

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ – ПРЕГНАНТОГЕНИИ (ЛЕКЦИЯ)

В.И. Брутман

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. - 2019 (19), № 2

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

Резюме. Настоящая публикация отражает взгляд автора на многообразие форм временных психогенных реакций, возникающих у женщин, вынашивающих «конфликтную» беременность (нежеланную или чрезмерно желанную). Психопатологические состояния, основанные на переживании настоящей беременности как стресса, объединены термином «прегнантогении». Автор предполагает, что природа прегнантогений лежит в комплексе факторов, главным из которых является психологическая неготовность к материнству. В статье представлена классификация основных синдромов прегнантогений.

Ключевые слова: психотравмирующий характер беременности, прегнантогении, психологическая неготовность к материнству, закономерности развития психотравмы беременных, психогенные реакции у беременных, нежеланная беременность, конфликт с беременностью.

В процессе многолетней клинической работы с психической патологией, возникающей у женщин во время беременности, а также на основании изучения медицинской литературы, нами выделена и проанализирована группа преимущественно психогенных психопатологических реакций, возникающих у женщин в связи с психотравмирующим характером собственной беременности. Эти нарушения мы обозначили термином «прегнантогении» (от *pregnans* – беременность, *genesis* – порождающий) – по аналогии с термином «нозогении», обозначающим психопатологические реакции на соматическую болезнь [17, 18].

Психотравмирующий характер беременности возникает в связи с противоречием между психологической неготовностью к материнству [3, 12, 19] и «вынужденным» характером вынашивания беременности. В силу этого противоречия такая беременность становится нежеланной и переживается женщиной как препятствие для достижения иных целей, а потому опасной, пугающей [4, 15]. Психотравмирующей может стать, напротив, и сверхценная по уровню переживаний [10, 16] «суперожидаемая» беременность [15]. Обычно такими могут быть беременности после медицинских вмешательств, связанных с лечением бесплодия в силу чрезмерной эмоциональной перегруженности, стойкого доминирования в сознании желания забеременеть. Такая «суперожидаемая» беременность, возникшая на фоне сверхценного отношения к ней, как правило, сопряжена с выраженной тревогой.

Не исключены психотравмирующие переживания женщины и в связи с желанной (и даже сверхжеланной) беременностью, когда она сохраняется и вынашивается лишь по деструктивным мотивам [11]. Наши наблюдения показывают, что таковыми могут стать стремления за счет беременности:

- повысить свой социальный статус - стать как все» (конформный мотив);
- удовлетворить свои материальные потребности, улучшить жилищные условия (рентный мотив);

- удерживать отца ребенка (шантаж);
- соблюдения обычаев и религиозные традиции;
- оздоровить себя родами» (ипохондрический мотив);
- избежать уголовного наказания (самозащитный);
- использовать беременность как средство для иного шантажа.

Это не полный список подобных деструктивных мотивов беременности.

Очень часто такие мотивации могут вступить в противоречие с реальной неготовностью к материнству [11]. Женщины декларируют скорее желание забеременеть, а не истинную готовность стать матерью. В этих условиях формируются предпосылки для затруднения зачатия и возникновения т. н. психогенного бесплодия [9]. Во время же вынашивания такой беременности женщина находится в глубоко амбивалентной позиции, вынужденная скрывать от окружающих истинные мотивы своего решения.

Клинико-психологический анализ показал, что вынашивание проблемных, (нежеланных, псевдожеланных и сверхжеланных) беременностей сопряжено с травматическими переживаниями, которые имеют значительную специфику [2, 9]. Это связано с тем, что психическая травма происходит не одномоментно и однократно. Она представляет, как правило, закономерную цепь следующих друг за другом травмирующих событий и переживаний и сохраняется на всем ее протяжении. Эта цепь включает:

- осознание проблемы (при нежеланности беременности – переживание опасностей, которые возникают в связи с ней;
- в случаях сверхожидаемой беременности – смешанное чувство радости и страха возможного неблагоприятного прогноза;
- осознание и переживание невозможности прерывания беременности (в случае нежеланности);
- осознание и переживание возникших ощущений шевеления плода, его «витальности». Именно с этим моментом иногда происходят резкие сдвиги в мотивационной системе беременных женщин [5];
- переживания, связанные с раскрытием тайны вынашивания беременности (у ее скрывающих);
- переживания фактического отрыва ребенка от матери (в случаях отказа от новорожденного).

