

Результаты применения комплексного медико-профилактического и психотерапевтического подхода при подготовке беременных к родам

БРОНФМАН С.А.	к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ; e-mail: chernenko@mtu-net.ru
ПЕРОВА Е.И.	аспирант кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФППОВ; e-mail: perova-82@mail.ru
КУЧИНОВ А.И.	к.м.н., доцент кафедры нелекарственных методов и клинической физиологии ФППОВ; e-mail: psycho-mma@mtu-net.ru
СМЕКАЛКИНА Л.В.	д.м.н., профессор кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФППОВ; e-mail: smekalkinal@bk.ru

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, Москва, ул. Б. Пироговская, д. 2, стр. 4

Приводятся результаты применения комплексного медико-профилактического и психотерапевтического подхода при подготовке к родам перво — и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности. Впервые апробирован в практике дородовой подготовки метод групповой работы с беременными, включающий хорошо известные психотерапевтические подходы (когнитивно — бихевиоральную психотерапию, позитивную психотерапию, гуманистическую психотерапию) в сочетании с методом неосознаваемого психотерапевтического воздействия (аудиальной психокоррекции), а также обучение дыхательным техникам и специальному комплексу физических упражнений. Среди первородящих снижение уровня тревоги наблюдалось у 71% женщин в основной группе, что статистически значимо ($p < 0,05$) больше, чем у беременных в контрольной группе без дородовой подготовки (18%) и в группе с использованием в дородовой подготовке психообразовательного (лекционного) подхода (29%). Уровень депрессии при этом во всех трех группах менялся незначительно. По данным Опросника «Отношение к предстоящим родам» после занятий в группах дородовой подготовки по разработанной нами методике значимо ($p < 0,05$) повысился процент положительных оценок предстоящих родов (20% и 50% соответственно), в то время как обследуемые, проходившие подготовку с применением психообразовательного подхода, хотя и дали больше положительных оценок (20% и 35% соответственно), однако это отличие не было статистически значимым. Среди обследуемых первородящих, не проходивших дородовой подготовки, количество положительных оценок предстоящих родов практически не изменилось. По данным Опросника «Воспоминания и впечатления о родах» роженицы, проходившие подготовку по разработанной нами методике, дали значимо больше положительных характеристик прошедших родов, чем роженицы из контрольной группы, однако число положительных оценок родов в сравнении с женщинами, проходившими подготовку к родам с использованием психообразовательного подхода, не было статистически значимым.

Ключевые слова: психотерапия, неосознаваемая аудиальная психокоррекция, беременность, тревога, депрессия, дородовая подготовка.

Введение

Беременность, как известно, является периодом повышенного риска для соматического и психического здоровья женщины. Жалобы беременных невротического характера объясняются «особым положением» женщины и, таким образом, игнорируются или ведут к назначению симптоматической медикаментозной терапии [1,3,8].

Результаты ряда исследований продемонстрировали, что стресс в период беременности оказывает негативное влияние на формирование у плода лобной коры и подкорковых структур мозга, ответственных за психическое здоровье младенца, что может приводить к повышению риска возникновения психопатологических нарушений в будущем [9,14].

В ходе исследования, проведенного Н.Nordeng с коллегами [10], было обнаружено, что страх родов является основной причиной повышения частоты назначения психотропных препаратов в третьем триместре беременности; наличие в анамнезе жалоб невротического характера или психических заболеваний в прегравидарный период еще больше повышает вероятность приема беременной психотропных препаратов [10, 14]. Антидепрессанты в период беременности в развитых странах применяют, по разным данным, от 5% до 14% женщин [11,15]. Данные относительно безопасности применения антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и других антидепрессантов во

время беременности противоречивы [6, 11]. Однако в связи с тем, что примерно 13% женщин в третьем триместре используют антидепрессанты [4, 13], а более 80% практически здоровых женщин принимают в период беременности хотя бы один лекарственный препарат (кроме витаминов) [8, 12], отдельное влияние антидепрессантов на исход беременности и здоровье плода оценить сложно.

