

УДК 618.6-06:616.895.4-055.2

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ – ЦЕНТРАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАННЕГО МАТЕРИНСТВА

Корнетов Н.А.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

РЕЗЮМЕ

В перинатологии психическое здоровье матери занимает такое же важное положение, как и уход за новорожденным ребенком. Несмотря на высокую распространенность и значение для общего развития детей, депрессии в большинстве случаев остаются непонятыми, нераспознанными и нелеченными.

Невнимание к проблемам, касающимся физического и психического здоровья женщин в репродуктивном периоде, влечет за собой серьезные негативные социальные и экономические последствия для всего общества. Статистическое сопоставление общего количества беременных, числа новорожденных в США в 2007 г. без учета случаев потери плода с аналогичными российскими данными, позволило рассчитать приблизительную распространенность послеродовых депрессий за тот же период. Предположительно вероятностное количество послеродовых депрессий составляет 15% в разных регионах мира, а диагностические критерии DSM-IV послеродовой депрессии репрезентативны для сравнения. При этих допущениях ежегодно в среднем около 260 тыс. из 1,6 млн российских рожениц по данным 2007 г. могут страдать послеродовой депрессией.

Для матерей наиболее частыми последствиями после родов являются нераспознанные и нелеченные депрессии, которые следует рассматривать в спектре аффективных расстройств в пиковый период репродуктивного периода женщин. Послеродовые депрессии могут увеличивать возможность наступления рецидивов депрессивного расстройства, а также переходов в хронические состояния. Употребление алкоголя и наркотиков является распространенным осложнением депрессии; риск самоубийства (особенно в период уменьшения выраженности наиболее тяжелых симптомов депрессии) повышается. Особое внимание во время послеродовой депрессии следует уделять таким симптомам, как вспыльчивость и раздражительность. Они могут стать причиной жестокого обращения с детьми.

В статье также представлены современные данные об эпидемиологии, этиологии, факторах риска возникновения послеродовых депрессий, их клинических проявлений, влиянии нелеченной материнской депрессии на развитие ребенка, терапии и образовательных модулях с целью распространения полидисциплинарного и межведомственного подхода при перинатальных проблемах охраны психического здоровья.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перинатальная психиатрия, послеродовая депрессия, эпидемиология, скрининг, терапия, образовательные модули.

Введение

Проблемы, связанные с психическим здоровьем, для общества в целом трудно переоценить. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 10,5% общих потерь выражаются параметром длительности не-

трудоспособности в течение жизни [41]. Данный показатель определяется суммарным числом лет, прожитых в состоянии нетрудоспособности в результате психоневрологических нарушений и расстройств. Аналогичные показатели, отражающие последствия онкологических, сердечных и цереброваскулярных заболеваний, значительно ниже. В дополнение к этому более 30% потерь сопряжены с последствиями, имеющими отношение

✉ Корнетов Николай Алексеевич, e-mail: korn@mail.tomsknet.ru

к поведению, – такими, например, как насилие, злоупотребление психоактивными веществами, заболевания, передаваемые половым путем, неполноценное или недостаточное питание, туберкулез, несчастные случаи и травмы [42, 63].

Перинатальная психиатрия

Все перечисленные данные проецируются и на репродуктивное психическое здоровье населения во всем мире. Женщины в репродуктивном периоде должны находиться в центре внимания политики государств, которые многими улучшающими качество жизни условиями могут способствовать увеличению рождаемости. Что касается врачей общемедицинской практики, клинических психологов, психотерапевтов и социальных работников здравоохранения, то они обязаны улучшить качество наблюдения, поддержки и профилактики в период беременности послеродовых депрессивных расстройств [4, 46].

Важно отметить, что в течение большей части XX в. темой послеродовых психических расстройств клиническая психиатрия пренебрегала. После длительного периода диагностического молчания был предложен термин «депрессия послеродового периода». Этим был подчеркнут особый характер данного расстройства [49]. Появление данного термина имело большое значение в возникновении нового направления – перинатальной психиатрии. Это понятие и в определенной степени его содержание было обосновано R. Kumar и K.M. Robson [38]. В их работе, имевшей принципиальное значение, было показано, что пуперальные психозы, вероятно, имеют органическое происхождение, в отличие от послеродовой депрессии (ПРД). Послеродовой психоз имеет распространенность 1 : 500–1 : 1000 новорожденных [57] и наиболее часто является острым клиническим проявлением биполярного аффективного расстройства и униполярной депрессии [21].

С каждым десятилетием роль женщин в общественной жизни возрастает в связи с вовлечением во все аспекты социальной деятельности. Их функции сложны и многогранны. Отчасти поэтому они подвержены более высокому риску психических расстройств [37]. В развивающихся странах и странах переходного периода женщинам все еще приходится противостоять значительной дискриминации по половому признаку и сопутствующей ей факторам, таким как бедность, голод или неполноценное питание, перегруженность работой, бытовое и сексуальное насилие, насилие над репродуктивной функцией [42]. Невнимание к проблемам, касающимся физического и психического здоровья женщин, влечет за собой серьезные негативные

социальные и экономические последствия для всего общества [3].

В частности, ВОЗ [41] рекомендует общественному здравоохранению разрабатывать и программы практического обучения, охватывающие основные, связанные с психическим здоровьем проблемы, с которыми сталкиваются женщины в конкретной стране или регионе проживания. Для всех других групп населения важно знать, что в такие циклические периоды у женщин, как менструальный, беременность, послеродовой и перименопаузальный отличаются повышенной уязвимостью к психосоциальным стрессорам и высоким уровнем распространенности депрессии.

Один из основных образовательных модулей обучения посвящен оценке, распознаванию и лечению самых распространенных среди женщин психических расстройств. К ним относятся депрессивные, тревожные, соматоформные расстройства [4, 5, 14, 41]. К наиболее важным целям этих образовательных программ относится развенчание мифов, благодаря которым распространяются искаженные или фантастические данные о том, что психические расстройства якобы указывают на слабость или лень человека, распространена идея о «сглазе», «порче» женщины, если у нее имеются сложности с беременностью или возникновением послеродовой депрессии. В практическом отношении всем работникам здравоохранения, практикующим психологам, специалистам социальных служб, работающим со «случаем», необходимо уяснить диагностические критерии депрессивного эпизода в жизни человека. Затем следует детально разобрать тревожные и депрессивные симптомы в период беременности и после родов [4, 42]. Акцент для специалистов должен быть сделан на проведении интервью для выявления и оценки семейных случаев депрессивного и биполярного расстройства, суицидального анамнеза и суицидальных мыслей [40, 46, 52]. Необходимо изучение жизненных обстоятельств и психотравмирующих факторов, способствующих развитию психических расстройств; терапевтического использования лекарств; немедикаментозных подходов к лечению; определение порядка направления в амбулаторные учреждения; оценка доступных источников поддержки в семье и в более широком окружении; систематический контроль и катamnестические наблюдения [49, 50, 57].

Не меньшее значение имеет психологическое образование в связи со стигматизацией психическими расстройствами. Стигматизация (клеймо, пятно) определяет негативное социальное последствие диагноза психического расстройства, связанное со сложившимся в обществе стереотипом воспринимать его как постыдное, отторгающее, дискриминирующее [4]. У за-

болевого, наряду с чувством стыда, неуверенности, страха оскорбления, выражено стремление скрыть свои симптомы, отгородиться и, тем самым, остаться в стороне от социальной жизни. Это лишает больного возможной терапевтической, семейной, социальной поддержки. Стигма, связанная с диагностикой психических расстройств, отрицательно влияет на желание пациентов обращаться к врачу, придерживаться режима терапии. Больной боится, и часто обосновано, что в последующем у него могут возникнуть сложности с устройством на работу, продвижением по службе и возможностями социального роста. Пациент также опасается возникновения в отношении его социального остракизма. Опрос врачей показал, что многие случаи не кодируются в медицинских картах как депрессия в связи с желанием (хотя бы отчасти) защитить пациента от стигматизации [5].

Женщины в репродуктивном периоде часто не осознают тяжести депрессивных проявлений. Несмотря на образовательные усилия, депрессия до сих пор рассматривается многими людьми как признак изъятия в темпераменте, эмоциональной слабости или недостатка силы воли. Поэтому многие считают, что у лиц с депрессией состояние может улучшиться, если они как следует постараются «взять себя в руки» [20, 42].

В России концепция развития перинатальных центров была сформирована 20 лет тому назад. Первоначально организационной новизной являлось то, что в учреждениях родовспоможения наряду с акушерскими отделениями создавались отделения второго этапа выхаживания, патологии и реанимации новорожденных. Это, в свою очередь, требовало развитие высококвалифицированной медицинской помощи, максимального приближения к женщине с осложненным течением беременности, плоду, к новорожденному в первые минуты и часы его жизни. С учетом накопленного опыта работы этих учреждений, а также в целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям, для снижения материнской, перинатальной и младенческой смертности в Российской Федерации в 2004 г. был издан Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 декабря 2004 г. № 308 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров».

К сожалению, проблема послеродовой депрессии не нашла должного отражения ни в приказе МЗ РФ, ни в созданных и создаваемых современных структурах этих центров. Между тем было установлено, что послеродовая депрессия (ПРД) является сложной в диагностике и трудно поддается лечению. Междисциплинарный под-

ход более соответствует современным инновационным технологиям и целостному интегративно-антропологическому направлению [5] для предотвращения опасных для жизни последствий и профилактики психических и поведенческих расстройств у матерей и их детей. Мы считаем, что целевой аудиторией для обучения распознавания, тактики ведения и терапии депрессии в женских консультациях, родильных домах и перинатальных центрах являются акушеры-гинекологи, семейные врачи, практикующие психологи, медицинские сестры, а также социальные работники, психотерапевты и консультирующие психиатры. После обучения у врачей повышается уровень профессиональной компетентности в сфере охраны психического здоровья, что дает им большие возможности в понимании переживаний их пациентов и диагностики ПРД. Врачи также начинают более широко анализировать психологические и социальные последствия этого распространенного расстройства в ранний материнский период [2, 5, 15].

