

УДК 61.895.4:613.99:618.3-06:615.851

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ШКАЛ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, У ДЕПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

¹Никифорова Т.В., ¹Агаркова Л.А., ²Счастный Е.Д.

¹ФГБУН «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»,
Томск, e-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru;

²ГГБУН «Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томск,
e-mail redo@mail.tomsknet.ru

На основе анализа психического статуса 72 беременных женщин с потерей плода в анамнезе, проведена оценка эффективности когнитивной психотерапии с использованием стандартизированных оценочных шкал: 17-пунктовой шкалы депрессии Гамильтона, шкалы тревоги Гамильтона (HARS), шкалы социальной адаптации (SASS). Когнитивная психотерапия включала работу с формулой ABC, убеждениями, жизненными ориентирами, когнитивными картами. на основании полученных данных когнитивную психотерапию можно рекомендовать как метод лечения депрессивного расстройства легкой и средней степени тяжести во время беременности.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, беременность, женщины с потерей плода в анамнезе, когнитивная психотерапия, оценочные шкалы

THE USE OF STANDARDIZED SCALES WHEN EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPY DURING PREGNANCY, DEPRESSED PATIENTS WITH LOSS OF THE FETUS IN HISTORY

¹Nikiforova T.V., ¹Agarkova L.A., ²Schatsnyy E.D.

¹Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Institute, Tomsk,
e-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru;

²Mental Health Research Institute, Tomsk, e-mail redo@mail.tomsknet.ru

Based on the analysis of the mental status 72 pregnant women with loss of the fetus in history, assessed the effectiveness of cognitive psychotherapy using standardized rating scales: 17-points scale depression Hamilton, scale Hamilton anxiety (HARS), scales of social adaptation (SASS). Cognitive therapy included work with the formula ABC, beliefs, life landmarks and cognitive maps. Based on the data received cognitive therapy can be recommended as a method of treatment of a depressive disorder (mild or moderate severity during pregnancy).

Keywords: depressive disorder, pregnancy, women with loss of the fetus in history, cognitive psychotherapy, assessment scales

Согласно современным критериям легкие депрессивные расстройства без соматического синдрома предпочтительно лечатся психотерапевтическими методами. При легком депрессивном эпизоде с соматическим синдромом психотерапевтическая работа является равновероятной назначению антидепрессанта [5]. При работе с депрессивными пациентами наиболее эффективным психотерапевтическим методом является когнитивная терапия [8], результативным представляется также использование отдельных когнитивных методик в интегративной модели психотерапии [4]. Мы применяли когнитивные психотерапевтические методы после использования рациональных техник [2,3], которые позволяли пациентам понять депрессивные симптомы и акушерские состояния с точки зрения медицинской природы.

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности когнитивной психотерапии у депрессивных беременных женщин с потерей плода в анамнезе с использованием стандартизированных шкал.

Материалы и методы исследования

На базе ФГБУН «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» нами наблюдались 72 беременные женщины, составившие основную группу, с верифицированным депрессивным расстройством. Степень выраженности депрессивного состояния в основной группе была следующей: легкая степень депрессивного расстройства регистрировалась у 47 пациентов (65,3%), умеренная степень тяжести была у 25 пациентов (34,7%). Средний возраст пациентов составил $27,9 \pm 4,1$; средний возраст начала половой жизни у женщин был $18,4 \pm 2,2$. Семейное положение пациентов было следующим: 83,2% были замужем, 16,9% не замужем. Контрольную группу составила 31 психически здоровая беременная женщина. Средний возраст пациентов группы контроля соот-

