

На правах рукописи

РАГИМОВА АЙНУР АЛИГЕЙДАРОВНА

**НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ДЕПРЕССИИ ПРИ
ШИЗОФРЕНИИ (КЛИНИКА, СИСТЕМАТИКА, ТЕРАПИЯ)**

14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2019

Диссертационная работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор

Иванов Станислав Викторович

Официальные оппоненты:

Горобец Людмила Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, отделение психонейроэндокринологии, руководитель отделения

Калета Василий Глебович – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный Центр Психического Здоровья» Минздрава России, клиника юношеской психиатрии, руководитель

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Защита диссертации состоится «__» _____ 2019 года в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.07 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет): 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной медицинской библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет): 119021, г. Москва, Зубовский б-р, 37/1 и на сайте организации www.sechenov.ru.

Автореферат разослан «__» _____ 2019 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д **208.040.07**

доктор медицинских наук, профессор

Дамулин Игорь Владимирович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Депрессия в послеродовом периоде (послеродовая депрессия, ПРД) является серьезной проблемой современного здравоохранения [Boyce P., Stubbs J. 1994; O'Hara et al., 2013]. ПРД становится причиной социальной дезадаптации вследствие снижения уровня функционирования матери [Teti D. et al., 1991] и фактором экономического бремени для семьи и системы здравоохранения: повторные госпитализации (до 63%, как в психиатрические, так и соматические стационары), увеличение сроков декретного отпуска с последующей длительной утратой работоспособности вследствие затяжного течения расстройства, повышение нагрузки на родственников, в связи с неспособностью самостоятельно вести уход за ребенком. [Garfield P. et al., 2004; Norhayati M. et al., 2016; Xu F. et al., 2014]. ПРД также сопряжена с ухудшением психического развития ребенка в результате нарушения взаимосвязи «мать-ребенок», включая ограничение общения с новорожденным, ослабление эмоционального контакта и пр. [Beck C. 1998; Баз Л. Л., Скобло Г. В., 2008; Gutierrez-Galve L. et al., 2015]. Несмотря на длительную историю изучения проблема ПРД остается недостаточно разработанной. Учитывая данные о клинической гетерогенности ПРД, как синдромальной, так и нозологической [Putnam K. et al., 2015], дальнейшая разработка клинических аспектов ПРД требует последовательного изучения послеродовых депрессий в пределах различных нозологических категориях. В доступных на сегодня публикациях ПРД рассматривается либо в рамках аффективных заболеваний (рекуррентно или биполярное аффективное расстройство), либо в контексте соматогенных расстройств, преимущественно психотического уровня [Жданов И. Д., 1896; Лысаковская З. А., 1944]. При этом встречаются лишь отдельные упоминания о возможности формирования непсихотических ПРД при шизофрении [Лысаковская З. А., 1944; Молохов А. Н., 1962; Смоленко Л. Ф., 1973; Reddy P. et al., 2014; Snellen M. et al., 1999], тогда как систематических исследований в этом направлении не проводилось. Все выше сказанное с учетом дополнительных неблагоприятных факторов клинического и социального прогноза при депрессивных состояниях в рамках эндогенно-процессуального заболевания (хронификация аффективных нарушений, негативные, позитивные и когнитивные нарушения, обусловленные шизофренией), определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования:

Изучение клинических особенностей и ответа на терапию непсихотических послеродовых депрессий при шизофрении.

Задачи исследования:

1. Определение клинической характеристики и разработка типологии ПРД при шизофрении.
2. Определение места ПРД в траектории психопатологических расстройств у больных шизофренией.
3. Определение характеристик шизофрении при ПРД
4. Определение эффективных методов психофармакотерапии ПРД при шизофрении.

Научная новизна исследования:

Впервые дана клиническая характеристика и разработана клиническая типология непсихотических ПРД при шизофрении, установлено место ПРД в динамике эндогенного процессуального заболевания. Впервые определена клиническая характеристика и типологическая дифференциация феномена отсутствия чувств к ребенку (ОЧР) при ПРД. Впервые проведена оценка эффективности психофармакотерапии непсихотических ПРД при шизофрении в условиях психиатрического стационара.

Научно-практическая значимость исследования:

Определены клинические характеристики, обеспечивающие дифференцированную диагностику типологически разнородных послеродовых депрессий при шизофрении. Установленные клинические особенности шизофрении с тропностью к формированию ПРД могут использоваться в качестве предикторов повышенного риска формирования депрессивных расстройств в послеродовом периоде.

Показана клиническая гетерогенность феномена отсутствия чувств к ребенку, на репрезентативном материале показан тропизм данного феномена к расстройствам шизофренического спектра.

Данные о клинической неоднородности феномена отсутствия чувств к ребёнку позволят дифференцированно подходить к тактике ведения таких пациенток и их реабилитации.

Результаты исследования курсов эффективной психофармакотерапии непсихотических ПРД при шизофрении могут быть использованы для оптимизации лечения этой группы больных амбулаторно и в стационаре.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. ПРД обнаруживают аффинитет к шизофрении, протекающей с аффективными фазами.

2. ПРД при шизофрении формируются в рамках динамики эндогенного заболевания при соучастии психогенных и соматогенных триггерных факторов, связанных с родами. ПРД выступают в ряду психопатологических расстройств, свойственных шизофрении, не обнаруживая значимых признаков соматогений.

3. Непсихотические ПРД при шизофрении клинически гетерогенны и дифференцируются на 3 типа: тревожные (99 из 194; 51%) анестетические (77 из 194; 39,6%) и аффективно-бредовые депрессии (18 из 194; 9,3%).

4. Распределение типов ПРД обнаруживает зависимость от этапа динамики шизофренического процесса (манифестация, экзацербация).

5. Единственным специфичным симптомом ПРД при шизофрении является ОЧР, дифференцирующийся на два типа: дефицитарный и анестетический.

6. Эффективная терапия ПРД предусматривает комбинированное применение антидепрессантов и атипичных антипсихотиков.

Методология и методы исследования:

Исследование проводилось с 2015 по 2018 год на базе клинических отделений кафедры психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой - академик РАН А. Б. Смулевич) лечебного факультета (декан – д.м.н., проф., М. А. Кинкулькина) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет) (ректор – академик РАН, проф. П. В. Глыбочко) и отдела по изучению пограничной психиатрической патологии и психосоматических расстройств (руководитель отдела – академик РАН, проф. А. Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (дир. – проф. Т. П. Ключник).

В исследование включались пациентки с диагнозом шизофрении, перенесшие эпизод непсихотической послеродовой депрессии (в пределах 6 недель после родов). Методы исследования – клинический, клинико-катамнестический, анализ архивной документации.