Кроме того в ряде случаев имеют место дополнительные, «факультативные» стрессоры, такие как разрыв семейно-брачных отношений и пр.

Все эти стрессоры могут оказаться достаточно интенсивными, чтобы запустить механизм развития психопатологических реакций - прегнантогений.

Проведенный нами анализ многочисленных клинических случаев показывает, что для развития прегнантогении, помимо факта этой специфической психотравмы, необходимо наличие целого ряда предрасполагающих факторов:

- личностно-психологических, которые включают: особенности характера и уровень личностной зрелости женщины, ее интеллект; степень стрессоустойчивости и готовности к материнству;

- психопатологических особенностей (наличие психического диатеза [20];

- психосоматического диатеза [16], латентных форм психических болезней, личностных аномалий – психопатий, искажения поло-ролевого поведения без изменения полового самосознания [6], искажения в сфере инстинкта продолжения рода [2];

- социально-психологических факторов (здесь речь идет о субъективной оценке беременной своей жизненной ситуации как дополнительного стрессора). При этом оценка может быть, как адекватной, так и нет. Беременная может расценивать свою ситуацию неблагоприятной или даже угрожающей (принимая во внимание недостаточность социальной поддержки, собственных навыков жизнеобеспечения себя и будущего ребенка и пр.)

Роль и удельный вес каждого фактора значительно отличается у разных беременных.

Клинико-психопатологический анализ случаев показал, что для всего многообразия форм психопатологических реакций имеется ряд закономерностей их развития и проявлений.

К общим характеристикам прегнантогений относятся:

- 1) пограничный уровень психических синдромов;
- 2) психологически понятная фабула переживаний (истинная фабула может сознательно скрываться или полуосознанно подменяться социально одобряемыми мотивировками);
- 3) колебания интенсивности проявлений и изменение содержания переживаний в связи с этапами беременности и внешними социальными обстоятельствами.

В соответствие с многофакторной природой прегнантогений их реальная клиническая картина разворачивается в двух взаимодополняющих плоскостях: психологической (характеризуется содержанием переживаний - «внутренней картиной беременности» [1] и психопатологической, (характеризующейся ведущим психопатологический синдромом).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ПРЕГНАНТОГЕНИЙ

Типология прегнантогений на психологическом уровне предусматривает выделение двух наиболее значимых типов «внутренней картины беременности» - гипер- и гипогнозия беременности.

Гипергнозия беременности определяется особо высокой значимостью проблем беременности. При этом ее личностный смысл может быть как положительный, так и отрицательный. Она может выявляться как во время нежеланной, так и при «супержеланной» беременности. При гипергнозии даже не слишком тяжелые жизненные затруднения, связанные с беременностью, могут вызывать панику и изменить субъективный прогноз развития беременности и социальной ситуации в сторону утяжеления возможных последствий. Уже это предвидение тяжелых последствий само по себе утяжеляет «внутреннюю картину беременности» и может вызывать тревогу, страх и связанные с этим вторичные вегетативно-сосудистые и психосоматические расстройства.

Для **гипогнозии беременности** характерна совокупность противоположных признаков - тенденция к недооценке значимости беременности, низкий личностный смысл материнства.

Кроме, описанных выше основных различий «внутренней картины беременности» отмечается и ряд факультативных признаков, представленных в следующей таблице.

Таблица № 1.

Факультативные клинические признаки внутренней картины беременности в связи с прегнантогениями.