В соответствии с целевой региональной программой «Здоровый ребенок» Томской области с 2003 г. факультетом клинической психологии и социальной работы и вновь организованной кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК ППС СибГМУ впервые в России были созданы циклы тематического усовершенствования по тревожным и депрессивным расстройствам в период беременности и после родов.

Новые стимулы к выделению послеродовых депрессий

Таковыми стимулами стали развитие диагностических критериев для определения клинических границ психических расстройств в психиатрии в новых классификационных системах [6, 62]. В мировой эпидемиологии нарастали доказательства, что расстройства настроения у женщин наблюдаются в 2 раза чаще, чем у мужчин [7, 30], а частота первых депрессий достигает максимума в первые месяцы после рождения ребенка [46]. Особое внимание стало уделяться охране психического здоровья женщин, особенно в репродуктивный период, что обусловило исследование женского здоровья в общественном здравоохранении [42]. В клиническое описание ПРД большой вклад внес Rousseau [54]. Он установил одну из последовательностей такой депрессии. Женщины вначале начинают испытывать незнакомое им чувство сильного беспокойства, как будто оно охватывает всю голову, парализует чувства и поведение, вызывает медлительность и непосильную общую тяжесть, заставляет избегать каких-либо контактов. Женщина не может проявить внимание к ребенку и отказывается от ухода за ним. Имеются сведения о том, что стрессовая ситуация повышает риск

развития депрессии [59]. Было выявлено, что отсутствие интереса и удовольствия (ангедония) – основной диагностический критерий, который характеризует появление ПРД [18]. Депрессивное расстройство является одним из наиболее распространенных психических заболеваний в послеродовом периоде [57]. Среди многих исследований, посвященных расстройствам настроения, материнская ПРД остается актуальной проблемой в области общественного здравоохранения. Послеродовая «материнская хандра» – «бэби-блюз», или синдром третьего дня, является наиболее распространенным расстройством настроения и продолжается от 5 до 10 дней [30, 50]. Он наблюдается у 50–80% впервые родивших матерей [5]. Это расстройство настроения в основном характеризуется постоянным плачем без подавленности, лабильностью настроения [30–32, 39]. Проходит это состояние, как правило, через 5–10 дней в условиях благоприятного и теплого отношения окружения к роженице. Тем не менее, в 10% случаев послеродовый блюз является интенсивным и затяжным, и может быть отправной точкой для развития ПРД [30, 39, 58].

Эпидемиология расстройств настроения в пре- и постнатальный периоды

В эпидемиологических обзорных исследованиях было показано, что более 80% женщин репродуктивного возраста испытывают некоторые депрессивные расстройства настроения [35]. Частота ПРД в США – 10–20% [33, 46]. Согласно репрезентативным исследованиям, около 20% из 3000 амбулаторных пациенток акушерско-гинекологической практики обнаруживают психопатологические расстройства, которые в большинстве своем (77%) остаются нераспознанными. В период беременности эти расстройства выявляются примерно у 40% женщин, причем более половины от их числа (56%) составляют депрессии [57]. Частота депрессий значительно повышается при возникновении беременности в подростково-юношеском возрасте (15–17 лет). Показатели ПРД в этом возрасте более чем в 2 раза превышают показатель депрессий у зрелых матерей [33].

Таблица 1

Эпидемиология депрессивных расстройств и послеродовых психозов в период беременности и после родов, %			
Депрессивные симптомы в период беременности	Послеродовый блюз, материнская «хандра»	Депрессивные симптомы во время беременности	Послеродовый психоз
25–35	50–85	10–20	0,1–0,2

Примечание. Цит. по Steiner M., Yonkers K., 1998 (с разрешения авторов) [57].

Риск депрессивного расстройства в течение 1-го мес после рождения ребенка в три раза выше по сравнению с их месячной распространенностью у небеременных за такой же период в общем населении [16]. Распространенность ПРД мало чем отличается в различных странах, несмотря на достаточно выраженные различия в обычаях, традициях и ритуалах, сопровождающих деторождение [18, 45]. Средняя распространенность непсихотической послеродовой депрессии, по результатам большого числа исследований, составляет 13% [37]. К сожалению, до 50% случаев постнатальных депрессивных расстройств не распознается [35].

В 2007 г. в США было 4,3 млн новорожденных. Эта статистика не включала случаев потери плода, в том числе выкидыши и мертворожденных. Национальный статистический отчет показал, что общее количество беременных женщин составляло около 6,4 млн. В США в среднем у 15% женщин после родов развивается депрессия. Это означает, что каждый год примерно 950 тыс. женщин страдают ПРД.

Поскольку в России, как мы уже подчеркнули выше, не исследована распространенность ПРД, можно сопоставить вероятностную статистику в сравнении со статистикой США, имея одни и те же исходные данные: общее число новорожденных, частоту беременности, исключение потери плода, в том числе выкидыши и мертворождения, национальный статистический отчет в те же годы. В 2007 г. в России было 1,6 млн новорожденных. При средних сопоставимых расчетах в частоте встречаемости ПРД в России она составляет 260 тыс. Полученные данные носят вероятностный характер. Они также основаны на обобщенной статистике и критериях депрессивного расстройства по DSM-IV [6]. Однако они косвенно указывают на необходимость разработки образовательных программ по изучению распространенности, факторов риска, тактики ведения беременных женщин с субсиндромальными и клиническими депрессивными и тревожными расстройствами и раннего материнского периода с высоким риском развития ПРД [2, 4].

Около 13% детей подвергаются воздействию материнской депрессии в течение первого года жизни [12, 22], которая формирует у них повышенный риск развития нарушения взаимодействия диады «мать–ребенок» [24]. Высокий уровень стресса, низкое качество взаимодействия матери и ребенка, и повышенная привязанность в начале жизни ребенка может негативно повлиять на развитие его мозга. Долгосрочные последствия могут проявляться, например, в возможностях ребенка регулировать эмоции и справляться со стрессом [26, 27]. Очевидная важность оценки послеродового периода для последующего развития предпо-

лагают, что материнская ПРД может иметь долгосрочные последствия для развития ребенка [56].

Этиология послеродовых расстройств настроения

Весь спектр постнатальных депрессивных изменений настроения можно рассматривать как интегративную комбинацию психологических, физиологических и эндокринных, воздействующих на физическую и психическую деятельность женщин. Изменения в настроении зависят от флуктуаций гормонов, связанных с беременностью и родами [9,48]. Наивысший подъем депрессивного настроения наступает в среднем на 5-й день после родов, что сочетается с сильными гормональными колебаниями. Аналогичные данные получены при исследовании гонадных гормонов и прогестерона [29]. Уровень кортизола в крови также может коррелировать с изменением настроения и ПРД. Однако гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система находится в состоянии физиологической гиперактивности (эффект потолка), которое, вероятно, и определяет гормональную нестабильность [28].

Нарушения обмена веществ в щитовидной железе (ЩЖ) может существенно изменить в зрелом мозге психические функции, влияющие на познание и эмоции [9]. Дисфункция ЩЖ часто связана с хроническими депрессивными состояниями [47]. Изменение уровня гормонов ЩЖ играет важную роль в метаболической активности мозга взрослого человека. В ряде случаев аффективные расстройства у женщин с ПРД связаны с заболеваниями ЩЖ [9]. Современные взгляды и исследования указывают на то что расстройства настроения и дисфункция ЩЖ, гормональные взаимоотношения прогестерона, эстрогена являются объединяющими факторами во время беременности и в послеродовой период [51, 53]. Сочетанность этих расстройств имеет негативные кратковременные и долгосрочные последствия для матерей и их младенцев. Гормоны ЩЖ оказывают многофакторное влияние на центральную нервную систему, что может приводить к значительным изменениям во время беременности. Однако не следует полагать, что эта проблема изучена до конца.

Реципрокные взаимоотношения между серотонинергической системой и гонадными гормонами в течение беременности и послеродового периода также еще недостаточно изучены [57]. Однако весьма вероятно, что послеродовое снижение гонадных гормонов у уязвимых к стрессу или генетически предрасположенных к депрессии женщин может вызывать изменения в каскаде серотонинового обмена, который играет лидирующую роль в возникновении ПРД [29, 56].

Дальнейшие доказательства биологического компонента послеродового изменения настроения, очевидно, основываются на изучении семейной истории. Распространенность ПРД у матерей, состоящих в близком родстве с женщинами, которые перенесли послеродовое расстройство настроения, более высока, чем в общей популяции [57]. Это может указывать на генетический или семейный компонент заболевания.

Большинство исследователей рассматривают взаимодействие молекулярной генетики человека и социальной окружающей среды в рамках классической модели диатез-стресса. При этом генетические вариации и средовые условия оцениваются как протективные или риск-факторы. Биологическая модель восприимчивости определяет, что некоторые люди имеют большую генетическую реактивность на стресс, что приводит к ухудшению состояния здоровья. Было получено, что наиболее генетически реактивными по риску-фактору к неблагоприятной окружающей среде являются женщины с ПРД [40].