Исследование непсихотических ПРД выполнено в два этапа: клинический и архивный. Выборку клинического исследования составили 60 пациенток с эпизодом ПРД (текущим или перенесенном ранее), госпитализированных в клинические отделения НЦПЗ. На архивном этапе выполнен анализ медицинской документации 194 (6,64 % от всех изученных историй болезни) пациенток с ПРД, находившихся на лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ за период 10 лет (с 2007 по 2017 г.).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS19. Для выявления значимых различий использовался непараметрический критерий Манна–Уитни, достоверным признавался уровень $p < 0,05$

Достоверность научных положений и выводов

Необходимая достоверность результатов диссертационного исследования обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (психопатологического, клинического, экспериментально-психологического), соответствующих поставленным задачам.

Апробация результатов исследования

Основные результаты исследования представлены на Конференции Молодых Ученых им. А. В. Снежневского (ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва, 2016).

Апробация диссертации состоялась 26 апреля 2019 г. на заседании кафедры психиатрии и психосоматики ЛФ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России.

Личный вклад автора

Автором были лично обследованы все 60 пациенток клинической выборки, а также анализ архивной документации пациенток с ПРД, госпитализированных в женское отделение НЦПЗ за период 10 лет. На каждую из пациенток архивной и клинической выборки автором были заполнены индивидуальные регистрационные карты с регистрацией всей доступной социо-демографической и клинической информации. Автор самостоятельно осуществил обработку собранных данных с применением методов описательной и аналитической статистики.

Внедрение результатов исследования в практику

Внедрено в учебный процесс кафедры психиатрии и психосоматики ЛФ и лечебную работу клиники ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», психотерапевтического отделения УКБ № 3 клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности: 14. 01. 06 – психиатрия – область медицинской науки, занимающаяся изучением клинических, социально-психологических, и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных. Диссертация соответствует областям исследования: пункты №4.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 158 страницах машинописного текста (основной текст 140 страниц, приложение 18 страниц) и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Библиографический указатель содержит 176 наименований (из них отечественных – 22 иностранных – 154). Диссертация иллюстрирована 5 таблицами, 17 рисунками и 3 клиническими наблюдениями.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, из них 8 статей – в журналах, включённых в перечень ведущих периодических изданий ВАК РФ, 1 статья – в журнале, входящем в международные базы данных (индексируемых в Scopus).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Методология исследования

Исследование проводилось в период с 2014 по 2016 год. Работа была выполнена на базе кафедры психиатрии и психосоматики (зав. кафедрой - академик РАН А.Б. Смулевич) лечебного факультета (декан – чл.-корр. РАН, проф., М.А. Кинкулькина) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет) (ректор – академик РАН, проф. П.В. Глыбочко) и клинического отделения группы пограничных состояний шизофренического спектра (зав. отделением – д. м. н., проф. С.В. Иванов) в составе отдела по изучению пограничной психиатрической патологии и психосоматических расстройств (руководитель отдела – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (дир. – проф. Т. П. Ключник).

Настоящее исследование было направлено на изучение клинических характеристик ПРД при шизофрении, форм шизофрении, протекающей с ПРД, а также определение эффективных методов психофармакотерапии ПРД при шизофрении. Основной метод исследования – клинический, клинико-катамнестический, а также архивный.

Психиатрическое обследование производилось клиническим методом с привлечением данных медицинской документации (стационарные истории болезни, амбулаторные карты), объективных сведений (информация от близких родственников). Каждым из включённых пациентов было подписано информированное согласие на участие в исследовании.

Процедура клинического обследования включала анализ психического состояния, соматического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, медицинской документации (истории болезни, выписки, амбулаторные карты), результатов

оценки соматоневрологического статуса соответствующими специалистами (терапевт, невролог и др.) с учётом параклинических данных (общие и биохимические анализы крови, электрокардиография).

В группу клинико-катамнестического исследования было включено 60 пациенток, проходивших стационарное лечение в клинике НЦПЗ. Набор материала осуществлялся сплошным методом по мере госпитализации пациенток в клинику ФГБНУ НЦПЗ. План исследования предусматривал клиническое обследование с применением психопатологического метода оценки. Выборку клинического исследования составили 60 пациенток, госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ с ПРД в рамках шизофрении. У всех больных диагноз шизофрении был установлен до включения в настоящее исследование.

Архивное исследование выполнено на базе архива медицинской документации первого клинического отделения Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (зав. – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – проф. Т.П. Ключник). Был выполнен анализ 2920 историй болезни пациентов женского пола, находившихся на лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ за период 10 лет (с 2007 по 2017 г.). Выявлено 194 случая с верифицированной ПРД в рамках шизофрении (6,64 % от изученной архивной выборки).

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи Microsoft Excel 2003. Оценивались показатели среднего арифметического, медианы и среднеквадратичного отклонения для каждого из изученных показателей. Для оценки достоверности различий между группами использовался доверительный критерий t. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Средний возраст больных на момент включения в исследование составил 35,4 лет в клинико-катамнестической выборке и 36,9 лет в архивной выборке, отличие статистически недостоверно ($p = 0,36$). Возраст начала ПРД, госпитализации в психиатрический стационар и дебюта шизофренического процесса в клинико-катамнестической и архивной выборках был в целом сопоставим. Несмотря на некоторые отличия, статистически достоверными они не были ($p > 0,05$).

Наибольшее число ПРД приходится на возрастные диапазоны 19-25 (52,5% 46%) и 26-35 лет (13,4% и 45%), что согласуется с данными о том, что средний возраст деторождения в Российской Федерации составляет приблизительно 26 лет.

Характеристики шизофрении, протекающей с непсихотическими ПРД

В ходе анализа полученных данных было выявлено превалирование шизотипического расстройства (n=184 из 194; 95%), преимущественно вялотекущей психопатоподобной шизофрении (F.21.4) (n=126 из 194; 65%), а также вялотекущей неврозоподобной шизофрении (F.21.3) (n=58 из 194; 30%). В единичных случаях диагностирована приступообразно-прогредиентная шизофрения (F.20.01) (n=10 из 194; 5%), в рамках которой отмечались ПРД с транзиторными и редуцированными бредовыми и/или галлюцинаторными симптомами, не достигающими уровня развернутого психотического эпизода.

Общей закономерностью, объединяющей все выделенные в изученной выборке формы шизофрении, является формирование очерченных аффективных фаз в динамике эндогенно-процессуального заболевания, как депрессивных, так и гипоманиакальных. Во всех наблюдениях выявлялись завершённые депрессивные эпизоды, развивающиеся как в качестве ПРД, так и по другим механизмам (аутохтонные, психогенно спровоцированные) (подробнее рассматриваются ниже при обсуждении клинических характеристик ПРД). Гипоманиакальные эпизоды выявлены у большинства пациентов изученной выборки (80 из 194; 41%), что согласуется с данными исследований ПРД в рамках аффективных заболеваний, в которых показано значительное преобладание биполярного аффективного расстройства [O'Нара, М. 2013]. отмечались примерно у протекали обходились в быту в виде повышения работоспособности, сокращения сна, незначительного уменьшения аппетита, увеличения круга контактов. У 80 (из 194; 41%) пациенток эпизоды подъёма настроения носили длительный (от года и более) характер и чаще всего субъективно воспринимались как наиболее успешный период жизни, во время которого они заводили новые знакомства, выходили замуж, добивались повышения по работе. Эпизоды подъёма настроения у половины (n=45 из 194; 23%) пациенток заканчивались инверсией аффективной фазы в депрессивную или смешанный аффективный эпизод; у другой части (n=52 из 194; 27%) гипомания постепенно сменялась эутимией.

