

# Психофармакотерапия и психотерапия при лечении женщин с психическими расстройствами, возникшими после прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках

**РУЖЕНКОВ В.А.** д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии  
медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета;  
e-mail: ruzhenkov@bgu.edu.ru

**КАЧАН М.А.** аспирант кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии медицинского факультета

**ЖЕРНАКОВА Н.И.** д.м.н., профессор, декан медицинского факультета

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования

«Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

*Обследовано 190 женщин, направленных по медицинским показаниям на прерывание беременности на поздних сроках. Психические расстройства выявлены в 65% случаев, причём в 15% психические расстройства были задолго до беременности и являлись собственно медицинским показанием к её прерыванию, а в 50% случаев — возникли в результате психотравмирующего влияния прерывания беременности. Обсуждаются алгоритм консультирования врачом-психиатром, методы психотерапии и психофармакотерапии. Ключевые слова: прерывание беременности, аборт, острая реакция на стресс, расстройство адаптации, психотерапия, психофармакотерапия*

## Введение

**А**борт — одно из основных средств прекращения нежелательной беременности женщинами в РФ [1, 4] — приводит к психическим расстройствам пограничного уровня и социальной дезадаптации [6].

У 30—70% беременных [5, 17, 18] выявляются психопатологические расстройства, более половины из которых составляют депрессивные. В то же время сам искусственный аборт повышает риск появления психических нарушений [2, 3, 16, 19]. Среди мотиваций аборта [10, 12, 14] ведущими являются социальные причины: материальные трудности, удовлетворённость уже имеющимся числом детей, плохие жилищно-бытовые условия, одиночество, боязнь потерять работу, конфликты в семье, а также потребность в самореализации, доминирующая над семейными ценностями [7]. После прерывания беременности на поздних сроках нередко отмечаются депрессивные расстройства с чувством вины, признанием себя убийцей, ненавистью к себе и аутоагрессией [13].

Прерывание беременности на поздних сроках обладает мощным психотравмирующим влиянием, что позволило V. Rue [20] предложить термин *постабортный синдром* для обозначения посттравматического стрессового расстройства. Клиническая карти-

на его заключается в повторном переживании ситуации прерывания беременности, периодических воспоминаниях о происшедшем, кошмарных сновидениях, переживании чувства горя и эмоциональной боли, нередком возникновении суицидального поведения [15].

Несмотря на наличие серьёзных проблем в состоянии психического и психологического здоровья женщин после абортов, до настоящего времени не выяснена клиническая структура психических расстройств, возникающих после проведения операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках, и не разработаны методы лечения и социально-психологической реабилитации.

Целью исследования была разработка алгоритма консультирования врачом-психиатром и лечения женщин с психическими расстройствами, возникшими после операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках, на основе верификации клинической картины.

## Пациенты и методы исследования

Методом сплошной выборки в 2007—2008 гг. обследовано 190 женщин в возрасте от 13 до 49 лет ( $25,7 \pm 0,5$  года), прервавших беременность по медицинским показаниям в поздние сроки (от 18 до 27 не-

дель). Психические расстройства выявлены в 65% случаев, причём в 15% случаев они были диагностированы задолго до беременности и служили собственным медицинским показанием к её прерыванию, а в 50% случаев расстройства психики возникли в результате психотравмирующего влияния прерывания беременности. Последние и стали объектом дальнейшего исследования.

В зависимости от клинической картины выявленных психических расстройств пациентки были разделены на 2 группы:

- в первую группу вошли 13 пациенток (6,8%), обнаруживших после прерывания беременности острую реакцию на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства;

- вторую группу составили 82 пациентки (43,2%) с расстройствами адаптации.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, патопсихологический (Фрейбургский личностный опросник, тест Лири, шкала Гамильтона для оценки тревоги [HARS], шкала Гамильтона для оценки депрессии [HDRS]) и статистический (описательная статистика, критерий Стьюдента  $t$ , критерий  $\chi^2$  для таблиц сопряжённости  $2 \times 2$ , критерий Уилкоксона для зависимых переменных).

У всех женщин перед проведением клинического психиатрического обследования было получено информированное согласие.

