

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

УДК 618.3-06

Перова Е.И., Бронфман С.А., Смекалкина Л.В., Кудяева Л.М., Шерина Т.Ф.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

EFFICACY OF NON-PHARMACOLOGIC TREATMENT OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY (LITERATURE REVIEW)

Perova EI, Bronfman SA, Smekalkina LV, Kudaeva LM, Sherina TF
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Психические расстройства являются серьезной социальной и медицинской проблемой. По данным ВОЗ, не менее 14% женщин репродуктивного возраста страдают тем или иным психическим расстройством [1, 2, 3].

Многие исследователи полагают, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений [3, 4, 5, 6].

В настоящее время все больше внимания уделяется влиянию психоэмоционального состояния женщины на репродуктивную функцию, течение беременности и перинатальные исходы [1, 2, 7, 8, 9]. В последние годы в развитых странах отмечается увеличение частоты различных психических расстройств у женщин репродуктивного возраста таких как повышенная тревожность, апатия, нарушения сна, сниженное настроение, упадок сил и пр.; увеличилась доля женщин, принимающих психотропные препараты как по рекомендации врача – психотерапевта, так и принявших решение о приеме лекарственных препаратов по рекомендации семейных врачей или самостоятельно [4, 5]. Замечено, что во всем мире увеличивается и число женщин, испытывающих тревогу в течение всей беременности и так же, как и в популяции в целом, принимающих в связи с этим психотропные препараты. Акушеры, педиатры, неонатологи и семейные врачи выражают по этому поводу серьезные опасения и заинтересованы в поиске альтернативных методов коррекции психоэмоциональных состояний беременных в связи с тем, что применение лекарственных препаратов считается небезопасным, прежде всего, для малыша в утробе матери [6, 7].

Некоторые авторы, исследуя психические нарушения у беременных, отмечают наличие у них эмоционального или физиологического дискомфорта [12, 15, 16]. Анализ клинических интервью и результатов психологического обследования показал, что у здоровых беременных в 73% случаев выявляются психоэмоциональные изменения [6, 8, 17, 18], в части случаев относящиеся к диагностической категории МКБ-10 «нарушения адаптации» [4, 19, 20], а также невротическая реакция [19, 20, 21]. Кроме того, отмечаются так называемые донозологические психические изменения, к которым относят субкомпенсированный и деком-

пенсированный тип реагирования на беременность [9, 22].

В последние годы появились исследования по изучению уровня тревоги у беременных. При изучении клинко – психопатологических и личностных особенностей беременных в динамике при физиологической беременности был обнаружен возрастающий к третьему триместру беременности уровень личностной и ситуативной тревожности [6, 8, 25, 26]. Некоторые авторы высказывают предположение, что некоторое повышение тревоги в этот период связано с «гомеостатической целесообразностью» [16, 25, 26], а именно с эволюционной направленностью на рождение здорового потомства, и рассматривают не резко выраженное повышение тревоги при беременности как процесс адаптивный, т.е. физиологически необходимый («условно нормальный» уровень тревоги при беременности. А.Е. Волков, основываясь на представлении о физиологических рамках, границы которых определены «гомеостатической целесообразностью» [26], а именно рождением здорового потомства, рассматривает тревогу при беременности как процесс адаптивный, т.е. физиологически необходимый [13, 20, 26, 30, 31]. Многие авторы также считают, что повышенный уровень тревоги во время беременности, но не превышающий определенного уровня, можно назвать «условно нормальным уровнем тревоги», свидетельствующим о правильном формировании психологического компонента гестационной доминанты [20, 22]. Однако высокий уровень тревоги во время беременности, кроме известного отрицательного влияния на физическое состояние матери и плода [2, 3, 6, 8], по мнению ряда исследователей, коррелирует с сильным страхом родов [28, 29, 30, 32]. Так, гипотеза о том, что у женщин с тревожными и депрессивными расстройствами повышена вероятность возникновения страха родов (токофобия), по сравнению с женщинами без психических расстройств, подтверждена проведенными исследованиями [28, 29]. Токофобия определяется как интенсивный страх, при котором женщина от одной мысли о родах испытывает состояние ужаса и по этой причине старается избежать беременности [30].

