

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

БЕЛОВ ВАСИЛИЙ ГЕОРГИЕВИЧ

доктор медицинских наук, профессор кафедры психологии здоровья СПбГИПСР

ТУМАНОВА НАДЕЖДА НИКОЛАЕВНА

старший преподаватель кафедры психологии здоровья СПбГИПСР

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

АННОТАЦИЯ. Рассматриваются основные нервно-психические расстройства у женщин в раннем послеродовом периоде (послеродовые блюзы, мягкие депрессии и послеродовые психозы) и их социальная значимость. Анализируются различные уровни адаптации женщины к данному состоянию. Показывается, что беременность и роды являются выраженным стрессом для женщины и могут провоцировать у нее возникновение многих серьезных нарушений в психическом здоровье. Описываются основные проявления заболеваний на психологическом уровне у женщины в послеродовом периоде, их влияние на здоровье в целом. Обосновывается положение о необходимости психологического сопровождения женщин в такой кризисный промежуток их жизни, каким являются беременность и роды.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: женщина в послеродовом периоде, неврозы, послеродовые блюзы, депрессии и психозы, профилактика нервно-психических расстройств.

К настоящему времени накоплена масса фактов, свидетельствующих о том, что поведение матери во время и после беременности, ее эмоциональные реакции на стрессы, которыми насыщена наша жизнь, служат причиной огромного числа таких послеродовых состояний, как неврозы, тревожные состояния, различные аллергии, отставание в умственном развитии, и других форм патологии [3, 4, 12]. Эти факты, заново открытые наукой, на самом деле стары как мир.

Так, еще врачевателям времен античности было известно, что у женщин после родов чаще, чем в другие периоды жизни, могут возникнуть душевные расстройства. Гиппократ связывал происхождение таких расстройств с задержками послеродовых очищений. Гален утверждал, что после родов «горячая кровь», попадающая женщине в голову, вызывает душевные расстройства. Такие представления сохранялись вплоть до XVIII века.

Первые попытки формирования научной концепции послеродовых психозов были предприняты Ж. Эскиролем. Он выделял предрасполагающие причины: отягощенная наследственность, психические заболевания в прошлом, чрезмерная впечатлительность; производящие: образ жизни, душевное волнение, простудные заболевания, задержку молока, лохий, истощение. Им же был введен термин «послеродовая мания» для объяснения

специфических состояний у женщины в данном критическом периоде.

В.П. Сербский (1980) использует термин «послеродовая аменция», подчеркивает непостоянство видимых нарушений у женщин, переход одной формы в другую. С.С. Корсаков (1913) в «Курсе психиатрии» допускает, что в послеродовом периоде кроме аменции может быть и первичное слабоумие, и галлюцинаторное помешательство, причинами которых могут быть аутоинтоксикация, связанная с родами, душевное потрясение, чрезмерный упадок сил, боли, эклампсия. И.Д. Жданов (1913), проанализировав почти все, что было опубликовано по этой проблеме, основную причину послеродовых психозов видит в инфекции, высказывает предположение о мультифакториальной природе этих состояний.

Бурное развитие микробиологии, открытие и изучение возбудителей многих болезней привело к тому, что инфекционное начало стали рассматривать как причину большинства психических болезней, родовая инфекция стала оцениваться как основная причина послеродовых психозов у женщин.

Другая точка зрения на происхождение послеродовых психозов связывает их возникновение со скрытыми формами эндогенных психозов (шизофрении, маниакально-депрессивных психозов), которые становятся атипичными в связи с родами.

Такой подход характерен для многих психиатров (Е. Блейлер, Э. Крепелин, В.А. Гиляровский), которые считают, что на послеродовой период приходятся дебюты многих психических заболеваний.