Гипергнозия беременности	Гипогнозия беременности
Клинические особенности	
Ранняя самодиагностика симптомов беременности	Поздняя (иногда сверхпоздняя) самодиагностика симптомов беременности
Яркая аффективная насыщенность субъективных симптомов беременности	Тусклая аффективная насыщенность субъективных симптомов беременности
Преобладание негативной чувственной окраски симптомов	Пониженная чувствительность к симптомам беременности
Стойкая негативная окраска фантазий о своей беременности	Неадекватные эмоциональные и поведенческие реакции в связи с беременностью
Возможно девиантное поведение	Тенденция к утаиванию беременности

Из таблицы видно, что в случаях гипергнозии симптомы беременности обычно обнаруживаются своевременно. При этом возникающие субъективные симптомы беременности аффективно насыщены, часто с преобладанием негативной чувственной окраски и повышенной чувствительностью к ним (гиперестезия). При прегнантогениях, связанных с вынашиванием нежеланной беременности, часто можно обнаружить стойкую негативную окраску фантазий о своей беременности и своем будущем в связи с этим. Старые авторы описывали своеобразный синдром «мизопедии» [22] – «грязноплодие», отвращения к своей беременности и развивающемуся плоду.

И наконец, часто встречаются различные формы девиантного поведения беременных (плодоизгоняющее, инфантицидное, рентное – стремление получения материальных и иных благ путем манипулирования, обмана).

При гипогнозическом варианте «внутренней картины беременности» часто отмечается поздняя (иногда сверхпоздняя) самодиагностика симптомов беременности (агнозия беременности). Субъективные симптомы беременности обычно слабо выражены, аффективно мало насыщены. Это связано с развивающейся при этом гипестезией - пониженной чувствительностью, вызванной психологической защитой в форме вытеснения. При гипогнозическом варианте внутренней картины беременности нередко наблюдается диссоциация между очевидными проявлениями беременности и демонстративно-пренебрежительным отношением к ее прогнозу и исходу. С этим связаны различные нехарактерные для беременных поведенческие реакции (повышенная социальная активность, различные формы злоупотреблений и пр.). Все в поведении таких женщин может свидетельствовать, что она не осознает своей беременности, но даже если осознает, то пренебрегает ею или тщательно ее утаивает.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ПРЕГНАНТОГЕНИИ (ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ).

Психопатологические синдромы, характерные для прегнантогений, различаются у больных с разным психологическим отношением к беременности (см. табл. 2):

Таблица № 2.

Типология психопатологических синдромов при разных вариантах внутренней картины беременности.

Варианты внутренней картины беременности	
Гипергнозия беременности	Гипогнозия беременности
«Соматизированные» и «соматоформные» варианты прегнантогении (псевдотоксикозы)	Синдром патологического отрицания беременности (истерическая агнозия беременности)
Тревожный вариант прегнантогении, синдром генерализованной тревоги	Реактивная гипомания (синдром «прекрасного равнодушия»)
Фобический вариант прегнантогении.	Апатический вариант
Прегнантогении депрессивного вида	
Диссоциативный вариант прегнантогении (истерические синдромы)	
Синдромы сверхценных расстройств (дисморфофобия, ипохондрия, ревность и пр.)	

Более подробный анализ психопатологических синдромов, представленных в таблице, будет дан ниже.

СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПРЕГНАНТОГЕНИЙ С ЯВЛЕНИЕМ ГИПЕРГНОЗИИ БЕРЕМЕННОСТИ

1.«Соматизированные» и «соматоформные» варианты прегнантогении.

Здесь на первый план выступают разнообразные функциональные телесные ощущения в сочетании с вегетативно-сосудистыми реакциями (тахикардия, колебания АД., тошнота, рвота и др.). Очень часто эти соматические жалобы имеют заметную истерическую «окраску» - отличаются стремлением привлечь внимание окружающих, иногда отмечаются явные признаки аггравации. При этом, в отличие от ипохондрических расстройств, здесь нет выраженной фиксации на своей болезни, отсутствует тенденция к патологической трактовке симптомов. Сами беременные расценивают свои симптомы как проявления беременности. Факт нежелательности беременности и тревожные опасения, связанные с этим, очень часто скрываются. Выявление истинных переживаний может оказаться сложной задачей, т. к. беременные склонны представлять себя в лучшем свете и дают социально одобряемые ответы, скрывающие негативные стороны их личности и

поведения. Обычно такие состояния ошибочно расцениваются акушерами-гинекологами как ВСД, токсикоз беременных и пр. В специальной литературе обозначается термином «псевдотоксикоз» беременных. В отличие от раннего токсикоза беременности соматоформные расстройства могут возникнуть на любом сроке беременности и имеют тенденцию к волнообразному течению.