Страх родов может возникать как у первородящих, так и у повторнородящих женщин, однако, по мнению K. Spice, S.L. Jones и соавт., у первородящих распространенность страха родов наиболее высока [29]. С. Nilsson и соавт. выявили закономерность, что женщины, уже имеющие опыт родов, более уверены в себе и спокойны, однако они отмечают, что в случае ранее перенесенного негативного опыта родов резко возрастает вероятность страха родов при повторной беременности [31].

В ходе масштабного проспективного когортного исследования 25 297 здоровых женщин, проведенного в Дании в период с 1997 по 2003 г., была установлена связь страха родов и дискоординации родовой деятельности [2, 3]. Страх и тревога во время беременности приводят к нарушению физиологического течения родов, вызывая нарушение сократительной деятельности миометрия, увеличивают продолжительность второго периода родов (а также асфиксии плода, слабости родовой деятельности) и являются наиболее распространенным показанием для кесарева сечения [32, 33].

Наиболее высокий уровень тревоги регистрируется в 1 и 3 триместрах беременности и послеродовом периоде. Возрастание уровня тревоги в 1 триместре коррелирует с изменениями самочувствия в рамках астенического состояния (тошнота, рвота, нарушение сна, аппетита), совпадающего по времени с наступлением беременности. К факторам, влияющим на повышение тревоги в 3 триместре, относят эмоционально негативные переживания будущих матерей в связи с субъективным ощущением потери своей женской привлекательности, изменением формы тела, страхом перед родами, опасением за исход беременности. Показано, что независимо от срока беременности, максимальное стрессовое воздействие оказывают тревожные опасения за здоровье ребенка, исход беременности в связи с наличием акушерских осложнений, а также семейные конфликты и материально-бытовое неблагополучие [5, 22, 30]. В некоторых исследованиях показано, что депрессивная симптоматика при беременности встречается не менее чем у 45% женщин, но у первородящих наблюдается в 2 раза чаще, чем у повторнородящих [20, 22]. А неадекватно высокий или, наоборот, низкий уровень тревоги (свидетельствующий о формировании дезадаптивного типа психологического компонента гестационной доминанты) встречается, по мнению ряда исследователей, в основном, среди первородящих [20, 22, 30].

Неудивительно, что при опросе пациенток женских консультаций о необходимости специализированной психологической помощи при беременности положительный ответ дали более 89% опрошенных [22, 39]. Методы дородовой подготовки дают возможность женщине лучше эмоционально адаптироваться к состоянию беременности и снизить тревогу ожидания родов, связанную как с ожиданиями родовой боли, так и со страхами за свое здоровье и здоровье ребенка. Кроме того, комплексная психотерапевтическая дородовая подготовка способствует профилактике послеродовой депрессии, улучшает перинатальные исходы, повышая качество жизни матери и ребенка [6, 12, 31].

Среди часто используемых методов нелекарственной коррекции психоэмоциональных состояний при беременности наиболее изучены такие как музыкотерапия, психообразовательные (психофизиологические) методы, дыхательные и релаксационные методики, а также различные виды психотерапевтической коррекции.

1. Музыкотерапия

Одним из эффективных терапевтических инструментов в рамках интегративных медицинских подходов является использование музыки, которая, нейтрализуя негативные эмоции, повышает порог стрессоустойчивости, способствует гармонизации внутренних процессов, помогает беременной женщине достичь более глубокого расслабления [38, 41, 42]. В течение курса занятий о музыкотерапии отмечается достоверная и положительная динамика состояния беременных по показателям уровня тревоги [42]. Кроме того, у женщин после сеансов музыкальной терапии происходила нормализация ЧСС, возросла выносливость. Благополучные роды, по данным авторов исследований [42], наблюдалось у значимо большего числа женщин, чем в контрольной группе. Кроме того, у женщин, которым было проведено родоразрешение путем кесарева сечения на фоне музыкотерапии, наблюдалось значительное снижение уровня тревоги и повышение удовлетворенности от проведенной операции [9, 39]. Применение резонансной музыкотерапии при ведении беременных высокого риска показало снижение уровня тревоги по шкале Спилбергера [22, 42].