Таким образом, этиологическими факторами ПРД являются:

- патология ЩЖ;
- реактивность гипоталамо-гипофизарно-адренальной оси;
- реципрокные взаимоотношения между гипоталамо-гипофизарно-адренальной осью и системой 5-НТ (серотониновые рецепторы);
- наследственность.

В итоге, по данным исследований, посвященных этиологии ПРД, не может быть сделан никакой объединяющий окончательный вывод. Наиболее вероятно, что свойственные аномальные реакции на гормональные изменения, а не сами изменения, ответственны за постнатальную депрессию. Результаты молекулярно-генетических исследований также находятся в уточнении различных моделей развития ПРД [27].

Факторы риска депрессивных расстройств в период беременности

Множественно повторяющиеся факторы риска были идентифицированы в попытке определить роль среды в проблеме возникновения ПРД [12, 57]. Условно они попадают в следующие категории:

- 1) социально-экономические факторы и негативные жизненные события;
- 2) психосоциальные стрессоры;
- 3) комплекс общемедицинских отрицательных факторов;
- 4) личностные особенности и психиатрические расстройства.

Приведенный перечень различных факторов риска ПРД носит обобщенный характер. Однако при более детальном разделении мы опирались на материалы некоторых авторитетных исследований и систематизировали их данные [5, 10, 12, 15, 46, 52, 57].

В результате с некоторой условностью по происхождению можно выделить: экстернальные, интернальные и смешанные факторы риска (рисунок).

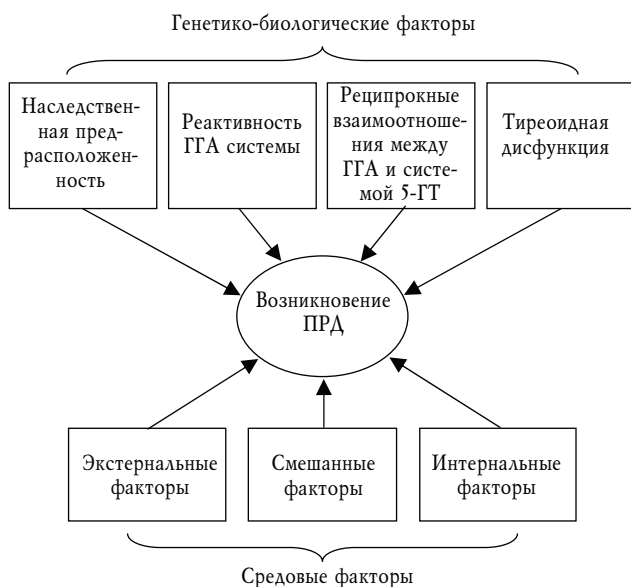


Схема воздействия причинных факторов формирования ПРД: ГГА – гипоталамо-гипофизарно-адреналовая система; система 5-ГТ – 5-гидрокситриптаминавая система (серотониновые рецепторы)

1. Экстернальный тип факторов риска. Профессиональная неустойчивость, плохие брачные отношения или плохие отношения с родной матерью, отсутствие социальной поддержки, неблагоприятные жизненные события, без поддержки родителей и близких людей [18], внезапные жизненные утраты.

2. Интернальный тип факторов риска. Амбивалентное отношение к беременности [37], дородовый пессимизм, неконтролируемая беременность (многократные роды), неопытность в контакте с детьми, выкидыш или аборт при предыдущей беременности, обсессивно-компульсивные черты характера, повышенная тревожность, панические реакции, попытки самоубийства или самоповреждения, семейные психиатрические расстройства, депрессивные расстройства в анамнезе или в семье, отсутствие брака, потребление наркотиков, алкоголя.

3. Смешанный тип факторов риска. Низкий образовательный ценз, нестабильные отношения между супругами, беременность, возникшая в период разрыва любовных отношений, развода, мертворождение

или рождение «особенного» ребенка при предыдущей беременности, сложности в формировании родительских отношений.

Разнообразие в возникновении различных отрицательных событий очень велико. Острые реакции на стресс при отрицательных жизненных ситуациях следует классифицировать на легкие, умеренные, тяжелые и катастрофические. Кроме того оценка стрессового события соотносится с реакцией на стресс при которой можно определить степень выраженности индивидуальной уязвимости и адаптивных способностей. Острые стрессовые реакции при беременности часто развиваются до тревожных, депрессивных, смешанных субсиндромальных расстройств, что может существенно повысить вероятность ПРД, выступая дополнительным фактором психофизического истощения в период вынашивания плода.

Социально-психологические факторы являются важными коррелятами ПРД. Существует взаимосвязь между количеством отрицательных событий, считая с начала беременности до 9 нед после родов, и возникновением ПРД. Вместе с тем, поддержка со стороны семьи может снизить риск развития ПРД. При этом важную социальную поддержку оказывает супруг [25].

Для врачей различных специальностей, особенно педиатров, неонатологов, акушеров и гинекологов, а главное, для врачей этих специальностей, работающих в первичной медицинской сети, раннее распознавание ПРД и соответствующее лечение являются обязательными для здоровья матери и положительного развития отношений между матерью и ребенком.

В России большинство женщин не обращаются за помощью по поводу ПРД к психиатрам, поскольку система институционализма психиатрических больниц и максимально приближенных к ним психиатрических диспансеров не может быть рассчитана на качественную помощь таким пациентам. Однако в последнее время стали открываться специальные платные клиники с целью повышения качества обслуживания пациентов. Большинство матерей с ребенком находятся под непрерывным наблюдением детских поликлиник общественного здравоохранения. Они обычно имеют стабильный контакт взаимодействия с амбулаторными педиатрами и медицинскими сестрами. Врачи-педиатры имеют прекрасную возможность для распознавания и информирования женщин о возможности развития послеродовой депрессии. Однако образовательные программы медицинских вузов не предусматривают обучения навыкам диагностики и терапии депрессивных расстройств.

У женщин с развивающимися ПРД, как правило, существует постоянное чувство усталости и нарушения

сна, что ухудшает социальное функционирование. Для определения депрессивных симптомов, которые не дают им полноценно ощущать окружающую красоту, цвет, звуки и радостные жизненные события, этим матерям необходимо проводить первичную скрининговую диагностику депрессивных симптомов после родов. С этой целью используется специальный диагностический вопросник с высоким уровнем чувствительности – эдинбургская шкала ПРД (ESPD) [19]. EPDS была разработана в центрах здоровья Ливингстона и Эдинбурга.

Преыдушие исследования показали, что ПРД часто не распознается, и многие матери, страдающие данной патологией, не получают необходимую помощь. Эти женщины при нетяжелой депрессии могут справляться со своим ребенком и с домашними задачами. Ко многим вещам и делам, которые ранее были приятны, теперь интерес и удовольствие потеряны, что оказывает длительное негативное влияние на семейные отношения.

EPDS состоит из 10 кратких утверждений. Женщина подчеркивает один из четырех возможных вариантов ответа, который наиболее точно описывает состояние, испытываемое ею в течение прошедшей недели. Большинство матерей без особых затруднений заканчивают работу над шкалой EPDS за 5 мин. Результаты валидации показали, что женщины, баллы которых составили значение выше среднего (12–13), вероятно, страдают ПРД различной степени тяжести. Тем не менее, шкала EPDS не должна быть главным диагностическим инструментом.

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить процедуру клинической диагностики по МКБ-10 [62]. Шкала показывает самочувствие женщины в течение предыдущей недели, повторное обследование полезно провести через 2 нед. Врачу необходимо знать, как использовать шкалу, подсчитывать баллы. Он должен рассказать пациенту в нескольких фразах, как отвечать на предлагаемые вопросы скрининга.

Инструкции для пользователей:

1. Женщину после информированного согласия просят подчеркнуть ответ, который наиболее точно описывает состояние, которое она испытывала в течение предыдущей недели.

2. Необходимо ответить на все 10 вопросов.

3. Необходимо принять меры для избегания обсуждения вопросника женщинами между собой из-за идентификации возможных вариантов ответов.

4. Женщина должна выполнять работу над шкалой самостоятельно (при отсутствии проблем с навыками чтения и письма).

5. Шкала EPDS может применяться в течение 6–8 нед для выявления у женщин ПРД. Место проведе-

ния: детская клиника здоровья, перинатальные центры, в домашних условиях.

Эдинбургская шкала послеродовой депрессии¹

ФИО: _____

Адрес: _____

Возраст Вашего ребенка: _____

Поскольку у Вас недавно родился ребенок, мы хотели бы знать, как Вы себя чувствуете. Пожалуйста, подчеркните тот ответ, который наиболее точно описывает Ваше состояние за прошедшую неделю (не только то, как Вы чувствуете себя сегодня).

Для примера – уже законченный вариант:

Я чувствовала себя счастливой (для иллюстрации в подсчеты баллов шкалы не входит):

- Да, все время
- Да, большинство времени
- Нет, не очень часто
- Нет, нисколько

Это означало бы: большую часть времени в течение прошедшей недели я чувствовала себя счастливой.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы тем же самым способом.

Оценка каждого из 10 вопросов за прошедшие 7 дней:

1. Я была способна смеяться и видеть забавную сторону вещей:

- Да, как обычно
- Часто
- Очень редко
- Никогда

2. Я испытывала приятное ожидание в отношении будущих событий:

- Как обычно
- Реже, чем обычно
- Иногда
- Никогда

*3. Я испытывала чувство вины, когда дела шли не так, как надо:

- Да, большую часть времени
- Да, иногда
- Нет, редко
- Нет, никогда

4. Я испытывала беспокойство или тревогу по незначительной причине:

- Нет, никогда
- Едва ли когда-либо

¹ Использование данной методики возможно при соблюдении авторского права (которое остается за British Journal of Psychiatry), с указанием авторов, и литературного источника во всех воспроизведенных копиях. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.