Исследование структуры личности таких женщин часто обнаруживает истерическую акцентуацию характера, а при тщательном изучении анамнеза часто удается выявить в прошлом у этих женщин признаки психосоматического диатеза или иногда затяжные функциональные психосоматические синдромы (т. н. органоневрозы).

В качестве *примера* - случай с беременной 3-а, 28 лет. Она направлена к психотерапевту на консультацию в связи, как отметил гинеколог, с «трудностями лечения токсикоза беременности и неадекватным поведением».

При исследовании установлено, что 3. вынашивает свою третью беременность (две предыдущие завершились медицинскими абортами). Настоящая беременность в браке, но, как сама признается больная, случайная и не своевременная. У нее в семье «трудная ситуация», связанная с тем, что она «разлюбила» своего мужа и до беременности собиралась «подать на развод». Она своевременно поняла, что беременна, но прерывать ее не захотела, т. к. опасается за свое здоровье («это был бы третий аборт»). Идет уже пятый месяц беременности и она уже давно чувствует шевеления плода, но до настоящего времени не может избавиться от постоянной тошноты, которую облегчает, вызывая у себя рвоту. При более подробном расспросе обнаруживается обилие и других соматических жалоб. У нее постоянно «кружится голова», «голову стягивает, как обручем», «иногда темнеет в глазах», «трудно дышать – ком в горле мешает». Она плохо засыпает, не может «успокоить свои мысли...», целый день чувствует себя «разбитой»; у нее «постоянно холодеют руки, и немеют ноги». Считает, что все эти симптомы «от нервов» и что она теперь сожалеет, что «не прервала беременность».

Рассказывает а себе охотно; речь ускоренная с оттенками драматизма в голосе, с явным желанием получить сочувствие. В начале беседы рассказывает о себе, не переставая плакать, но успокаиваясь, отвечает на шутки, улыбается и к окончанию беседы у нее появляется кокетливая мимика и она льстиво заявляет, что впервые видит такого врача, от беседы с которым у нее «сразу все прошло...». Однако на повторный назначенный визит 3-а не приходит.

Таким образом, в данном клиническом наблюдении у беременной на первый план в состоянии выступает масса соматических жалоб, не связанных с действительной патологией беременности или другими органическими заболеваниями. Все эти симптомы возникли на фоне вынашивания нежеланной беременности и тесно связаны с остротой этих переживаний. Бросается в глаза истерическая «окраска» поведения беременной (эмоциональная неустойчивость, отсутствие истинной глубины переживаний, эгоистические тенденции, демонстративность поведения). Все это в совокупности дает основание предположить наличие прегнантогении в форме соматизированного психического расстройства у женщины с истерическим складом характера.

2. Тревожный вариант прегнантогении.

Клиническая картина этого варианта прегнантогении в целом соответствует синдрому генерализованной тревоги по МКБ-10. В легких случаях тревожное расстройство в рамках

прегнантогений напрямую не связано с явной психотравмирующей трактовкой собственной беременности. Беременность чаще воспринимается самой женщиной как желанная. Однако изучение анамнеза часто выявляют деструктивный характер мотивов зачатия. Клиническая картина при легком течении представляет неотчетливые опасения, вспыхивающие и быстро исчезающие переживания, связанные с беременностью, с негативной оценкой реальной семейной ситуации. При этом, эта оценка бывает не всегда адекватной [3, 12].