Психопатоподобная шизофрения (n=126 из 194; 65%) протекала с прогрессирующим нарастанием патохарактерологических изменений шизоидного круга (аутизация, эмоциональное обеднение) преимущественно в рамках шизоидного или истерошизоидного (в сочетании с демонстративностью, эгоцентризмом, манипулятивностью) (n=111 из 126), либо шизотипического (дефект по типу «фешробен» [Смулевич А. Б., 2015]; n=15) расстройства личности. Примерно в половине случаев (n=66 из 126) заболевание манифестировало исподволь, вне связи с аффективной патологией, в 58 случаях – очерченным депрессивным эпизодом. У части больных (n=36 из 194; 18,5%) по мере течения заболевания

психопатоподобные изменения дополнялись астеническими расстройствами. Повышенная утомляемость, как психическая, так и физическая, носила преимущественно ситуативный характер и сопровождалась явлениями гиперестезии (раздражительность на яркие звук и свет), обострением поведенческих нарушений (манипулятивность, демонстративность), лабильностью аффекта. У 50 пациенток (из 194; 25,7%) психопатоподобные изменения дополнялись ипохондрическими расстройствами с преобладанием сенестопатий и телесных фантазий («горящий нож, пронзающий грудь», «лёд, бегущий по венам», «полый диск, крутящийся в голове»).

Неврозоподобная шизофрения (F.21.3) (n=58 из 194; 29,8%) во всех случаях манифестировала в форме депрессивного эпизода. Последующее течение заболевания сопровождалось доминированием обсессивно-компульсивных расстройств (n=29 из 194; 14,9%), включая контрастные фобии и бытовые перепроверки (n=10 из 194; 5,15%). В 17 (из 194; 8,7%) наблюдениях клиническая картина определялась стойкими соматоформными расстройствами (парестезии, алгии/сенестоалгии, сенестезии, сенестопатии, телесные фантазии), не зависящими от аффективного фона, отличающимися однообразием, постоянством локализации, монотонностью. Нарастание дефекта происходило постепенно, безотносительно от депрессивных фаз. Постепенно в структуре личности превалировали черты аутизации, сокращения круга общения, при этом у больных ярко выделялись черты зависимости от членов семьи (матери, мужа, взрослых детей), тревожности, общей психической хрупкости. Несмотря на снижение репертуара ежедневного функционирования, а также уменьшение объёма психической деятельности, не происходило интеллектуального снижения или выраженной (инвалидизирующей) дезадаптации.

В рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении (n=10 из 194; 5,15%) формировались относительно кратковременные (до 3 мес.) депрессивно-параноидные состояния с транзиторными (эпизоды до нескольких дней) бредовыми идеями преследования, явлениями психического автоматизма, псевдогаллюцинаторными расстройствами. В ремиссиях отмечалось нарастание психопатоподобных изменений паранойяльного круга (подозрительность, недоверчивость к окружающим, патологическая ревность).

Клиническая характеристика непсихотических ПРД при шизофрении

Помимо 28 пациенток (из 194; 14,4%), у которых ПРД являлось единственным эпизодом, у остальных пациенток ПРД являлось одним из череды депрессивных (69 из 194; 35,5%) или перемежающихся депрессивных и гипоманиакальных фаз (97 из 194; 50%).

У всех пациенток клиническая картина ПРД включала типичную для меланхолических депрессий симптоматику (витальная тоска, психомоторная заторможенность, идеи

самоуничтожения, суточный ритм и пр.). При этом выделенные клинические особенности депрессивного симптомокомплекса в рамках ПРД ограничивались денотатом депрессивного симптомокомплекса (соberжание идей малоценности, самообвинения) и не распространялись на синдромальную структуру депрессивного эпизода (за исключением специфичного для ПРД феномена отсутствия чувств к ребенку, который обсуждается ниже).

У части (n=35 из 194; 18%) депрессии носили типичный суточный ритм с ухудшением в утренние часы за счёт нарастания тоски, апатии, ангедонии. Несколько чаще (n = 60 из 194; 30%) суточный ритм был инвертированным, с нарастанием к вечеру тревоги, как беспредметной, так и ситуационной. Идеаторный комплекс ПРД отличался тематической окрашенностью, так идеи самообвинения выявляемые у 65 больных (из 194; 33,5%) были тесно связаны с колебанием аффективного фона в течение дня и касались в первую очередь самоопределения себя как «плохой» матери. У большинства пациенток отмечался дефицит сна, однако в большинстве случаев он имел смешанный характер: объективно определяемая необходимость вставать и ухаживать за ребёнком в ночные часы в сочетании с типичными для депрессии, нарушениями сна по типу трудности засыпания (сон нарушался вне зависимости от необходимости ухода за ребёнком) по типу трудности засыпания, когда пациентки подолгу не могли заснуть, одолеваемые тревожными сомнениями либо неоднократно просыпались от них в течение ночи (n=95 из 194; 49%) или поздней инсомнии (n=35 из 194; 18%) когда пациентки просыпались слишком рано, что совпадало с пиком плохого самочувствия при типичном суточном ритме [Смулевич А. Б., 2015].

В 38 (из 194) наблюдениях манифестации ПРД предшествовала тревожная симптоматика и субклинические признаки гипотимии, выступающие в качестве продромальных признаков последующего развернутого депрессивного эпизода.

У 20 (из 194; 10,3%) пациенток в период, предшествовавший появлению ПРД, отмечались явления ситуативной или немотивированной тревоги (необоснованное беспокойство по поводу здоровья новорожденного, многократные ночные пробуждения без повода с потребностью оценивать состояние ребенка и пр.), единичные редуцированные спонтанные либо ситуационно провоцированные панические атаки. Субклинические депрессивные состояния (n=4 из 194; 2,06%) проявлялись в форме транзиторных эпизодов плаксивости, подавленности, раздражительности, апатии, адинамии нарушений сна и аппетита, которые однако не дезадаптировали пациентку, но существенно снижали качество жизни в послеродовом периоде. Женщины с субклиническим снижением настроения отмечали нарушения сна по типу трудности засыпания и ранних пробуждений, снижение аппетита. Состояние как правило не имело суточного ритма или ухудшалось в вечернее

время. В 4 (из 194; 2,06%) случаях манифестации ПРД предшествовала последоровая гипомания с чувством необычного прилива сил, несвойственной ранее бодрости, уменьшении потребности во сне, несвойственной ранее продуктивности.

