удовлетворенности браком не отличались ($p > 0,05$).

Уровень адаптации к беременности по данным тест-опросника Kumar в группе пациенток с патологическим прелиминарным периодом без лечения составил 90,3 балла (85,9-95,9), в группе лиц с патологическим прелиминарным периодом с психотерапевтической коррекцией – 87,17 балла (85,7-89,9), что соответствует умеренной дезадаптации к беременности. В группе физиологического прелиминарного периода – 40,5 балла (34,9-46,0). Достоверных различий между подгруппами сравнения не было ($U_{\text{(подгруппа 1А, подгруппа 1Б)}}=533,5$; $p > 0,05$), показатели адаптации к беременности между подгруппами сравнения и контрольной группой достоверно отличались ($U_{\text{(подгруппа 1А, контроль)}}=623$; $p < 0,05$, $U_{\text{(подгруппа 1Б, контроль)}}=679,5$; $p < 0,05$).

Для выявления гомогенных групп женщин с ППП с целью проведения им индивидуализированной интегративной психотерапии проводился иерархический кластерный анализ.

У женщин с ППП отмечено отсутствие корреляционной связи между симптомами тревоги и депрессии, $r_s = 0,243$ ($p > 0,05$), адаптацией к беременности и удовлетворенностью браком, $r_s = 0,099$ ($p > 0,05$). Отсутствие корреляционной связи предопределило потребность индивидуализации подходов к коррекции состояния беременных женщин с ППП.

Результаты кластерного анализа показали, что женщины с ППП по совокупности психологических особенностей могут быть обоснованно разделены на две основные группы. Для первой из них оказалось характерным сочетание депрессии легкой степени выраженности (14,8 баллов (12,0–17,6) по шкале Бека), тревоги относительно высокого уровня (28,6 баллов (20,7–36,5) по шкале Шихана), удовлетворенности браком (29,1 баллов (25,2–33,0) по шкале удовлетворенности браком), дезадаптации к беременности (70,0 баллов (59,0–81,0) по шкале адаптации к беременности). Для второй группы типичным явилось сочетание относительно выраженной депрессии (18,8 баллов (16,1–21,5) по шкале Бека), неудовлетворенности браком (24,2 баллов (19,4–29,0) по шкале удовлетворенности браком), отсутствие тревоги (20,7 баллов (11,4–30,0) по шкале Шихана), нормальной адаптации к беременности (42,4 баллов (36,9–47,9) по шкале адаптации к беременности).

Программа интегративной психотерапии была составлена в соответствии с результатами проведенных исследований и полученными данными. Психотерапия беременным женщинам проводилась по двум направлениям:

1. Симптоматическому, что способствовало снижению тревожности и отвлечению внимания от переживаний;

2. Патогенетическому, что помогало разрешать имеющиеся интрапсихические конфликты и обеспечивало доступ к возможным психологическим ресурсам.

В процессе психотерапии учитывались следующие принципы:

1. Переформирование психотравмирующего фактора в процессе психотерапевтической работы;

2. Роль психотерапевта, как помогающего и разделяющего ответственность за течение и исход беременности;

3. Оказание помощи беременным женщинам в осознании ими своей роли во время беременности и обретения навыков самостоятельного изменения своего состояния.

Программа индивидуализированной интегративной психотерапии была ориентирована на устранение или ослабление доминирующих симптомов, а также на активную позицию во время беременности и родов.

Психотерапия проводилась в специально оборудованном кабинете, длительность сеанса не менее 1 часа. Количество сеансов психотерапии было от 3 до 5.

Программа интегративной психотерапии включала следующие этапы:

1. Информационно–мотивирующий этап, который направлен на построение эмпатического терапевтического альянса и создание атмосферы психоэмоционального и телесного комфорта, ознакомление пациента с психологическими причинами возникновения их заболевания, определение модели внутренней картины болезни, знакомство с методом индивидуальной психотерапии.

Результат: интерес к внутренней картине болезни, готовность к психотерапевтической работе.

Методы: когнитивно-рациональная психотерапия.

