



В. И. Пономарёв

М. Е. Водка

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

В. И. Пономарёв, М. Е. Водка

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** Изучен контингент женщин с потерей плода в анамнезе ( $n=358$ ). Средний возраст обследованных  $28,65 \pm 5,20$  года. Временной промежуток от момента последней перинатальной потери до момента исследования составил 18 месяцев. Аффективные расстройства депрессивного спектра установлены у 25,42 % женщин с потерей плода в анамнезе (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия). Парасуицидальное поведение в форме неслучайных несуицидальных самоповреждений установлено у 18,16 % женщин с потерей плода в анамнезе. В группе женщин с перинатальными потерями в анамнезе и аффективными расстройствами самоповреждения, совершенные не по суицидальным мотивам, встречались в 9,06 раз чаще по сравнению с группой женщин с перинатальными потерями без психических расстройств ( $p < 0,01$ ). Установленный высокий процент частот депрессивных расстройств и парасуицидальной активности у женщин с перинатальными потерями в анамнезе актуализирует необходимость ранней диагностики расстройств аффективного спектра и аутоагрессивной активности в данном контингенте.

**Ключевые слова:** аффективные расстройства, женщины с потерей плода в анамнезе, парасуицидальное поведение, несуицидальные самоповреждения.

### Введение

В современной психиатрии особое место занимают депрессивные расстройства у женщин с проблемой потери плода в анамнезе [1, 9]. Невынашивание беременности является наиболее частым её осложнением [6]. Частота самопроизвольных абортостает стабильной и достаточно высокой. Так, по данным разных авторов, она составляет от 2 до 55,00 %, достигая в первом триместре беременности до 80,00 % [10,11]. Синдром потери плода — это новый термин, появившийся в последнее время и включающий в себя один или более самопроизвольных абортов или неразвивающихся беременностей на сроке 10 и более недель; мертворождение; неонатальную смерть; три и более самопроизвольных абортов до 8-ми недель эмбрионального развития [6]. Потеря беременности — это огромный стресс для женщины, особенно при первой и/или желанной беременности, при привычном невынашивании и бесплодии [6]. Выкидыши рассматриваются в качестве генезных в структуре психогенных факторов, приводящих к депрессивному расстройству. Показано, что на более поздних сроках беременности первостепенное психотравмирующее значение приобретают преждевременные роды и внутриутробная гибель плода [8]. Потеря плода является пусковым механизмом в цепи нейрохимических изменений головного мозга и может стать основой для депрессивного состояния при последующей беременности [3]. Несмотря на проявленный и нарастающий интерес к проблематике депрессивных расстройств в структуре осложненных перинатальных потерь, исследования по дан-

ному вопросу малочисленны, нет обобщающих работ по распространенности, структуре депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе в общей мировой популяции, региональных субпопуляциях разных стран, в частности в Украине, не известны исследования по распространенности парасуицидальной активности у женщин с депрессиями и перинатальными потерями в анамнезе. Для нашего исследования, прежде всего, в аспекте сопоставимости результатов особый интерес представляет исследование региональных особенностей перинатальных депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе, выполненное российскими коллегами [3]. Полученные авторами данные позволяют судить как о высокой распространенности депрессии у женщин данного контингента (23,10 %), так и о высоком риске суицидального поведения (43,00 %). Таким образом, проблема болезненного психоэмоционального состояния женщин, перенесших самопроизвольный аборт, является актуальной, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

**Целью** настоящей работы явилось изучение распространенности аффективных расстройств и парасуицидального поведения в форме несуицидальных самоповреждений в региональной выборке женщин с потерей плода в анамнезе для дальнейшей разработки дифференцированных программ профилактики и терапии.

### Задачи исследования

1. Изучить распространенность психических расстройств с депрессивной симптоматикой у женщин с потерей плода в анамнезе.

2. Исследовать структуру психических расстройств с депрессивной симптоматикой у женщин с потерей плода в анамнезе и установить частоту аффективных расстройств.

3. Изучить распространенность парасуицидального поведения в форме самоповреждений при аффективных расстройствах у женщин с потерей плода в анамнезе.