Клиническая квалификация выявленных психопатологических расстройств проводилась на основе отечественных концептуальных классификаций [8, 9, 11] и сопоставлялась с рубриками МКБ-10. Для формализации результатов исследования нами была разработана специальная анкета, содержащая социально-демографический, клинический, клинико-психопатологический и психологический разделы. В последующем создавалась база данных в среде Microsoft Windows в табличном редакторе Microsoft Excel с дальнейшей статистической обработкой при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

Исследование проводилось в 3 этапа.

На первом этапе, исследовательском, изучались социально-демографические характеристики исследуемого контингента, клиническая картина психопатологических расстройств, особенности реагирования на прерывание беременности.

На втором этапе, терапевтическом, разрабатывались и внедрялись дифференцированные подходы и алгоритмы психофармакотерапии и психотерапии.

На третьем этапе, контрольном, проводилась проверка эффективности разработанного алгоритма лечения и оказания психотерапевтической помощи.

## Результаты исследования и обсуждение

В первой группе обследуемые были в возрасте от 20 до 39 лет. На период исследования все они были замужем. Более половины (53,8%) имели среднее специальное образование и почти четверть (23,1%) — высшее и неоконченное высшее. Большинство — 84,6% — работало и 15,4% были безработными. В половине случаев в семье уже были дети, но они желали родить второго ребёнка. Настоящей беременностью предшествовали неоднократные аборт, связанные с нежеланием рожать ребёнка в связи с конфликтами в семье. В бездетных браках женщины длительное время лечились от бесплодия, с надеждой ожидали рождения ребёнка.

Причиной прерывания беременности по медицинским показаниям были: патология развития плода (врождённые пороки сердца, диафрагмальная грыжа, гастрошизис, гидроцефалия) — 5 или его внутриутробная гибель — 4 случая, в остальных четырёх случаях — тяжёлые заболевания, выявленные у самих женщин (онкологическое заболевание, обострение хронического гепатита, сахарный диабет).

При пороках развития плода, как правило, у всех женщин в течение 2—3 лет наблюдались невротические расстройства, связанные с затяжными психотравмирующими ситуациями в сфере репродуктивной деятельности (длительный период бесплодия и угроза разрушения брака, выкидыши). После сообщения о наличии порока развития плода (волчья пасть, заячья губа, врождённые пороки сердца, диафрагмальная грыжа) психические расстройства начинались остро. На начальном этапе возникало недоумение, они не верили диагнозу, просили повторить исследование. После проведения искусственных родов большинство женщин отказывалось принимать факт смерти ребёнка, наличия у него пороков развития, требовали показать тело ребёнка. После прерывания беременности преобладали симптомы депрессии с тревожным компонентом, астеническая симптоматика (повышенная физическая, психическая утомляемость, раздражительная слабость, эмоциональная лабильность, падение инициативы, пассивность), нарушения вегетативных функций (расстройство сна, аппетита, похудание, колебания артериального давления). В последующем в клинической картине доминировало мучительное чувство вины в случившемся, периодические навязчивые воспоминания ситуации прерывания беременности, сопровождающиеся суицидальными мыслями, тревогой. В сновидениях зачастую переживалась ситуация прерывания беременности. Отношения в семье становились напряжёнными, между супругами усиливались непонимание, конфликты.

При внутриутробной гибели плода клиническая картина психических расстройств, определялась сочета-

нием депрессивных, истерических и соматовегетативных симптомов. С момента, когда женщина узнавала о гибели плода, психические расстройства возникали по типу аффективно-шоковой реакции: вспышка ужаса, гора, отчаяния. Наблюдалась растерянность, мучительное непонимание ситуации, фиксация на своих переживаниях, отказ принять факт утраты. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, синкопальные состояния).

После проведения искусственных родов преобладали: астеническая симптоматика, тревога и депрессия, расстройства сна, снижение аппетита, снижение веса тела, колебания артериального давления. В последующем появлялись расстройства сна с неприятными сновидениями, в которых пациентки видели своих неродившихся, умирающих детей; испытывали тревогу, страх; просыпались в холодном поту. С различной степенью периодичности возникали навязчивые воспоминания пережитой психической травмы. Характерными были идеи вины в случившемся несчастье (прежние аборт), суицидальные мысли.