2. Релаксационный этап с когнитивным анализом и реконструкцией представлений, был направлен на переформирование внутренней картины болезни и построение внутренней картины здоровья, выявление и активизацию личностных и других возможных ресурсов.

Результат: принятие собственных проблем, выявление и использование возможных ресурсов, обучение новым вариантам эмоционального реагирования в сложных жизненных ситуациях, построение новых целей.

Методы: когнитивно-рациональной психотерапии, телесно-ориентированной психотерапии.

3. Стабилизирующий этап, направленный на закрепление телесного комфорта и модификаций поведения, мобилизацию собственных ресурсов и

новых адаптивных механизмов самопомощи, активное сотрудничество во время беременности и родов.

Результат: закрепление полученных знаний и умений и перенос в реальные жизненные условия.

Методы: когнитивно-рациональной психотерапии, телесно-ориентированной психотерапии.

При проведении психотерапии нами использовались методы когнитивно-рациональной психотерапии, телесно-ориентированной психотерапии, нервно-мышечной релаксации. Выбранные подходы психотерапии были использованы ввиду способности оказывать быстрый лечебный эффект и ориентации на симптом.

В подгруппе 1А среднегрупповой уровень депрессии при повторном исследовании перед родами составил 15,20 баллов (11,38-18,58), что соответствовало легкой депрессии по шкале Бека. В подгруппе 1Б среднегрупповой уровень депрессии при повторном исследовании после психотерапии перед родами составил 8,57 баллов (5,83-10,50), что соответствовало отсутствию депрессии по шкале депрессии Бека, а также был в среднем на 7,4 балла достоверно ниже исходного уровня ($p < 0,05$). Среднегрупповой уровень депрессии у беременных женщин по шкале депрессии Бека перед родами в контрольной группе был 6,88 баллов (4,80-8,11), что соответствовало отсутствию депрессии, и был в среднем на 0,65 балла ниже исходного уровня, но без достоверных отличий ($p > 0,05$). В группе пациенток с патологическим прелиминарным периодом, получавших психотерапевтическое лечение, происходили достоверно большие изменения уровня депрессии по сравнению с группой патологического прелиминарного периода без лечения и контрольной группой ($U_{\text{подгруппа 1А, подгруппа 1Б}} = 123,0$, $U_{\text{подгруппа 1Б, контроль}} = 95,5$).

В подгруппе 1А уровень депрессии при исследовании после родов составил 10,38 баллов (6,38-15,63), что соответствовало легкой депрессии по шкале Бека. Уровень депрессии в подгруппе 1Б после родов был равен 6,72 балла (4,50-7,83), что соответствовало отсутствию депрессии по шкале депрессии Бека. Депрессия у беременных женщин по шкале депрессии Бека после родов в контрольной группе была 6,21 балла (4,13-7,69), что соответствовало отсутствию депрессии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в группе ППП без лечения среднегрупповые данные находятся в диапазоне, который соответствует легкому уровню депрессии по шкале депрессии Бека, а в группе ППП с лечением – ее отсутствию. Таким образом, применение программы индивидуализированной интегративной психотерапии позволяет

устранить депрессию, а при естественном течении ППП после родов остается легкий уровень депрессии.

В подгруппе 1А уровень тревоги при повторном исследовании перед родами составил 23,0 баллов (15,38-27,75), что соответствовало среднему уровню тревоги. В подгруппе 1Б уровень тревоги при повторном исследовании после психотерапии перед родами составил 13,0 баллов (9,75-17,50), что соответствовало отсутствию тревоги по шкале тревоги Шихана. Тревога у беременных женщин перед родами в контрольной группе была 12,17 баллов (9,08-15,42), что соответствовало отсутствию тревоги. В группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтическим лечением происходят достоверно более значимые изменения уровня тревоги по сравнению с группой патологического прелиминарного периода без лечения и контрольной группой ($U_{\text{подгруппа 1А, подгруппа 1Б}}=217,0$, $U_{\text{подгруппа 1Б, контроль}}=226,5$).