- Да, иногда
- Да, очень часто

5. Я чувствовала испуг или панику без веской причины:

- Да, довольно часто
- Да, иногда
- Нет, редко
- Нет, никогда

*6. Я не могу совладать со своими мыслями:

– Да, большую часть времени я не была способна справиться вообще

- Да, иногда я не была способна справиться
- Нет, большинство времени я справляюсь весьма

хорошо

- Нет, я всегда могу совладать с ними

*7. Я была настолько несчастна, что испытывала расстройства сна:

- Да, большую часть времени
- Да, иногда
- Редко
- Нет, нисколько

*8. Я грустила или чувствовала себя несчастной:

- Да, большинство времени
- Да, весьма часто
- Не очень часто
- Нет, нисколько

*9. Я была настолько несчастна, что плакала, кричала:

- Да, большую часть времени
- Да, весьма часто
- Иногда
- Нет, никогда

*10. Мысль о нанесении вреда своему здоровью посещает меня:

- Да, весьма часто
- Иногда
- Едва ли когда-либо
- Никогда

Примечание. В соответствии с выбранными пунктами проставляются баллы от 0 до 3, по степени усиления признака. В пунктах, отмеченных звездочкой, баллы проставляются в обратном порядке (т.е. 3, 2, 1 и 0).

Итоговый результат вычисляется путем сложения баллов по всем 10 пунктам. Если количество баллов составляет от 5 до 11, то следует повторить скрининг через 2 нед.

Сумма в 12 баллов указывает на большую вероятность наличия депрессии, но не на ее тяжесть.

Если женщина набрала суммарно менее 12 баллов, но получила 3 или 2 балла в п. 10, следует провести ее полное психиатрическое обследование.

Клиника и особенности симптоматики депрессии у женщин

После родов 10–15% женщин переживают типичный депрессивный эпизод, но лишь у 3% этот диагноз устанавливается и проводится лечение [40]. Одна из причин такой диагностической недооценки кроется в ее атипичности, другая причина, вероятно, обусловлена слишком большой переоценкой и вниманием к физическому состоянию ребенка. Следует обращать внимание, что в конце беременности, во время родов будущая мать становится пассивной, теряет контроль над ситуацией. Одновременно возникает чувство тревожащей необычности, и некоторые женщины переносят данное состояние очень тяжело. Это состояние обостренной чувствительности было названо D.W. Winnicott «первичной материнской озабоченностью» [59].

Низкий уровень распознавания ПРД, возможно, определяется и тем, что матери тяжело допустить, что у нее может быть такое заболевание. Начало депрессии имеет определенные временные периоды после рождения ребенка. Часто ПРД возникает в конце первых 1–2 мес после родов. Начало характеризуется медленным, постепенным развитием с мерцанием симптоматики. По нашим эмпирическим наблюдениям, депрессия иногда проявляется после постепенного утяжеления послеродовой «хандры». Наиболее важные данные получены в результате исследования P.N. Nott [43]. Он показал, что главным являются выявление и частота возникновения новых «случаев» депрессивного настроения матери в период между 3-м и 9-м мес после рождения ребенка. Через 3 мес после его рождения чаще всего регистрируются такие симптомы, как раздражительность, подавленное настроение и тревога. По данным этого автора, симптоматика через 3, 9 и 15 мес аналогична. Полученные результаты подтверждают, что термин «ПРД», вероятно, наиболее соответствует для обозначения этих расстройств. Устойчивость таких расстройств была вызвана неблагоприятными социальными и семейными обстоятельствами. Комплекс симптомов депрессии сопровождается мрачным видением будущего и неспособностью осуществлять повседневную деятельность. Можно выдвинуть гипотезу о «физиологическом переломе» во взаимодействиях в течение 2-го и 3-го мес. В этот период мать испытывает чувство подавленности и уныния, усталость, связанную с недостаточным сном. К 9-му мес количество женщин с подавленным настроением больше по сравнению с 3-м, и такое положение сохраняется до 15-го мес. Наиболее высокая частота появления «новых случаев» приходится на 9-й мес

(18%), к 15-му этот показатель снижается до 9,5%. Согласно данным P.N. Nott, половина матерей с симптомами депрессии через 3 мес после родов не избавляются от них и через год, а устойчивость подобных расстройств вызвана неблагоприятными социальными и семейными обстоятельствами. Эти наблюдения позволяют высказать предположение о том, что следующий после родов год – время особой уязвимости матерей к психологическим переживаниям.

Итак, причины ПРД многофакторные. Еще раз подчеркнем, что ПРД с ее некоторыми атипичными симптомами и клинически выраженная депрессия (депрессивный эпизод) требуют одинакового терапевтического подхода. В табл. 2 приведены основные диагностические критерии депрессивного эпизода, на которые следует ориентироваться при анализе описанной симптоматики ПРД (табл. 2).

Симптоматология послеродовой депрессии

Клинико-психопатологическая картина ПРД складывается из трех основных симптомокомплексов (эмоциональные, соматические, когнитивные) и дополнительных признаков.

Эмоциональный симптомокомплекс включает длительное сниженное настроение: грусть, тоска, угнетение или печаль. Более выразительно выступают внутренняя пустота, «отсутствие чувств», болевые ощущения без определенной локализации; потеря интереса к ранее интересовавшим занятиям, отсутствие чувства удовольствия от жизни; сильные перепады настроения, слезливость, раздражительность, жалобы на «беспокойного ребенка». Депрессивное настроение качественно отличается от реакции горя и рассматривается патологически, когда оно непрерывно, болезненно, носит глубоко проникающий, всесторонне охватывающий характер и не соответствует жизненным обстоятельствам. Пессимистическая оценка окружающего закономерна даже при радостных событиях и не должна вводить в заблуждение. Уже упомянутый симптом утраты радости и удовольствия (ангедония) часто сопутствует печали, снижению настроению. При ПРД снижение интереса и удовольствия к вещам и делам, которые ранее были приятны, часто выступает основным признаком этого типа депрессии.

Ангедония означает фундаментальный мотивационный дефицит в отношении любого рода активности. Практически ангедония проявляется в нежелании что-либо делать, в безразличии ко всему или почти ко всему, что ранее представляло интерес и удовольствие. Утрата всех приятных чувств приносит большое страдание молодой матери и переживается крайне

болезненно. Резко притупляются или практически утрачиваются материнские чувства к ребенку. Их исчезновение порождает отчаяние, увеличивает чувство вины. Некоторых матерей ребенок только раздражает, им не хочется его ни видеть, ни слышать. Иногда матери бьют его, а затем из-за невозможности испытывать положительные эмоции обвиняют себя в бездушии и не любви.

При данном состоянии возникает так называемое болезненное бесчувствие. Это трудно понять близким людям, поскольку ощущение мучительного чувства утраты эмоций, невозможность воспринимать окружающий мир в светлых красках нельзя передать словами. Внутренняя пустота – тяжелый признак ПРД, который требует незамедлительного лечения. Следующий эмоциональный симптом – раздражительность, которая нередко проявляется в виде жалоб на «беспокойного ребенка». Раздражительность ассоциируется с чувством недовольства, беспокойством, напряжением, возбуждением, замечаниями окружающим, повышенным тоном. На высоте этой смешанной эмоции может возникнуть гнев, агрессия и то же время чувство обиды и ненависти. Мать обрушивает на ребенка замечания, нравоучения, окрики. Одна из депрессивных пациенток рассказала во время приема: «Я знаю, что я должна любить моего сына, но когда он подходит ко мне, я чувствую полную пустоту, раздражение и начинаю его бить. Понимая ужас всего происходящего, я плачу и ничего с собой не могу сделать... Я злобная и никчемная мать». Эти слова являются иллюстрацией симптомов ангедонии с анестезией чувств; от нарастающей несвойственной ей раздражительности до агрессии, а затем переживания чувств вины и неполноценности.

Частый плач, слезливость – эмоциональный симптом. При депрессии испытывается постоянное чувство близости слез. Частый плач или периоды рыданий возникают без понятной побудительной причины. Отсутствует чувство облегчения после плача. Многие матери говорят, что слезы у них стоят в глазах, и готовность расплакаться моментальная по пустяковому поводу или без внешних раздражителей.

Соматический симптомокомплекс. К нему прежде всего относятся нарушения сна: затрудненное засыпание, беспокойный сон, ранние пробуждения с неспособностью затем заснуть, укорочение продолжительности сна на 2 ч и более. Помимо известного «сторожевого» пункта при пробуждении матери на различные неясные для нее реакции ребенка, в данном случае расстройство сна не связано с внешними событиями. Следующий симптом касается изменения аппетита: чаще всего он сниженный и пища поглощается

механически без всякого желания или, наоборот, появляется повышенный аппетит, когда поедается все, что попадется под руку.

