



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40541 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 5/16МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНО-ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

1

2

(21) u200814171

(22) 09.12.2008

(24) 10.04.2009

(46) 10.04.2009, Бюл. № 7, 2009 р.

(72) ПУШКАРЬОВА ТЕТЯНА МИКОЛАЇВНА, UA,
ЗАВГОРОДНЯ ВІОЛЕТТА ВІКТОРІВНА, UA(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ПЕДІАТ-
РІЇ, АКУШЕРСТВА І ПНЕКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ",
UA(57) Спосіб реабілітації жінок з депресивно-
тривожними розладами під час вагітності, який
здійснюється шляхом використання базової тера-
пії, який **відрізняється** тим, що додатково на
першому етапі досліджується частота серцевих
скорочень матері та плоду, досліджується та оці-
нюється рівень тривоги та депресії, встановлюєть-
ся робочий альянс, проводиться клініко-
психопатологічне обстеження вагітної, вивчаються
особистісні характеристики, проводиться ознайо-
млення з психічними та соматичними ознаками
тривоги та депресії, на основі яких на другому ета-

пі проводиться розкриття інтрапсихічного конфлік-
ту вагітної, який є позасвідомим підґрунтям фор-
мування тривожних та депресивних проявів; на
третьому етапі здійснюється закріплення освідом-
лення зв'язку між психологічними чинниками, а
саме позасвідомим конфліктом, механізмами пси-
хологічного захисту та тривожно-депресивними
симптомами; на четвертому етапі розробляються
новітні способи психологічного захисту опрацю-
вання тривожно-депресивної симптоматики за
допомогою поєднання релаксаційного підходу з
досягнутим усвідомленням механізмів розвитку
психологічного дискомфорту, та супортивні техні-
ки, які спрямовані на підтримку здорових функцій
Его та формування більш адаптивних способів
психологічного захисту з метою подолання триво-
жно-депресивних розладів у вагітних жінок, що
здійснюється за допомогою групової психотерапії,
яка проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 1-
1,5 місяців.

Корисна модель відноситься до галузі меди-
цини, а саме акушерства та психотерапії, і може
бути використаний у медичній практиці, як спосіб
лікування (корекції) депресивно-тривожних розла-
дів у жінок (ДТР) під час вагітності.

Відомий спосіб лікування вагітних з нейрон-
циркуляторною астенією [патент №38392u МПК
A61M5/00], якій передбачає визначення метаболі-
чних порушень, психологічних відхилень, відхи-
лень тону вегетативної нервової системи та ста-
ну фетоплацентарної системи і корекцію відхилень
шляхом фізіотерапії та психотерапії.

Однак зазначений спосіб лікування вагітних
розроблено переважно для корекції проявів ней-
рон-циркуляторної астенії та не враховує патогенез
психоемоційних процесів при розгортанні триво-
жно-депресивної симптоматики у жінок з ДТР під
час вагітності.

Найбільш близьким за технічною суттю є спо-
сіб корекції неспсихотичних розладів у вагітних жі-
нок шляхом об'єднаного використання відеотерапії
і спеціальної музикотерапевтичної програми [па-
тент №72121 МПК A61B5/16], якій здійснює коре-

люючи дію шляхом впливу комбінації вербальних,
візуальних і слухових стимулів на вагітну жінку.
Сеанси проводять 1 раз на 2 тижня протягом 1-1,5
місяців. Після обстеження вагітних навчають регу-
льованому циркулярному подиху, використовують
гіпноугестивні методи впливу та спеціальну музи-
чну програму, до якої, з часом, приєднується від-
еопокказ нормальних пологів. Жінки відображають
отриманий досвід у сеансі через малюнок та вер-
балізацію почуттів.

Взятий нами за прототип спосіб корекції не-
спсихотичних розладів у вагітних жінок шляхом об'-
єднаного використання відеотерапії і спеціальної
музикотерапевтичної програми переважно покращує
готовність вагітних жінок до пологів, але не
враховує диференціальної діагностики психічного
стану жінок під час вагітності (та спрямованого
впливу на депресивно-тривожну симптоматику).