Группа собственно послеродовых психозов чаще всего квалифицируется как соматореактивный психоз, в их развитии принимают участие как соматические, так и психические факторы. На первое место выдвигаются факторы, обусловленные самим родовым процессом: эндокринные перестройки и вегетативные сдвиги, кровопотеря, физическое напряжение, осложнения в родах, эмоциональные нагрузки и др. Важное значение придается психическим факторам: страх перед родами, недосыпание, переутомление, проблемы, возникающие в связи с выполнением материнской роли, различные психотравмы [7]. Существенную роль могут играть преморбидные (до заболевания) особенности личности, перенесенные в прошлом болезни, а также наследственная отягощенность психическими заболеваниями.

В описании клиники собственно послеродовых психозов также противоречивы оценки и точки зрения. Может ли биологический криз, такой как роды, стать причиной собственно послеродового психоза, исключив многообразие действующих факторов? Не исключено, что биологический криз в ряде случаев является той почвой, которая способствует разрешению болезней предрасположения, в частности шизофрении и аффективных эндогенных расстройств. Если такой криз отягощен соматической патологией или эмоциональным стрессом, то, может быть, нужно думать не о собственно послеродовом психозе, а о варианте сомато- или психогении [8]. В последнее десятилетие интенсивно изучается и сопоставляется весь спектр психических расстройств в родовом и послеродовом периоде для оценки сущности послеродовой патологии.

Как показывает статистика, количество послеродовых невротических расстройств увеличивается, меняется соотношение между психозами и пограничными психическими нарушениями, т.е. в клинике послеродовых психических расстройств отражается общая закономерность, присущая современной психической патологии [2]. С учетом тяжести клинических проявлений послеродовая патология стала оцениваться как континуум расстройств, выражающийся постепенными переходами от легких пограничных послеродовых нарушений психической деятельности к послеродовым психозам.

Послеродовые расстройства группируют и выделяют в их рамках следующие формы: послеродовые блюзы, мягкие депрессии и послеродовые психозы.

В МКБ-10 послеродовая психическая патология внесена в раздел «Расстройства, связанные с физиологическими нарушениями».

Собственно психозы в период беременности встречаются крайне редко. Еще Гиппократ объ-

яснял это тем, что нормально протекающей беременности свойственно оказывать оздоравливающее влияние на организм. Вместе с тем риск возникновения психозов после родов увеличивается в 18 раз по сравнению с периодом беременности. Примерно ¼ случаев возникновения психических расстройств во время беременности представляют собой обострение ранее начавшегося патологического процесса. Аффективные нарушения и психозы при беременности нередко предшествуют возникновению послеродовых психозов.

Так, эпилепсия во время беременности обычно утяжеляется (увеличивается количество припадков), что может быть показанием для прерывания беременности. Между тем большие эпилепсией, шизофренией и их родственники нередко обращаются к врачам за советом, не излечат ли беременность и роды от этих заболеваний, не следует ли с этой целью выйти замуж и забеременеть.

Невротические расстройства у беременных в 90% случаев проявляются в привычной рвоте, усилении чувствительности к вкусу, запаху, что еще больше усиливает рвоту [9, 12]. Рвота может быть не только психогенной, но и соматогенной: она может начаться на 2-6 неделе беременности, продолжаться 4-5 месяцев и в тяжелых случаях приводить к снижению веса, обезвоживанию, поражению печени, общему токсикозу.

У женщин часто в этих ситуациях выявляется двойственное чувство: желание быть матерью и более или менее открытый протест против родов, рождения ребенка на фоне семейного конфликта.

Значимость психических факторов в возникновении подобных расстройств подтверждают положительные результаты психотерапии, тогда как лекарственные препараты неэффективны.

Психические и психосоматические осложнения беременности зависят от преморбидных свойств личности, социальных и семейных условий жизни, от переживаний и впечатлений; первая беременность обычно протекает тяжелее, чем вторая, тяжелее протекает нежелательная, внебрачная беременность, беременность в трудной психологической ситуации, когда возможно враждебное отношение к беременности и даже ее отрицание [12]. «Потрясающая наивность», с которой женщина не замечает явной беременности, это, несомненно, механизм психологической защиты.