2. Психообразовательные методики (психопрофилактический подход)

В работе с беременными также используют психообразовательный (психопрофилактический) подход, целью которого является снятие страха перед родами, снижение тревоги. Психопрофилактический подход включает различные групповые образовательные программы для изменения отношения женщины к беременности и родам. Занятия проходят в группах по 6–8 человек, как правило, 2–3 раза в неделю длительностью 2–3 академических часа и включают в себя лекции о течении беременности, родов и уходе за новорожденным, тренинг с использованием специальных упражнений и видеоматериалов, беседы со специалистами. В ходе одного рандомизированного клинического исследования, включавшего 176 беременных женщин со страхом родов, на фоне проведения психофизиологической подготовки отмечалось уменьшение страха перед родоразрешением через естественные родовые пути [22, 39]. Формат работы состоял из десяти групповых сессий (основная группа — 85 женщин), 91 женщина получала стандартную терапию. Несмотря на отсутствие снижения общего уровня тревоги в группе активного вмешательства по сравнению с контролем, отмечалось снижение страха боли в родах ($p=0,04$).

3. Релаксационные методы

К методам релаксации относятся, в частности:

Прогрессивная релаксация – метод снижения нервно – мышечного напряжения. Основной идеей является обучение приемам произвольного напряжения и расслабления различных групп мышц и всего тела.

Аутогенная тренировка – это тренировка мышечного расслабления через аутогипноз (самовнушение) в состоянии аутогенной погруженности. Считается, что лечебное действие аутогенной тренировки заключается в усилении тонуса определенных отделов нервной системы, что сопровождается нейтрализацией стрессового состояния организма [9, 15].

Медитация – особый процесс организации внимания, его концентрации на выбранных объектах, отношение к которым определяет желаемые цели, качество желаемых состояний [13, 15, 17].

БОС – это процесс обучения произвольному осознанному регулированию психофизиологических пара-

метров организма с использованием систем внешней обратной связи. Данный метод используют для коррекции физиологических и эмоциональных состояний во время беременности [19, 21].

Креативная визуализация – сознательное представление картинок определенного содержания. Во время беременности в качестве позитивно окрашенных образов могут выступать процессы развития в природе.

Релаксация – это состояние бодрствования, характеризующиеся пониженной психофизиологической активностью, которое ощущается во всем организме или в отдельной его системе. Во время беременности релаксация, кроме всего прочего, помогает сконцентрировать внимание на ощущениях своего тела и благодаря этому получить осознанный опыт переживания новых эмоциональных и физических состояний.

Анализ рандомизированного контролируемого исследования 58 беременных женщин, которые применяли активную и пассивную релаксацию, показал значительное снижение тревожности, частоты сердечных сокращений (ЧСС) матери, а также концентрации кортизола в сыворотке крови в обеих группах по сравнению с исходными показателями. При этом в группе активного вмешательства (специальные методы, подразумевающие руководство процессом релаксации извне, прогрессивная релаксация) отмечалось снижение уровня тревоги и ЧСС по сравнению с группой пассивной релаксации (аутогенная тренировка) [34,35,36].

4. Психокоррекционные подходы

Результаты исследований А.М. Costei, Е. Kozzer, Т. Но и соавт. показывают, что тревожные расстройства хорошо поддаются лечению с помощью когнитивно-бихевиоральной терапии [35, 37, 38]. I. Elkin и соавт. установили, что эффективность клиент-центрированной психотерапии сопоставима с эффективностью имипрамина (антидепрессанта из группы ТЦА) и когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении депрессии легкой или умеренной степени тяжести [36]. Как отмечают R. Reay, Y. Fisher, M. Robertson и соавт., у женщин, проходивших не менее 10 сеансов (сессий) индивидуальной клиент – центрированной психотерапии, отмечалось значительно более выраженное снижение балла по шкале депрессии Гамильтона и по опроснику Бека [37].

Комплексный психотерапевтический метод подготовки беременных к родам, включающий как 8–10 индивидуальных сессий краткосрочной позитивной и рациональной психотерапии, направленных на выработку сознательного отношения беременной ко всем процессам, которые происходят в ее организме, так и дополнительно включенных 8–10 сеансов позитивного неосознаваемого аудиального воздействия в течение 30 минут каждый. По результатам проведенного исследования у 50 женщин, включенных в основную группу, показало значимое снижение повышенного уровня тревоги в сравнении с контрольной группой и уменьшения субъективного переживания родовой боли, что позволило снизить медикаментозную нагрузку и уменьшить число осложнений в родовом и послеродовом периоде [46].

Психотерапевтическая программа по кинезиологии в дородовой подготовке, включающая два направления «Гимнастика мозга» и «Оздоровливающие прикосновения», показала высокую эффективность: так, по данным авторов методики [45, 47] в группе беременных, проходивших подготовку к родам с включением программ по образовательной кинезиологии, беременность в 2 раза

реже осложнялась угрозой прерывания, гестозом – в 6,5 раз; авторы отмечают благоприятное влияние программы на течение родового процесса, особенно на течение первого периода родов.