Уровень тревоги у беременных женщин по шкале тревоги Шихана после родов составил 17,38 баллов (11,25-22,13) в подгруппе 1А, 10,13 балла (7,50-14,50) в подгруппе 1Б, 10,40 балла (8,75-14,69) в контрольной группе. Достоверно выше уровень тревоги был в подгруппе 1А по сравнению с подгруппой 1Б и контрольной группой ($U_{\text{подгруппа 1А, подгруппа 1Б}}=249,5$; $p<0,05$, $U_{\text{подгруппа 1А, контроль}}=340,5$; $p<0,05$). При сравнении подгруппы 1Б и контрольной группы достоверных различий выявлено не было ($U_{\text{подгруппа 1Б, контроль}}=671$; $p>0,05$).

В группе ППП без лечения среднегрупповые данные находятся в диапазоне, который соответствует среднему уровню тревоги, а в группе ППП с лечением – ее отсутствию. Можно сделать вывод, что применение программы индивидуализированной интегративной психотерапии позволяет устранить тревогу, а при естественном течении ППП перед родами остается средний уровень тревоги.

Путем операции кесарева сечения в подгруппе 1А родоразрешение было у 10 (32,3%) беременных женщин, в подгруппе 1Б – у 4 (11,1%). В контрольной группе операция кесарева сечения была у 3 (7,1%) пациенток (рисунок 3). Родоразрешение через естественные родовые пути произошло в основной группе у 21 (67,7%) пациентки в подгруппе 1А, у 32 (88,9%) пациенток – в подгруппе 1Б, у 39 (92,9%) пациенток – в контроле. Достоверно чаще операция кесарева сечения была проведена в подгруппе 1А, по сравнению с подгруппой 1Б и контрольной группой ($\phi_{\text{подгруппа 1А, подгруппа 1Б}}=2,156$; $p<0,05$, $\phi_{\text{подгруппа 1А, контроль}}=2,817$; $p<0,001$). Между подгруппой 1Б и контрольной группой достоверных различий не было ($\phi_{\text{подгруппа 1Б, контроль}}=0,610$; $p>0,05$).

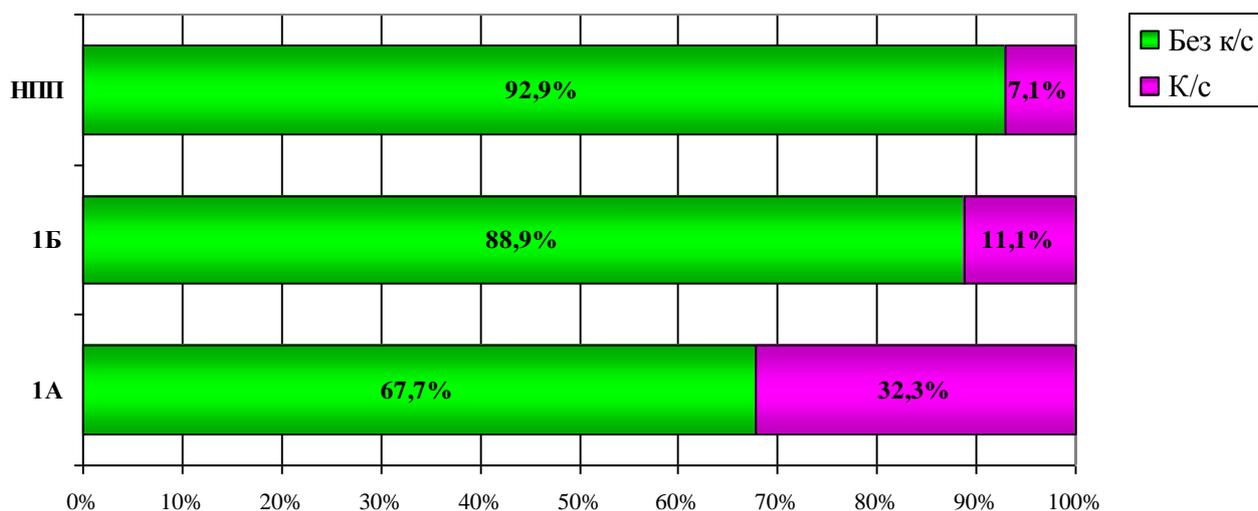


Рисунок 3 – Удельный вес родовразрешений через естественные родовые пути и путем операции кесарева сечения у беременных женщин в группах