В основу способу реабілітації вагітних жінок з
депресивно-тривожними розладами поставлено
завдання використання, з дослідженнями частоти
серцевих скорочень (ЧСС) матері та плоду, психо-
терапевтичної корекції депресивно-тривожних

(13) U

(11) 40541

(19) UA

розладів у вагітних жінок під час вагітності шляхом розробки та реалізації диференційованого індивідуального плану групової психотерапії на підставі використання комбінації клініко-психопатологічного, психодіагностичного та психодинамічного підходів, яка дозволяє здійснювати психотерапію, спрямовану на нормалізацію емоційного стану, завдяки зниженню рівня тривоги та подоланню проявів депресії, адаптацію до вагітності, покращення родинних стосунків, підготовку до пологів та материнства в умовах стаціонарного акушерського обстеження та лікування.

Поставлена задача способу реабілітації вагітних жінок з депресивно-тривожними розладами під час вагітності вирішується шляхом психотерапевтичного впливу, згідно корисної моделі, додатково на першому етапі досліджується ЧСС матері та плоду, діагностується та оцінюється рівень тривоги та депресії, враховується базисна терапія, встановлюється робочий альянс, проводиться клініко-психопатологічне обстеження вагітної, вивчаються особистісні характеристики, проводиться ознайомлення з психічними та соматичними ознаками тривоги та депресії вагітної жінки, на другому етапі проводиться розкриття інтрапсихічного конфлікту вагітної, який є позасвідомим підґрунтям формування тривожних та депресивних проявів, на третьому етапі здійснюється закріплення освідомлення зв'язку між психологічними чинниками, а саме позасвідомим конфліктом, механізмами психологічного захисту та тривожно-депресивними симптомами, на четвертому етапі розробляються новітні способи психологічного захисту опрацювання тривожно-депресивної симптоматики за допомогою поєднання релаксаційного підходу з досягнутим освідомленням механізмів розвитку психологічного дискомфорту, супортівні техніки спрямовані на підтримку здорових функцій Его та формування більш адаптивних засобів психологічного захисту з метою подолання тривожно-депресивних розладів у вагітних жінок.

Спосіб здійснюється наступним чином: здійснюється дослідження ЧСС матері та плоду, базисна терапія вагітної, діагностика та оцінка рівня тривоги (за шкалою Ч.Д. Спилбергера) та депресії (за Єдінбургською шкалою), клініко-психопатологічне обстеження вагітної жінки, вивчаються особистісні та психодимічні характеристики, на підставі діагностичних даних обговорюються результати та розробляється індивідуально спрямований план участі у груповій психотерапії (2-3 сеанси) та проводяться сеанси колективної психотерапії з використанням експресивно-супортівного та релаксаційного підходів 2-3 рази на тиждень протягом 1-1,5 місяця, а також проводяться індивідуальні психотерапевтичні сеанси (за індивідуальним запитом вагітної) з використанням експресивного та підтримуючих підходів. За структурою на етапі активного лікування зайняття складаються з трьох блоків: інформаційно-аналітичного, блоку для опрацювання матеріалу та релаксаційного блоку. Тематика занять розподіляється наступним чином: перша тема складалась з загального опису психологічних змін у жінок під час вагітності та аналізувались емоційні стани під час вагітності, розгляда-

лись знайомі, але посилені емоції та зовсім нові, не характерні для преморбидного стану вагітної жінки, що зміцнювало особистісне функціонування. На наступному занятті розглядались складні ситуації під час вагітності стандартні та нестандартні ситуації та аналізувались за допомогою психодинамічного підходу - вагітні аналізували свій актуальний стан, співвідносили з отриманою інформацією, ознайомлювались з досвідом інших в опануванні виникаючих складних ситуацій з близькими, що надавало змогу опрацювати ситуативну та особистісну тривогу жінок. Другою темою занять було ознайомлення з поняттям "материнська сфера вагітної жінки", аналіз принципів її функціонування та релаксаційна методика з тематичною візуалізацією та подальшим психодинамічним аналізом результатів. На наступному занятті обговорювалась психологічна готовність жінок до вагітності та материнства та складалась "Карта готовності до материнства" - при опрацюванні даної тематики вагітні жінки структурували власний досвід та усвідомлювали механізми необхідних змін. Третя тема торкалась питання - що таке конфлікт, етапи розвитку конфлікту та механізми запобігання на першому, другому та третьому етапі конфлікту та проводився аналіз актуальних конфліктних ситуацій та розробка моделей оптимальних варіантів вирішення конфліктних ситуацій на підставі психодинамічного підходу; що надавало можливість зменшити тривожні та депресивні тенденції в психодинаміці вагітної жінки. Четвертою тематикою занять було актуалізація сімейних сценаріїв що до вагітності та материнства і опрацювання матеріалу з використанням експресивно-супортівного методу. На наступному занятті за методом створення історій проводилась актуалізація сценаріїв що до вагітності та материнства та аналізувався психодинамічний контекст, це надавало можливість вагітним жінкам з ДТР з позиції спостереження подивитись на динамічні сили, які впливають на їх психологічний стан та відновлювати механізми врівноваження внутрішнього стану, що зменшувало тривожний та депресивний афект. П'ятою тематикою занять було формування робочої моделі взаємодії з дитиною, особливості розвитку дитини під час вагітності, роль матері в формуванні стабільного оточення для розвитку дитини в цей період - при опрацюванні даної тематики вагітні жінки мали змогу усвідомити важливість формування міцної та адекватної материнської сфери та важливість стабільного особистого емоційного стану для розвитку дитини. При завершенні більшої частини занять використовувались релаксаційні методики для загальної емоційальної стабілізації.