Заключение

Психотерапевтическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам, ориентированная на коррекцию психического статуса и личностных проблем, а также смягчение воздействия потенциальных факторов риска, способствует оптимизации психического состояния беременных. Методы дородовой подготовки дают возможность женщине уменьшить негативные ожидания родовой боли, снизить тревогу. Кроме того, комплексная психотерапевтическая дородовая подготовка способствует профилактике послеродовой депрессии, улучшает перинатальные исходы, повышая качество жизни матери и ребенка.

Однако создается впечатление, что сравнительная эффективность различных методов дородовой подготовки остается малоизученной с точки зрения доказательной медицины. Прежде всего, возникает вопрос о выработке единых критериев оценки эффективности такой подготовки. Так, одним из критериев, используемых в настоящее время, является снижение уровня тревоги у беременных. Но, как было показано многими авторами [20, 22], некоторое повышение уровня тревоги (но не более чем 18 баллов по шкале тревоги Гамильтона) является «условно нормальным» в период беременности и особенно к третьему триместру и свидетельствует о правильном формировании психологического компонента гестационной доминанты [22, 30]. И, наоборот, низкий уровень тревоги (как, впрочем, и очень высокий) говорит об обратном. Следовательно, единственный выбранный критерий (снижение уровня тревоги) не может считаться приемлемым для оценки эффективности дородовой подготовки. Необходимо выработать параметры (критерии) эффективности методов дородовой подготовки, включающие как объективно измеряемые, так и ориентированные на субъективно – личностную оценку беременными и родильницами. Причем, важнейшим критерием оценки должны стать сравнительные данные, указывающие на достоверно значимые различия в самочувствии и поведении беременных и рожениц как с точки зрения акушеров женских консультаций (ЖК) и родильного зала, так и ретроспективную оценку родов самими родильницами (на 3–4 сутки после родов и спустя 1–2 месяца после родов и более). Для достижения этих целей необходимо, с нашей точки зрения, создание прошедших экспертную оценку опросников для акушеров, беременных и родильниц. При этом необходимыми условиями проведения исследования должно быть соответствие критериям доказательности научного исследования («ослепление», экспертная оценка, достаточное число респондентов, строгое соблюдение критерия рандомизации при наборе групп и пр.) для рекомендации к применению в условиях ЖК, перинатальных центров и центров родовспоможения. Необходимость проведения клинических исследований эффективности различных методов и направлений в области перинатальной медицины и психологии продиктована, как было сказано выше, отсутствием критериев оценки качества дородовой подготовки, в том числе психокоррекционных (психотерапевтических) подходов к сопровождению беременных, учитывающих, кроме того, индивидуальные особенности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. De Tychey C., Spitz E., Briancon S., Lighezzolo J., Girvan F., Rosati A. et al. Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *J. Affect. Disord.* 2005; 85: 323–26.
2. Giardinelli L., Innocenti A., Benni L., Stefanini M.C., Lino G., Lunardi C. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch. Women's Ment. Health.* 2012; 15 (1): 21–30.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей – М.: МИА, 2007. - 256 с.
4. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология. – СПб.: ИАГ РАМН им. Д.О. Отта. – 1996.
5. Боровикова Н.В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины // Перинатальная психология и нервно – психическое развитие детей: тезисы конференции 27 мая 1998 года.
6. Спивак Л. И., Щеглова И.Ю., Спивак Д.Л. Нервно-психическое расстройство при беременности и в родах. – СПб., 1998.
7. Hobfoll S., Ritter C., Lavin J., Hulsizer M., Cameron R. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995; 63 (3): 445–53.
8. Кочнева М. А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.. 1992.
9. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. – СПб.. 2001. – 318 с
10. Lancaster C., Gold K., Flynn H., Yoo H., Marcus S., Davis M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J. Obstet. Gynecol.* 2010; 202 (1): 5–14.
11. Vesga-López O., Blanco C., Keyes K., Olfson M., Grant B., Hasin D. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2008; 65 (7): 805–15.
12. Рыжков В.Д. Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1992.
13. Cohen L. S. Psychological aspects of pregnancy. – New York. 1994.
14. Mamelle N., Segueilla M., Munoz F., Berland M. // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* – 1997. – Oct. – P. 947–952.