Таким образом, как акушеры-гинекологи, так и врачи-психотерапевты оказываются в затруднительном положении: с одной стороны, хорошо известен факт, что отсутствие лечения психических расстройств само по себе оказывает негативное влияние как на мать, так и на ребенка, а с другой стороны, необходимо учитывать потенциальный риск воздействия психотропного препарата на плод [2, 7].

В ходе работы по исследовательской программе лечения депрессии Национального института по лечению психических расстройств было проведено сравнительное исследование эффективности клиентцентрированной (гуманистической, позитивной) психотерапии. Было обнаружено, что клиентцентрированная психотерапия сопоставима по эффективности с трициклическими антидепрессантами (ТЦА) и когнитивно-поведенческой психотерапией (КБТ) при лечении депрессии легкой или умеренной степени тяжести [5, 14].

В ходе единственного опубликованного на сегодняшний день исследования клиентцентрированной (гуманистической) психотерапии у беременных женщин с тревожной депрессией также были получены положительные результаты такой психотерапии в формате индивидуальной психотерапии (отмечалось значительное улучшение по трем шкалам — Эдинбургская шкала депрессии, опросник Бека и шкала депрессии Гамильтона) [12].

Однако данные по эффективности групповой психотерапии беременных в рамках дородовой подготовки до сих пор отсутствуют.

Объект и методы исследования

В настоящем исследовании приняло участие 180 беременных в возрасте от 22 до 46 лет на сроке беременности 32—34 недели, обратившихся в поликлиническое отделение ФГУ НЦАГиП им. Кулакова Минздрава РФ с целью динамического наблюдения и родоразрешения в данном лечебном учреждении.

Критерии включения:

1. Отсутствие тяжелой хронической соматической патологии в анамнезе, в том числе таких заболеваний, как сахарный диабет, артериальная гипертония, аутоиммунные заболевания и пр.

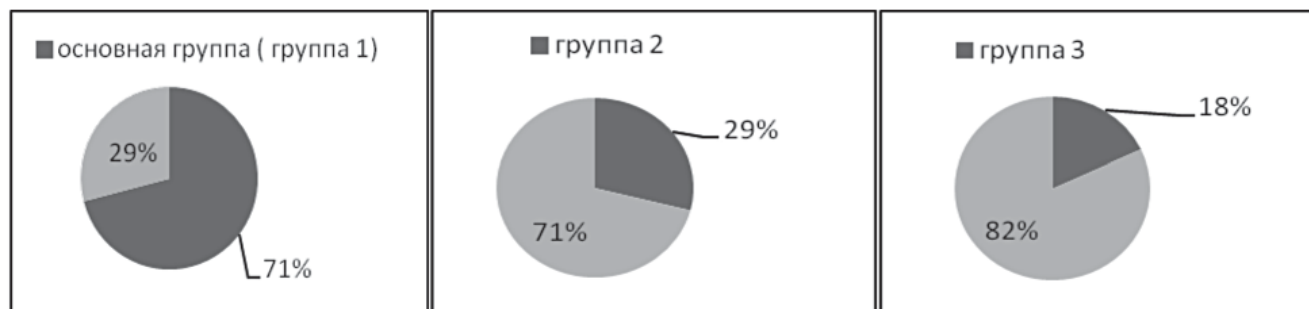


Рис. 1. Динамика снижения уровня тревоги у первородящих женщин.

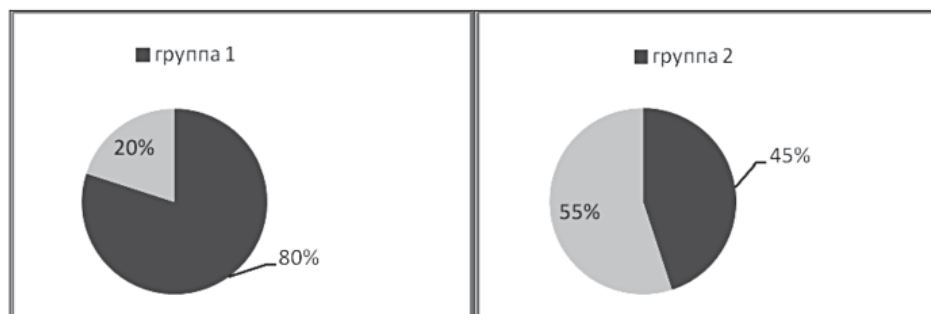


Рис. 2. Динамика снижения уровня тревоги у повторнородящих женщин.

