

## ДИАГНОСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

### DIAGNOSIS OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE IN PREGNANT WOMEN

**L. Keshchyan  
N. Lyalichkina  
E. Iksanova**

*Summary.* Pregnancy is a critical transition period in a woman's life, during which her consciousness and relationships with the world are significantly rebuilt. According to research conducted over the past decade, both in Western countries and in Russia, from 15 to 95% of pregnant women experience stress and psycho-emotional disorders of varying severity. During pregnancy, a woman is influenced by many factors, among which are metabolic and social stressors, family problems, personal anxiety, which can be combined with each other, but only the attitude of the pregnant woman herself to these stimuli leads to a state of imbalance. Over the past couple of decades, the importance of universal screening and active management of perinatal mood and anxiety disorders has been emphasized in Western countries. To diagnose a psychoemotional state during pregnancy, researchers most often use a questionnaire. Improving detection methods.

*Keywords:* psychoemotional state, pregnant women, perinatal anxiety and depression, social factors.

**Кещян Людмила Викторовна**

кандидат медицинских наук, главный врач,  
Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Московской области

«Наро-Фоминский перинатальный центр»;

Федеральное государственное автономное

образовательное учреждение высшего образования

«Российский национальный исследовательский

медицинский университет имени Н.И. Пирогова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

*mz\_nfpc\_info@mosreg.ru*

**Ляличкина Наталья Александровна**

доктор медицинских наук, руководитель симуляционно-

тренингового центра, Государственное бюджетное

учреждение здравоохранения Московской области

«Наро-Фоминский перинатальный центр»

*Cord-an@yandex.ru*

**Иксанова Евгения Замировна**

заместитель главного врача по акушерско-

гинекологической помощи, Государственное бюджетное

учреждение здравоохранения Московской области

«Наро-Фоминский перинатальный центр»

*iksanovaez@mosreg.ru*

*Аннотация.* Беременность — критический переходный период в жизни женщины, в ходе которого существенно перестраивается ее сознание и взаимоотношения с миром. По данным исследований, проведенных в течение последнего десятилетия, как в западных странах, так и в России от 15 до 95 % беременных женщин испытывают стресс и психоэмоциональные расстройства различной степени выраженности. Во время беременности женщина подвержена влиянию множества факторов, среди которых можно выделить метаболические и социальные стрессоры, семейные проблемы, личностную тревожность, которые могут сочетаться между собой, однако только отношение самой беременной к этим раздражителям приводит к состоянию дисбаланса. За последние пару десятилетий в западных странах подчеркивается важность всеобщего скрининга и активного ведения перинатальных расстройств настроения и тревоги. Для диагностики психоэмоционального состояния во время беременности чаще всего исследователи используют анкетирование. Совершенствование методов выявления нарушений психоэмоциональной сферы у женщин в перинатальном периоде позволит специалистам своевременно оказывать необходимую комплексную медицинскую и психологическую помощь данному контингенту пациенток.

*Ключевые слова:* психоэмоциональное состояние, беременные женщины, перинатальная тревога и депрессия, социальные факторы.

Последнее десятилетие ознаменовалось повышенным интересом исследователей к психологическому состоянию матерей, причем фокус сместился с пуэрперия на перинатальный период. В настоящее время большая доля женщин, примерно 20–25 %, страдают от тревожности во время перехода к родительству [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), существует повышенный риск развития депрессии у беременных женщин, страдающих тревожностью [2].

Sinaci S et al., [3], проанализировав исследования посвященные вопросу перинатальной тревожности, опубликованные в период с 2001 по 2020 год, установил, что более половины из них (59 %) были опубликованы в 2015–2020 годах, что несомненно свидетельствует о растущем внимании к данной проблеме.

Испания, Италия и Соединенное Королевство — европейские страны, которые провели больше всего исследований по этому вопросу. Самый низкий уровень распространенности тревожности был обнаружен в Польше (7,7 %), а самый высокий — в Италии (36,5 %). Распространенность генерализованного тревожного расстройства колеблется от 0,3 % до 10,8 % [4].

C. Langille et al., 2023 [5], описывая распространенность перинатальной тревожности у беременных женщин, продемонстрировал, что состояния психического здоровья являются важными переменными, которые следует учитывать во время дородовых визитов, и что для определения этих состояний необходимы специальные шкалы, т.к. скрининг может улучшать результаты для здоровья матерей и младенцев. Однако, немногие медицинские работники регулярно проводят скрининг на пренатальный психологический стресс [6]. В медицинском сообществе до настоящего времени сохраняется недостаток информации о диагностике перинатальной тревожности и отсутствует единообразие в обучении по вопросам такого скрининга [7].

В настоящее время не существует специализированных шкал тревоги, связанной с беременностью, с обоснованными теоретическими и психометрическими характеристиками. Клиническая необходимость в такой шкале подчеркивается потенциальными возможностями вмешательства, которые это может предоставить [8].