15. Вейн А. М., Соловьева А. Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. – М., 1973.
16. Ласая Е.В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных // *Медицинские новости.* – 2003. - № 5. – с.3-7.
17. Kumar R. Complications at pregnancy. – New York, 1982.
18. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // *Вопросы психологии.* – 2002. – № 1. – с. 59–69.
19. Божко С.А., Бекетов Ю.А., Кошелев В.В. Эффективность применения нелекарственных методов лечения больных неврастениями // *Вестник восстановительной медицины.* – 2008. – №2. – с. 20–22.
20. Бронфман С.А., Перова Е.И., Кудяева Л.М. Сравнительное исследование клинико – психопатологических особенностей перво – и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности // *Вестник новых медицинских технологий.* – 2014. – (электронный журнал). –раздел № 2-3.
21. Шевцов С.А., Божко С.А., Смекалкина Л.В., Миненко И.А. Восстановительное лечение депрессивных расстройств невротического уровня // *Вестник восстановительной медицины.* – 2007. - №4. – с. 81–85.
22. Добряков И.В. Перинатальная психология и психиатрия // *Детская психиатрия. Учебник (под ред. Э.Г. Эйдемиллера).* – СПб.: Питер, 2005.
23. Faisal-Cury A., Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch. Women's Ment. Health.* 2007; 10 (1): 25–32.
24. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M., Chong C.S., Chui H. W., Fong D.Y. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet. Gynecol.* 2007; 110 (5): 1102–12.
25. Сахаров Е.А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: Автореф. дис канд. мед. наук. – Л.. 1990.
26. Волков А. Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом: Автореф. дис канд. мед. наук. – Ростов н/Д. 1995
27. Lederman R.P., Lederman E., Work B. A. Jr., McCann D.S. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978; 132(5): 495–500.
28. Alder J., Fink N., Bitzer J., Hösl I., Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2007; 20 (3): 189-209.
29. Teixeira C., Figueiredo B., Conde A., Pacheco A., Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J. Affect. Disord.* 2009; 119(1-3): 142-8.
30. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Издательство Института психотерапии, 2002.
31. Щеглова И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1992.
32. Dayan J., Creveuil C., Marks M.N., Conroy S., Herlicoviez M., Dreyfus M. et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom. Med.* 2006; 68(6): 938-46.
33. Evans L.M., Myers M.M., Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Arch. Women's Ment. Health.* 2008; 11(3): 239-48.
34. Rond P., Ferreira R., Nogueira F., Ribeiro M., Lobert H., Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2003; 57(2): 266-72.
35. Lupien S.J., McEwen B.S., Gunnar M.R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10(6): 434-45.
36. Короткова Н.А. Влияние беременности и родов на возникновение послеродового стресса и психовегетативных нарушений у родильниц: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2011.
37. Dayan J., Creveuil C., Marks M.N., Conroy S., Herlicoviez M., Dreyfus M. et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom. Med.* 2006; 68(6): 938-46.
38. Evans L.M., Myers M.M., Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Arch. Women's Ment. Health.* 2008; 11(3): 239-48.
39. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. – СПб.: Союз, 1998.
40. Evans L.M., Myers M.M., Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Arch. Women's Ment. Health.* 2008; 11(3): 239-48.
41. Самсонова Г.О. Музыкальная психотерапия в комплексе реабилитационных технологий: опыт применения в отечественной и зарубежной практике // *Вестник восстановительной медицины.* – 2013. - №1. –с.31-37.
42. Толчинская Е.А. Динамика психического состояния беременных женщин в процессе музыкотерапии : авт. диссерт. канд. психол. наук. –Спб. – 2010. – 23 с.
43. Lupien S.J., McEwen B.S., Gunnar M.R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10 (6): 434-45.
44. Sikkema J.M., Robles de Medina P.G., Schaad R.R., Mulder E.J., Bruinse H. W., Buitelaar J.K. et al. Salivary cortisol levels and anxiety are not increased in women destined to develop preeclampsia. *J. Psychosom. Res.* 2001; 50(1): 45-9.
45. Качалина Т.С., Лохина Е.В. Применение новых методов психологического сопровождения беременности и психопрофилактической подготовки к родам // *Медицинский альманах.* – 2013. -№6.
46. Кучинов А.И., Стеняева Н.Н., Перова Е.И., Аполихина И.А. Способ комплексной психотерапевтической подготовки беременных к родам // Патент РФ № 2515763 от 20.05.2014 г.
47. Мамышева Н.Л. Непсихотические расстройства у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск. 1995.