Психологические особенности женщин во время беременности рассматриваются как проявления адаптации организма и личности к наступившей беременности [11]. При этом выделяют несколько уровней адаптации женщины к данному состоянию:

- биологический — резкое повышение тонуса вегетативной нервной системы со своеобразными критическими периодами: до 12 недель преобладает тонус симпатoadренальной системы, во II половине беременности (28-30 нед.) повышается тонус обоих отделов нервной системы с преобладанием холинэргических реакций;

- нейрофизиологический уровень — происходит повышение порога болевой чувствительности;

- психологический уровень — в первые месяцы беременности отмечается амбивалентное отношение к будущему ребенку и материнству — это может выражаться в подавленном настроении.

У беременной женщины на психологическом уровне имеют место два противоборствующих качества — инфантильности и взрослости. Во втором триместре беременности наблюдается относительное спокойствие. В третьем триместре — «погружение в ребенка», который становится средоточием интересов и занятий будущей матери. Перед родами нарастает тревога, которая может проявиться гиперактивностью беременной. Частота психических расстройств достигает 60-80%. Имеет место интровертированность, пассивная зависимость, депрессивность, отсутствие уверенности в своих силах и страх перед будущим материнством. Выделяют несколько видов пренатальной тревоги: 1 — генерализованную; 2 — физическую (женщина тяжело переносит физические аспекты беременности); 3 — страх за судьбу плода; 4 — страх перед необходимостью ухода за ребенком; 5 — страх перед родами; 6 — психопатологические феномены тревоги.

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

У женщин, не состоящих в браке, чаще выявляется трудная психосоциальная ситуация (плохие социальные условия, морально-психологический климат); они чаще курят, обычно более старшего возраста, беременность зачастую нежелательная [10]. У этой группы женщин чаще осложнения беременности и родов, нефропатии, акушерские травмы, оперативные вмешательства, высокая заболеваемость новорожденных, чаще асфиксии новорожденных в родах, меньше вес и рост детей при рождении, повышенная заболеваемость в младенческом возрасте. Среди этих женщин больше суицидов на поздних сроках беременности.

Важной психосоматической проблемой беременности являются токсикозы. При нежелании иметь ребенка чаще наблюдаются тяжелые формы токсикоза, что расценивается как «символический язык органов». По Адлеру, такой соматический символ выражает нежелание иметь беременность и ребенка. По З. Фрейду, ранние токсикозы рассматриваются как следствие ослабления воли к материнству в связи с развитием цивилизации и как проявление бессознательного отвращения к мужу.

В.М. Воловик связывает токсикоз с функциональным состоянием нервной системы и психологическим состоянием. Она выделяет две категории женщин: для первой характерны незначительные аффективные нарушения (раздражительность, вспыльчивость, слезливость, обидчивость), кото-

рые возникают на фоне токсикоза и устраняются с исчезновением рвоты и нормализацией общего состояния. Женщины первой категории имеют положительную установку на беременность, благоприятную семейную ситуацию, реалистичное отношение к трудностям. Можно сделать вывод, что сама беременность является источником напряженности, поэтому нейтральные в прошлом элементы окружающей среды и ситуации приобретают иные субъективные значения и становятся причиной личностных реакций.

У женщин второй категории помимо рвоты и тошноты наблюдаются ознобы с гипертермией, головные боли, обмороки, лабильность артериального давления, гипергидроз. Чаще встречается аффективные нарушения: тревога, беспредметное беспокойство и напряженность, могут возобновиться невротические и вегетативные расстройства, бывшие ранее. Психосоматическую природу раннего токсикоза у этой группы женщин определяет психогенный фактор.

Исследуя психическое здоровье рожениц (женщина после родов, до окончания процессов обратного развития изменений в организме), отмечают частую неустойчивость и снижение общего фона настроения, психическую астению [1]. Большинство женщин испытывало не любовь, а скорее жалость к новорожденному, любопытство. Причину астенических и невротических расстройств после родов объясняют как общую неспецифическую стрессовую реакцию (боль, волнение, гормональные сдвиги). Наблюдаемые психические и соматические изменения у здоровых рожениц являются фоном, на котором развивается послеродовой психоз, этот фон затрудняет диагноз.