Клинический анализ эффективности индивидуализированной интегративной психотерапии показал, что ее применение для коррекции ППП приводит к улучшению психического состояния беременных женщин и уменьшению показаний для оперативного вмешательства для родовспоможения. Стоит ли применять этот метод повсеместно, определяется также тем, насколько оправданы затраты на проведение психотерапии. Суть оценки состояла в получении соотношения «стоимость/эффективность», выраженного в форме дополнительной денежной суммы, которую необходимо потратить для получения дополнительного эффекта. Для расчета использовали инструкцию по применению, утвержденную Министерством здравоохранения Республики Беларусь (Регистрационный № 159–1203 от 31.12.2003) «Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении».

1. Так как применение психотерапии не отменяет применения лекарственной терапии, ее реализация в родильном доме потребует увеличения расходов, эквивалентных заработной плате врача психотерапевта. Без учета специальных доплат (за стаж, врачебную категорию и др.) эти затраты составляют 1 335 172 рублей.

2. Размер эффекта индивидуализированной психотерапии составил 4 (четыре случая оперативного родовразрешения в месяц). Отношение затраты / эффективность, таким образом, равно $1\,335\,172 \text{ рублей} / 4 = 333\,793 \text{ рубля}$. Следовательно, 333793 рубля затрачивается на одну условную единицу эффективности.

3. Стоимость условной единицы эффективности составила стоимость оперативного вмешательства (1175900 рублей), стоимость послеоперационного обслуживания (507288 рублей) и стоимость дополнительных койко-дней пребывания в стационаре (817 500 рублей), итого 2 500 688 рублей.

4. Экономическая эффективность (коэффициент эффективности затрат — Кэф) таким образом:

$$\text{Кэф} = 2\,500\,688 / 333\,793 \text{ (эффект / затраты)} = 7,4$$

Вывод: внедрение индивидуализированной психотерапии для коррекции психического состояния беременных женщин с ППП дает ощутимый экономический эффект (Кэф = 7,4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Для психического состояния женщин с патологическим прелиминарным периодом характерны симптомы тревоги и депрессии, соответствующие критериям расстройства адаптации по МКБ–10.

В структуре депрессии основную роль играют повышенная утомляемость, утрата интереса и удовольствия, пессимистичность, снижение настроения и активности, самооценки, внимания, аппетита, уверенности в себе. Симптомы тревоги в виде потливости, ощущения волнения, суетливости, тахикардии, головокружения, трудности в сосредоточении, эпигастрального дискомфорта, невозможность расслабиться, головной боли, дрожи, сухости во рту [3, 4, 8, 9, 10].

2. Женщины с ППП по психопатологическим проявлениям могут быть обоснованно разделены на две основные группы. Для первой из них оказалось характерным сочетание депрессии легкой степени выраженности (14,8 баллов (12,0–17,6) по шкале Бека), относительно высокого уровня тревоги (28,6 баллов (20,7–36,5) по шкале Шихана), удовлетворенности браком (29,1 баллов (25,2–33,0) по шкале удовлетворенности браком), дезадаптации к беременности (70,0 баллов (59,0–81,0) по шкале адаптации к беременности). Для второй группы типичным явилось сочетание относительно выраженной депрессии (18,8 баллов (16,1–21,5) по шкале Бека), неудовлетворенности браком (24,2 баллов (19,4–29,0) по шкале удовлетворенности браком), отсутствие тревоги (20,7 баллов (11,4–30,0) по шкале Шихана), нормальной адаптации к беременности (42,4 баллов (36,9–47,9) по шкале адаптации к беременности) [3, 4, 6, 7].

3. Программа индивидуализированной интегративной психотерапии включала блок методов коррекции тревоги, адаптации к беременности и методов, направленных на коррекцию депрессии и неудовлетворенности браком. Структура программы основывалась на реализации последовательных методов интегративной психотерапии, ориентированных на симптомы (депрессии, тревоги) [1, 2, 5, 6].