#### Материалы и методы исследования

На первом этапе была изучена частота и структура аффективных расстройств (АР) (F30-F39 по критериям МКБ-10) в региональной выборке из 358 женщин, с потерей плода в анамнезе (ППА) (глубина исследования — 18 месяцев после последней перинатальной потери). Средний возраст обследованных женщин  $28,65 \pm 5,20$  года, все жительницы г. Харькова или Харьковской области.

На втором этапе исследования в контингенте женщин с ППА и АР была изучена частота лиц с различными самоповреждениями неслучайного характера. По результатам исследования были сформированы две группы. В первую (основную) группу вошли 54 женщины с ППА, аффективными (депрессивными) расстройствами и парасуицидальным поведением. Вторую группу (контрольную) составили 50 женщин с ППА без психической патологии и парасуицидального поведения.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. Психическое состояние больных оценивалось с помощью диагностических критериев МКБ-10. Парасуицидальная активность у пациенток с ППА и аффективной патологией изучалась с помощью теста «Суицидальная мотивация» (Ю. Р. Вагин [13]). Тест позволил доказательно установить отсутствие у испытуемых суицидальных мотивов при нанесении самоповреждений. При оценке тяжести несуицидальных самоповреждений использовали критерии С. Д. Левиной [14].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета Statistica 6.0. Сравнение признаков интервальной шкалы (количественные значения) в основной и контрольной группах проводили t-тестом Стьюдента для независимых выборок (распределение значений в основной группе и группе сравнения соответствовало нормальному по одновыборочному тесту Колмогорова-Смирнова). Оценка достоверности различий проводилась посредством вычисления точного критерия Фишера для малых выборок и показателя соответствия ( $\chi^2$ -критерия) [15]).

#### Результаты исследования и их обсуждение

Данные анализа акушерского анамнеза отражены в табл. 1.

Привычное невынашивание беременности — наличие в анамнезе подряд 3 и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель было установлено у 211 (58,94 %) женщин. У всех у них имели место поздние выкидыши: 12–22 недели (код по МКБ-10 — N96 «Привычный выкидыш»). Неразвивающаяся беременность — комплекс патологических симптомов, включающих внутриутробную гибель плода (эмбриона), патологическую инертность миометрия и нарушения системы гемостаза (синонимы: замершая беременность, несостоявшийся выкидыш, missed abortion, код по МКБ-10 — O02.1 «Несостоявшийся выкидыш») была установлена у 85 (23,74 %) женщин. Преждевременные роды (роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель беременности) и закончившиеся рождением мертвого ребенка, код по МКБ-10 — O60 «Преждевременные роды») были установлены у 62 (17,32 %) женщин. Из данных табл. 1 следует, что в структуре перинатальных потерь преобладал привычный выкидыш ( $p < 0,01$ ).

Средний возраст пациенток основной группы был  $28,90 \pm 4,60$ , средний возраст пациенток группы контроля составил  $28,40 \pm 5,60$  ( $p > 0,05$ ). Средний возраст начала половой жизни у женщин основной группы был  $18,40 \pm 2,20$ ; у женщин контрольной группы составил  $17,90 \pm 1,90$ . Статистической разницы по этому фактору между группами не было ( $p > 0,05$ ). Возраст вступления в брак в основной группе —  $21,50 \pm 3,30$ ; в контрольной группе  $20,40 \pm 3,10$  ( $p > 0,05$ ). Количество браков в основной группе было  $1,50 \pm 0,60$ ; в контрольной группе  $1,40 \pm 0,70$  ( $p > 0,05$ ). Статистической разницы по этому фактору между группами не было. Семейное положение пациентов было следующим: среди женщин основной группы 83,33 % были замужем, 16,67 % — не замужем. В группе контроля наблюдалось 84,00 % замужних и 16,00 % незамужних женщин. Статистической разницы по этому фактору между группами не было ( $p > 0,05$ ). По наличию детей, количеству детей статистической разницы между группами не наблюдалось ( $p > 0,05$ ). Представленные данные указывают на то, что сравниваемые группы были сопоставимы по представленным исследуемым факторам.

Результаты изучения частот распределения лиц с психической патологией и без таковой в контингенте женщин с ППА отражены в табл. 2.