После выписки в течение длительного времени наблюдались стереотипно повторяющиеся сновидения, в содержании которых заново переживались травматические события, возникали суицидальные мысли. В дневное время периодами возникали навязчивые воспоминания сообщения о смерти плода, ситуация аборта, а также образы ребёнка, разговоры с ним. Больные не могли заниматься квалифицированным трудом и были вынуждены перейти на временную работу или переходили на иждивение членов семьи.

У женщин с собственными тяжёлыми соматическими заболеваниями после прерывания беременности клиническая картина психических расстройств определялась сочетанием симптомов соматического заболевания с симптомами выраженной депрессии с невротическим компонентом. При декомпенсации соматического заболевания перед женщиной ставился нелёгкий выбор решения о прерывании беременности. В этот период на первый план выступали астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, наблюдалась растерянность, мучительное непонимание ситуации, снижение побуждений, эмоциональная неустойчивость, плаксивость, рассеянность внимания. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, головокружение). После проведения искусственного прерывания беременности возникали апатическая депрессия, астеническая симптоматика. Больные жаловались на снижение интереса к внешнему миру, равнодушие, безразличие к окружающему и собственной личности, исчезновение же-

ланий. В клинической картине преобладали дефицит побуждений с падением жизненного тонуса, повышенная физическая, психическая утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушения вегетативных функций (расстройства сна, аппетита, похудание, колебания артериального давления). Отмечались расстройства сна в виде переживаний прерывания беременности, сновидения с мертвыми младенцами. В дневное и, чаще, в вечернее время появлялись навязчивые воспоминания о ситуации прерывания беременности, снижалось настроение, в ряде случаев появлялись мысли о бессмысленности существования.

Психологическое обследование (тест FPI) выявило у них эмоциональную неустойчивость (уравновешенность 3,7 балла, эмоциональная лабильность 7,5 балла), что свидетельствует о наличии состояния фрустрированности и тяжёлого стресса, повышенную раздражительность (5,6 балла), подавленное настроение (депрессивность 5,6 балла), застенчивость (6,5 балла), открытость (5,9 балла). Шкала HDRS выявила у большинства 11 пациенток (84,6%) — симптомы большого депрессивного эпизода, а шкала HARS — симптомы тревоги у 9 пациенток от 12 до 17 баллов ( $13,8 \pm 0,6$ ) и в четырёх случаях тревожное состояние 21—28 баллов ( $24,8 \pm 1,5$ ). Тест Лири выявил у них неуверенность в себе (I), низкие уровни агностичности (II), энергичности и упорства (III), критичное отношение к окружающему (IV), скромность, робость, уступчивость (V), конформность (VI), склонность к сотрудничеству, стремление быть в согласии с окружающими (VII), повышенную ответственность (VIII).

Во второй группе на основе клинической картины имеющихся психических расстройств было выделено 3 подгруппы пациентов: обнаруживающие кратковременную депрессивную реакцию — 26 чел., со смешанной тревожной и депрессивной реакцией — 42 пациентки и с психогенной депрессивной реакцией с конверсионными симптомами — 14 чел.

При кратковременной депрессивной реакции симптоматика начиналась фактически с момента, когда женщина узнавала о гибели плода, и проявлялась выраженной эмоциональной напряжённостью, страхом, тревогой, оценкой сложившейся ситуации как безвыходной. В последующем происходила внутренняя переработка психотравмирующего события с осмыслением случившегося. В клинической картине на первый план выступало стойкое снижение настроения с отсутствием аппетита, интересов, с желанием «скорее забыть о случившемся», чувством безнадежности, безысходности, разочарования. У всех женщин отмечались нарушения сна: тревожный, беспокойный, недостаточной глубины. В течение месяца депрессивные симптомы нивелировались, восстановились адаптационные возможности.

При тревожно-депрессивной реакции клиническая картина характеризовалась сочетанием симптомов как тревоги, так и депрессии: выраженным внутренним напряжением, постоянным ожиданием чего-то неприятного, угнетённостью, подавленностью, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. У части женщин выявлялась астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, снижением побуждений, пассивностью, истощаемостью, эмоциональной неустойчивостью. Часто отмечались соматовегетативные нарушения в виде нарушения глубины и длительности ночного сна, сердцебиения, колебания АД, головокружения, внутренней дрожи.