После нормальных родов (без осложнений и применения обезболивающих) у 50-75% женщин с первого дня после родов отмечаются нарушения сна, раздражительность, плаксивость, усталость, неспособность сосредоточиться, неустойчивость настроения, которая проявляется в резких, внезапных переходах от эйфории к глубокой печали (переход от эйфории к депрессии возможен в течение одного часа). Иногда наблюдается легкая растерянность и дезориентировка — женщины часто говорят о «спутанности», что не подтверждается результатами тестирования когнитивных функций [10]. У 80% женщин наряду с этим преобладает радостное, приподнятое настроение, как нормальная реакция на рождение ребенка. Такое эйфоричное состояние (у 8% женщин) сохраняется и даже усиливается в течение последующих трех дней, сопровождаясь чрезмерной словоохотливостью, повышенной активностью и возбудимостью. Эти симптомы достигают пика на 3-5 день послеродового периода. В этот период многие женщины по малейшему поводу плачут, у некоторых возникают мысли депрессивного содержания (заниженная самооценка, чувство вины, пессимистическая оценка будущего). Раздражительность, гнев направлены на близких людей. У многих женщин, подвержен-

ных этому состоянию, в последнем триместре беременности отмечались депрессивные симптомы, было характерно предменструальное напряжение. Такого рода эмоциональные нарушения связывают с процессами восстановления нормального гормонального баланса в организме после родов (концентрация эстрогенов и прогестерона резко возрастает в последние недели беременности и очень постепенно снижается после родов). По мнению большинства авторов, изучавших эту проблему, блюзы чаще встречаются у первородящих женщин.

Послеродовые блюзы непродолжительны (7-10 дней), вызывают дискомфорт, проходят без медикаментозного лечения, и, если не возникает послеродовых психозов и послеродовых депрессий с достаточно выраженными расстройствами психики, женщины за помощью к психиатрам, психотерапевтам не обращаются, практически не наблюдаются, адекватной помощи не получают. Однако эта категория женщин требует повышенного внимания со стороны медицинского персонала, умения оценить их состояние, найти к ним подход, провести конструктивную беседу с ними и их родными в отношении вероятного прогноза и помощи по уходу за ребенком в домашних условиях. Есть сведения, что послеродовый блюз может начаться в течение первых 6 недель после родов, но причиной являются не биологические изменения, а психологические стрессы.

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

Достоверно оценить частоту послеродовых депрессий не представляется возможным. По литературным данным, ею заболевают 10-20% рожениц. Любая депрессия, даже легкая, мучительно переживается больными: душевная боль намного тяжелее любой физической. Поэтому необходимо своевременно заподозрить депрессию, оказать правильную помощь.

Природу послеродовых депрессий видят главным образом в биологических и психологических факторах; около 40% послеродовых депрессий квалифицируют как эндогенные. Факторами риска являются предшествующие депрессивные состояния, молодой возраст рожениц, первые роды, имеющиеся сексуальные отклонения у женщин. Подтверждены психологические корреляции послеродовых депрессий с жизненными трудностями и алкогольными проблемами [2].

В американской литературе приводятся следующие критерии риска возникновения депрессий: рождение ребенка, нестабильность брака, развод или одиночество, смерть супруга, отсутствие поддержки, соматические заболевания, употребление наркотических и токсических веществ, наличие

депрессий в семейном анамнезе, низкий уровень образования, потеря в детстве родителей [10].

Разнообразие депрессивных расстройств определяется многими факторами: личностными особенностями, ситуационными моментами, соматическим состоянием.

Чаще других встречается *меланхолическая* простая (классическая) депрессия. Для нее характерна триада симптомов: угнетенное, сниженное настроение, замедленность моторики, мышления и темпа речи, снижение волевой активности. Начинается обычно на первой неделе после родов: нарушается сон, появляются беспочвенная грусть, беспокойство за ребенка и свое здоровье, беспомощность в уходе за ребенком, чувство вины, нерешительность. Понижается аппетит, снижается вес. Пропадает любовь к ребенку, мужу. Движения, речь замедлены. Дальнейшая жизнь кажется бесперспективной, бессмысленной, формируются суицидальные мысли, поэтому нередки суициды, инфантициды (убийство ребенка). Наблюдается характерная для депрессий суточная динамика — утром женщина чувствует себя хуже, во второй половине дня состояние улучшается. Депрессии чаще возникают весной, осенью.