Высококачественные системы наблюдения за беременными должны развивать потенциал для оценки риска депрессии и тревоги и их лечения [9].

*Цель исследования:* на основании анкетирования и определения маркеров стресса определить психоэмоциональное состояние беременных женщин высокого и низкого перинатального риска.

### Материал и методы исследования

Нами были проведено тестирование 120 беременных в сроке 34 недели, из которых 51 — составили группу низкого перинатального риска, 69 — высокого перинатального риска. С целью оценки психологического состояния пациенток были использованы тест отношения к беременности Добрякова, шкала депрессии Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

### Результаты исследования

При анализе табл. 1 обращает на себя внимание, что в группе высокого риска большинство пациенток были в возрасте 30 и более лет. По семейному положению и месту жительства обе группы были сопоставимы. А вот при анализе занятости пациенток установлено, что в группе низкого риска не работали 35,3 % женщин, а в группе высокого риска только 4,3 %.

Таблица 1.

Социальные факторы

| Показатель                    | Группа низкого риска<br>n=51 |         | Группа высокого риска<br>n=69 |         |
|-------------------------------|------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
|                               | абс                          | отн (%) | абс                           | отн (%) |
| <b>Семейное положение</b>     |                              |         |                               |         |
| Замужем                       | 45                           | 88,2    | 57                            | 82,6    |
| Не замужем                    | 6                            | 11,8    | 12                            | 17,4    |
| <b>Профессия</b>              |                              |         |                               |         |
| Домохозяйка                   | 18                           | 35,3    | 3                             | 4,3     |
| Служащие                      | 33                           | 64,7    | 63                            | 91,4    |
| Рабочие                       |                              |         | 3                             | 4,3     |
| <b>Место жительства</b>       |                              |         |                               |         |
| Село                          | 13                           | 25,5    | 27                            | 39,1    |
| Город                         | 38                           | 74,5    | 42                            | 60,9    |
| <b>Жилищные условия</b>       |                              |         |                               |         |
| Хорошие                       | 3                            | 6,9     | 14                            | 20,3    |
| Удовлетворительные            | 20                           | 39,2    | 32                            | 46,4    |
| Съемное/служебное жилье       |                              |         | 6                             | 8,7     |
| Без ответа                    | 28                           | 54,9    | 17                            | 24,6    |
| <b>Материальное положение</b> |                              |         |                               |         |
| До 50 тыс. рублей             |                              |         | 17                            | 24,6    |
| Более 50 тыс. рублей          | 30                           | 58,8    | 29                            | 42,1    |
| Малоимущие                    |                              |         | 7                             | 10,1    |
| Без ответа                    | 21                           | 40,2    | 16                            | 23,2    |

Закономерно обращает на себя внимание, что в группе высокого риска большинство пациенток были в возрасте 30 и более лет.

По семейному положению и месту жительства обе группы были сопоставимы. Среди женщин, давших ответ о своем материальном положении, 10,1 % пациенток группы высокого риска назвали себя малоимущими, а 24,6 % — указали совокупный семейный доход ниже 50 тысяч рублей. Большинство респонденток, оценили свои жилищные условия как удовлетворительные и хорошие, но 8,7 % женщин высокой группы имели съемное или служебное жилье. И около половины женщин низкой группы отказались отвечать на вопрос о материально-бытовых условиях.

Как видно из таблицы 2, у беременных низкого риска в большинстве случаев предстоящие роды были первыми и вторыми, в группе высокого риска — первыми и третьими.

Таблица 2.

Паритет родов

| Показатель | Группа низкого риска<br>n=51 |         | Группа высокого риска<br>n=69 |         |
|------------|------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
|            | абс                          | отн (%) | абс                           | отн (%) |
| 1 роды     | 27                           | 52,9    | 29                            | 42,1    |
| 2 роды     | 14                           | 20,3    | 9                             | 13,0    |
| 3 роды     | 6                            | 11,7    | 25                            | 36,2    |
| 4 роды     | 4                            | 7,8     | 6                             | 8,7     |

По результатам анкетирования (табл. 3) удалось установить, что в подавляющем большинстве случаев у наших пациенток были сформированы положительные типы гестационной доминанты — оптимальный и эйфорический, и только у 10,1 % женщин группы высокого риска — это именно те пациентки, которые указали себя малоимущими — сформировался эйфорически-гипогестозический тип.

При оценке депрессии в группе высокого риска мы получили сопоставимые результаты при использовании обеих шкал, а в группе низкого риска депрессия различной степени выраженности в 2 раза чаще была диагностирована по шкале Бека. Уровень тревоги практически не отличался в обеих группах.

Таблица 3.