REFERENCES:

1. De Tychey C., Spitz E., Briancon S., Lighezzolo J., Girvan F., Rosati A. et al. Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *J. Affect. Disord.* 2005; 85: 323-26.
2. Giardinelli L., Innocenti A., Benni L., Stefanini M.C., Lino G., Lunardi C. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch. Women's Ment. Health.* 2012; 15 (1): 21-30.
3. Smulevich A.B. *Depressii v obshchej medicine: Rukovodstvo dlja vrachej* – M.: MIA, 2007. - 256p.
4. Abraamchenko V.V. *Klinicheskaja perinatologija*. – SPb.: IAG RAMN im. D.O. Otta. – 1996.
5. Borovikova N.V. *Psihologicheskie aspekty transformacii Ja-koncepcii beremennoj zhenshhiny // Perinatal'naja psihologija i nervno – psihicheskoe razvitie detej: tezisy konferencii 27 maja 1998 goda.*
6. Spivak L. I., Shheglova I.Ju., Spivak D.L. *Nervno-psihicheskie rasstrojstva pri beremennosti i v rodah*. – SPb., 1998.
7. Hobfoll S., Ritter C., Lavin J., Hulsizer M., Cameron R. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995; 63(3): 445-53.
8. Kochneva M. A. *Osobennosti i rol' psihologicheskikh reakcij beremennyh zhenshhin v razvitii oslozhnenij beremennosti i rodov: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk.* – M., 1992.
9. Kovalenko N.P. *Psihoprofilaktika i psihokorrekcija zhenshhin v period beremennosti i rodov*. – SPb. 2001. – 318 p.
10. Lancaster C., Gold K., Flynn H., Yoo H., Marcus S., Davis M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J. Obstet. Gynecol.* 2010; 202(1): 5-14.
11. Vesga-López O., Blanco C., Keyes K., Olfson M., Grant B., Hasin D. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2008; 65(7): 805-15.
12. Ryzhkov V.D. *Kliniko-psihologicheskie osobennosti astenicheskikh sostojanij u beremennyh zhenshhin, ih psihoterapija i farmakoterapija: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk.* – SPb., 1992.
13. Cohen L. S. *Psychological aspects of pregnancy*. – New York. 1994.
14. Mamelle N., Segueilla M., Munoz F., Berland M. // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* – 1997. – Oct. – P. 947–952.
15. Vejn A. M., Solov'eva A. D. *Limbiko-retikuljarnyj kompleks i vegetativnaja reguljacija*. – M., 1973.
16. Lasaja E.V. *Nevroticheskie i somatiformnye rasstrojstva u beremennyh // Medicinskie novosti*. – 2003. - № 5. – p. 3–7.
17. Kumar R. *Complications at pregnancy*. – New York, 1982.
18. Brutman V.I., Filippova G.G., Hamitova I.Ju. *Dinamika psihologicheskogo sostojanija zhenshhin vo vremja beremennosti i posle rodov // Voprosy psihologii*. – 2002. – № 1. – p. 59-69.
19. Bozhko S.A., Beketov Ju.A., Koshelev V.V. *Jeffektivnost' primeneniya nelekarsvennyh metodov lechenija bol'nyh nevrasteniej // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. – 2008. - №2. – p.20-22.
20. Bronfman S.A., Perova E.I., Kudaeva L.M. *Sravnitel'noe issledovanie kliniko – psihopatologicheskikh osobennostej pervo – i povtornorodjashhij zhenshhin v tret'em trimestre beremennosti // Vestnik novyh medicinskih tehnologij*. – 2014. – (jelektronnyj zhurnal). – razdel № 2-3.
21. Shevcov S.A., Bozhko S.A., Smekalkina L.V., Minenko I.A. *Vosstanovitel'noe lechenie depressivnyh rasstrojstv nevrroticheskogo urovnja // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. – 2007. - №4. – p. 81–85.
22. Dobrjakov I.V. *Perinatal'naja psihologija i psihiatrija // Detskaja psihiatrija. Uchebnik (pod red. Je.G. Jeydemillera)*. – SPb.: Piter, 2005.
23. Faisal-Cury A., Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch. Women's Ment. Health.* 2007; 10(1): 25–32.
24. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M., Chong C.S., Chui H. W., Fong D.Y. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet. Gynecol.* 2007; 110 (5): 1102-12.