В ходе исследования установлена выраженная клиническая гетерогенности ПРД, дифференцирующихся на 3 типа: тревожные (n = 99 из 194; 51%), анестетические (n=77из 194; 40%), и бредовые депрессии (n=18 из 194; 9,2%).

1. Тревожные послеродовые депрессии (n = 99 из 194; 51%)

Наиболее характерны для ПРД МЗ (n=79 из 115; 68,6%). Протекали в форме тревожно-апатических или тревожно-тоскливых депрессий. Пациентки жаловались на снижение настроения, с преобладанием апатии к происходящему (60 из 194; 30%). Сохраняя прежнюю активность, больные характеризовали свою деятельность как автоматическую «по привычке». Больные ощущали отрешённость, не хотели общаться со знакомыми, отмечали безрадостность по отношению к ранее любимым занятиям и событиям в окружающем мире. Помимо апатии для данного типа депрессий были характерны и витальные черты, из которых наиболее яркими было ощущение тоски (57 из 194; 29,3%). Тоска не была перманентной характеристикой, а зависела от общего аффективного фона. Стоит отметить, что тоска не была однородным симптомом, а подразделялась на два типа. Первый вид имел свойство метафоры по утраченной личной свободе и временам, не отягощённым родительскими обязанностями, сходной с выделяемой Е. А. Степановой [цит. по А. Б. Смулевичу, 18] «тоской об утерянной свободе и беззаботности», т.е. носил метафорический характер или тоски, как проявления когнитивно-негативный комплекс. Второй вид описывался в качестве «плиты на груди» или абстрактной тяжести в загрудинной проекции. Характерным депрессивным признаком в когнитивной сфере являлись идеи самообвинения и собственной малоценности, когда больные ощущали себя обузой для семьи, несмотря на то, что справлялись с уходом за ребёнком в полной мере, то высказывали идеи о не состоятельности себя как матери, безосновательно нивелировали собственный труд.

При данном типе ПРД витальные симптомы были сопряжены с гиперэстетическими проявлениями: раздражительностью, дисфорией (n=88 из 194; 45,3%). Больные раздражались по малейшим поводам, были плаксивы, обидчивы), не переносили громкие звуки (в том числе детский плач). Раздражительность коррелировала с общим аффективным фоном и ухудшалась в случае усиления депрессивных симптомов или усталости, в большинстве случаев соответствовал основному денотату переживаний, затрагивая отношения с ребёнком и семьёй.

Определяющей чертой для всех депрессий данной группы являлось преобладание в клинической картине тревожных расстройств. В структуре депрессий в равной степени

отмечалась различные типы тревоги: тревога немотивированная (76 из 194; 39,1%) и ситуативная тревога (за ребёнка, за дела семьи) (76 из 194; 39,1%). Тревожные симптомы сопровождалась как моторными проявлениями (неусидчивость и суетливость у ряда больных достигавших раптоидных состояний в виде бессмысленных метаний), так и когнитивными симптомами: рассеянностью, трудностями концентрации внимания на выполнении элементарных действий, преувеличение значимости трудностей, драматизацию возникающих проблем [31]. Тревога зачастую сопровождалась симптомами, схожими с псевдододеменцией, когда больная не могла справиться с привычными ранее делами, в тревоге подолгу вникала в суть бытовых вещей, прося о помощи и поддержке.

Отличительная для ПРД – выраженная тревога за ребёнка, по большей части носила дезадаптирующий характер: была гипертрофирована, либо не соответствовала реалиям, например, в случае болезни ребёнка (подвывих бедра, простуда) матери полностью забрасывали все остальные дела, не в состоянии отгородиться от пугающих мыслей о потенциальном летальном исходе или перспективе инвалидизации, были скованы страхом отвлечься от состояния ребёнка и пропустить ухудшение.

У 20 больных (из n=194; 10,3%) тревога сопровождалась ажитацией вплоть до развития раптуса. Несмотря на наличие поддержки со стороны окружающих, пациентки не спускали младенца с рук, не доверяя его состояние порой и врачам, например одного из младенцев к врачам доставили родственники молодой матери, в то время как та не могла принять решение о необходимости госпитализации.

В 10 случаях (из n=194; 5,1%) в структуре депрессивного эпизода отмечались контрастные навязчивости в виде страха причинении вреда своему ребёнку, так например, больные опасались потерять контроль и нанести младенцу ножевые ранение/выкинуть из окна, раздавить. При том данные идеи носили субъективно неприятный характер и провоцировались видом ребёнка или необходимостью ухода за ним. Выраженность переносимых симптомов варьировалась от доминирующих, захватывающих сознания, вследствие которых пациентки не могли ухаживать за ребёнком, до переходящих эпизодически возникающих и не мешающих общению с потомством.

Значительная часть больных характеризовалась вплетением ипохондрической симптоматики в структуру депрессий (n=97 из 194; 50%). Содержание тревоги за здоровье и сопровождающие ее телесных сенсации в первую очередь зависели от давности заболевания и динамики шизофренического процесса, нарастания негативных симптомов.

Суточный ритм (n=55 из 194; 28,3%) нёс атипичные черты с ухудшением настроения в вечернее время, когда нарастали апатия, нежеланием чем-либо заниматься, усиливалась

тревога, днём же больные ощущали утомляемость (Зеленин Е.В. 1997): подолгу залёживались в постели перед тем как приступить к уходу за ребёнком и ежедневным делам. Нарушения сна при ПРД, хотя и субъективно объяснялись необходимостью ухода за ребёнком, но фактически были значительно амплифицированы за счёт тревожного компонента, так, например, матери подолгу не могли заснуть после того, как вставали к ребёнку по ночам или просыпались лишний раз, чтобы проверить его благополучие.

Динамика симптоматической картины ПРД в зависимости от ее положения в структуре эндогенного заболевания была наиболее отчётливо представлена в структуре тревожного типа депрессий.

При ПРД МЗ (79 из 194; 40,7%) депрессия носила преимущественно тревожно-апатические черты. Тревога была преимущественно представлена предметными переживаниями: тревогой за ребёнка, за дела семьи. Появление телесных ощущений было преимущественно представлено мигрирующими жалобами на нестойкие соматоформные расстройства (головные боли, «ком» в горле, онемение рук/ног, головные боли, головокружение) и никогда не касались сферы женского репродуктивного здоровья или полученных родовых травм.