Суть винаходу пояснюється такими прикладами.

Приклад 1.

Вагітна Б., 22р. Історія хвороби №494. Вагітність 22 тижня. Загроза передчасних пологів. Носій токсоплазмозу.

ЧСС вагітної - 74 уд. в хвилину., ЧСС плоду - 160 уд. в хвилину. Базова терапія вагітної: прогестерон, магнія сульфат, віт. Е, фолієва кислота,

троксевазін, роваміцін, хофітол, но-шпа, актовегін, кокарбоксілаза.

Проведено вивчення психоемоційного стану за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного підходів. За шкалою Спілбергера-Ханіна у хворої були визначені високі бали ситуативної - 52, та особистісної - 48 тривоги; високий рівень депресивності - 14 бали за Єдінбургською шкалою. За особистісним опитувальником (опитув. Леонгарда) діагностувались виражені акцентуації (24 бали) за віссю гіпертімії та емотивності (лабільності), крім того були підвищені показники (18 балів) за віссю тривожності, ціклотімії та ригідності. У використанні механізмів психологічного захисту (опитув. Плутчика) переважали - проекція (67%), раціоналізація (50%), регресія (41%), гіперкомпенсація (40%), що визначало переважання примітивних (проекція та регресія) та перевагання адаптивних (гіперкомпенсація) механізмів психологічного захисту.

Під час психодинамічного напівструктурованого інтерв'ю пацієнтка відзначила, що під час вагітності стала плаксивою (часто плакала в палаті), більш вимогливою що до підтримки з боку чоловіка, більш чутливою до тривоги її вагітності з боку матері. Згадує, що в початкових класах батьки були дуже вибагливі до оцінок, тому вона дуже тривожилась за успіхи в школі. У підлітковому віці навчилась «неприємне переводити в жарт» (гіперкомпенсація). Під час вагітності пацієнтка може відстоювати свої інтереси на роботі, вона наполеглива у відстоюванні власних кордонів, але зовсім інакше вона почуває себе дома - вимагає постійної підтримки від близьких (регресія). Перебіг актуальної вагітності збільшує дестабілізацію захисних психологічних механізмів - у пацієнтки були діагностовані високі показники на хронічний токсоплазмоз ще на другому місяці вагітності (сестра та мати хворіли на хр. токсоплазмоз), але, зі слів пацієнтки, через провину лікарів вона дізналась про це, тільки на 21 тижні вагітності. Каже: «Я хочу здорову дитину» (плаче) (регресія, емоційна лабільність). У пацієнтки актуальний внутрішній конфлікт з проектуванням відчуття провини на зовнішні чинники, відчуття безпорадності що до зменшення впливу на дитину, тривога за стан дитини, що накладається на чутливу, тривожну емоційно лабільну преморбідну особистісну структуру. Клінічний діагноз: Пролонгована депресивна реакція в межах розладу адаптації (F 43.21).

До індивідуального психотерапевтичного плану участі в груповій психотерапії було включено завдання особистісної стабілізації Его процесів за рахунок опрацювання тривожних та депресивних (відчуття провини) афектів, покращення компенсаторних захисних механізмів за рахунок підвищення внутрішньої компетентності що до вагітності та материнства, опрацювання динамічних сімейних сценаріїв що до вагітності, та укріплення внутрішньої Его сфери, яка відповідає за сприйняття вагітності. Після проходження курсу групової психотерапії для вагітних жінок з ДТР у жінки суттєво зменшився рівень тривожності та депресивності, підвищився рівень функціонування адаптивних механізмів захисту, покращився настрій.