По результатам оценки эффективности проведенной индивидуализированной интегративной психотерапии в группе лиц, прошедших психотерапевтическое лечение, достоверно уменьшилось количество беременных женщин с депрессией (по шкале депрессии Бека) как перед родами, так и после родов, по сравнению с группой беременных женщин без психотерапевтического лечения (перед родами – Φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,917, $p<0,05$; после родов – Φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,950, $p<0,05$). Уровень депрессии после родов в группе беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом без психотерапевтического лечения был достоверно выше (10,38 баллов (6,38–15,63) и соответствовал легкой депрессии по шкале Бека, по сравнению с группой беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом с психотерапевтическим лечением (6,21 балла (4,13–7,69)) (U подгруппа 1А, подгруппа 1Б=272,5, $p<0,05$), что соответствовало отсутствию депрессии.

По результатам оценки эффективности проведенной индивидуализированной интегративной психотерапии в группе лиц, прошедших психотерапевтическое лечение, достоверно уменьшилось количество беременных женщин с тревогой (по шкале тревоги Шихана) как перед родами, так и после родов, по сравнению с группой беременных женщин без психотерапевтического лечения (перед родами – Φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,774, $p<0,05$; после родов – Φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,337, $p<0,05$). Уровень тревоги перед родами в группе беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом без психотерапевтического лечения был достоверно выше (23,0 баллов (15,38–27,75)).

4. Достоверно чаще операция кесарева сечения была проведена в группе беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом без психотерапевтического лечения по сравнению с группой беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом прошедших психотерапевтическое лечение и контрольной группой (Φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=2,156, $p<0,05$, Φ (подгруппа 1А, контроль)=2,817, $p<0,001$). Между группой беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом с психотерапевтическим лечением и контрольной группой достоверных различий не было (Φ (подгруппа 1Б, контроль)=0,610, $p>0,05$) [6, 7].

Реализация разработанной программы индивидуализированной интегративной психотерапии психопатологических проявлений у беременных женщин с ППП позволяет увеличить количество родов через естественные родовые пути на 21,2 %.

5. Внедрение индивидуализированной интегративной психотерапии для коррекции психического состояния беременных женщин с ППП дает ощутимый экономический эффект ($K_{эф} = 7,4$) [6, 7].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Разработанную программу индивидуализированной интегративной психотерапии психопатологических проявлений у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом рекомендуется использовать в стационарных условиях в дородовом и послеродовом периоде у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. Соответствующая инструкция по применению утверждена 19.05.2011 г. Министерством здравоохранения Республики Беларусь, регистрационный №030-0411. Предложенный метод внедрен в практику отделения патологии беременности учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №6» и отделения экстрагенитальной патологии беременности РНПЦ «Мать и дитя».

2. Результаты исследования с использованием программы индивидуализированной интегративной психотерапии психопатологических проявлений у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом в зависимости от выявленных индивидуальных особенностей психопатологического реагирования могут применяться в учебном процессе. Результаты исследования внедрены в образовательный процесс на кафедрах психотерапии и медицинской психологии и акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Краткий алгоритм программы:

1. При постановке врачом акушером-гинекологом диагноза «патологический прелиминарный период» беременной женщине должна быть назначена консультация врача-психотерапевта.

2. Врач-психотерапевт проводит исследование психоэмоционального состояния беременной женщины (при ее согласии) при помощи шкалы депрессии Бека, шкалы тревоги Шихана, вопросника на адаптацию к беременности R.Kumar и тест-опросника удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко.

3. При выявлении нарушения психоэмоционального состояния пациентки по результатам шкал и опросников проводится индивидуализированная

интегративная психотерапия, после чего осуществляется повторное исследование психоэмоционального состояния, как до родов, так и после родоразрешения.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в рецензируемых журналах