Тревожная депрессия — в эмоциональной сфере преобладает тревога, чувство надвигающейся беды, неясное беспокойство, опасение за ребенка, близких, свое здоровье. Поведение беспокойно, суетливо, наблюдается невозможность усидеть на месте. Отмечаются вегетосоматические симптомы: повышение артериального давления, тахикардия, неприятные ощущения в теле, области сердца. Нередко развиваются панические приступы, сопровождающиеся вегетососудистыми расстройствами (удушье, головокружение, тошнота, сердцебиение, жар или озноб, страх смерти или страх сойти с ума).

Астеническая депрессия — в клинической картине преобладают повышенная психическая и физическая утомляемость, неустойчивость аффекта, раздражительность, гиперестезия, слезливость, жалобы на плохую память, постоянную усталость. Настроение снижено, движения и речь замедлены.

Депрессия с навязчивостями — навязчивости включаются в структуру депрессии и могут встречаться в виде навязчивых мыслей, представлений, страхов, опасений, действий, влечений. Наиболее опасные навязчивости: ударить ребенка ножом, выбросить ребенка из окна, задушить ребенка. При этих видах навязчивостей женщины сами просят удерживать их от такого рода действий, сами прячут ножи, просят поставить на окна решетки. У них формируется чувство вины, подавленное настроение.

Маскированная депрессия (скрытая, ларвированная, латентная, «депрессия без депрессии») — по мировой статистике, количество депрессивных больных растет, особенно увеличивается доля маскированных депрессий. Масками депрес-

сий являются многочисленные жалобы на боли в мышцах, суставах, сердце, неприятные ощущения. Эти боли часто носят мучительный характер. Но при обращении к врачу соматической органической патологии не удается выявить. Эти ощущения сочетаются с глубоким недомоганием, тягостным настроением, нарушением сна, снижением аппетита, потерей веса. Женщины нередко жалуются: «ушли жизненные силы», «погасли желания», «померкли краски». Возможны суицидальные мысли и попытки, обычно тщательно подготовленные. Провоцирующими факторами для начала маскированной депрессии могут являться психическая травма, принятие накануне алкоголя.

Послеродовые депрессии начинаются в большинстве случаев на 1-2 неделе после родов. Больные с легкими формами депрессий обычно переносят их без лечения или лечатся амбулаторно. При назначении амбулаторного лечения следует исключить возможность суицида и инфантицида. Степень суицидальной угрозы всегда трудно оценить, так как женщины недостаточно откровенны или умело скрывают приготовления к суициду, также возможно быстрое ухудшение состояния. Расширенные суициды (убийство себя и ребенка) предпринимаются тогда, когда будущее кажется безнадежным и больная желает уберечь ребенка от боли, нужды, позора. Особенно велик риск суицида тогда, когда имели место предыдущие суицидальные попытки, суициды в семье, одиночество, социальная изоляция, наличие сопутствующих заболеваний, тяжелая депрессия, проблемы межличностных отношений, болезнь ребенка. При подозрении на это женщине необходимо стационарное лечение и наблюдение.

Принимая решение об амбулаторном лечении (ведь обращение к врачу-психиатру и лечение в психиатрическом стационаре является стыдным, тщательно скрывается), родственники больной должны обеспечить постоянное наблюдение за пациенткой, контролировать прием назначаемых психотропных препаратов (лекарства не следует давать в руки больным, так как они часто используются для совершения суицида), обеспечить уход за ребенком. В процессе лечения обязательно динамическое наблюдение за психическим и соматическим состоянием. Необходимо убедить больную проконсультироваться с психиатром.