Результаты тестирования

| Показатель   | Группа низкого риска<br>n=51 |         | Группа высокого риска<br>n=69 |         |
|--|------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
|  | абс                          | отн (%) | абс                           | отн (%) |
| <b>Тест отношения к беременности Добрякова</b>       |                              |         |                               |         |
| Оптимальный тип                                      | 35                           | 68,6    | 42                            | 60,9    |
| Эйфорический тип                                     | 16                           | 31,4    | 20                            | 29,0    |
| Эйфорически-гипогестозический тип                    |                              |         | 7                             | 10,1    |
| <b>Шкала депрессии Бека</b>                          |                              |         |                               |         |
| Нормальное состояние                                 | 30                           | 58,8    | 47                            | 68,1    |
| От легкой до умеренной депрессии                     | 14                           | 27,5    | 18                            | 26,1    |
| Выраженная депрессия                                 | 7                            | 13,7    | 4                             | 6,8     |
| <b>Госпитальная шкала депрессии и тревоги (HADS)</b> |                              |         |                               |         |
| <i>Депрессия</i>                                     |                              |         |                               |         |
| Норма  | 42                           | 82,4    | 44                            | 63,8    |
| Субклинически выраженная депрессия                   | 9                            | 17,6    | 15                            | 21,7    |
| Клинически выраженная депрессия                      |                              |         | 10                            | 14,5    |
| <i>Тревога</i>                                       |                              |         |                               |         |
| Норма  | 32                           | 62,7    | 54                            | 78,3    |
| Субклинически выраженная тревога                     | 7                            | 13,7    | 7                             | 10,1    |
| Клинически выраженная тревога                        | 12                           | 23,6    | 8                             | 11,6    |

Таким образом, полученные с помощью анкетирования данные свидетельствуют о том, что около 40 % женщин в исследовании имели высокую вероятность наличия депрессии и тревожных расстройств. Однако, нам не удалось выявить достоверной связи между социальными факторами психоэмоциональным состоянием у беременных, что безусловно требует проведения дополнительных исследований. Полученные результаты исследования важно учитывать при наблюдении беременных в амбулаторно-поликлиническом звене и разработке междисциплинарного алгоритма сотрудничества акушеров-гинекологов, клинических и перинатальных психологов и социальных работников.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Hamdamian S., Nazarpour S., Simbar M., Hajian S., Mojab F., Talebi A. Effects of aromatherapy with *Rosa damascena* on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor *J. Integr. Med.* (2018), 10.1016/j.joim.2018.02.005
2. Sainz K.G., Chávez B.E., Díaz M.E., Sandoval M.A., Robles M.A. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas *Atención Fam.*, 20 (1) (2013), pp. 25–27.
3. Sinaci S, Ozden Tokalioglu E, Ocal D, Atalay A, Yilmaz G, Keskin HL, Erdinc SO, Sahin D, Moraloglu Tekin O. Does having a high-risk pregnancy influence anxiety level during the COVID-19 pandemic? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020
4. Blackmore ER, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, G O'Connor T. Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *J Affect Disord.* 2016 Jun;197:251-8. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.008. Epub 2016 Mar 8. PMID: 26999549; PMCID: PMC4837058.
5. Langille C, Andreou P, Piccinini-Vallis H. The Prevalence of Pregnancy-Specific Perinatal Anxiety in Nova Scotia. *Matern Child Health J.* 2023 Jul;27(7):1127–1132. doi: 10.1007/s10995-023-03639-y. Epub 2023 Apr 2. PMID: 37005936; PMCID: PMC10067513.
6. Bright KS, Mughal MK, Wajid A, Lane-Smith M, Murray L, Roy N, Van Zanten SV, Mcneil DA, Stuart S, Kingston D. Internet-based interpersonal psychotherapy for stress, anxiety, and depression in prenatal women: study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials.* 2019 Dec 30;20(1):814. doi: 10.1186/s13063-019-3897-z. PMID: 31888712; PMCID: PMC6938015.
7. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord.* 2015 May 1;176:24–34. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.039. Epub 2015 Jan 28. PMID: 25687280.
8. Bhat A, Nanda A, Murphy L, Ball AL, Fortney J, Katon J. A systematic review of screening for perinatal depression and anxiety in community-based settings. *Arch Womens Ment Health.* 2022 Feb;25(1):33–49. doi: 10.1007/s00737-021-01151-2. Epub 2021 Jul 11. PMID: 34247269.
9. Accortt EE, Wong MS. It Is Time for Routine Screening for Perinatal Mood and Anxiety Disorders in Obstetrics and Gynecology Settings. *Obstet Gynecol Surv.* 2017 Sep;72(9):553–568. doi: 10.1097/OGX.0000000000000477. PMID: 28905985.

© Кещьян Людмила Викторовна (mz\_nfrs\_info@mosreg.ru); Ляличкина Наталья Александровна (Cord-an@yandex.ru);

Иксанова Евгения Замировна (iksanovaez@mosreg.ru)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»