1. Ходжаев, А.В. Влияние психотерапевтической коррекции на течение прелиминарного периода / А.В. Ходжаев // *Ars medica*. – 2010. – № 12. – С. 84–89.
2. Ходжаев, А.В. Возможности психотерапевтической коррекции психоэмоционального статуса у женщин с патологическим течением прелиминарного периода / А.В. Ходжаев // *Мед. журн.* – 2011. – № 3. – С. 121–126.
3. Ходжаев, А.В. Научное обоснование психотерапевтической коррекции тревожных расстройств / А.В. Ходжаев // *Воен. медицина*. – 2011. – № 3. – С. 74–78.
4. Ходжаев, А.В. Особенности депрессивных расстройств у женщин с патологическим течением прелиминарного периода / А.В. Ходжаев // *Мед. журн.* – 2011. – № 3. – С. 154–158.
5. Ходжаев, А.В. Особенности психологического реагирования во время беременности / А.В. Ходжаев // *Психотерапия и клин. психология*. – 2010. – № 2. – С. 17–25.
6. Ходжаев, А.В. Оценка результатов индивидуализированной психотерапии женщин с патологическим прелиминарным периодом / А.В. Ходжаев // *Воен. медицина*. – 2013. – № 4. – С. 55–61.
7. Ходжаев, А.В. Оценка результатов интегративной психотерапии у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом / А.В. Ходжаев, И.В. Курлович, И.А. Байкова // *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа* – 2014. – № 1 (31). – С. 16–26.

Материалы конференций и тезисы докладов

8. Ходжаев, А.В. Диагностика нарушений психоэмоционального состояния у беременных женщин при патологическом течении прелиминарного периода / А.В. Ходжаев, А.Ф. Гулякевич // *Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности: сб. науч. тр. / ред. кол. К.У. Вильчук [и др.].* – Минск, 2011. – С. 175–181.
9. Ходжаев, А.В. Невротические расстройства у беременных с патологическим дородовым периодом / А.В. Ходжаев // *Современные*

направления в лечении и реабилитации психических и поведенческих расстройств : материалы респ. науч.-практ. конф. / ред. кол.: В.А. Снежицкий [и др.]. – Гродно, 2010. – С. 183–184.

10. Ходжаев, А.В. Особенности психического статуса у беременных женщин с патологическим и нормальным течением прелиминарного периода / А.В. Ходжаев // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии инвазивной диагностики и лечения патологии плода : сб. тр. и материалов междунар. науч.-практ. симп. и науч.-практ. конф. / ред. кол. К.У. Вильчук [и др.]. – Минск, 2010. – С. 167–171.

Инструкция по применению

11. Байкова И.А. Комплексный метод диагностики и коррекции нарушений психоэмоционального состояния у беременных женщин при патологическом течении прелиминарного периода: инструкция по применению: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь №030-0411 от 19.05.11 / Байкова И.А., Ходжаев А.В. – Минск, 2011. – 30с.

РЭЗІЮМЭ

Хаджаеў Аляксандр Валер'евіч

Індывідуалізацыя псіхатэрапеўтычнай карэкцыі псіхапаталагічных праяў у цяжарных жанчын з паталагічным прэлімінарным перыядам

Ключавыя словы: паталагічны прэлімінарны перыяд, псіхатэрапеўтычная карэкцыя, цяжарныя жанчыны.

Мэта даследавання: удасканаленне сістэмы аказання медыцынскай дапамогі цяжарным жанчынам з паталагічна працякалым прэлімінарным перыядам шляхам укаранення псіхатэрапеўтычных метадаў.

Метады даследавання: клініка-псіхапаталагічны, псіхаметрычны, статыстычны метады апрацоўкі дадзеных.

Атрыманыя вынікі і іх навізна: упершыню прааналізавана дынаміка псіхаэмацыянальнага стану цяжарных жанчын пры паталагічным прэлімінарным перыядзе.

Прапанавана праграма індывідуалізаванай інтэгратыўнай псіхатэрапіі цяжарных жанчын з паталагічным прэлімінарным перыядам у залежнасці ад выяўленых індывідуальных асаблівасцяў псіхапаталагічнага рэагавання, псіхалагічных і сацыяльных фактараў. Праведзена параўнальная ацэнка эфектыўнасці прапанаванай праграмы з групай цяжарных жанчын з паталагічным прэлімінарным перыядам і кантрольнай групай.