Из табл. 2 следует, что психически здоровыми оказались 168 (46,93%) женщин с ППА.

Таблица 1

#### Данные анализа акушерского анамнеза в выборке женщин с перинатальными потерями, %

Акушерская патология, код по МКБ-10		Вся выборка (N=358)	
		Абс. ч., чел.	Отн. ч., %
N96	«Привычный выкидыш»	211	58,94 <sup>1</sup>
O02.1	«Несостоявшийся выкидыш»	85	23,74 <sup>2</sup>
O60	«Преждевременные роды»	62	17,32 <sup>3</sup>

Примечание: достоверность различий <sup>1-2</sup> —  $p < 0,01$ ; <sup>1-3</sup> —  $p < 0,01$

Таблиця 2

**Распределение в контингенте женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) частоты лиц с психической патологией и без таковой (по критериям МКБ-10), %**

Женщины с потерей плода в анамнезе	Абс.ч., чел.	Отн. ч., %
1. Без психической патологии	168	46,93 <sup>1</sup>
2. С психической (непсихотической) патологией	190	53,07 <sup>2</sup>
2.1. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48)	99	27,65 <sup>3</sup>
2.1.1. Кратковременная депрессивная реакция – F43.20	62	17,32
2.1.2. Пролонгированная депрессивная реакция – F43.21	15	4,19
2.1.3. Смешанная тревожно-депрессивная реакция – F43.22	17	4,75
2.1.4. Со смешанными нарушениями эмоций и поведения – F43.25	3	0,84
2.1.5. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство – F41.2	2	0,56
2.2. Аффективные расстройства (F30-)	91	25,42 <sup>4</sup>
2.2.1. Депрессивный эпизод (легкий) – F32.0	10	2,79
2.2.2. Депрессивный эпизод (умеренный) – F32.1	31	8,66
2.2.3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени – F33.0	45	12,57
2.2.4. Дистимия – F34.1	5	1,40
Всего:	358	100,00

Примечание: достоверность различий <sup>1-2</sup> —  $p < 0,001$ ; <sup>3-4</sup> —  $p < 0,05$

Признаки психического неблагополучия имели 190 (53,07 %) женщин с ППА. Психическая патология у пациенток с ППА характеризовалась как непсихотическая. В структуре психической патологии доминировали невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48), причинно связанные с психотравмирующим событием — потерей плода. В структуре невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) преобладали адаптационные расстройства: их суммарный процент среди женщин с ППА составил 27,65 %. В структуре адаптационных расстройств доминировала кратковременная депрессивная реакция (F 43.20). Тревожно-фобические расстройства были установлены у 2 (0,56 %) женщин с ППА и проявлялись в форме смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2). АР были диагностированы у 91 женщины с ППА (25,42 %) и были представлены исключительно депрессивными расстройствами (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия). Чаще всего встречалось рекуррентное депрессивное расстройство (12,57 %), вторым по частоте был депрессивный эпизод (11,45 %). Частота дистимии составила 1,40 %. В структуре аффективной патологии (n=91) преобладало рекуррентное депрессивное рас-

стройство (49,45 %). В структуре депрессивных эпизодов (n=41) доминировал умеренный депрессивный эпизод (75,61 %). Степень выраженности депрессивного расстройства характеризовалась как «легкая» (по критериям МКБ-10) у большинства пациенток основной группы (60,44 %).

Были изучены: тип, частота и степень выраженности (тяжести) проявлений физической аутоагрессии в контингенте женщин с ППА, в контингенте женщин ППА и АР, в контингенте женщин с потерей плода в анамнезе без психических расстройств. В ходе изучения было установлено, что все наблюдаемые самоповреждения в изученной выборке носили неслучайный характер и характеризовались по мотиву нанесения как несудимые. Результаты изучения распределения частоты неслучайных несудимых самоповреждений (ННСП) у женщин с ППА и АР, относительно всей выборки женщин с ППА представлены в табл. 3.

Из табл. 3, следует, что в контингенте женщин с ППА, частота лиц с АР и ННСП составила 15,08 %.