Тревожные депрессии в рамках ПРД ТЗ (n=20 из 194; 10,3%) отличались усугублением клинической картины за счёт добавления в структуру сугубо эндогенных черт в виде вычурных телесных ощущений, которые соотносились не с депрессивным аффектом, с динамикой эндогенного расстройства. Ипохондрическая тревога определяющая поведение пациенток в случае возникновения телесных ощущений, зачастую заменяла собой уже существовавшую до этого тревогу за ребёнка или тревогу безосновательного характера и приводила к череде обследований у врачей соматологов и сужению круга интересов аспектом собственного здоровья. Телесные ощущения принимали характер сенестезий и сенестопатий, вычурных телесных фантазий в виде различных жжений, ощущений прохождения тока по телу, ощущения «холода в венах», «вертящихся дисков в голове». Идеи самообвинения, хотя и присутствовали в первые месяцы ПРД, но с течением времени полностью заменялись заботой о здоровье.

2. Анестетические послеродовые депрессии (n=77 из 194; 40%).

Наиболее характерны для ПРДТЗ (n=56 из 194; 28,8%). Снижение настроения носило стойкий характер с преобладанием анестетических и деперсонализационных расстройств. В отличие от тревожных депрессий, в анестетических депрессиях преобладали черты негативной аффективности [23], а утрата витальности не ограничивалась потерей аппетита и ухудшением качества сна. Основная картина депрессий определялась явлениями отчуждения

эмоций с утратой эмоционального резонанса на внешние события. В ряде случаев отчуждение приобретало выраженный характер и достигало уровня болезненного бесчувствия (*anaesthesia psychica dolorosa*).

Симптомы деперсонализации в структуре депрессии преимущественно выражались в виде алло- (47 из 194; 24,2%) и аутопсихической деперсонализации (34 из 194; 17,5%). Аллопсихическая деперсонализация характеризовалась стойким ощущением отгороженности от окружающего «невидимой стеной», сопровождавшееся ощущением просмотра жизни вокруг «на экране» и чаще всего дополнялась отгороженностью от собственных эмоций и психических процессов «все делаю, как робот». Симптомы соматопсихической деперсонализации чаще всего сочетались с вычурными телесными сенсациями, например, больные отвлечённо наблюдали за процессом дыхания или прохождения пищи по ЖКТ, ни в одном из случаев не было выявлено «синдрома Алисы в стране чудес» - грубого расстройства схемы тела [Todd J., 1955]. В отличие от описанных Д. В. Романовым [2008] экзистенциального криза в рамках небредовой ипохондрии данные проявления деперсонализации носили характер постоянных, и не соответствовали нарастанию тревоги, не коррелировали с телесными сенсациями.

Несмотря на то, что данные депрессии преимущественно наблюдались при ПРД ТЗ (n=56 из 194; 28,8%), отмечались различия деперсонализационных депрессий в зависимости от положения ПРД в структуре шизофрении. Для ПРД МЗ (n=21 из 194; 10,8%) было характерно более лёгкое течение расстройств, анестетические проявления чаще соотносились с динамикой депрессивных расстройств. Часто депрессивные эпизоды сопровождались ощущением растерянности, схожей с «нажитой беспомощностью» в рамках тревожных депрессий, но приводящее к значительной дезадаптации пациентов.

Одним из наиболее специфических для ПРД проявлений анестетической депрессии был феномен отсутствия чувств к ребёнку (ОЧР), подвергнутый психопатологическому анализу в клинической выборке (n=60).

Частота ОЧР наблюдавшийся у 1/3 пациенток (n=23 из 60; 38,3%). ОЧР формировался как тягостное ощущение недостаточности эмоционального отклика на собственного ребёнка, зачастую осложнённое идеями самообвинения и неполноценности. Распространение ОЧР было большим в группе ПРД ТЗ (n = 17 из 60; 28,3%), в то время как в группе ПРД МЗ отмечалось лишь 3 случая ОЧР (из 60; 5%), причём у двоих пациенток из группы ПРД МЗ ОЧР сочетались с контрастными навязчивостями и имели параллелизм с их динамикой: при уменьшении выраженности тяготеющих obsessions, больные ощущали частичную редукцию ОЧР.

В результате психопатологического анализа 23 наблюдений ОЧР был разделён на два клинических типа: дефицитарный и анестетический (деперсонализационный), каждый из которых соотносится с характеристикой расстройств шизофренического спектра.

При *1-м (дефицитарном) типе* (n=13 из 60; 21,6%) ощущение утраты чувств к ребёнку формировалось в ряду негативных изменений и сопровождалось объективными признаками значительного снижения материнской функции и было характерно для пациенток, у которых ПРД развилось на фоне уже существовавших проявлений шизофренического дефекта (психопатоподобного, астенического).

Анестетические расстройства при дефектном типе ОЧР являлись не проявлением анестезии, распространяющееся на ту или иную сферу психической деятельности, а "реакцией самосознания на дефект или процесс, ведущий к дефекту", схожие с описаниями проявления, "основного расстройства" [Glatzel J. 1958]. Свойственной чертой данных пациенток было распространение анестезии и на других членов семьи (мужа, родителей), с формированием к ним ощущения безразличия, отвращения. Только 5 из 13 пациенток проявляли инициативу (хотя и минимально) в уходе за ребёнком, а 8 полностью дистанцировались от материнских обязанностей, в том числе обнаруживая склонность к дисфории по типу "unlust" (нем. «отсутствия желания»), которая проявлялась в первую очередь грубыми нарушениями поведения и агрессией. Так, например, больные трясли детей, кричали на них, могли применять физические наказания к младенцам, «забывали» коляску на проезжей части, оставляли новорожденных детей на день совсем одних, не реагировали на их плач и обращали на детей внимания только в целях «прекратить крик». В силу подобного поведения уход за ребёнком у ряда больных полностью ложился на плечи родственников. Если пациентки выполняли основные материнские обязанности, то без эмоциональной вовлеченности в жизнь ребёнка – в пределах особой рациональной системы отношений по типу «мать–друг». Эмоциональное общение с ребёнком незначительно улучшалось по мере его взросления, однако зачастую в их отношениях не формировалось чувства ответственности и привязанности, так, например, некоторые пациентки не понимали, почему должны отвечать за поведение своих детей, когда те уже учились в старших классах, не помогали им с выполнением домашнего задания, редко переживали, если ребёнок-подросток попадал в неприятности. При дефицитарном типе ОЧР было стойким в течение всего дня и не зависело от окружающих обстоятельств и не редуцировалось по мере прохождения ПРД, зачастую задерживаясь на длительное время после родов. В 3 наблюдениях ОЧР дополнялось контрастными фобиями причинения ему вреда. Не отмечалось параллелизма динамики с

изменениями тяжести гипотимии и полным обратным развитием бесчувствия после редукции депрессивной симптоматики

При 2-м (анестетическом) типе (n=10 из 60; 16,6%) феномен отсутствия чувств к ребёнку представлял собой эквивалент болезненной психической анестезии. Расстройства самосознания при этом типе ОЧР отражают наиболее лёгкий уровень психической диссоциации. Особенностью диссоциативного ОЧР, в отличие от стойкого дефицитарного ОЧР, являлась парциальность, выражающаяся и относительно неглубокая степень выраженности ОЧР и прочих диссоциативных симптомов. Если ОЧР при первом типе расстройств был стойким и сохранялся после завершения депрессивной фазы, то диссоциативное ОЧР было неустойчивым, обнаруживало зависимость от внешних событий и динамики депрессивного аффекта, например, пациентки отмечали прилив нежности к новорождённому, когда близкие помогали по уходу или та находилась в условиях стационара, не отягощённая ведением хозяйства и заботой о ребёнке.