У женщин с депрессивной реакцией с конверсионными симптомами клиническая картина психических расстройств, возникающих в ответ на психическую травму (антенатальная гибель, врождённый порок развития плода), развивалась остро со вспышки ужаса, горя, отчаяния, тревоги, бесцельного метания либо двигательной заторможенности, мутизма в сочетании с конверсионной симптоматикой (ощущение комка в горле, тремор, онемение конечностей). На пике аффективных расстройств доминировали глубокое отчаяние, страх, мысли о самоубийстве, нарушения сна и аппетита. Женщины были поглощены тягостными воспоминаниями, непрестанно помимо собственной воли упрекали себя в том, что не приняли мер для предотвращения несчастья. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, лабильность АД, головокружение, потливость). После проведения операции прерывания беременности среди психических расстройств преобладали симптомы депрессии с конверсионным компонентом (шаткость, неустойчивость походки; расстройства чувствительности на конечностях, коже головы; ощущение комка в горле с затруднённым дыханием; заикание; стремление привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие окружающих).

Психологическое обследование группы, в целом, выявило у пациенток в преморбиде противоречивые личностные черты: с одной стороны, недостаточная уверенность в себе, скромность и робость, конформность, с другой, — эгоизм, упрямство и настойчивость. Такие личностные особенности предрасполагали к депрессивному типу реагирования в психотравмирующей ситуации. Тест FPI выявил у пациенток более низкий уровень невротичности (5,5 балла) и эмоциональной лабильности (5,5 балла), чем в группе с острой реакцией на стресс (соответственно  $t > 6,9$   $p < 0,001$  и  $t > 5,5$   $p < 0,001$ ), меньшую (4,4 балла) раздражительность ( $t > 2,0$   $p < 0,05$ ) и большую (5,9 балла) уравновешенность ( $t > 5,2$   $p < 0,001$ ). Шкала HDRS выявила симптоматику, характерную

для малого депрессивного эпизода ( $\chi^2=80,49$   $p < 0,001$ ), а шкала HARS — более низкий ( $8,8 \pm 0,3$  балла) уровень тревоги ( $t > 6,9$   $p < 0,001$ ). Тест Лири не выявил статистически достоверных различий с группой с острой реакцией на стресс.

Несмотря на то, что пациентки давали согласие на осмотр врача-психиатра и осознавали наличие психических расстройств, они считали их психологически понятными, как реакцию на тяжёлое горе, которую вылечить нельзя. В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» нами разработан алгоритм консультирования врачом-психиатром женщины после искусственного прерывания беременности на поздних сроках и назначения лечения в случаях выявления психических расстройств. На начальном этапе лечащий врач акушер-гинеколог, осматривая пациентку и выявляя у нее признаки расстройства психической сферы, рекомендует ей консультацию врача-психиатра (психотерапевта) и, получив устное согласие, вносит в историю болезни информацию о выявленных психических нарушениях и обосновывает необходимость консультации врача-психиатра (психотерапевта), затем получает письменное согласие пациентки на консультацию (подпись в истории болезни после слов: «на консультацию врача-психиатра согласна»). Только после этого приглашается консультант врач-психиатр (психотерапевт), который на основании клинического психиатрического обследования пациентки и выявления психических расстройств рекомендует пациентке психофармакотерапию и психотерапию; в случае получения информированного согласия пациентки, подтверждённого её подписью, реализуются психотерапевтическая программа и психофармакологическая терапия.

В нашем исследовании только в восьми случаях (61,5%) пациентки первой группы соглашались на терапию. Им назначались антидепрессанты (флуоксетин 0,02 один раз в сутки; при выраженном депрессивном синдроме — людиомил 0,025 по 50—75 мг в сутки или амитриптилин в той же дозе; малые нейролептики: аглонил 0,2 или сонатакс 0,01 2—3 раза в сутки, при выраженной тревоге — хлорпропиксен в дозе до 75 мг в сутки; транквилизаторы: феназепам 0,001 1—2 мг в сутки). На фоне психофармакотерапии проводилась краткосрочная психотерапия с применением ассоциативно-диссоциативных техник нейролингвистического программирования (метод трёхместной диссоциации) и гештальт-терапии (два стула, «превращение чувств в образы»). Во всех случаях клинически отмечалось улучшение состояния, субъективно пациентки чувствовали себя спокойнее, улучшалось настроение, нормализовался сон, исчезали кошмарные сновидения. Катамнестиче-

ское исследование (1 год) показало во всех случаях нормализацию психического состояния, отсутствие клинически выраженной депрессии и тревоги. В то же время с периодичностью до 1 раза в 3—4 мес. у исследуемых возникали неприятные сновидения с психотравмирующей тематикой. В двух случаях наблюдалась социальная дезадаптация (женщины не приступили к работе).