Данный вид синдрома тревоги у беременных обычно обнаруживается у женщин с тревожно-мнительными чертами характера. Прогностически он относительно благоприятный. Симптомы имеют тенденцию к самокупированию. В более тяжелых случаях, которые обычно возникают на гетерономной почве (к примеру у флегматичных, шизотимных женщин) к окончанию беременности может произойти утяжеление синдрома и даже его постепенная трансформация в синдром бредового настроения. Тогда нарушается сон, в настроении появляются оттенки чувства мрачной беспомощности, пассивности перед лицом смутной угрозы, исходящей откуда-то извне, от людей, от каких-то непонятных еще внешних сил. Такая трансформация психического состояния может оказаться предиктором возникновению послеродового психоза.

***Пример.** Женщина 34 лет, госпитализирована в психиатрическую больницу в связи с послеродовым психозом. Из анамнеза стало известно, что беременна в браке второй раз. Беременность не планировалась. По характеру она несколько замкнутая, близких дружеских отношений никогда не имела - «всех заменил муж», отношения с ним оценивала как «нормальные». Ярких событий в жизни не было. Не работала, «занималась ребенком» 7 лет. Характеризует себя как «спокойную», «обычную», «терпеливую». Хотя беременность не планировали, приняла ее «спокойно», «будь, что будет...». Беременность протекала первое время хорошо, но после того, как появились шевеления плода, «что-то во мне изменилось». Ухудшился сон. Иногда просыпалась от неприятных сновидений, стали временами беспокоить головные боли: «в затылке сдавливало». Настроение стало неустойчивым: «порой волновалась по пустякам», то прислушивалась к шевелению, то почему-то появлялись опасения за здоровьедочери, «казалось, что плохо выглядела», щупала ей лоб «нет ли температуры», волновалась, «если муж задерживался на работе...», и пр. Однако иногда на несколько дней, успокаивалась, охотно занималась с дочерью уроками, готовила обеды. В последние месяцы перед родами, «когда была совсем тяжелая», «непонятное волнение» усилилось, стали возникать пугающие мысли - «а вдруг умру во время родов?», «что будет с семьей?». Ночами спала «урывками», днем «накатывала сонливость». Примерно за 2 недели до родов возникло странное чувство, «как будто мне что-то угрожает», временами «накатывало предчувствие беды», не могла понять причину, «казалось, что меня сглазил кто-то...». Рассказала участковому гинекологу о бессоннице, о сердцебиении, волнении. Была направлена к неврологу, но тот сказал, что «так бывает перед родами, выписал пустырьник». Роды начались за неделю до предсказанного срока, были стремительными. Родила здоровую девочку. В первые дни была обрадована, но чувствовала себя «вымотанной». Вскоре вновь «нахлынуло», появилось «страшное беспокойство» за ребенка, не знала, что ей делать, была слабой но «хваталась за все, не давала мужу подходить к новорожденной». «Стягивало голову», постоянно тряслись руки, стала растерянной, не понимала, что с ней происходит. Мысли стали путаться, возникли яркие «видения» - какие-то «страшные рожи». Временами казалось, что обстановка в доме «стала какойто другой, непонятной».*

Слышались шорохи. Стало казаться, что в доме «бесы». Была возбужденной, рассеянной. Муж вызвал «скорую помощь», и больная была стационарирована.

Как демонстрирует данное наблюдение развитию послеродового психоза с острым бредом, галлюцинациями, страхами, неадекватным поведением, предшествовал длительный период нарастающего по интенсивности бредового настроения. Такое настроение зародилось в третьем триместре с диффузной тревоги и было направлено в сторону обыденных жизненных проблем. Однако постепенно произошла трансформация фабулы, и в переживаниях больной стали возникать бредовые нотки – страх порчи, сглаза, которые в послеродовом периоде проявились как острый бред внедрения «потусторонних сил».

Несмотря на то, что тревога в рамках генерализованного тревожного расстройства иногда носит не резко выраженный характер, она требует серьезного внимания со стороны не только врача, но и практикующего пренатального психолога (психотерапевта), т. к. длительно существующий аффект тревоги не только сопровождается дезинтеграцией мышления, способствует хаотическому принятию решений, но и может стать риском для плода.