Снижение общей активности, вялость, утомляемость (анергия), чувство хронической усталости – характерный симптом депрессии. Вследствие утраты сил и энергии возникают трудности в уходе за ребенком и постоянное чувство бессилия. Обычно при выраженной постнатальной депрессии больные испытывают ощущение утраты способности встать и пойти или сильное мучение перед тем, как начать какую-либо физическую или интеллектуальную деятельность. Они склонны много времени проводить в постели, испытывая непомерную тяжесть во всем теле. Чувство психофизической утраты энергии характерны для депрессивных расстройств и часто являются первыми жалобами у матерей, ухаживающих за ребенком. При упорном характере ощущений усталости, слабости, разбитости и чувстве потери энергии, отсутствия сил и истощения, даже если они сочетаются с характерными для конкретного соматического заболевания болевыми ощущениями или другими симптомами, следует рассмотреть эти жалобы наряду с другими симптомами депрессивного расстройства. Различные болевые ощущения, не имеющие под собой четких доказательств их соматической природы также характерны для ПРД. Жалобы на боли чаще всего предъявляются врачам общемедицинской практики.

Когнитивный симптомокомплекс. При обращении к врачу чаще всего вербально и невербально на первый план выступает тревога. У женщин с ПРД постоянно возникают чрезмерное беспокойство, беспричинное волнение, страхи. Отмечается также излишняя концентрация на собственном здоровье, увеличении массы тела. Часто объектом тревоги становится ребенок. Тревога дезорганизует, а депрессия затрудняет сам процесс мышления. Возникают снижение ясности мышления, неспособность сосредоточиться, затруднения в принятии решений, склонность к сомнениям, неуверенность в действиях и поступках. При более выраженной ПРД развиваются чувство вины, неполноценности и, соответственно, негативные мысли: женщина может считать себя «плохой матерью», опасаться быть названной «плохой матерью», если она признает, что ее переживания не соответствуют общепризнанному понятию «материнское счастье». Часто возникают чувство отчаяния и бессилия, которые заставляют думать о ее неспособности справиться с рутинной ответственностью. Ухудшение в выполнении ежедневных обязанностей по уходу за ребенком и домашней деятельности может порождать мысли, что

она «сходит с ума», и страхи, что из-за этого у нее заберут ребенка.

Дополнительные признаки. При распознавании ПРД необходимо по данным функционирования личности оценить тяжесть состояния. Степень выраженности депрессии определяется нарушениями повседневного функционирования, включая уход за ребенком, общением с окружающими, и близкими в семье.

Влияние депрессии после родов и ее последствия

Послеродовые депрессии, которые не были выявлены и остались нелеченными, могут отрицательно влиять на развитие ребенка, исказить адекватную связь в диаде «мать-ребенок» и повышать риск депрессивных или тревожных симптомов у детей в более позднем возрасте. Таким образом, ПРД является потенциальным фактором риска для последующего развития ребенка, и даже спустя год после родов у части матерей сохраняется депрессия, которая оказывает отрицательное воздействие на эмоциональное, когнитивное, социальное развитие ребенка [13]. При нелеченной депрессии обнаруживается задержка психомоторного развития у ребенка в возрасте 15 мес [33]. Детальные исследования показали, что посредником связи между пренатальной депрессией и неблагоприятными исходами у новорожденных является изменение у беременных функции симпатической нервной системы, которые могут вызывать увеличение сосудосуживающих эффектов и снижение кровотока плода [11]. Женщины с ПРД воспринимают своего ребенка как более беспокойного и надоедливого. Нарушение формирующихся отношений «мать-ребенок» с помощью видеоаппаратуры установило этиологическую связь между депрессией у матери и ранней дисгармонией взаимодействия, которая у новорожденного проявлялась в виде негативизма [16].

Для матерей наиболее частыми последствиями являются нелеченные депрессии после родов, которые следует рассматривать как текущие эпизоды депрессии. Они увеличивают вероятность наступления рецидивов с переходом в рекуррентную или хроническую депрессию. Алкоголизация или употребление наркотиков является распространенным осложнением депрессии; риск самоубийства (особенно в период уменьшения выраженности наиболее тяжелых симптомов депрессии) повышается. Особое внимание следует уделять таким симптомам во время ПРД и в ее резидуальном периоде, как вспыльчивость и раздражительность. Они могут стать причиной жестокого обращения с детьми.

Классификация психических и поведенческих расстройств, связанных с послеродовым периодом

Согласно МКБ-10, ПРД диагностируется по критериям депрессивного расстройства, которое кодируется шифрами F32.X–F33.9. В табл. 2 в адаптированной форме представлены основные из данных критериев диагностики депрессивного эпизода, которые изложены для врачей общей медицинской практики.

Таблица 2

Диагностические критерии депрессивного эпизода		
Общие критерии	Основные симптомы	Дополнительные симптомы
<p>Депрессивный эпизод должен длиться не менее 2 нед.</p> <p>Отсутствие в анамнезе гипоманиакальных или маниакальных симптомов, соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода, биполярного аффективного расстройства.</p> <p>Развитие депрессивного эпизода нельзя связать с употреблением психоактивных веществ.</p> <p>Развитие депрессивного эпизода нельзя связать с каким-либо органическим психическим расстройством</p>	<p>Депрессивное настроение, не характерное для данного индивида, существующее большую часть дня, почти каждый день, сильно зависящее от обстоятельств и продолжающееся в течение как минимум 2 нед.</p> <p>Потеря интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной для данного индивида.</p> <p>Упадок сил или повышенная утомляемость</p>	<p>Неуверенность в себе или снижение самооценки.</p> <p>Необоснованное самообвинение или чрезмерное и неуместное чувство вины.</p> <p>Повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве или любые проявления суицидального поведения.</p> <p>Признаки затруднений в мышлении или концентрации внимания, такие как нерешительность и склонность к сомнениям или соответствующие жалобы.</p> <p>Мрачные и пессимистические ожидания от будущего.</p> <p>Любые нарушения сна. Изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующим изменением массы тела</p>

Цит. по: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, WHO, 1992.

Эти коды определяют разные степени выраженности по клиническому проявлению, тяжести и течению депрессивного расстройства, например рекуррентная постнатальная депрессия (F33.X). Четвертый знак уточняет клинические особенности, которые указывают на специфический тип психического расстройства. В конечном счете, диагноз состоит из двух кодов: 1) F32.X – депрессивный эпизод с уточнением клинических особенностей; 2) O99.3 – психические расстройства и болезни нервной системы, осложненные беременностью, родами и послеродовым периодом. В случае диагностики послеродовых психозов, большая часть из которых проявляет себя по клиническим критериям как биполярное аффективное расстройство, они будут кодироваться как аффективные расстрой-

ства настроения F30.X–F31.X. Следует подчеркнуть, что после родов встречаются и другие психические расстройства. Кроме ПРД, по меньшей мере у 75% женщин с регулярными менструальными циклами сообщают о предменструальных симптомах, 3–8% страдают предменструальным дисфорическим расстройством [57]. Диагноз перименопаузальных изменений настроения отдельно не выделен в МКБ-10 [62], но они включают в себя заметное депрессивное настроение, тревогу, напряжение, аффективную лабильность, когнитивные нарушения, раздражительность, вялость, пищевые пристрастия и соматические симптомы, такие как болезненность молочных желез или головные боли.

Профилактика, тактика ведения и терапия послеродовых депрессий

Превентивные мероприятия в отношении ПРД необходимо начинать с контроля рождаемости. Поскольку факторы семейной структуры доступны планированию (количество детей, промежутки между родами, в какой-то мере возраст родителей ко времени рождения детей), они дают возможность профилактики. Регулирование родов должно учитывать эмоциональное состояние женщин, мировоззрение, отношения в семье. Большое значение имеет формирование позитивных установок для планирования беременности [22].

На занятиях по подготовке к родам важно подчеркивать необходимость разделенной ответственности при выполнении соответствующих рекомендаций, которые будут в дальнейшем выполняться все более независимо и регулярно, что приведет к успешным родам. Врачу необходимо использовать весь свой авторитет как специалиста, чтобы убедить женщину сделать первый шаг в выполнении всех рекомендаций при подготовке к родам. Комплаенс у беременных женщин достаточно низкий, поэтому необходимо постоянно повторять правила поведения и не допускать отклонений от здорового и стабильного режима. Следует стремиться к тому, чтобы поддержка больше осуществлялась мужем, родителями, близкими родственниками, друзьями или группами самопомощи. Социальная интегрированность в общество, активный образ жизни, соблюдение режима труда и отдыха, разнообразное питание, избегание негативной информации, концентрация на подготовке к появлению ребенка имеют большое значение для нормального, приносящего удовольствие течения беременности [41, 43].

Главными компонентами в профилактике депрессивных расстройств в послеродовом периоде являются идентификация женщин с факторами риска, адекватное психологическое сопровождение и образовательная программа. При внимательном отношении

к беременным женщинам с колебаниями настроения и факторами риска развития ПРД число последних понижается. В современных женских консультациях, а также при наличии клинических психологов в родильных домах является вполне доступной поддерживающая психотерапия, особенно в перинатальных центрах. Исходя из тенденции к профилактической ориентации ПРД, тактика ведения и методы лечения депрессивных расстройств должны строиться на многопрофильном подходе и биопсихосоциальных моделях; проведении индивидуальных, семейных и групповых образовательных программах; при возможности межличностной психотерапии [45].

Психотерапия послеродовых депрессий

При развитии депрессивных расстройств, связанных с рождением ребенка, обычно руководствуются теми же принципами лечения, которые используются при обычной терапии депрессий. Следует основываться на мультидисциплинарном межведомственном подходе в оказании помощи, включающем психотерапевтическое, психофармакологическое и психосоциальное воздействия. Эти подходы значительно улучшают комплексную терапию ПРД.