ветствовал $28,3 \pm 5,5$ ($p > 0,05$). Средний возраст начала половой жизни у женщин контрольной группы составил $17,9 \pm 1,9$, $p > 0,05$. В группе контроля наблюдалось 75,7% замужних и 24,3% незамужних женщин, $p > 0,05$. по количеству детей статистической разницы между группами не наблюдалось ($p > 0,05$). Представленные данные, указывают на то, что все беременные исследуемых групп были сопоставимы по представленным исследуемым факторам. Динамика психопатологической симптоматики в исследуемых группах оценивалась по 17-пунктовой шкале Гамильтона до исследования, на 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 14-й неделях, перед родами и после. Уровень тревоги регистрировался нами по шкале Гамильтона (HARS) до исследования и перед родами. для оценки эффективности проводимой психотерапии, мы изучали социальную адаптацию пациентов по шкале самооценки социальной адаптации (SASS) до начала психотерапии и на этапе ее завершения – перед родами, согласно методике, предложенной [7]. Когнитивная психотерапия в основной группе начиналась в сроке 16-20 недель беременности, продолжалась на протяжении всего гестационного периода при частоте встреч с беременной женщиной 2 раза в неделю. Завершалась в раннем послеродовом периоде. Психотерапия включала в себя применение релаксационных техник, работу с формулой ABC, убеждениями, поиск центральных убеждений, работу с жизненными ориентирами, составление когнитивных карт, применение опровергающих техник, выполнение и обсуждение домашних заданий [6]. При отсутствии эффекта от психотерапевтического лечения, мы рекомендовали пациентам антидепрессант растительной происхождения негрустин 425 мг в капсулах, который беременные женщины принимали два раза в день утром – вечером до родов, продолжая посещать психотерапевтические сессии. В послеродовом периоде, после оценки психического состояния, вопрос о продолжении приема препарата решался индивидуально. В ситуациях неблагоприятного исхода беременности, мы предлагали пациентам психотерапевтическую работу с потерей [1].

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 72 беременных женщин, начавших когнитивную психотерапию, 15 человек ее не закончили: у 3 беременных женщин развилась тяжелая акушерская патология, 12 пациентов завершили беременность потерей плода. Из 57 пациентов основной группы, вступивших в когнитивную психотерапию 84,2% ($n=48$) ответили на данный метод лечения и 15,8% ($n=9$) не дали ответ на психотерапевтическое лечение. В начале исследования в основной группе пациентов ($n=57$) уровень депрессии по шкале Гамильтона (HDRS-17) был $14,5 \pm 3,1$ баллов, что соответствовало уровню легкой и умеренно выраженной депрессии в данной выборке больных. Средний депрессивный балл в группе контроля соответствовал $2,74 \pm 2,0$, $p < 0,0001$. Уровень тревоги по шкале Гамильтона (HARS) в начале исследования в основной группе ($n=57$) имел значение

$15,7 \pm 1,4$ баллов, что давало представление о легком уровне тревоги в данной выборке пациентов и имело статистическую разницу с контрольной группой, где общий тревожный балл имел значение $5,8 \pm 1,1$, $p < 0,0001$.

Большинство пациентов с легким депрессивным эпизодом в начале исследования с интересом отзывались на предлагаемые методы психотерапии, обсуждали и увлеченно выполняли домашние задания. Явное ослабление депрессивных симптомов отмечалось к концу 4-й недели психотерапевтического лечения, когда средний балл приобрел значение $9,0 \pm 2,4$, что имело статистическую разницу со средним депрессивным баллом в контрольной группе $3,2 \pm 1,3$, $p < 0,0001$. К шестой неделе исследования средний депрессивный балл снизился до $7,2 \pm 1,6$, а в группе контроля имел значение $3,2 \pm 1,3$, $p < 0,0001$. У пациентов редуцировались самообвиняющие высказывания, идеи неполноценности и, в целом, когнитивный компонент депрессии, включающий снижение уровня затрудненного мышления, концентрации внимания и склонности к сомнениям. Пациенты увлеченно работали с когнитивными схемами и оспаривали ранее существовавшие ложные убеждения. К этому периоду исследования, среди пациентов основной группы, мы заметили интерес к планированию предстоящих родов. К концу беременности пациенты, ответившие на когнитивную психотерапию, анализировали свои когнитивные карты, контролировали при помощи релаксационных методик тревогу и ощущали радость от предстоящего материнства. Перед родами общее количество баллов по шкале депрессии составило $4,7 \pm 1,94$, в контрольной группе средний депрессивный балл имел значение $4,9 \pm 0,8$ $p > 0,05$. Подобная тенденция сохранялась и в раннем послеродовом периоде, когда средний депрессивный балл основной группы имел значение $4,1 \pm 2,0$, а в контрольной группе соответствовал $4,4 \pm 0,9$, $p > 0,05$. При оценке тревоги в соответствие со шкалой тревоги Гамильтона (HARS) в основной группе среди пациентов, ответивших на когнитивную психотерапию, перед родами мы фиксировали снижение общего тревожного балла до $6,3 \pm 1,0$, что не дало статистической разницы с контрольной группой, где общий тревожный балл имел значение $6,2 \pm 1,1$. на рис. 1. представлена динамика депрессивной симптоматики в основной группе пациентов, ответивших на когнитивную терапию и контрольной группе.