Следует решить вопрос о грудном вскармливании. Женщине в состоянии депрессии трудно осуществлять уход и кормление ребенка, также нельзя забывать о возможности совершить инфантицид. Психотропные препараты, которые назначаются для лечения депрессий, поступают в организм ребенка с грудным молоком, ребенок получает 3-10% материнской суточной дозы, которые накапливаются в организме; по наблюдениям за развитием детей, в последующем обнаруживаются признаки замедленного развития детей.

Частота возникновения послеродовых психозов 1-2 случая на 1000 родильниц. Среди психозов генеративного периода послеродовой психоз со-

ставляет 50-80%. Риск возникновения психического заболевания в первые 3 месяца после родов увеличивается в 16-20 раз по сравнению с периодом до зачатия (у первородящих риск в 35 раз выше, чем у повторнородящих). Послеродовой психоз в целом протекает благоприятно. У 17,3% оформляется инвалидность после перенесенного послеродового психоза, у каждой третьей женщины во время заболевания возникают суицидальные мысли, у каждой десятой — суицидальные попытки, у 7,5% женщин — агрессия к ребенку [10]. 84% женщин заболели впервые после родов, 16% наблюдались у психиатра до беременности. У 31,5% женщин наблюдалась семейная отягощенность по психическим заболеваниям (к наследственной отягощенности относили: психические заболевания у родственников, суициды, выраженные странности поведения, злоупотребление алкоголем) [10], заболевания у таких женщин протекали значительно тяжелее. До заболевания у женщин отмечаются такие личностные особенности, как повышенная раздражительность, мнительность, замкнутость.

Заболевание начинается чаще на 1 неделе после родов (по данным разных авторов на 2-9 день). Появляются нарушения сна, несобранность, тревога за ребенка, опасения не справиться с уходом за ним. Тревога за ребенка при утяжелении состояния сменялась безразличием к нему, больные переставали кормить детей, ухаживать за ними, ребенок казался необычным, мертвым, нереальным, измененным — могли выбросить ребенка в окно, задушить, ударить ножом — причина оставалась неизвестной, только иногда объясняли, что не хотели, чтобы ребенок мучился.

В дальнейшем психические расстройства определялись психопатологическими синдромами, описанными ниже.

Чаще всего встречается *кататонический синдром*, когда больная перестает отвечать на вопросы, начинает разговаривать сама с собой, речь при этом невнятная, характерны гримасничанье, жестикуляция, двигательное оживление, склонность к принятию вычурных поз.

Аффективный синдром — у больных происходит смена депрессивного состояния с маниакальным. При депрессивном — психические расстройства начинаются после родов, появляется пониженное настроение, переживания сначала отражают реальную симптоматику: боязнь мастита, боязнь за ребенка, нарушается сон, аппетит (сначала как послеродовой блюз), затем эти симптомы усиливаются. Нарастает тревога, появляются идеи самообвинения, суицидальные мысли. В группе больных с аффективными расстройствами часты суицидальные мысли, поступки, повторные суицидальные попытки. Меняется отношение к новорожденным: за ним перестают ухаживать, появляются неприязнь, попытки инфантицида.

При маниакальном состоянии заболевание начинается с нарушения сна, появляются чрезмерная говорливость, экзальтированность или дурашливость

настроение, вместе с раздражительностью, подозрительностью, даже агрессией, мышление становится непоследовательным, характерны наплывы мыслей, путаница в мыслях, переоценка способностей.

При *аффективно-бредовом синдроме* отмечаются нарушение сна, отказ от еды, подавленное настроение, растерянность, тревога, страхи, подозрительность, на этом фоне развивается бред преследования, колдовства, подстроенности. Наблюдаются изменения поведения в рамках бреда — периодически появляются возбуждение со злобой, попытками куда-то бежать, застывание, гримасничанье. Контакт с такими больными затруднен. Отмечаются паралогичность мышления, непоследовательность, появление символичности. Неправильное отношение к ребенку является постоянным при этом синдроме, но меняется в зависимости от характера бреда. То ребенок перестает интересоваться, кажется чужим, вызывает раздражение, ненависть и мать предпринимает попытки избавиться от него. То возникает неадекватная тревога за ребенка, когда мать пыталась скрыться, спрятать ребенка от мнимых преследователей.