Результаты изучения распределения частоты ННСП у женщин с ППА внутри группы с АР отражены в табл 4, а у женщин с ППА без психических расстройств — в табл. 5.

Таблиця 3

**Распределение частоты неслучайных несудимых самоповреждений (ННСП) у женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) и аффективными расстройствами (АР) относительно всей выборки лиц с ППА (N=358),%**

Женщины с потерей плода в анамнезе (ППА), n=358				
Женщины с ППА и АР, n=91	С ННСП		Без ННСП	
	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %
	54	15,08 <sup>1</sup>	37	10,34 <sup>2</sup>

Таблица 4

Распределение частоты неслучайных несуицидальных самоповреждений (ННСП) у женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) и аффективными расстройствами (АР), %

Женщины с ППА и АР	С ННСП		Без ННСП		Всего	
	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч.,чел.	Отн.ч.,%
	54	59,34 <sup>1</sup>	37	40,66 <sup>2</sup>	91	100,00

Примечание: <sup>1-2</sup> —  $p < 0,01$

Таблица 5

Распределение частоты неслучайных несуицидальных самоповреждений (ННСП) у женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) без психических расстройств, %

Женщины с ППА	С ННСП		Без ННСП		Всего	
	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %	Абс.ч.,чел.	Отн.ч.,%
	11	6,55 <sup>1</sup>	157	93,45 <sup>2</sup>	168	100,00

Примечание: <sup>1-2</sup> —  $p < 0,01$

Из данных табл. 4 и 5, следует, что несуицидальные самоповреждения были установлены у большинства женщин с ППА и АР (59,34 %), и только у 6,55 % женщин с ППА без психической патологии.

Также следует, что в группе женщин с ППА и АР, самоповреждения, совершенные не по суицидальным мотивам встречались в 4,9 раз чаще по сравнению с группой женщин с ППА без психических расстройств ( $p < 0,01$ ).

По результатам исследования самоповреждений в контингенте женщин с ППА, были сформированы однородные группы сравнения: основная, включившая 54 женщины с аффективными (депрессивными) расстройствами и признаками ННСП, и контрольная, составленная из 50 женщин с ППА без психической патологии и признаков самоповреждений.

Данные о распределении самоповреждений по степени тяжести в основной группе (по критериям С. Д. Левиной [14]) отражены в табл. 6.

По степени тяжести все наблюдаемые несуицидальные самоповреждения были разделены на два вида: легкие и средней тяжести. Легкие самоповреждения (не представлявшие опасности для жизни и не причиняющие выраженного ущерба здоровью) в 1,7 раза преобладали над самоповреждениями средней тяжести (приводящими к умеренному анатомо-физиологическому ущербу) ( $p < 0,01$ ) (табл. 6). Тяжелые самоповреждения (калечащие, инвалидизиру-

ющие, опасные для жизни аутодеструктивные акты) ни в одном случае выявлено не было.

Данные о распределении тяжести самоповреждений относительно вида АР (по критериям МКБ-10) в основной группе, представлены в табл. 7.

Данные табл. 7 свидетельствуют, что легкая степень самоповреждений встречалась при легком депрессивном эпизоде и рекуррентном депрессивном расстройстве и не встречалась при умеренном депрессивном эпизоде.

Средняя степень самоповреждений была отмечена исключительно при умеренном депрессивном эпизоде.

#### Выводы

Проведенное исследование позволило сформулировать ряд обобщений:

1. Установлена неоднородность контингента женщин с потерей плода в анамнезе (ППА) по параметру «наличие — отсутствие психической патологии». Признаки психического неблагополучия имели 53,07 % женщин с ППА. Психическая патология во всех случаях характеризовалась как непсихотическая.

2. В структуре психической патологии доминировали невротические, связанные со стрессом и соматоформные, расстройства (F40-F48), причинно связанные с психотравмирующим событием — потерей плода.