В периоде ремиссии после ПРД (средняя длительность катамнестического наблюдения $2,4 \pm 1,1$ года) отмечалась редукция анестезии с восстановлением материнских чувств

Неотъемлемой частью деперсонализационного ОЧР являлись интегрированные в структуру анестетической депрессии истеро-дисфорические проявления, склонность к манипуляции окружающими, поиск помощи со стороны родных, которые, в отличие от дефицитарного типа никогда не принимали форму физической жестокости. Выраженность описываемых ощущений контрастировала с самостоятельным выполнением материнских обязанностей, которые те описывали терминами «как робот», «из чувства долга». Отличительной чертой деперсонализационного ОЧР являлось болезненность переносимых ощущений, сочетающееся с чувством вины по отношению к ребёнку. Еще одной свойственной чертой для ОЧР в рамках анестетической депрессии была полная редукция симптомов анестезии по мере прохождения ПРД и формирования адекватного материнского поведения. У части больных была отмечена инверсия отношения к ребёнку на гиперопекающим поведение, сопровождающееся повышенной тревогой по отношению ко всему, что касалось состояния ребёнка.

Для дефицитарного ОЧР будут наиболее характерны симптомы крайней выраженности анестезии чувств (n=5 из 60; 8,3%), контрастные навязчивости (n=3 из 60; 5%), агрессия по отношению к ребёнку (n=6 из 60; 10%), отказ от ухода за ребёнком (n=6 из 60; 10%). Анестетический тип ОЧР был коморбиден более лёгкому регистру расстройств, подвергавшихся редукции по мере улучшения состояния аффективного фона. При данном типе чаще встречались симптомы тоски (n=13 из 60; 21,6%), раздражительности (n=10 из 60;

16,6%), витальные симптомы (не достигающие уровня *anaesthesia psychica dolorosa*) (n=8 из 60; 13,3%), отсроченное начало ПРД (n=5 из 60; 8,3%).

Установлено, что каждый из выделенных типов ПРД с феноменом отсутствия чувств к ребёнку соотносится с характеристикой преморбидного склада пациенток: при анестетическом типе преобладали женщины, со свойственными им драматическими чертами, в то время как дефицитарный тип был более свойственен для пациенток, относящихся к шизоидному или шизотипическому РЛ.

3. Бредовые послеродовые депрессии (n=18 из 194; 9,2%)

Чаще встречались при ПРД МЗ (n=12 из 194; 6,2%). Манифестировали явлениями гипотимии с преобладанием апатии, которая в последствии сменялась тревогой безосновательного характера, на фоне которой в последствии реализовывались психотические включения в виде подозрительности, слуховых галлюцинации. При ПРД в рамках депрессии с психотическими симптомами не формировалось бредовой системы (фабула бреда касалась страха причинения вреда пациентке или новорождённому). Подобные состояния всегда требовали госпитализации, однако, в условиях стационара обходились быстро (до двух месяцев). В ремиссии, отмечались резидуальные симптомы в виде подозрительности к окружающим, изредка- сенситивные идеи отношения. В меньшей степени в структуре психотических ПРД были распространены суицидальные тенденции (12 из 194; 6,2%). Среди заболевших женщин, у 9 из 12 женщин суицидальные мысли соотносились с психотическими симптомами носили преимущественно пассивный характер – они хотели «заснуть и не проснуться» или красочно представляли себе автоаварию со смертельным исходом, а также были сопряжены с идеями малоценности. При этом ни одна из пациенток не предпринимала истинных попыток самоубийства, что соответствует иностранным данным о специфике суицидальных мыслей у рожениц [Gelaye V. et al., 2016].

На примере клинической выборки были изучены преморбидные особенности пациенток. В большинстве (n=46 из 60; 76,6%) наблюдений было отмечено наличие акцентуации по тревожному типу, выступающие в структуре разных типов расстройств личности (РЛ), что согласуется с данными ряда исследований о накоплении тревожных черт при ПРД. Однако, в отличие от зарубежных данных, тревожные акцентуации не были определяющими в структуре РЛ, а выступали в качестве одной из дименсий, присущей той или иной личностной акцентуации [28; 32]. В большей половине случаев (n=33 из 60; 55%) в ряду конституциональных свойств были зафиксированы признаки невропатии (общая болезненность, плохая переносимость нагрузок, склонность к формированию явлений психосоматического диатеза).

Большая часть РЛ относилась к кластерами А – шизоидное и шизотипическое (n=29 из 60; 48,3%), и В – истерическое и пограничное (n= 27 из 60; 45%) РЛ, прочие РЛ отмечались редко (n=4 из 60; 6,6%).

Был произведён анализ соотношения долевого распределения синдромальных типов депрессий и категориальных РЛ. В рамках тревожного типа ПРД (n = 99 из 194; 51%) превалировал кластер А (шизоидное и шизотипическое РЛ) (n=60 из 194; 31%), в остальных случаях отмечались РЛ драматического (n=29 из 194; 14,9%) и тревожного кластера (n=10 из 194; 5,1%). При анестетическом ПРД (n=77 из 194; 40%) преобладали личности кластера В (n=58 из 194; 30%); личности шизоидного круга наблюдались в меньшей степени (n=15; 7,7% от n=194), тревожные были зарегистрированы в минимальной степени (n=4 из 194; 2%). При бредовых типах депрессий (n=18; 9,8% от n=194) наблюдался исключительно кластер А: превалировали параноидные (n=10 из 194; 5,1%) и шизотипические личности (n=4,6 из 194; 4,6%).

Помимо синдромальных различий было изучено начало продром ПРД во время беременности (n=102 из 194; 52,5%). У ряда больных повышалась тревога (n=50 из 194; 25,7%). в предродовом периоде, появлялась плаксивость и раздражительность (n=72 из 194; 37,1%), которые в свою очередь амплифицировали физическое недомогание (повторно возникал токсикоз в третьем месяце беременности, усиливался тонус живота, ухудшалось общее самочувствие). В иных случаях больные отмечали несвойственный подъем настроения (n=30 из 194; 15,4%), когда пациентки становились необычно веселы, «всю беременность порхали на крыльях», занимались покупками, посещали развивающие семинары для бедующих мам, сокращался сон и аппетит. Например, одна из пациенток, впервые оказалась в роддоме на сохранении, после того, как не оценив ситуации, на втором триместре беременности поехала кататься на коньках и упала, другая же самостоятельно занималась ремонтом квартиры, поднимала тяжести, что также привело к попаданию в стационар в связи с угрозой прерывания беременности.