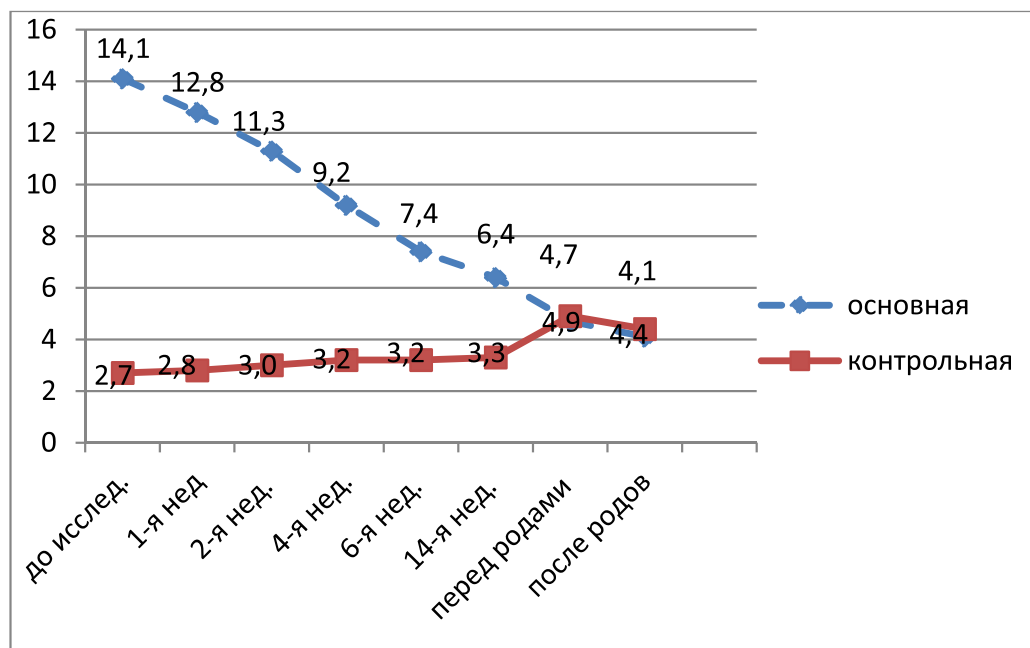


Рис. 1. Динамика депрессивной симптоматики в основной группе пациентов, ответивших на когнитивную терапию и контрольной группе