Антидепрессанты являются основными препаратами при терапии депрессивных расстройств. При ПРД должен быть взвешен риск степени страданий и последствий для матери и ребенка от перенесенной депрессии и необходимость лечения, чтобы избежать этих последствий при учете тератогенности препаратов и грудного вскармливания [57]. При решении о терапии антидепрессантами требуются ответы, как осуществлять партнерское взаимодействие с женщиной, страдающей ПРД. Эти вопросы можно сформулировать следующим образом: «Какие существуют риски для матери и ребенка, если материнская депрессия неадекватно лечится?»; «Насколько сильно желание матери кормить грудью ребенка?»; «Каковы недостатки питания младенца, если он не получает материнское молоко?»; «Какова вероятность риска для ребенка, если он получает антидепрессант через грудное молоко?». Изучение психологических методов имеет значение в терапии ПРД. Тремя методами, недирективное консультирование, когнитивно-поведенческая терапия и психодинамическая терапия, были сопоставлены в их сравнении при психотерапии ПРД. По сравнению с контролем, все три психотерапевтических метода оказали значительное влияние на депрессивное настроение, которое было выражено по Эдинбургской шкале ПРД. Наиболее эффективна была межличностная психодинамическая терапия, которая показала

более быструю редукцию депрессивных симптомов по структурированному клиническому интервью международной классификационной системы. Однако при длительной терапии психологическими методами не удалось показать их лучшую эффективность по сравнению со спонтанной ремиссией. Эти виды лечения также не смогли снизить последующие эпизоды ПРД. [17] Конечно, психотерапия является эффективной в лечении ПРД, но она не широкодоступна [45]. Результаты сочетания терапии антидепрессанта и психотерапии являются оптимальными в лечении депрессий, но это комплексное лечение не может получить широкого распространения у беременных женщин и кормящих матерей. Поэтому в первичной медицинской помощи рекомендуется поддерживающая разговорная терапия с элементами образовательной программы в отношении симптомов и признаков депрессии и возможности их ослабления в ежедневном качественном периодах сна и бодрствования.

Таким образом, необходимо рассмотреть преимущества антидепрессивной терапии в период грудного вскармливания ребенка, если у матери развилась депрессивное расстройство. Лишать ребенка в этих случаях преимуществ грудного вскармливания, если молоко матери представляет собой идеальный основной источник питательных веществ и обеспечивает лучшую иммунологическую и антиоксидантную защиту, и для ребенка и для матери нецелесообразно. Женщинам настоятельно рекомендуется кормить ребенка грудью, когда это возможно. Американская академия педиатрии и Всемирная организация здравоохранения считают, что необходимо исключительное использование грудного молока в течение 6 мес, с использованием заменителей молока только для тех младенцев, у которых не может быть грудного вскармливания [23, 34].

В настоящее время доказано, что большинство ПРД необходимо лечить. Женщины с предыдущим эпизодом послеродовой депрессии составляют группу высокого риска (до 25%) для последующих эпизодов рецидива ДПР [61], а 20% матерей продолжают страдать через год после рождения ребенка [37]. При назначении антидепрессантов женщинам и матерям, страдающим ПРД, осуществляющим грудное вскармливание, необходимо определить возможные последствия лекарственного неблагоприятного действия, что касается обычно клинической фармакологии в целом: 1) тератогенность; 2) возможность появления перинатальных синдромов (неонатальной токсичности); 3) послеродовые поведенческие последствия.

Результаты различных работ, обобщенных в практическом руководстве по биологической терапии униполярного депрессивного расстройства, показали, что

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые часто применяются в общей медицинской практике, с осторожностью и при тщательным клиническим наблюдением могут назначаться для лечения материнской депрессии при грудном вскармливании ребенка. Эти антидепрессанты имеют минимальную тератогенность, не создают повышенного риска дисгенезий органов, не увеличивают вероятность внутриутробной гибели или рождения ребенка с серьезными пороками развития [23]. Рандомизированные контролируемые испытания показывают, что СИОЗС являются эффективными в лечении ПРД [8]. К сертонинергическим антидепрессантам относятся шесть антидепрессантов, которые представлены в табл. 3. Стартовые дозы могут быть терапевтическими во время всего периода лечения.

В некоторых случаях возникает вопрос о том, что эффективное лечение антидепрессантами во время беременности может быть продолжено или нет, когда мать хочет кормить грудью. Прекращение антидепрессивной терапии, переход на прием другого препарата следует избегать в этом уязвимом репродуктивном периоде. Таким образом, проблему детской безопасности в послеродовом периоде желательно принимать во внимание уже тогда, когда лечение женщиной начато, независимо от того, происходит это до или во время беременности.

Для женщин с умеренной и тяжелой постнатальной депрессией, а в некоторых случаях и с тревожным расстройством, СИОЗС, как правило, является наиболее подходящим выбором для терапии. Кроме того, для

женщин, которые ранее перенесли ПРД или получали лечение антидепрессантами во время беременности, эти же антидепрессанты являются предпочтительным методом лечения для профилактики рецидивов. Что касается выбора конкретного антидепрессанта, то, как правило, отдают предпочтение пароксетину и сертралину перед другими СИОЗС в связи с низким воздействием на детей этих препаратов, включая данные о дозах СИОЗС у младенцев и их плазменные концентрации после выделения из грудного молока [60]. Эти авторы также подчеркнули некоторые важные для клиницистов практические рекомендации. Они указали, что пароксетин может иметь определенные недостатки, связанные с тактикой ведения женщин фертильного возраста в целом. Во-первых, если мать нуждается в длительном лечении, а затем забеременела снова, пароксетин, не является лучшим выбором из-за риска сердечных дефектов. Во-вторых, риск синдрома отмены может быть выше, чем при лечении другими СИОЗС, если нарушается прием доз с пропусками в несколько дней. Рекомендуется, когда это возможно избегать назначения флуоксетина и циталопрама или использовать с осторожностью в связи с их более высоким их уровнем концентрации в младенческой плазме, чем у других препаратов и возможного риска развития побочных эффектов у ребенка [35]. Однако если мать ранее получала флуоксетин или циталопрам и лечение было эффективным, или если она использовала один из этих препаратов во время беременности, этот антидепрессант также может быть применяться для лечения в послеродовом периоде.

Таблица 3

Основные антидепрессанты первой линии терапии ПРД			
Название	Начальная доза, мг/сут	Терапевтическая доза, мг/сут	Клинические указания
<i>1. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)</i>			
Сертралин (золофт)	50	50–150	Ингибитор реаптейка допамина и серотонина. Возможны ранние и временные диарея и тошнота. Низкое взаимодействие с лекарствами
Пароксетин (паксил)	12,5–20	20–40	Выраженный антихолинергический и антигистаминный побочный эффект (п/э). Риск седации, прибавка массы тела, сухость во рту. Короткий T _{1/2} . Большая вероятность перехода в маниакальный синдром. Высокое взаимодействие с лекарствами
Флуоксетин (прозак)	20	20–40	Большой T _{1/2} . Идеален для лиц с нестабильными жалобами. Относительно недорогой. Высокое взаимодействие с лекарствами.
Флувоксамин (феварин)	50	50–150	Редко назначается из-за частых п/э: тошноты, рвоты, иногда головной боли. П/э снижаются, если прием осуществляется на ночь
Циталопрам (ципрамил)	20	20–40	Мягкие п/э, низкое взаимодействие с лекарствами
Эсциталопрам (ципралекс)	10	10–20	Хорошая переносимость

Примечание. Абсолютными показаниями к антидепрессивной терапии при ПРД являются искусственное вскармливание при отсутствии молока у матери. При большой депрессии с выраженной симптоматикой индивидуально определяется возможность применения сертонинергических антидепрессантов в малых стартовых дозах при кормлении грудью с учетом взвешивания пользы и риска.

Материнская «хандра», или «послеродовый блюз»

По мере нового понимания послеродового депрессивного расстройства и его разновидностей у женщин были выделены кратковременные или переходные депрессивные симптомы, которые называют материнской «хандрой», «послеродовым блюзом», «материнским блюзом». Эти эмоционально нестабильные транзиторные состояния обычно достигают своей максимальной выраженности в первые дни после родов и наблюдается у 75% рожениц [23]. Хотя «послеродовый блюз» и сопровождается периодами снижения настроения, слезливостью, нарушением сна, аппетита, беспокойством и раздражительностью, он не требует специального лечения. Очевидно, он является общей психофизиологической реакцией для всего организма, и требует только ободряющего отношения акушера или гинеколога и теплого понимающего отношения супруга и родственников.

Легкий депрессивный эпизод. Если нет нарушений лактации, то необходимо проводить «межличностную терапию». У врачей первичной медицинской помощи имеются ограничения во времени при приеме матерей. В таком случае всегда есть соблазн прервать рассказ женщины и опрашивать самому, нежели предоставить пациентке шанс самостоятельно описать симптомы. Эта часть интервью может длиться до нескольких минут, в течение которых врач старается поддерживать беседу, задает раскрывающие вопросы, которые дают женщине свободу в описании симптомов. При условии поощрения пациента врач может переходить к прицельным, прямым вопросам и начинает контролировать ход интервью. Клиническое интервьюирование во врачебной практике не имеет тенденции следовать жестким схемам, изучаемым в медицинском вузе. Его содержание может касаться личных вопросов о семье и вопросов, допускающих в большей степени описание соматических симптомов. Время от времени врачу необходимо говорить поддерживающие, ободряющие слова пациентке. В общей клинической медицине существует ошибочное суждение о том, что при проведении оценки психического состояния пациента необходимы какие-то особые, совершенно отличительные от других навыков опроса в клинической медицине. Врачи с высокой психологической чувствительностью добиваются большего успеха в клинической практике. Для общемедицинского обследования, в том числе для распознавания депрессии основной принцип, который улучшает диагностику и терапевтический контакт – исследовать состояние «вместе с пациентом», а не «вместо пациента», сохраняя на протяжении всей

беседы чувствительность, сенсорную остроту восприятия и «вчувствование» в переживание (эмпатия). Этот принцип с невербальными сигналами понимания всех жалоб и страданий пациента необходимы для более точной оценки эмоционального состояния матери и повышения комплаентности в тех рекомендациях, которые будут предписаны в обобщающей части беседы. При легком депрессивном эпизоде с первого визита следует не назначать серотонинергические антидепрессанты, а рекомендовать следующее: вовлечение супруга в уход за ребенком; сон 7–9 ч в сутки; занятия в группе поддержки; физическую зарядку, массаж утром, прогулки перед сном; один раз в неделю лыжные прогулки или плавание. Важно общение с подругами, хотя бы по телефону.