25. Saharov E.A. *Pogranichnye nervno-psihicheskie rasstrojstva pri beremennosti i ih korrekcija: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk.* – L., 1990.
26. Volkov A. E. *Psihosomaticheskie sootnosheniya pri fiziologicheskij beremennosti i pri beremennosti. oslozhnennoj pozdnim gestozom: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk.* – Rostov n/D. 1995
27. Lederman R.P., Lederman E., Work B. A. Jr., McCann D.S. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1978; 132 (5): 495-500.
28. Alder J., Fink N., Bitzer J., Hösl I., Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2007; 20 (3):189-209.
29. Teixeira C., Figueiredo B., Conde A., Pacheco A., Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J. Affect. Disord.* 2009; 119(1-3):142-8.
30. Filippova G.G. *Psihologija materinstva*. – M.: Izdatel'stvo Instituta psihoterapii, 2002.
31. Shheglova I.Ju. *Osobennosti psihicheskogo sostojanija i psihoterapevticheskaja pomoshh' beremennym pri ugrozhajushhem samoproizvol'nom aborte: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk.* – SPb., 1992.
32. Dayan J., Creveuil C., Marks M.N., Conroy S., Herlicoviez M., Dreyfus M. et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom. Med.* 2006; 68(6): 938-46.
33. Evans L.M., Myers M.M., Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Arch. Women's Ment. Health.* 2008; 11(3): 239-48.
34. Rondó P., Ferreira R., Nogueira F., Ribeiro M., Lobert H., Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2003; 57(2): 266-72.
35. Lupien S.J., McEwen B.S., Gunnar M.R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10(6): 434-45.
36. Korotkova N.A. *Vlijanie beremennosti i rodov na vozniknovenie poslerodovogo stressa i psihovegetativnyh narushenij u rodil'nic: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M.*; 2011.
37. Dayan J., Creveuil C., Marks M.N., Conroy S., Herlicoviez M., Dreyfus M. et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom. Med.* 2006; 68(6): 938-46.
38. Evans L.M., Myers M.M., Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Arch. Women's Ment. Health.* 2008; 11(3): 239-48.
39. Zaharov A.I. *Rebenok do rozhdenija i psihoterapija posledstvij psihicheskikh travm*. – SPb.: Sojuz, 1998.
40. Evans L.M., Myers M.M., Monk C. Pregnant women's cortisol is elevated with anxiety and depression - but only when comorbid. *Arch. Women's Ment. Health.* 2008; 11(3): 239-48.
41. Samsonova G.O. *Muzykal'naja psihoterapija v komplekse reabilitacionnyh tehnologij: opyt primeneniya v otechestvennoj i zarubezhnoj praktike // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny*. – 2013. - №1. – p. 31-37.
42. Tolchinskaja E.A. *Dinamika psihicheskogo sostojanija beremennyh zhenshhin v processe muzykoterapii : avt. dissert. kand. psihol.nauk.* – Spb. – 2010. - 23 p.
43. Lupien S.J., McEwen B.S., Gunnar M.R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10(6): 434-45.
44. Sikkema J.M., Robles de Medina P.G., Schaad R.R., Mulder E.J., Bruinse H. W., Buitelaar J.K. et al. Salivary cortisol levels and anxiety are not increased in women destined to develop preeclampsia. *J. Psychosom. Res.* 2001; 50 (1): 45-9.
45. Kachalina T.S., Lohina E.V. *Primenenie novyh metodov psihologicheskogo soprovozhdenija beremennosti i psihoprofilakticheskij podgotovki k rodam // Medicinskij al'manah*. – 2013. - №6.
46. Kuchinov A.I., Stenjaeva N.N., Perova E.I., Apolihina I.A. *Sposob kompleksnoj psihoterapevticheskij podgotovki beremennyh k rodam // Patent RF № 2515763 ot 20.05.2014g.*
47. Mamysheva N.L. *Nepsichoticheskie rasstrojstva u beremennyh: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk.* – Tomsk. 1995.