Для оценки эффективности проводимой терапии, мы изучали социальную адаптацию пациентов по шкале самооценки социальной адаптации (SASS) до начала психотерапии и на этапе ее завершения – перед родами. Согласно полученным результатам, в начале исследования средний балл по шкале SASS в основной группе составил $27,5 \pm 3,0$ балла, в то время как в контрольной группе имел значение $35,2 \pm 3,4$, $p < 0,0001$. В конце исследования средний балл по шкале SASS в основной группе достиг $37,0 \pm 3,1$ баллов, а в контрольной группе составил $36,6 \pm 3,8$, $p > 0,05$. В соответствии с общим количеством баллов по шкале социальной адаптации (SASS) пациенты основной и контрольной групп были разделены на 3 подгруппы. Подгруппа I – (от 0 до 22 баллов) включала в себя пациентов с выраженным снижением качества жизни и социального функционирования – плохая социальная адаптация. Подгруппа II – (от 23 до 35 баллов) состояла из пациентов с затрудненным социальным функционированием и неудовлетворительным качеством жизни – затрудненная социальная адаптация. Подгруппа III – (от 35 до 45 баллов) включала пациентов с хорошим уровнем социального функционирования и удовлетворительным качеством жизни – хорошая социальная адаптация. Авторы [7] шкалы самооценки социальной адаптации

(SASS) выделили еще и подгруппу IV, включающую респондентов с очень высокой социальной адаптацией (от 46 до 60 баллов), но таких пациентов в исследуемой выборке нами не было выявлено ни в начале, ни в конце исследования. на рисунке 2 представлен уровень социальной адаптации в основной и контрольной группах в начале исследования.

Оценка пациентов основной группы в соответствие со шкалой SASS в начале исследования показала следующее распределение: в I подгруппу вошли 6,3% ($n=3$) пациентов, II подгруппу составили 93,7% ($n=45$) беременных женщин. В конце исследования количество пациентов во II подгруппе уменьшилось до 12,5% ($n=6$) а в III подгруппе увеличилось до 87,5% ($n=42$). В контрольной группе в начале исследования мы наблюдали 22,6% ($n=7$) пациентов с затрудненным социальным функционированием, вошедших во II подгруппу, что составило статистическую разницу с основной группой, $p=0,0001$. Большая часть пациентов 77,4% ($n=24$) вошли в III подгруппу. В контрольной группе в конце исследования количество пациентов во II подгруппе уменьшилось до 12,9% ($n=4$) а в III подгруппе увеличилось до 87,1%, ($n=27$), что не имело статистической разницы с пациентами основной группы $p > 0,05$.

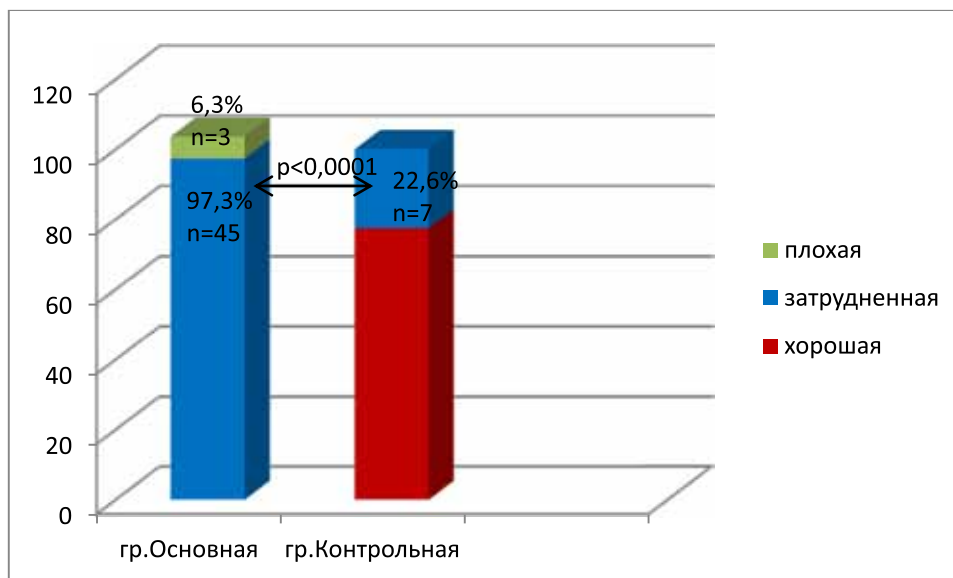


Рис. 2. Социальная адаптация в основной и контрольной группах в начале исследования