2. Отсутствие тяжелой психической патологии, в том числе шизофрении, биполярного аффективного расстройства, эпилепсии.

3. Отсутствие пороков развития репродуктивной сферы, рубца на матке после оперативных вмешательств, тяжелой патологии репродуктивной сферы в анамнезе.

4. Согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

1. Тяжелая патология беременности (преэклампсия, анемия тяжелой степени, артериальная гипертония, угроза прерывания беременности, требующая лечения в стационаре и пр.).

2. Беременные с запланированным в дальнейшем родоразрешением путем кесарева сечения по медицинским показаниям.

3. Беременные после процедуры ЭКО.

4. Отказ от участия в исследовании.

Из методов исследования применялись: клинико-психопатологический, психологический, клинико-анамнестический и статистический.

Из 180 обследованных беременных было 130 первородящих и 50 — повторнородящих.

Медиана возраста первородящих составила 27 лет (22—41), повторнородящих — 34 года (25—46). Медиана интергенеративного интервала у повторнородящих составила 4 года (2—11).

Все женщины, участвовавшие в исследовании, являются жительницами Москвы или Московской области. Все беременные имели образование не ниже среднего, из них 33% — высшее образование, 47% — незаконченное высшее, 20% — среднее специальное.

Помимо стандартного акушерско-гинекологического обследования с каждой беременной было проведено подробное клиническое интервью врачом-психотерапевтом (с оценкой обследуемых женщин по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона). В клиническом интервью с врачом-психотерапевтом особое внимание было уделено отношениям беременной с отцом будущего ребенка, отношениям с родителями (особенно с матерью), мотивам зачатия (сохранения беременности). Кроме того, было проведено психологическое исследование беременных (до и после участия в группах дородовой подготовки) с применением таких методик, как шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилберга—Ханина, опросник «Отношение к предстоящим родам» (модифицирован по Завьяловой) и опросник «Воспоминания о родах». Первый опросник мы использовали до и после занятий в группах дородовой подготовки (а также в контрольной группе), второй — в послеродовом отделении, на

3—4-е сутки после родов. Первый опросник состоит из семи высказываний, из которых необходимо выбрать одно, наиболее соответствующее чувствам беременной в данный момент (высказывания поделены на группы: «положительное отношение», «нейтральное отношение», «отрицательное отношение»). Второй опросник состоит из пяти высказываний, из которых также необходимо выбрать одно (высказывания поделены на группы аналогичным образом).

Все беременные, выразившие согласие на участие в группах дородовой подготовки, были рандомизированы на три группы (для первородящих): в одной из групп (группа 1) подготовка беременных к предстоящим родам проводилась с использованием разработанного нами комплексного медико-профилактического и психотерапевтического подхода, который заключается в сочетании психотерапевтического воздействия (когнитивно-поведенческая психотерапия, позитивная психотерапия в сочетании с методом аудиальной психокоррекции) с обучением беременных дыхательным техникам и занятиями специальной гимнастикой — восемь групповых занятий; во второй группе (группа 2) применялся психообразовательный подход (лекционный курс) в виде восьми групповых занятий по 2 часа, 2 раза в неделю в сочетании с обучением правильному дыханию и специальной гимнастике; в третьей группе (группа 3) обследуемых никакой специальной подготовки к родам не проводилось (группа контроля).

Повторнородящие были рандомизированы на 2 группы: в первой группе проводились занятия с использованием разработанного нами комплексного медико-профилактического и психотерапевтического подхода (см. выше) — восемь групповых занятий; во второй применялся психообразовательный подход (по 2 часа, 2 раза в неделю).

Для статистической обработки полученных данных были использованы методы параметрической и непараметрической статистики. Для оценки статистической значимости различий использовались методы непараметрической статистики — критерий χ^2 (хи-квадрат).