3. Аффективные расстройства (АР) были установлены у 25,42 % женщин с ППА и прояв-

Таблица 6

Распределение степени тяжести самоповреждений в группах сравнения, %

Степень тяжести ННСП	Женщины с ППА, АР и ННСП, n=54	
	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %
легкая	34	62,96 <sup>1</sup>
средняя	20	37,04 <sup>2</sup>
тяжелая	—	—
Всего:	54	100,00

Примечание: <sup>1-2</sup> —  $p < 0,01$

Распределение степени тяжести самоповреждений в основной группе относительно вида депрессивного расстройства (по критериям МКБ-10),%

Степень тяжести самоповреждений	Код депрессивного расстройства (по МКБ-10)							
	F32.0*		F32.1**		F33.0***		F30-	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Легкая	5	9,26	—	—	29	53,70	34	62,97
Средняя	—	—	20	—	—	—	20	37,03
Всего, n=54	5	9,26	20	37,04	29	53,70	54	100,0

Примечания: \* — депрессивный эпизод (легкий) – F32.0; \*\* — депрессивный эпизод (умеренный) – F32.1; \*\*\* — рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени – F33.0; внутригрупповые различия при уровне достоверности не ниже  $p < 0,01$ .

лялись исключительно в форме депрессивных расстройств (депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства, дистимии). В структуре аффективной патологии ( $n=91$ ) преобладало рекуррентное депрессивное расстройство (49,45 %). В структуре депрессивных эпизодов ( $n=41$ ) доминировал умеренный депрессивный эпизод (75,61 %). Степень выраженности депрессивного расстройства характеризовалась как «легкая» (по критериям МКБ-10) у большинства (60,44 %) пациенток.

4. Парасуицидальное поведение в контингенте женщин с ППА было отмечено в 18,16 % случаев. Парасуицидальное поведение проявлялось в форме различных самоповреждений. Все наблюдаемые самоповреждения носили неслучайный характер и характеризовались по мотиву нанесения как несуйцидальные.

5. Установлено, что в группе женщин с ППА и АР, самоповреждения, совершенные не по суицидальным мотивам характеризовались как легкие и средней тяжести (по критериям С. Д. Левиной, 2007), и встречались в 4,9 раз чаще по

сравнению с группой женщин с перинатальными потерями без психических расстройств ( $p < 0,01$ ). Легкие самоповреждения (не представляющие опасности для жизни и не причиняющие выраженного ущерба здоровью) значимо преобладали над самоповреждениями средней тяжести (приводящими к умеренному анатомо-физиологическому ущербу) ( $p < 0,01$ ).

6. Средняя степень самоповреждений была отмечена исключительно при умеренном депрессивном эпизоде.

7. Установленный высокий процент частот депрессивных расстройств и парасуицидальной активности у женщин с перинатальными потерями в анамнезе актуализирует необходимость ранней диагностики расстройств аффективного спектра и аутоагрессивной активности в данном контингенте.

Полученные в ходе исследования данные будут использованы при разработке превентивных и терапевтических программ в отношении женщин с перинатальными потерями в анамнезе.

## Литература

- Добряков И. В. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь [Текст] / И. В. Добряков, И. А. Колесников // Репродуктивное здоровье общества: сб. материалов международного конгресса. – СПб.: Изд-во ИПТП., 2006. – С. 156–159.
- Никишова М. Б. Психопатология затяжных реакций тяжелой утраты [Текст] / М. Б. Никишова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – № 10. – С. 24–29.
- Никифорова Т. В. Распространенность и факторы риска развития депрессивных расстройств у женщин с проблемой потери плода в анамнезе [Текст] / Т. В. Никифорова, Е. Д. Счастный, Г. А. Михеенко // Сибирский медицинский журнал, 2010. – Т. 24. – № 4, 2. – С. 154–156.
- Никифорова Т. В. Предикторы формирования депрессивного расстройства у женщин с потерей плода в анамнезе [Текст] / Т. В. Никифорова, Л. А. Агаркова, Е. Д. Счастный // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9 (часть 5). — С. 886–889.
- Никифорова Т. В. Клинические проявления депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе [Текст] / Т. В. Никифорова, Л. А. Агаркова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (81). – С. 46–50.
- Рахмидинова З. М. Психоэмоциональное состояние женщин, перенесших самопроизвольный аборт, пути реабилитации [Текст] [Электронный ресурс] / З. М. Рахмидинова, А. Амантурлы кызы, Р. Н. Еспаева // Медицина и образование в Сибири (сетевое издание). – 2014. – № 3 Режим доступа: [http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1446](http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1446) (дата обращения: 18.11.2014).
- Полуектова О. Г. Травма потери ребенка [Текст] [Электронный ресурс] / О. Г. Полуектова // Вестник новых медицинских технологий. – 2013 – N 1 Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4533.pdf> (дата обращения: 18.11.2014).
- Lancaster C. A. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy; a systematic review [Text] / C. A. Lancaster, K. J. Gold, H. A. Flynn // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 202. – № 5. – P. 14–36.
- Coleman P. K. The Psychological Pain of Perinatal Loss and Subsequent Parenting Risks: Could Induced Abortion Be More Problematic Than Other Forms of Loss [Text] / P. K. Coleman // Current Women's Health Issues. – 2009. – № 5. – P. 88–99.
- Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности [Текст] / В. М. Сидельникова. – М.: Триада-Х, 2002. – С. 304.