3. Фобический вариант прегнантогении (патологические страхи)

Патологические страхи у беременных многообразны по содержанию, синдромальной характеристике и интенсивности.

Можно выделить несколько клинических вариантов страхов с фабулой, относящейся к проблемам репродукции: сверхценные, навязчивые и бредовые.

Сверхценные репродуктивные страхи

Этот вид страхов возникает у беременных на основе реально пережитых травмирующих событий в связи с предыдущими беременностями (критические состояния в родах, смерть плода, поздние выкидыши и пр.) или с травмирующими событиями, предшествующими данной беременности. В силу особой психологической значимости этих событий у женщин возникают опасения, а порой и убежденность в неблагоприятном исходе данной беременности. На основании таких пугающих мыслей формируется соответствующее защитное поведение. В одних случаях упорное нежелание вынашивания новой беременности, в других — вынашивание беременности, которое до последнего сопровождается постоянным напряжением и произвольным фантазированием на предмет ожидаемых страданий.

Этим страхам характерны стойкость и чрезмерность аффекта, наличие выраженной вегетативной симптоматики, нарушения сна. Нередко можно обнаружить произвольные наплывы ярких навязчивых воспоминаний, отражающих психогению.

***Пример.** Татьяна Щ. 16 лет, ученица 11 класса школы. Воспитывалась в полной семье. С детства отличалась тихим нравом, была очень послушная и застенчивая. С трудом привыкала к новым людям, не любила новые коллективы.*

Взаимоотношения между родителями были в целом хорошие, добрые, однако временами возникали ссоры, которые девочка переживала очень тяжело— убегала в свою комнату, пряталась, плакала.

В школе учится хорошо, прилежна, усидчива, переживает из-за плохих оценок. Одновременно учится в музыкальной школе. Всегда очень занята, гуляет мало, поэтому подруг почти не имеет. Более близка с отцом, доверяет ему свои секреты.

Была изнасилована вечером, когда возвращалась из музыкальной школы. Насильники, двое незнакомых молодых мужчин, напали на нее, силой затащили в машину и увезли за город. Кричала, пыталась сопротивляться, но «не хватило сил».

Вернулась домой одна. Родители в это время навещали больную бабушку. Была в смятении, растерянности, не знала, как ей поступить. Было очень стыдно, но больше всего боялась признаться матери, так как считала, что если она узнает, то «ей станет плохо с сердцем». Решила скрыть случившееся. Последующие две недели находилась в постоянном напряжении, плохо спала. В воспоминаниях все время обращалась к случившемуся. Появилось неприятное чувство брезгливости к мужчинам. Их вид, а особенно их прикосновения (даже нечаянные) вызывали почти физическое отвращение и даже ощущение тошноты.

Первая менструация после изнасилования пришла вовремя, но была необычайно скудной. Не придавала этому значения. Осознала, что беременна лишь после того, как дважды не приходили менструации. Обратилась к гинекологу и узнала, что все возможные сроки прерывания беременности уже прошли. Пришлось рассказать обо всем родителям. После первого потрясения родители предприняли несколько попыток найти возможность прервать беременность на поздних сроках. Была помещена в стационар для прерывания беременности на 21-й неделе, но в последний момент отказались от операции, так как гинеколог сказал ей и родителям, что прерывание такой беременности может иметь крайне плохие последствия, что лучше родить и оставить ребенка в родильном доме. Чувствовала себя довольно хорошо, несколько успокоилась. Поддерживали уверенность в силах родители, которые были к ней особенно внимательны, добры. Часто сами выходили на разговор о предстоящих родах, успокаивали, убеждали, что если она оставит ребенка, то они сделают все, чтобы никто об этом не узнал. Постепенно привыкла к этой мысли.

Однако все изменилось после того, как стала регулярно ощущать шевеление плода. Сначала «просто прислушивалась» к толчкам, потом стала с нетерпением ждать их. Толчки, повороты создавали приятное ощущение комфорта, смутное чувство «причастности к чему-то хорошему». Если раньше не обращала внимания, то теперь стала следить за собственными движениями, старалась ограничить себя от резких движений, на улице боялась поскользнуться и упасть. Эпизодически ловила себя на том, что бессознательно поглаживает себе живот. Появилось множество приятных сновидений. Помимо воли воображение рисовало ей младенца. Представляла его маленьким, «тепленьким» мальчиком, от которого «так вкусно пахнет».