Во всех случаях в качестве порогового значения уровня значимости принималась величина $p=0,05$ (5%). Выводы, для которых уровень значимости оказывался $p<0,05$, признавались достоверными.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 180 беременных от участия в группах отказались 26 первородящих и 10 повторнородящих. Таким образом, в исследовании сравнительной эффективности разных методов дородовой подготовки беремен-

Выводы

ных приняли участие 144 беременных (104 первородящих и 40 повторнородящих).

При анализе возможных факторов, повлиявших на отказ участвовать в группах дородовой подготовки, нами была выявлена закономерность: все отказавшиеся первородящие имели низкий уровень тревоги и отсутствие позитивной мотивации по отношению к будущему ребенку [16, 17]. Вероятно, в данной ситуации мы имеем дело с гипогестогнозическим вариантом психологического компонента гестационной доминанты либо с эйфорическим ее вариантом [1].

Все повторнородящие, отказавшиеся от участия в работе группы, выказали сожаление и сослались на недостаток времени из-за ухода за старшим ребенком.

Среди первородящих снижение уровня тревоги в группе 1 наблюдалось у 71% женщин, что значительно больше ($p < 0,05$), чем у беременных в группах 2 (29%) и 3 (18%) (рис.1). Уровень депрессии у обследуемых всех трех групп менялся незначительно.

У повторнородящих из группы 1 также наблюдалось снижение уровня тревоги у 80% беременных, что значительно больше ($p < 0,05$), чем в группе 2 (45%) (рис. 2).

По данным Опросника «Отношение к предстоящим родам» после занятий в группах дородовой подготовки по разработанной нами методике (группа 1) значительно ($p < 0,05$) повысился процент положительных оценок предстоящих родов (20% и 50% соответственно), в то время как обследуемые, проходившие подготовку в группе 2, хотя и дали больше положительных оценок (20% и 35% соответственно), однако, это отличие не было статистически значимым. Среди обследуемых первородящих, не проходивших дородовой подготовки (контрольная группа, группа 3), количество положительных оценок предстоящих родов практически не изменилось.

По данным Опросника «Воспоминания о родах» положительную оценку прошедшим родам дали 65% женщин (перво- и повторнородящих), которые проходили дородовую подготовку по разработанной нами методике, что значительно превысило процент женщин, давших положительную оценку прошедшим родам (25%), из тех, кто не проходил дородовой подготовки. Из женщин, проходивших дородовую подготовку с использованием психообразовательного подхода в сочетании с обучением дыхательным техникам и специальному комплексу физических упражнений (группа 2), положительно оценили собственные роды всего 45% рожениц, однако, в сравнении с числом женщин из группы 1, оценивших положительно собственные роды, это отличие не было статистически значимым.

1. Применение нового комплексного психотерапевтического подхода в рамках групповой дородовой подготовки беременных в третьем триместре позволило снизить уровень тревоги у 71% женщин, что значительно больше ($p < 0,05$), чем в группе беременных, не проходивших дородовой подготовки или проходивших подготовку с использованием психообразовательного (лекционного) подхода.

2. Применение данного психотерапевтического подхода позволяет значительно ($p < 0,05$) повысить процент положительной оценки беременными предстоящих родов (20% и 50% соответственно, по данным Опросника «Отношение к предстоящим родам»).

3. Положительную оценку прошедшим родам (по данным Опросника «Воспоминания о родах») дали 65% рожениц из тех, кто проходил дородовую подготовку с применением нового комплексного психотерапевтического подхода, что значительно больше ($p < 0,05$), чем среди рожениц, не проходивших дородовой подготовки (25%).