Психофармакотерапия ПРД при шизофрении.

Все препараты, применяемые при терапии ПРД в период лактации могут применяться если применение оправдано и потенциальная польза терапии превышает возможный риск для ребёнка

В настоящем исследовании в пределах архивной выборки (n=194) выделено 68 (35%) пациенток, получавших лечение по поводу ПРД. В связи с большой вариативностью терапии (включая комбинированное назначение лекарственных средств), назначаемой пациенткам в стационаре, изучались не отдельные препараты, а курсы лечения. При этом осуществлялся

поиск эффективных курсов, то есть назначений, приведших к редукции психопатологической симптоматики.

Длительность терапии (в мес.) составила $1 \pm 0,75$: у 4 из 68 пациенток (5,8%) курс лечения составил 3 мес.; у 14 пациенток (26,4%) - 2 мес., остальные 50 (73,5%) пациенток получали лечение в условиях стационара месяц или менее.

Большинство (55 из 68 пациенток - 80%) получало интенсивный курс терапии, включавший внутримышечное и внутривенное введения препаратов; 5 (7%) пациенткам назначалась ЭСТ.

Терапия носила преимущественно комбинированный характер: 1 АД + 1 АП (n=24; 35% от n=68), 2 АД + 1 АП (n=10; 14,7%), 1 АД + 2 АП (n=9, 14%), 2 АД + 2 АП (n=14, 7,2%), 2 АД + 1 АП + 1 ТР (n=5, 7% от n = 68), 1 АД + 2 АП + Н (n=4; 6% от n = 68), 2 АД + 2 АП + Н (n=4; 6% от n = 68).

Антипсихотические препараты были назначены в 66 из 68 случаях (97%). Терапия с применением одного вида нейролептика оказалась необходимой в 39 из 68 (57%) случаев; применение двух антипсихотиков - в 29 (42,5%) случаев. Терапию антидепрессантами получали 65 из 68 пациенток (95,5%). Один антидепрессант в эффективной терапии применялся в 16 случаях (23,5%), два - в 49 (72%). Нормотимические препараты назначались 10 женщинам (14,5%), транквилизаторы - 11 (16%).

Внутривенные назначения психотропных средств получали 55 (80%) пациенток - один курс лечения. Самыми распространёнными препаратами для внутривенного курса лечения являлись диазепам (n=32, 47% n = 68); галоперидол (n=19, 28% n = 68); сульпирид (n=15, 22% n = 68).

Наиболее частыми сочетаниями в/в препаратов являлись sol. Haloperidoli + sol. Diazepamii (n=11, 16% от n = 68); sol. Sulpiridi + sol. Clomipramini (7; 10% от n=68), sol. Diazepamii + sol. Maprotilini (n=5; 7% от n=68).

В результате анализа эмпирического опыта терапии ПРД в рамках шизофрении и шизотипического расстройства одним из наиболее эффективных подходов оказывается комбинированное применение транквилизаторов и типичного антипсихотика в форме внутривенных инфузий.

Наиболее эффективным антипсихотическим препаратом в отношении ПРД при шизофрении, по данным изученной медицинской документации, являлись Olanzapinum (n=13, 19% от n=68), Quetiapinum (n=13, 19% от n=68) Haloperidolum (n= 11; 16% от n=68).

Антидепрессанты были назначены 66 пациенткам (97% от n=68). Среди них превалировали трициклические антидепрессанты Amitriptylini (n=14, 20,5% от n=68),

Clomipraminum (n=13, 19% от n=68), а также антидепрессант группы СИОЗС Fluvoxaminum (n=11, 16% от n=68).

Транквилизаторы в рамках эффективных курсов встречались в 11 случаях (16% от n=68). В связи с относительной редкостью таких назначений значимой разницы в их частоте не обнаружено.

Препараты с нормотимическим действием назначались в 10 из 68 (14%) наблюдениях, наиболее эффективными являлись Carbamazepini (n=5, 7% от n=68), Valproic acidi (n=5, 7% от n=68).

Помимо общего анализа терапии для больных ПРД при шизофрении был проведён анализ состава эффективной в/в, в/м и таблетированой терапии для пациенток групп «ПРД МЗ» и «ПРД ТЗ», однако статистических различий в составе терапии, длительности ее проведения, наличия/отсутствия ЭСТ выявлено не было.

Также в рамках настоящего исследования проводилось дифференцированное изучение эффективности препаратов в зависимости от синдромальной структуры ПРД.

1) Терапия тревожных ПРД

При тревожной ПРД эффективными были препараты с анксиолитическим действием: атипичные нейролептики Olanzapinum (5-10 мг суточно) и Quetiapinum (100-200 мг суточно); трициклические антидепрессанты, например, Amitriptylinum (50-150 мг суточно), а также антидепрессанты группы СИОЗС, обладающие противотревожным потенциалом, такие как Paroxetine (20-30 мг суточно), Sertralinum (50-150 мг суточно), небензодиазепиновые транквилизаторы Hydroxyzinum (25-75 мг суточно). Внутривенная терапия должна осуществляться препаратами со схожим спектром действия: sol. Diazepam (10-20 мг суточно) + sol. Clomipramini (25-100 мг суточно), sol. Diazepam (10-20 мг суточно) + Amitriptylinum (40-80 мг суточно)

2) Терапия анестетических ПРД

При терапии анестетических форм ПРД эффективными оказались Sulpiridum (100-300 мг суточно), Quetiapinum (100-200 мг суточно), Haloperidolum (2,5-5 мг суточно); трициклический антидепрессант Clomipraminum (100-150 мг суточно), а также антидепрессант группы СИОЗС сбалансированного действия Escitalopramum (10-30 мг суточно). Внутривенная терапия при данном типе ПРД допускает различные варианты сочетания групп психофармакотерапии, таких как, например, sol. Sulpiridi (100-300 мг суточно) + sol. Diazepam (10-20 мг суточно), sol. Sulpiridi (100-300 мг суточно) + sol. Clomipramini (25-100 мг суточно).

3) Терапия бредовых ПРД

Терапия бредовых форм ПРД осуществлялась более высокими дозами антипсихотиков и трициклическими антидепрессантами. Терапия в первую очередь направлена на редукцию позитивной симптоматики и предупреждение развития значимых негативных симптомов по мере редукции ПРД: Haloperidoli (5-15мг суточно), Olanzapinum (5-10 мг суточно), Amitriptylinum(100-150 мг суточно); в/в терапия sol. Haloperidoli (2,5-10мг суточно) + sol. Diazepamі (10-20 мг суточно), sol. Haloperidoli (2,5-10суточно) + sol. Clomipramini (25-100 мг суточно).