По нашему мнению, если мать не может выполнять такой режим или испытывает затруднения в уходе за ребенком, то рекомендуется антидепрессивная терапия СИОЗС.

Умеренный депрессивный эпизод. Наличие лактации и грудное вскармливание в России является противопоказанием к применению серотонинергических антидепрессантов. Если депрессия ложится на мать тяжелым психофизическим грузом и выражено препятствует уходу за ребенком, имеется основание рассмотреть прерывание грудного вскармливания с переходом на искусственное. В этих случаях ПРД лечится по общепринятым стандартам тяжелой клинически выраженной депрессии. Перед назначением антидепрессанта следует получить от пациентки информированное согласие, рассказать об оценке риска и уровне безопасности его применения. После тщательного взвешивания всех показаний к лечению и согласия пациентки необходимо подчеркнуть, что процесс лечения и его эффективность заключаются в разделенной ответственности. Нерегулярный прием препарата, пропуски визитов, могут хронифицировать ПРД, поэтому между врачом и пациенткой требуется партнерское развитие «терапевтического альянса», что повышает сотрудничество. Еженедельное использование эдинбургской шкалы депрессии может превратить визит пациентки в совместное исследование, которое будет развивать терапевтический процесс.

Во время визитов следует обсуждать малейшие проявления тревоги или сопровождающие ПРД негативные контекстуальные факторы, чтобы понизить их вирулентность действия. Прекращение антидепрессивной терапии, переход на прием другого препарата следует избегать. Приведенный нами анализ зарубежных исследований показал, что начинать антидепрессивную терапию ПРД предпочтительно с сертралина в дозе 50 мг/сут или пароксетина в дозе 20 мг/сут, по-

сколькo в настоящее время опыт их применения наиболее высок [60]. В случае их отсутствия и необходимости в лечении депрессии безотлагательно можно использовать с осторожностью любой другой серотонинергический антидепрессант, кроме флуоксетина. Этот препарат имеет длительный период выведения при стабильном лечении – 4–6 сут, а активный метаболит – норфлуоксетин – 4–16 сут. Таким образом, препарат обладает выраженным кумулятивным эффектом, что не показано при лечении ПРД [36]. Также как и лечение депрессивного расстройства в первичной медицинской сети, ПРД имеет три фазы терапии. Острая фаза терапии в среднем может длиться от 8 до 12 нед. С самого начала терапии мать должна быть обучена врачом ежедневному мониторингу за состоянием ребенка. Особое внимание следует уделять особенностям ухода матери за ребенком, искусственному кормлению и сну. При каких-либо изменениях, если имеется повод для беспокойства, женщина должна сообщить о них врачу.

Преимущество монотерапии ПРД серотонинергическими антидепрессантами заключается в простоте тактики ведения: ежедневный утренний прием 1 таблетки с однократным еженедельным визитом в первые 6 нед к врачу; минимизация побочных эффектов; практическое отсутствие взаимодействия с другими препаратами; легкая оценка преимущества или недостатка в действии антидепрессанта; максимальная безопасность и эффективность; улучшение течения и реакции на базисную терапию сопутствующих соматических заболеваний; значительное улучшение качества жизни. После 6 нед терапии наступает эффект с редукцией депрессивных симптомов до 50% от исходной симптоматики, если пациентка принимала лекарство ежедневно в адекватной дозе и диагноз был поставлен правильно.

При возникновении ремиссии следует начинать «непрерывную» фазу продолжающейся терапии для сохранения достигнутой ремиссии. Во время этой фазы терапии рекомендуется посещать врача один раз в 1–2 мес, продолжая прием препарата в той же дозе. Если у пациентки отсутствуют симптомы в течение 6 мес, произошло выздоровление от перенесенной ПРД. Выздоровление относится к однократным эпизодам болезни, и не подразумевает, что у пациентки может возникнуть рецидив депрессивного расстройства в послеродовом и других периодах жизни. Поэтому современные стандарты нацелены на долгосрочное поддерживающее лечение с целью профилактики нового эпизода депрессии. Прием антидепрессанта следует продолжать 2 года для профилактики возникновения повторного депрессивного эпизода [2]. В слу-

чае отказа пациентки от поддерживающей терапии, она должна быть предупреждена о высоком риске повторности (рецидива) депрессивного эпизода. После повторной депрессии и достижения ремиссии поддерживающая терапия длится 5 лет.

Тяжелый депрессивный эпизод. Все или почти все симптомы развернуты в выраженной степени. При тяжелом депрессивном эпизоде маловероятно, чтобы пациентка продолжала социальную, трудовую и домашнюю деятельность. При сильном беспокойстве или заторможенности она вряд ли сможет описать другие симптомы, и тогда диагноз оправдан. Если симптомы особенно тяжелые, а начало острое, то диагноз также оправдан при длительности такого состояния менее 1 нед. В случае, если депрессия тяжелая, возникают сложности или даже невозможность в выполнении домашних обязанностей, включая уход за ребенком, несоблюдение элементарного ухода за собой, суицидальные мысли.

Тяжелая степень депрессии и (или) выявление суицидальных мыслей, а также мыслей нанести вред ребенку являются показанием к неотложной госпитализации в психиатрический стационар. При таком состоянии мать растеряна, она часто не может планировать определенные вещи или погружается только в деятельность, связанную с ребенком. При этом возникает ошибочное толкование обычных реакций ребенка, которые могут интерпретироваться матерью как отрицательное поведение. С одной стороны, у таких матерей возникает социальная изоляция, с другой – зависимое поведение.

При нарастании тяжести меланхолическая депрессия перерастает в бредовую психотическую. Появляется дезориентация, спутанность сознания, заторможенность, галлюцинации. Бредовые идеи сопровождаются душевной болью, мучением, тоской, самообвинением. Если такое состояние началось или трансформировалось в маниакальный эпизод с гиперактивностью, неутомимостью, бредовой убежденностью о знатном или высоком происхождении, следует диагностировать послеродовой психоз в форме биполярного расстройства I типа. Во всех этих случаях необходима консультация психиатра и решение вопроса о госпитализации в психиатрическую клинику.

Итак, мы описали основные расстройства настроения после родов. Наряду с этим выделены критерии, при которых диагноз ПРД правомерен. К ним относятся:

- 1) симптомы, не соответствующие другим заболеваниям;
- 2) симптомы, не являющиеся следствием употребления психоактивных (наркотических) веществ;

3) симптомы, не являющиеся результатом утраты актуального близкого человека;

4) симптомы, не являющиеся следствием препятствий, возникающих в результате отношений, в школе, на работе, при социальном общении;

5) отсутствие при ПРД гипоманиакальных и маниакальных состояний в анамнезе, а также у родственников 1-й степени родства.

Заключение

Депрессия, возникающая после родов, – самое распространенное психиатрическое осложнение деторождения, которое часто является непризнанным, нераспознанным и очень редко подвергается адекватной терапии. Помимо предрасположенности к депрессивному расстройству, многие психосоциальные стрессоры могут оказывать влияние на развитие ПРД.

Большим риском для развития послеродовой депрессии являются предшествующие депрессии и нежеланный ребенок в анамнезе. Нераспознанные и нелеченные материнские депрессии могут иметь негативное влияние для эмоционального, психомоторного, когнитивного развития детей, а также для возможности формирования здоровой связи «мать–ребенок». Искаженные связи с матерью часто становятся основой возникновения тревожных или депрессивных симптомов у детей и подростков.

Несмотря на потенциально вредные последствия послеродовой депрессии для матери и ее ребенка женщины часто не хотят обращаться за профессиональной помощью, опасаясь стигмы психического расстройства, или они могут не захотеть начать лечение антидепрессантами из-за опасений по поводу безопасности их приема для ребенка в период лактации и грудного кормления ребенка.

Диагностика и правильная тактика введения послеродовой депрессии является важной частью адекватной медицинской помощи. Для предотвращения неблагоприятных исходов, связанных с депрессией, и их влияния на ребенка важно, чтобы все работники здравоохранения и практикующие медсестры знали о специфических признаках и симптомах депрессии, а также владели соответствующими методами скрининговой диагностики и лечения согласно современным стандартам доказательной медицины.

Период родов, очевидно, следует рассматривать не только как рождение ребенка, но и рождение матери, которой предстоит выполнить свою эволюционно-биологическую миссию. Для выполнения этой главной для рода человеческого миссии социально-психологические и медицинские сообщества разных стран могут косвенно повлиять на государственную

политику в сфере охраны психического здоровья и поддержки женщин в их репродуктивном периоде.