Галлюцинаторно-бредовый синдром начинается с нарушения сна, тревоги, страхов, злобности. Часто наблюдаются слуховые галлюцинации — слышатся «голоса», которые могут приказывать, например, убить ребенка, себя, мужа.

Бредовые идеи разноплановые, характерен бред отношения (кажется, что все смотрят по-особенному), преследования (спасаются бегством, прячутся), колдовства (кто-то наводит порчу), владения гипнозом (всех лечат), даром предсказания. Бредовые идеи характеризуются разноплановостью, незавершенностью.

Для психозов, возникающих в послеродовом периоде, характерна волнообразность течения, редкая для других психозов.

Течение послеродовых психозов в большинстве случаев благоприятное, 83% больных возвра-

щаются к прежней деятельности, воспитывают детей, работают, в большинстве случаев сохраняется семья [10].

Прогностически благоприятными для исхода послеродового психоза считаются такие признаки, как: 1) возникновение психоза на 2-4 неделе после родов, 2) наличие аффективного синдрома, 3) отсутствие психических расстройств до родов.

Прогностически неблагоприятными считаются: 1) начало психоза после 1 месяца после родов, 2) отягощенность психическими заболеваниями наследственности, 3) наличие в анамнезе психических расстройств, 4) появление психических расстройств во время беременности [5].

После выписки из стационара 50% больных не чувствуют себя полностью здоровыми, у 20% женщин отмечается отсутствие желания что-либо делать, у других — невротоподобные расстройства, тревожность и подозрительность, психопатоподобное поведение, длительная субдепрессия, органическое снижение личности, выраженная астения, злоупотребление спиртным [10].

Лечение послеродовых психозов проводится обязательно в условиях психиатрического стационара в течение 2-2,5 месяцев. Лечение проводится с учетом соматического состояния женщин в послеродовом периоде и характера психопатологического синдрома.

Таким образом, проведенное на основе литературного материала, исследование показало, что беременность и роды являются выраженным стрессом для женщины и могут провоцировать у нее возникновение многих серьезных нарушений в психическом здоровье. Поэтому важно знать основные их внешние проявления, с тем чтобы вовремя оказать квалифицированную помощь в специализированных лечебных учреждениях и предотвратить ухудшение состояния их здоровья и последующую социально-психологическую дезадаптацию.

1. Авербух И.Е. Психопрофилактика в акушерстве и гинекологии: Сб. науч. тр. — Киев, 1967.
2. Айламазян Э.К. Психика и роды. — СПб.: АОЗТ «Яблочко СО», 1996.
3. Батуев А.С. Дороговая психология // Материалы 5 Всероссийского конгресса по пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии с международным участием «Через интеграцию наук — к сохранению репродуктивного здоровья семьи». — М., 2005. С. 8-14.
4. Безрукова О.И., Самойлова Е.А. Влияние социопсихологических факторов риска на репродуктивное здоровье женщины / Психофизиология матери и ребенка (Нервная система). — СПб., 1999. Вып. 33. С. 9-27.
5. Бреслав Г.Э. Прогнозирование течения послеродовых психозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1980.
6. Вельвовский И.З. Система психотерапевтического обезболивания родов. — М., 1963.
7. Добряков Г.В. Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин // Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. материалов конф. — СПб., 1997.
8. Игнатова Р.К., Кулов Д.Б. Вопр. Охраны материнства и детства. — 1989. № 7.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М., 1998.
10. Сорокина Т.Т. Роды и психика. — Минск: ООО «Новое знание», 2003.
11. Харди И. Врач, сестра, больной / Пер. с венг. 3-е изд. — Будапешт, 1974.
12. Norwood Ch.A Highest Risk: Environmental Hazards to Young and Unborn Children. — N.Y.: McGraw-Hill, 1980.