Нормотимические препараты, в связи с тропностью ПРД к рекуррентным, а так же биполярным аффективным заболеваниям, являлись важной составляющей терапии, вне зависимости от синдромального типа. В рамках проведенного анализа обнаружена эффективность применения Carbamazepinum (200-300 мг суточно) и Valproic acidі (600-900 мг суточно).

ВЫВОДЫ

1. Непсихотические послеродовые депрессии (ПРД) при шизофрении являются этапом динамики эндогенного психического заболевания – манифестация (ПРД-МЗ) или эксацербация (ПРД-ТЗ) шизофрении в фазе генеративного цикла.

2. Генез ПРД при шизофрении мультифакторный: взаимодействие обусловленных родами триггерных психогенных и соматогенных факторов с факторами динамики шизофрении (течение с аффективными фазами).

3. ПРД при шизофрении клинически гетерогенны и дифференцируются на три типа: тревожные, анестетические и аффективно-бредовые. Синдромальная структура и частота развития выделенных типов ПРД варьируют в зависимости от этапа (ПРД-МЗ или ПРД-ТЗ) течения шизофрении.

3.1 Тревожные ПРД (99 из 194; 51%) формируются преимущественно как ПРД МЗ. Определяются сочетанием витальной тоски с тревогой и дисфорическим аффектом. Вектор тревоги при ПРД МЗ направлен на близких (здоровье новорождѐнного, родственников), при ПРД ТЗ - на собственное состояние (фобии ипохондрического содержания), дополняется аномальными телесными ощущениями (конверсии, сенестезии, сенестопатии).

3.2 Анестетические ПРД (77 из 194; 39,6%) формируются преимущественно как ПРД ТЗ. Определяются сочетанием апатии и ангедонии с явлениями алло- и аутопсихической деперсонализации, болезненной психической анестезии.

3.3 Аффективно-бредовые ПРД (18 из 194; 9,3%) одинаково представлены в рамках ПРД-МЗ и ПРД-ТЗ. Определяются сочетанием подавленности и тревоги с бредовыми

расстройствами параноидного содержания. В рамках ПРД денотат бредовых идей расширяется включением новорождённого в качестве объекта внешней угрозы (страх за свое здоровье и здоровье ребёнка).

6. Специфичным для ПРД при шизофрении является психопатологический феномен отсутствия чувств к ребёнку (ОЧР). Развивается в рамках анестетических ПРД. Обнаруживает клиническую гетерогенность, дифференцируется на два типа: дефицитарный и анестетический.

6.1 Дефицитарный тип ОЧР (n=13 из 60; 21,6%) формируется в тесной связи с негативными симптомами шизофрении (явления эмоционального дефицита), обнаруживает частичный параллелизм с динамикой депрессии (не редуцируется по мере обратного развития гипотимии), не сопровождается явлениями болезненной психической анестезии. Определяет максимальный риск отказа от ухода за новорождённым, сопровождается агрессивными действиями в отношении ребёнка.

6.2 Анестетический тип ОЧР (10 из 60; 16,6%) формируется в ряду аффективных симптомов, обнаруживает параллелизм с динамикой депрессии (развивается и редуцируется одновременно с другими симптомами гипотимии), протекает с выраженными явлениями болезненной психической анестезии. Определяет минимальный риск ограничения ухода за ребёнком, не сопровождается агрессией в отношении ребёнка.

7. Эффективная психофармакотерапия ПРД обеспечивается комбинированным применением антидепрессантов и атипичных антипсихотиков в стандартных терапевтических дозах.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В рамках амбулаторной практики знание о возможности существования ПРД и феномена отсутствия чувств к ребёнку, позволит врачам акушерам и гинекологам вовремя диагностировать депрессию в послеродовом периоде и направить пациентку к врачу-психиатру.

В рамках стационара своевременное выявление ПРД позволит врачу-психиатру заподозрить возможную эндогенную природу заболевания, а также наличие рекуррентных депрессивных или биполярных аффективных фаз, не пропустить важный анестетический симптом отсутствия чувств к ребёнку, а также спрогнозировать дальнейшие перспективы заболевания, а также возможность повторения данных эпизодов при последующих родах.

Психофармакотерапия ПРД требует комбинированного применения антидепрессантов и антипсихотиков (предпочтительно атипичных), при необходимости с дополнительным

назначением анксиолитиков (при выраженной тревоге) или нормотимиков (в случаях резистентности аффективных нарушений или при их частом рецидивировании).

Феномен отсутствия чувств к ребенку является ценным маркером, который может указывать на наличие послеродовой депрессии у пациентов с шизофренией, его скрининговое определение может быть рекомендовано при ведении беременных пациенток с шизофренией.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Рагимова, А.А.** Рецензия на монографию А.Н. Молохова «Очерки гинекологической психиатрии» / **А.А. Рагимова**, Б.А. Волель, В.В. Диль // **Психические расстройства в общей медицине.** 2015. - №02-03. – С. 67-69.
2. **Рагимова, А.А.** Психические (личностные расстройства у пациенток со стрессзависимыми нарушениями менструального цикла / **А.А. Рагимова**, Б.А. Волель // **Психические расстройства в общей медицине.** – 2016. - №03. – С. 9-16.
3. **Рагимова, А. А.** Стресс-зависимые нарушения менструального цикла. / Б.А. Волель, **А.А. Рагимова**, Д.И. Бурчаков, М.Н. Бурчакова, И.В. Кузнецова // **Consilium medicum. (Прил.)**. – 2016. - №06. – С. 8-13
4. **Рагимова, А.А.** Современные представления о стресс-зависимых нарушениях менструального цикла / Б.А. Волель, **А.А. Рагимова**, И.В. Кузнецова, Д.И. Бурчаков // **Акушерство и гинекология.** – 2016. - №12. - С. 34-40.
5. **Рагимова, А.А.** Клиническое исследование послеродовых депрессий при шизофрении / **А.А. Рагимова**, С.В. Иванов // **Психические расстройства в общей медицине.** – 2017. - №01-02. – С. 4-11.
6. **Рагимова, А.А.** Катамнестическое исследование послеродовых депрессий при шизофрении (по данным медицинской документации) / **А.А. Рагимова**, С.В. Иванов // **Психические расстройства в общей медицине.** 2017. - №03-04. – С. 24-30
7. **Рагимова, А. А.** Послеродовые психозы: история и современное состояние проблемы / **А. А. Рагимова** // **Психические расстройства в общей медицине.** – 2018. - №1. – С. 12-18
8. **Рагимова, А.А.** К проблеме послеродовых депрессий. Комментарий к статье Л.В. Васюк «Послеродовые депрессии: клинико-психопатологические аспекты и типология» / **А. А.Рагимова**, С.В. Иванов // **Психиатрия.** - 2018. - №1. – С. 45-50
9. **Рагимова А.А.** Рецензия на книгу «The psychoses of menstruation and childbearing» / **А.А. Рагимова** // **Психические расстройства в общей медицине.** – 2018. - №2. – С. 27-30