Постепенно безмятежный покой стал омрачаться наплывами неприятных мыслей, представлением о том, как она войдет в родильный дом и объявит, что ей «не нужен этот ребенок», как зло на нее будут смотреть окружающие, осу- ждать ее. В душе жалела ребенка, называла его про себя «моя кровиночка». То ругала себя, что согласилась донашивать беременность, то обвиняла себя в том, что не может противоречить родителям. Одновременно жалела родителей, боялась их огорчить, старалась не подавать вида, скрывала свои переживания. В таком состоянии в конце седьмого месяца беременности по совету родителей, которые очень боялись огласки, приехала рожать в Москву и жила у родной тетки. Внезапно, до срока началась родовая деятельность.

Представленное наблюдение показывает, как у юной, психологически незрелой чувствительной, зависимой женщины после изнасилования развиваются типичные для большинства изнасилованных так называемые посттравматические стрессовые расстройства, глубина и тяжесть которых различна в разные периоды.

Ведущими признаками этого болезненного состояния являются спонтанно возникающие «флешбеки» - постоянно навязчиво возвращающиеся неприятные воспоминания о переживаниях и ощущениях, связанных с изнасилованием.

Иногда (в других наблюдениях) это сопровождается острым чувством брезгливости и даже враждебности к будущему ребенку, обозначаемым старыми авторами термином «мизопедия». В своем апогее речь может идти о детоубийстве и об отказе от новорожденного (отказе от деторождения, садистских проявлениях и пр.).

В отдельных случаях во время беременности может обостряться ранее существовавшая сверхценная ревность. Это сопровождается усилением подозрительности, с характерной для этого состояния смешанного аффективного фона (настороженность, капризность, истерические вспышки вплоть до агрессии).

***Пример.** Беременная женщина 37 лет, повторнородящая, осмотрена амбулаторно по настоянию мужа, которого та «извела своими подозрениями и придирками». Из беседы с женщиной удалось узнать, что приступы ревности у нее возникали и ранее — она «вообще ревнива», но сама признается, что и в прошлую беременность с ней происходило «то же самое», «не могла справиться с собой...». Рассказала, что первые подозрения в отношении мужа появились вскоре после свадьбы, 13 лет назад, когда узнала, что еще незадолго до свадьбы у него была другая женщина и он встречался сразу с двумя. Была «шокирована этим», но постепенно «успокоилась», когда почувствовала в браке теплое, заботливое отношение со стороны мужа. Однако «договорилась с ним», что он будет всегда держать ее в курсе своей работы, коллег, с которыми бывает связан общими делами, обязала его звонить ей, если задерживается после установленного времени более чем на 30 мин. Муж безропотно выполнял установленный женой порядок. Однако после наступления беременности стало казаться, что он «как-то неохотно выполняет супружеские обязанности...». Вновь вспыхнули воспоминания из прошлого «стало очень горько». Начала, «как и в прошлый раз», требовать от него признания — не изменилось ли у него к ней отношение. Мысли и воспоминания тревожили ее постоянно. Нарушился сон, стала рассеянной, временами становилась раздраженной, «устраивала истерики», в гневе «бросалась с кулаками» на мужа. Иногда старалась успокоиться, уговаривала себя, что это у нее «от беременности нервы разошлись», однако не могла успокоиться».*

В данном наблюдении у стеничной женщины, склонной к фиксации аффекта, ригидной, развилось многолетняя сверхценная ревность. Под влиянием изменений внешних обстоятельств и внутреннего состояния женщины, связанных с развивающейся беременностью (нейроэндокринная перестройка во время беременности) обостряется страх утраты значимого близкого. Обращает на себя внимание, как сверхценный комплекс постепенно спонтанно редуцируется, в результате чего возникают признаки навязчивости — обсессии.