Во второй группе 57 женщин (69,5%) выразили желание получить медикаментозную и психотерапевтическую помощь. При депрессивных реакциях назначались антидепрессанты (людиомил до 50 мг в сутки, пароксетин 20 мг в сутки), транквилизаторы (седуксен 5 мг на ночь), ноотропы (фенибут 0,025 50—75 мг в сутки). При тревожно-депрессивных реакциях назначались антидепрессанты седативного спектра действия (амитриптилин 25—50 мг в сутки), малые нейролептики (хлорпропиксен до 50—75 мг в сутки, эглонил 200—400 мг в сутки), транквилизаторы (феназепам 0,001 1 мг на ночь). При депрессивных реакциях с конверсионными расстройствами основными препаратами были антидепрессанты (амитриптилин до 50 мг в сутки) и малые нейролептики (эглонил 200 мг парентерально один раз в сутки или сонатакс 30—75 мг в сутки). За кратковременный период (до 6 дней) пребывания в стационаре состояние пациенток существенно улучшалось благодаря снижению эмоциональной напряженности и тревоги. Прием лекарственных препаратов рекомендовался и после выписки из стационара, однако только 34 пациентки (59,6%) придерживались рекомендованного лечения.

Наряду с психофармакотерапией всем пациенткам проводилась краткосрочная психотерапия (3—5 сеансов по 30—45 мин ежедневно), основанная на психотехнологиях нейролингвистического программирования (НЛП) и гештальт-терапии, наиболее подходящих для решения поставленных задач. Применялись ассоциативно-диссоциативные техники НЛП (методы трёхместной диссоциации, столкновения «якорей», визуального смешивания, генерирование ресурсов), позволяющие снизить актуальность психической травмы, нейтрализовать тревожное состояние, вселить оптимизм в будущее. Из техник гештальт-терапии применялись методы «горячего стула», «двух стульев», кинестетическое отреагирование (превращение чувств в образы).

Катамнестически (спустя 6 мес. после выписки) у них состояние стабилизировалось, клинически определялось ровное настроение, хотя при вспоминании о прерванной беременности кратковременно, ситуационно снижалось настроение. Повторное обследование при помощи шкал депрессии и тревоги Гамильтона показало статистически достоверное (критерий Уилкоксона) снижение ( $p < 0,001$ ) тревоги и депрессии.

Таким образом, в результате исследования установлено, что у прерывающих беременность по медицинским показаниям на поздних сроках в 50% случаев выявляются психические расстройства, непосредственно связанные с её психотравмирующим влиянием, причём почти в 7% случаев это острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства и в 43% — различные расстройства адаптации. Данное обстоятельство требует организации своевременной психиатрической и психотерапевтической помощи на ранних этапах (в период пребывания в стационаре). Оказание психиатрической и медико-психологической помощи женщинам с психогенными психическими расстройствами в условиях акушерской клиники затруднено кратковременностью их пребывания в стационаре и убежденностью в ситуативном характере и психологической понятности психических расстройств. Только немногим более половины пациенток соглашались на терапию в условиях стационара и более половины из них продолжали лечение амбулаторно с хорошим эффектом. Проведение комплекса психофармакотерапии и краткосрочной психотерапии пациенткам с психическими расстройствами, возникшими после прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках, позволяет достичь положительного терапевтического результата и удовлетворительной социальной адаптации.