Ужыванне праграмы індывідуалізаванай інтэгратыўнай псіхатэрапіі дазваляе знізіць узровень трывогі (па шкале трывогі Шыхана) і дэпрэсіі (па шкале дэпрэсіі Бека) ў дародавым і пасляродавым перыядзе ў цяжарных жанчын з паталагічным прэлімінарным перыядам. Ацэнка эфектыўнасці дазваляе казаць аб зніжэнні эканамічных выдаткаў за кошт змяншэння колькасці аперацый кесарава сячэння.

Ступень выкарыстання: вынікі даследавання ўкаранены ў практыку аддзяленняў паталогіі цяжарнасці ўстанова аховы здароўя «Гарадская клінічная бальніца № 6» і экстрагенітальнай паталогіі цяжарнасці «Рэспубліканскі навукова-практычны цэнтр "Маці і дзіця"», а таксама ў педагагічны працэс кафедраў псіхатэрапіі і медыцынскай псіхалогіі і акушэрства, гінекалогіі і рэпрадуктыўнага здароўя дзяржаўнай установы адукацыі "Беларуская медыцынская акадэмія паслядыпломнай адукацыі».

Вобласць ужывання: псіхатэрапія, псіхалогія, акушэрства-гінекалогія.

РЕЗЮМЕ

Ходжаев Александр Валерьевич

Индивидуализация психотерапевтической коррекции психопатологических проявлений у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом

Ключевые слова: патологический прелиминарный период, психотерапевтическая коррекция, беременные женщины.

Цель исследования: совершенствование системы оказания медицинской помощи беременным женщинам с патологически протекающим прелиминарным периодом путем внедрения психотерапевтических методов.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, статистические методы обработки данных.

Полученные результаты и их новизна: впервые проанализирована динамика психоэмоционального состояния беременных женщин при патологическом прелиминарном периоде.

Предложена программа индивидуализированной интегративной психотерапии беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом в зависимости от выявленных индивидуальных особенностей психопатологического реагирования, психологических и социальных факторов. Проведена сравнительная оценка эффективности предложенной программы с группой беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом и контрольной группой.

Применение программы индивидуализированной интегративной психотерапии позволяет снизить уровень тревоги (по шкале тревоги Шихана) и депрессии (по шкале депрессии Бека) в дородовом и послеродовом периоде у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом.

Оценка эффективности позволяет говорить о снижении экономических затрат за счет уменьшения количества операций кесарева сечения.

Степень использования: результаты исследования внедрены в практику отделений патологии беременности учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №6» и экстрагенитальной патологии беременности РНПЦ «Мать и дитя», а также в педагогический процесс кафедр психотерапии и медицинской психологии и акушерства, гинекологии и репродуктивного здоровья государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Область применения: психотерапия, психология, акушерство-гинекология.

SUMMARY

Khodzhaev Alexander

Individualization psychotherapeutic correction of psychopathological manifestations in pregnant women with pathological preliminary period

Keywords: pathological preliminary period, psychotherapeutic correction, pregnant women.

Objective: to improve the system of care for pregnant women with pathologically flowing preliminary period through the introduction of psychotherapeutic methods.

Methods: clinical-psychopathological, psychometric, statistical methods of data analysis.

The results obtained and their novelty. First analyzed the dynamics of psycho-emotional state of pregnant women with pathological preliminary period.

A program of individualized integrative therapy in pregnant women with abnormal preliminary period, depending on the individual characteristics identified psychopathological response, psychological and social factors. A comparative evaluation of the effectiveness of the proposed program with a group of pregnant women with abnormal preliminary period and the control group.

Application programs individualized integrative psychotherapy can reduce the level of anxiety (on a scale of anxiety Sheehan) and depression (Beck Depression Scale) in the antenatal and postnatal period in pregnant women with pathological preliminary period.

Evaluating the effectiveness suggests reducing the economic costs by reducing the number of caesarean sections.

Degree of application: The results of research are incorporated into practice of the departments of the pathology of pregnancy health institution "City Clinical Hospital № 6" and extragenital pathology of pregnancy "Republican Scientific and Practical Centre" Mother and Child ", as well as in the educational process of psychotherapy and medical departments of psychology and obstetrics, gynecology and reproductive public health educational establishment "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education."

Scope: psychotherapy, psychology, obstetrics and gynecology.