Список литературы

1. Добряков И.В. Перинатальная психология. — СПб: Питер, 2010.
2. Bonari L., Pinto N., Ahn E., Einarson A., Steiner M., Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry*. 2004. — Vol. 49. — P. 726—735.
3. Browning C. A. Using music during childbirth. *Birth*. — 2000. — Vol. 27. — P. 272—276.
4. Cooper W.O., Willy M.E., Pont S.J., Ray W.A. Increasing use of antidepressants in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. — 2007. — Vol. 196. — P. 544—555.
5. Elkin I., Shea T., Watkins J. T., Imber S. D., Sotsky S. M., Collins J. F., et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*. — 1989. — Vol. 46. — P. 971—982.
6. Field T. Prenatal Depression and Antidepressants. *The International Journal of Neuroscience*. — 2008 In Press.
7. Grote N.K., Bridge J.A., Gavin A.R., Melville J.L., Iyengar S., Katon W.J. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. — 2010. — Vol. 67. — P. 1012—1024.
8. Headley J., Northstone K., Simmons H., Golding J. Medication use during pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Eur J Clin.Pharmacol*. — 2004. — Vol. 60. — P. 355—361.
9. Lupien S.J., Mc Ewen B.S., Gunnar M.R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. — 2009. — Vol. 10 (6). — P. 434—445.
10. Nordeng H., Hansen C., Garthus-Niegel S., Eberhard-Gran M. Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Arch.Womens Ment Health*. — 2012, Jun. — Vol. 15 (3). — P. 203—209.

11. Ramos E., Oraichi D., Rey E., Blais L., Bйrard A. Prevalence and predictors of antidepressant use in a cohort of pregnant women. — BJOG, 2007. — Vol. 114 (9). — P. 1055—64.

12. Spinelli M.G., Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. The American Journal of Psychiatry. — 2003. — Vol. 160. — P. 555—562.

13. Spitzer R. L., Williams J.B., Kroenke K. et al. — 2000.

14. Van den Bergh B. R., Mulder E. J., Mennes M., Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review // Neurosci Biobehav Rev. — 2005. — Vol. 29 (2). — P. 237—58.

15. Ververs T., Kaasenbrood H., Visser G., Schobben F., de Jong-van den Berg L., Egberts T. Prevalence and patterns

of antidepressant drug use during pregnancy. Eur J. Clin Pharmacol 2006. — Vol. 62 (10). — P. 863—70.

16. С.А. Бронфман, Е.И. Перова, Л.М. Кудаева. Сравнительное исследование клиническо — психопатологических особенностей перво — и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности // Вестник новых медицинских технологий. — 2014. — №1. — раздел 2-1 (электронный журнал).

17. С.А. Бронфман, Е.И. Перова, Л.М. Кудаева. Исследование частоты встречаемости различных мотивов зачатия (сохранения беременности) и их связь с уровнем тревоги у перво — и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности // Вестник новых медицинских технологий. — 2014. — №1. — раздел 2-1 (электронный журнал).

Results of complex medical-prophylactic and psychotherapeutic approach in pre-labor training of pregnant women

PEROVA E.I., BRONFMAN S.A., SMEKALKINA L.V., KUCHINOV A.I.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; Moscow, B. Pirogovskaja st., 2, bld.4.

This article contains results of the implementation of a complex medical-prophylactic and psychotherapeutic approach in pre-labor training of primiparous and multiparous women in the third trimester of pregnancy. In primiparous women a decrease in anxiety level was observed in 71% in the main, which is significantly ($p < 0,05$) higher, than in pregnant women in the control group without pre-labor training (18%). In multiparous women in the 1st group the decrease of anxiety level was observed in 80% of cases, which is significantly higher ($p < 0,05$), than in the 2nd group (45%). Depression level in the three groups varied insignificantly. According to the questionnaire «Attitude to the oncoming delivery», after the pre-labor training according to our methodology, in pregnant women in the 1st group we observed a significant increase ($p < 0,05$) of positive expectations concerning the oncoming delivery (20% and 50%, respectively). Women who underwent training in the second group, also demonstrated more positive expectations (20% and 30%, respectively), but the difference didn't reach statistical significance. According to the questionnaire «Recollection and impression after delivery» women, who underwent training in the 1st group demonstrated significantly more positive references of delivery, compared to women from the control group. The number of positive opinions about delivery, compared to women who underwent training in psychoeducational program was not significantly different.

Key words: psychotherapy, pregnancy, anxiety, depression, pre-labor training.