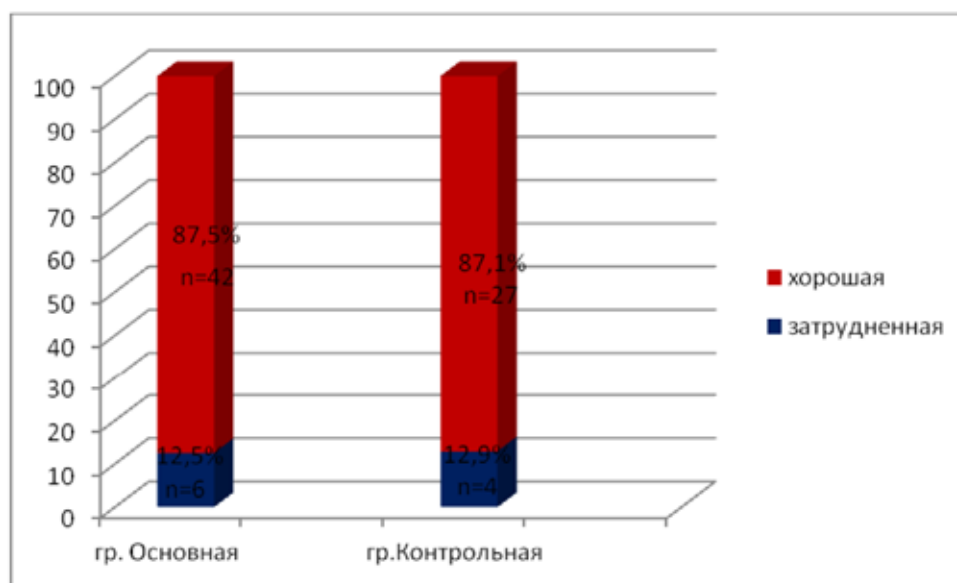


Рис. 3. Социальная адаптация в основной и контрольной группах в конце исследования

Выводы. Использование оценочных шкал в процессе психотерапевтического лечения является важным этапом, позволяющим говорить о психотерапии с позиции доказательной медицины и, соответственно, понимать возможности данного метода лечения. Проведенное исследование с использованием стандартизированных

шкал позволяет судить об эффективности психотерапевтического лечения у беременных женщин с потерей плода в анамнезе. Результаты работы дают возможность рекомендовать психотерапевтический метод, как приоритетный, по отношению к категории беременных женщин с депрессивным расстройством. Полученные данные

имеют основания рекомендовать когнитивную психотерапию, как метод лечения депрессивного расстройства легкой и средней степени тяжести во время беременности, способный улучшать показатели социальной адаптации. Однако, при отсутствии эффекта от психотерапевтического лечения, проводимого во время беременности, важно своевременно менять тактику с установкой акцента на комбинированный метод лечения депрессивных расстройств.

Список литературы

1. Грин А. Психиатрия / А. Грин Пер с англ. – М: Практика, 1998. – 485 с.
2. Казенных Т.В., Семке В.Я. Психотерапевтическая коррекция в системе комплексного лечения больных эпилепсией: Методическое пособие для врачей, ординаторов, интернов / Т.В. Казенных, В.Я. Семке. – Томск, 2007. – 20 с.
3. Казенных Т.В., Семке В.Я. Психотерапевтическая коррекция в системе комплексной терапии больных эпилепсией // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2006. – №1. – С. 90-95.
4. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2010. – 14 с.
5. Корнетов Н.А. распознавание и тактика ведения тревожных и депрессивных нарушений в период беременности и после родов: Методическое пособие / Н.А. Корнетов, А.Н. Корнетов, И.В. Воеводин, Н.В. Казанцева. – Томск, 003. – 78 с.
6. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: пер. с англ. / Р. МакМаллин. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
7. Bosc M, Dubini A, Polin V, Development and validation of social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale // *Europ. Neuropsychopharm.* – 1997. – V. 7 (Suppl.). – P. 57-70.
8. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K: Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. // *J Womn,s Health.* – 2011. – P.1–14