### Список литературы

1. Айламаэви Э.К., Репина М.А. Медицинские и социальные аспекты материнской смертности в регионах Северо-Запада Российской Федерации // *Мать и дитя: Материалы V Рос. форума*, Москва, 6—10 окт. 2003 г.: Тез. докл. / Гл. ред. В.И. Кулаков. — М., 2003. — С. 559—560.
2. Берк Т., Риварди Д. Запрещённые слезы: о чем не рассказывают женщины после аборта / Пер. с англ. — СПб.: Фонд св. Димитрия Солунского, 2010. — 349 с.
3. Додонов А.Н., Трубин В.Б. Влияние медицинского аборта на психическое здоровье и качество жизни женщины // *Казанский медицинский журнал*. — 2009. — Т. 90, №3. — С. 404—407.
4. Ерофеева Л.В., Русанова Н.Е. Аборты в России на рубеже XX—XXI вв.: мед.-демогр. аспекты // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. — 2009. — №4. — С. 11—14.
5. Кочнева М.А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности // *Акушерство и гинекология*. — 1990. — №3. — С. 13—16.
6. Ониндук Е.Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины // *Перинатальная психология и психология родительства*. — 2006. — №3. — С. 43—50.
7. Петрова Н.Н. Психологические факторы искусственного прерывания беременности // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. П. Медицина*. — 2006. — Вып. 3. — С. 120—124.
8. Руководство по психиатрии: В 2 т. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — 783 с.
9. Руководство по психиатрии: в 2 т. / В. Иванов и др. / Под ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. 2. — 640 с.

10. Садыков М.Н. Комплексное социально-гигиеническое исследование репродуктивного поведения населения Республики Татарстан: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н.: 14.00.33. — Казань: Казан. гос. мед. ун-т, 1999. — 19 с.
11. Смаулевич А.Б. Депрессия в общепедиатрической практике. — М.: Берез, 2000. — 160 с.: ил.
12. Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Медико-социальные факторы, определяющие репродуктивный выбор при первой беременности // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2010. — Т. 15, №1. — С. 5—8.
13. Филатова О. Постабортный синдром и психическое здоровье [Электронный ресурс] // Всероссийское родительское собрание / Общерос. обществ. движение; пред. Г.С. Андюшин. — Екатеринбург, 2010. — Режим доступа: [http://www.oovdvs.ru/article/index.php?id\\_page=39&id\\_article=1449](http://www.oovdvs.ru/article/index.php?id_page=39&id_article=1449).
14. Шарипова Е.И. Репродуктивное здоровье женщины России: состояние, тенденции и система мер по его улучшению: Дисс. на соискание учёной степени д.м.н.: 14.00.33. — М., 1998. — 371 с.: ил., табл.
15. Cissler M., Hemminki E., Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987—1994: register linkage study // *BMJ*. — 1996. — Vol. 313, №7070. — P. 1431—1434.
16. Robinson G.E., Stotland N.L., Russo N.F. et al. Is there an «abortion trauma syndrome»? Critiquing the evidence // *Harv. Rev. Psychiatry*. — 2009. — Vol. 17, №4. — P. 268—290.
17. Kelly R., Zatzick D., Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics // *Am. J. Psychiatry*. — 2001. — Vol. 158, №2. — P. 213—219.
18. Marchesi C., Bertoni S., Maggini C. Major and minor depression in pregnancy // *Obstet. Gynecol.* — 2009. — Vol. 113, №6. — P. 1292—1298.
19. Dingle K., Alati R., Clavarino A. et al. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study // *Br. J. Psychiatry*. — 2008. — Vol. 193, is. 6. — P. 455—460.
20. Rue V. Abortion and Family Relations [Text]: testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate // Constitutional amendments relating to abortion: hearings before the Subcommittee on the Constitution of the Committee on the Judiciary, United States Senate, 97<sup>th</sup> Congress, 1<sup>st</sup> Session, 5 Oct. — 16 Dec. 1981: 2 vol. / Constitutional Amendments relating to abortion. — Washington, 1983. — Vol. 1. — P. 329—378.

***Psychopharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of women with mental disorders arising after interruption of pregnancy for medical reasons in the later terms***

**RUZHENKOV V.A., KACHAN M.A., ZHERNAKOVA N.I.**

Belgorod State National Research University, Department of Psychiatry, Narcology and Clinical psychology

*One hundred ninety (190) women referred for termination of pregnancy for medical reasons in the later terms is examined. In 65% of cases are detected mental disorders, at that 15% had mental disorders before pregnancy and were strictly medical reasons for her termination, and 50% of cases — resulted from traumatic effects of abortion. The algorithm of psychiatrist counseling, pharmacotherapy and psychotherapy techniques is discussed.*

*Key words: interruption of pregnancy, abortion, acute stress response, deadaptation, psychotherapy, psychopharmacotherapy*