РЕЗЮМЕ

Во всем мире увеличивается число женщин, испытывающих тревогу в течение всей беременности и принимающих в связи с этим психотропные препараты. Акушеры, педиатры, неонатологи и семейные врачи выражают по этому поводу серьезные опасения и заинтересованы в поиске альтернативных методов коррекции психоэмоциональных состояний беременных в связи с тем, что применение лекарственных препаратов считается небезопасным, прежде всего, для малыша в утробе матери. При изучении клинико-психопатологических и личностных особенностей беременных в динамике при физиологической беременности был обнаружен возрастающий к третьему триместру беременности уровень личностной и ситуативной тревожности. Однако высокий уровень тревоги во время беременности, кроме известного отрицательного влияния на физическое состояние матери и плода, по мнению ряда исследователей, коррелирует с сильным страхом родов. Известно, что у женщин с тревожными и депрессивными расстройствами повышена вероятность возникновения страха родов (токофобия), по сравнению с женщинами без психических расстройств.

Возникает настоятельная необходимость в изучении эффективности нелекарственной коррекции психоэмоциональных состояний при беременности и разработке критериев эффективности психотерапевтической помощи беременным в третьем триместре. Данный обзор посвящен описанию различных методов нелекарственного воздействия на улучшение психического функционирования беременных. Авторы обзора указывают на тот факт, что сравнительная эффективность различных методов дородовой подготовки остается малоизученной с точки зрения доказательной медицины. С точки зрения авторов, необходимо выработать параметры (критерии) эффективности методов дородовой подготовки, включающие как объективно измеряемые, так и ориентированные на субъективно – личностную оценку беременными и родильницами. Причем, важнейшим критерием оценки должны стать сравнительные данные, указывающие на достоверно значимые различия в самочувствии и поведении беременных и рожениц как с точки зрения акушеров женских консультаций (ЖК) и родильного зала, так и ретроспективную оценку родов самими родильницами (на 3–4 сутки после родов и спустя 1–2 месяца после родов и более).

Ключевые слова: нелекарственные методы, психотерапия, третий триместр беременности, психоэмоциональные нарушения, личностная и ситуативная тревожность, нарушение адаптации, невротическая реакция, гестационная доминанта, токофобия, дородовая подготовка, критерии эффективности, музыкотерапия, психофизиологический подход, релаксация, медитация, биологическая обратная связь (БОС), психокоррекция, когнитивно – поведенческая психотерапия, клиент-центрированная психотерапия, антидепрессанты, кинезиология, неосознаваемое аудиальное воздействие.

ABSTRACT

There is a growing number of women worldwide, who experience anxiety disorder during the whole period of pregnancy and take psychotropic medications. Obstetricians, pediatricians, neonatologists and general practitioners are seriously concerned and are interested in alternative methods of psycho-emotional state correction in pregnant women, as pharmacological treatment is considered unsafe for the fetus. The assessment of clinical-pathological characteristics and personality traits during normal pregnancy revealed an increase of trait and state anxiety by the third trimester. High anxiety level during pregnancy has a widely accepted adverse influence on maternal and fetal physiologic state and correlates, according to many researchers, with intense fear of childbirth. It is well-known that women with anxiety and depressive disorders are prone to childbirth fear (tokophobia), compared to women with no mental disorders.

There arises an intensive need for the evaluation of non-pharmacologic treatment efficacy of psycho-emotional states during pregnancy and for the development of psychotherapy efficacy criteria in women during the third trimester of pregnancy. The article reviews different non-pharmacologic treatment modalities aimed at the improvement of psychological functioning of pregnant women. Authors emphasize lack of evidence-based data on comparative efficacy of different methods of prenatal care. Authors postulate there is a need for the development of efficacy criteria for prenatal care methods, including objective and subjective, patient-oriented. The main efficacy criterion should be based on comparative data, demonstrating significant differences in subjective well-being and behavior of pregnant and parturient women both according to obstetricians of maternity wellbeing centers, delivery rooms and on the retrospective self-assessment made by women 3–4 days and 1–2 months after delivery.

Keywords: non-pharmacologic treatment, psychotherapy, third trimester of pregnancy, psycho-emotional disorders, trait and state anxiety, adjustment disorder, neurotic reaction, gestational dominant, tokophobia, prenatal care, efficacy criteria, musical therapy, psychophysiological approach, relaxation, meditation, biofeedback, psychocorrection, cognitive behavior therapy, client-centered therapy, antidepressants, kinesiology, nonconscious acoustic psychocorrection.

Контакты:**Бронфман С.А.** E-mail: chernenko@mtu-net.ru