11. Акушерство. Национальное руководство [Текст] / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского [и др.]. – М.: Российское общество акушеров-гинекологов, Издательская группа ГЕОТАР-медиа, 2009. – 1200 с.

12. Suri R. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth [Text] / R. Suri, L. Altshuler, G. Hellemann // Am. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 164. – P. 1206.

13. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения [Текст] / Е. В. Ласый. – Минск: Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. – 46 с.

14. Левина С. Д. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра (варианты, феноменология, коморбидность): Автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук [Электронный ресурс] / М.: 2007. // Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/perfektsionizm-kak-lichnostnyi-faktor-depressivnykh-i-trevozhnykh-rasstroistv#ixzz2PUTzjhgs> (дата обращения: 4.05.2013).

15. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

## РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА НЕСУІЦИДАЛЬНИХ САМОУШКОДЖЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ВТРАТОЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ

В. І. Пономарьов, М. Є. Водка

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Досліджено контингент жінок із втратою плода в анамнезі (n=358). Середній вік обстежених 28,65±5,20 років. Вивчався період у 18 місяців від останньої перинатальної втрати. Афективні розлади депресивного спектра встановлено у 25,42 % жінок (депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, дистимія). Парасуїцидальна поведінка у формі не випадкових несуйцидальних самошкоджень встановлена у 18,16 % жінок із втратою плода в анамнезі. В групі з перинатальними втратами у анамнезі та афективними розладами, самошкодження, які були заподіяні не з мотивів самогубства, зустрічалися у 4,9 разів частіше, порівняно з групою жінок із перинатальними втратами, але без психічних розладів (p<0,01). Встановлений високий відсоток частот депресивних розладів та парасуїцидальної активності у жінок із перинатальними втратами в анамнезі актуалізує необхідність ранньої діагностики розладів афективного спектра та аутоагресивної активності у цьому контингенті.

**Ключові слова:** афективні розлади, жінки з втратою плода в анамнезі, парасуїцидальна поведінка, несуйцидальні самошкодження.

## PREVALENCE OF AFFECTIVE DISORDERS AND NON-SUICIDAL SELF-INJURIES IN WOMEN WITH MISCARRIAGE IN MEDICAL HISTORY

V. I Ponomaryov., M. Ye. Vodka

V. N. Karazin Kharkiv National University

The group of women with miscarriage in medical history has been studied (n=358). Average age is 28,65 ± 5,20 years old. Time window from the last miscarriage to the beginning of study is 18 months. Affective depressive disorders were diagnosed in 25,42% women with miscarriage in medical history (depressive episode, recurrent depressive disorder, dysthymia). Para-suicidal behavior such as nonrandom non-suicidal self-injuries was found in 18,16% women with miscarriage in medical history. In the group of women with miscarriage in medical history and affective disorders, self-injuries without suicidal motivation occurred 4,9 times more often than in women with miscarriage without mental disorders (p<0,01). Established high occurrence of depressive disorders and para-suicidal activity in women with miscarriage in medical history demonstrates the necessity of early diagnostics of affective disorders and auto-aggressive activity in the given population.

**Key words:** affective disorders, women with miscarriage in medical history, para-suicidal behavior, non-suicidal self-injuries.