Приклад 2.

Вагітна К., 34р. Історія хвороби №785. Вагітність 25 тижнів. Загроза переривання вагітності. Істміко-цервікальна недостатність. Шов на шийці матки. АВО сенсibiliзація. Обтяжений акушерський анамнез (звичне невиношування).

ЧСС вагітної - 110 уд. в хвилину, ЧСС плоду - 130 уд. в хвилину. Базисна терапія: прогестерон, но-шпа, віт. Е, магний В 6, хофітол, рібоксин, курантл, свічки з вібурколом, фестал.

Проведено вивчення психоемоційного стану за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного підходів. За шкалою Спілбергера-Ханіна у хворої були визначені високі бали ситуативної - 54, та особистісної - 65 тривоги; високий рівень депресивності - 21 бали за Єдінбургською шкалою. За особистісним опитувальником (опитув. Леонгарда) діагностувались виражені акцентуації (24 бали) за віссю екзальтованості та (21 бал) емотивності (лабільності) і невірноваженість, крім того були підвищені показники (18 балів) за віссю ригідності та педантичності (16 балів). У використанні механізмів психологічного захисту (опитув. Плутчика) переважали - проекція (92%), компенсація (80%) та раціоналізація (67%), та заміщення (50%) і регресія (47%), що визначало виражену перевагу примітивних (проекція регресія та заміщення) механізмів психологічного захисту з потужним напруженням компенсаторних (компенсація, раціоналізація) захисних механізмів.

З анамнезу - протягом останніх 12 років пацієнтка вагітніла 8 раз, та всі вагітності в 5-8 тижнів завершувались самовільним викиднем. Пацієнтка описувала відчуття відчаю при втратах вагітностей. В останні 3 роки приймала гормональну терапію та не вагітніла, й відчувала емоційне полегшення: «Я займалась роботою та мене це (переживання пов'язані з вагітністю) не дуже турбувало».

Під час психодинамічного напівструктурованого інтерв'ю розповіла, що актуальну вагітність сприйняла з «бурею емоцій»: «Я плакала и нерувала - знову мені це пережити» (екзальтованість, емоційна лабільність та тривога), «Я чоловіку сказала, що це моя остання вагітність - я більше цього не перенесу» (раціоналізація). Під час вагітності постійно приймала підтримуючу терапію, активно співпрацювала з лікарями (компенсація). Але зазначає, що до сих пір намагається психологічно не прив'язуватись до дитини «Хтось там росте. Я раніше до таких термінів не доношувала... Але все одно боюсь прив'язуватись. А раптом.. Як що прив'яжусь - потім буде важче... Я вже від цього так втомилась...Вже хочеться домучатись, довести справу до кінця - и все, забути про ці вагітності» (заміщення, раціоналізація, компенсація, заперечення проекції). Зазначає, що допомагає стабільність та постійна підтримка з боку чоловіка. У пацієнтки відзначалось перевагання особистісних адаптаційних механізмів під впливом потужного стресогенного фактору при високо функціональній преморбідній особистісній організації. Клінічний діагноз: Змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2)

До індивідуального психотерапевтичного плану участі в груповій психотерапії було включено завдання особистісної стабілізації Его процесів за рахунок опрацювання ригідних структур захистів, які сформували попередні вагітності, корекція тривожних та депресивних за рахунок укріплення значущості підтримки з боку мікросоціального оточення (чоловік, мати), покращення адаптивного функціонування з пошуком додаткових особистісних резервів та покращенням особистісного сприйняття вагітності, як базисної структури в стосунках з майбутньою дитиною. Після проходження курсу групової психотерапії для вагітних жінок з

ДТР у жінки зменшився рівень тривожності та депресивності, стабілізувався настрій, підвищився рівень адаптації до складної актуальної ситуації.

Таким чином використання даного способу є патогенетично обумовленим та дозволяє проводити психологічну корекцію у жінок з ДТР під час вагітності що призводить до покращення емоційного стану, адаптації до вагітності та материнства, германізацію родинних стосунків. Спосіб може бути використаним в умовах акушерського стаціонару та бути рекомендованим для застосування в амбулаторних умовах.