Литература

1. *Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях* / пер. с англ. под общ. ред. Н.А. Корнетова. Киев: Сфера, 2002. 69 с. (Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВПА/ПТД. Модуль 2).
2. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства у женщин в условиях социально- кризисной ситуации в обществе // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 1999. № 1. С. 25–29.
3. Корнетов Н.А., Корнетов А.Н., Воеводин И.В., Казанцева Н.В. Распознавание и тактика ведения тревожных и депрессивных нарушений в период беременности и после родов: метод. пособие / под ред. проф. Н.А. Корнетова. Томск, СибГМУ, 2003.
4. Никитюк Б.А., Корнетов Н.А. Интегративная биомедицинская антропология. Томск: Изд-во Том. ун-та. 1998. 182 с.
5. Смуглевич А.Б. Депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин // Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003. С. 157–162.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA. 1994.
7. Appleby L., Warner R., Whitton A., Fairagher B. Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the maternal attitudes questionnaire // J. Psychosom. Res. 1997. V. 43. P. 351–358.
8. Appleby L., Hirst E., Marshall S., Keeling F., Brind J., Butterworth T., Lole J. The treatment of postnatal depression by health visitors: impact of brief training on skills and clinical practice // J. Affect. Disord. 2003. Dec. V. 77, № 3. P. 261–266.
9. Basraon S., Costantine M.M. Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction // Clin. Obstet. Gynecol. 2011. Sep. V. 54, № 3. P. 506–514.
10. Beck C.T. Predictors of postpartum depression: An update // Nurs. Res. 2001. V. 50. P. 275–285.
11. Braithwaite E.C., Ramchandani P.G., Lane T.A., Murphy S.E. Symptoms of prenatal depression are associated with raised salivary alpha-amylase levels // Psychoneuroendocrinology. 2015. Jun. 26. V. 60. P. 163–172. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.06.0.
12. Breese J., Beal J.M., Saunders B., Hill E.N., Payton M.E., Watson G.H. Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation // J. Reprod. Med. 2008. V. 53, P. 166–170.
13. Chabrol H., Coroner N., Rusibane S., Séjourné N. Prévention du blues du post-partum: étude pilote. Gynecol. Obstet. Fertil. 2007, V. 35, P. 1242–1244.
14. Chu K.M., Emasealu O.V., Hu Z., O'Donnell F.L., Clark L.L. Risk of mental health disorders following an initial diagnosis of postpartum depression, active component, U.S. Armed. Forces, 1998–2010 // MSMR. 2015. June. V. 22, № 6, P. 6–12.
15. Clare C.A., Yeb J. Postpartum depression in special populations: a review // Obstet. Gynecol. Surv. 2012. May. V. 6, № 75. P. 313–23.
16. Cobn J.F., Campbell S.B., Matias R., Hopkins J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months // Dev. Psychol. 1990. V. 26. P. 15–23.
17. Cooper P.J., Murray L., Wilson A. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of

- post-partum depression // *Br. J. Psychiatry*. 2003. V. 182. P. 412–419.
18. Cox J.L. Perinatal psychiatry: East is East and West is West // *Br. J. Psychiatry*. 1994. Mar. V. 164, № 3. P. 420–426.
 19. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale // *Br. J. Psychiatry*. 1987. Jun. 150. P. 782–786.
 20. Cristescu T., Bebrman S., Jones S.V., Chouliaras L., Ebmeier K.P. Bevigilant for perinatal mental health problems // *Practitioner*. 2015. Mar. V. 259 (1780). P. 19–23, 2–3.
 21. Dean C., Willams P.J., Brockibgton I.F. Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorders? A family study // *Psychol. Med*. 1989, V. 18. P. 637–647.
 22. Downey G., Coyne J.C. Children of depressed parents: an integrative review // *Psychological Bulletin*. 1990. V. 108. P. 50–76.
 23. Gartner L.M., Morton J., Lawrence R.A., Naylor A.J., O'Hare D., Schanler R.J., Eidelman A.I. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk // *Pediatrics*. 2005. Feb. V. 115. P. 296–306.
 24. Gjerdingen D.K., Center B.A. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics // *J. Am. Board Fam. Pract.* 2003. Jul-Aug. V. 16, № 4. P. 304–311.
 25. Goodman S.H., Gotlib I.H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission // *Psychol. Rev*. 1999. V. 106. P. 458–490.
 26. Gotlib I.H., Whiffen V.E., Wallace P.M., Mount J.H. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery // *J. Abnorm. Psychol.* 1991. May. V. 100, № 2. P. 122–132.
 27. Guiérrez-Zotes A., Labad J., Martín-Santos R., García-Esteve L., Gelabert E., Jover M., Guillamat R., Mayoral F., Gornemann I., Canellas F., Gratacós M., Guitart M., Roca M., Costas J., Luis Ivorra J., Navinés R., de Diego-Otero Y., Villega E., Sanjuan J. Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modeling approach // *Eur. Psychiatry*. 2015. Jun 30. pii: S0924-9338 V. 15. 00127-3. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.06.001.
 28. Harris B.A. A hormonal component to postnatal depression // *Brit. J. Psychiatry*. 1993. V. 163. P. 403–405.
 29. Haros B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood // *Br. J. Psychiatry*. 1994. V. 164. P. 288–292.
 30. Hau F.W., Levy V.A. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study // *J. Affect. Disord.* 2003. V. 75. P. 197–203.
 31. Jawaber M., Fadoua C., Sonda T., Ines F., Belhsan B.A., Mohamed G., Imene B., Abdellaziz J. Postpartum depression: prevalence and risk factors. Prospective Study concerning 302 Tunisian parturients // *La tunisie Medicale*. 2014. V. 92, № 10. P. 615–621.
 32. Jouppe J. A propos du post-partum blues // *Ann. Med. Psychol.* 2007. V. 165. P. 749–767.
 33. Kelly R.H., Zatzick D.F., Anders J.F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics // *Am. J. Psychiat.* 2001. V. 158. P. 213–219.
 34. Kendall-Tackett K. The new paradigm for depression in new mothers: current findings on maternal depression, breastfeeding and resiliency across the lifespan // *Breastfeed Rev*. 2015. Mar. 23, № 1. P. 7–10.
 35. Kessler RC, Berglund P, Demler O *ve ark*. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // *JAMA*. 2003. 289. P. 3095–3105.
 36. Kristensen J.H, Ilett K.F., Hackett L.P., Yapp P., Paech M., Begg E.J. Distribution and excretion of fluoxetine and nor-fluoxetine in human milk // *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1999. Oct. V. 48, № 4. P. 521–527.
 37. Kumar R. Neurotic disorders in childbearing women // J.F. Brockington, R. Kumar eds. *Motherhood and mental illness*. London: Academic Press, 1982.
 38. Kumar R., Robson K.M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women // *Br. J. Psychiatry*. 1984. № 14. P. 35–47.
 39. M'Bailara K., Swendsen J., Glatigny-Dallay E. *et al*. Le baby blues: caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales // *Encephale*. 2005. V. 31. P. 331–336.
 40. Mitchell C., Notterman D., Brooks-Gunn J., Hobcraft J., Garfinkel I., Jaeger K., Kotenko I., McLanaban S. Role of mother's genes and environment in postpartum depression // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2011. May 17. V. 108, № 20. P. 8189–8193.
 41. Murray C.J.L., Lopez A.D. *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
 42. *Nations for Mental Health: A Focus on Women* / M.K. Gomel. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 1997.
 43. Nott P.N. Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth // *Br. J. Psychiatry*. 1987, V. 151, P. 523–527.
 44. O'Brien L.M., Boath E., Hodgson R., Cox J.L. The long-term follow-up of women treated for postnatal depression at a specialist day hospital compared to routine primary care // *Int. J. Psychiatry in Clin. Pract.* 2002. V. 6, № 4. P. 199–203.
 45. O'Hara M.W. Postpartum depression: identification and measurement in a cross cultural context // Cox J., Holden J. eds. *Perinatal psychiatry use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: The Royal college of psychiatrists; 1994. P. 145–168.
 46. O'Hara M.W. Postpartum depression: what we know // *J. Clin. Psychol.* 2009. Dec. V. 65, № 12. P. 1258–1269.
 47. O'Hara M.W., Swain A.M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis // *Int. Rev. Psychiatry*. 1996. № 8. P. 37–54.
 48. Oretti R.G., Hunter C., Lazarus J.H., Parkes A.B., Harris B. Antenatal depression and thyroid antibodies // *Biol. Psychiatry*. 1997. Jun 1. V. 41, № 11. P. 1143–1146.
 49. Pitt B. Atypical depression following childbirth // *Br. J. Psychiatry*. 1968. V. 114, № 516, P. 1325–1335.
 50. Pitt B. Maternity blues // *Br. J. Psychiatry*. 1973. V. 122. P. 431–433.
 51. Riecher-Rössler A, de Geyter C. The forthcoming role of treatment with estrogens in mental health // *Swiss. Med. Wkly*. 2007. V. 137. P. 565–572.
 52. Robertson E., Grace S., Wallington T., Stearte D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature // *Gen. Hosp. Psychiatry*. V. 26. P. 289–295.
 53. Rossouw J.E., Anderson G.L., Prentice R.L. *et al*. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial // *JAMA*. 2002. V. 288. P. 321–333.
 54. Rousseau P. La depression postnatale: un risque de 90. negligence negligee par la societe. *Communication personnelle*, 1994.
 55. Schore A.N. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology // *Dev. Psychopathol.* 1996. № 8. P. 59–87.

56. *Schore A.N.* Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health // *Infant. Ment. Health. J.* 2001. V. 22. P. 7–66.
57. *Steiner M., Yonkers K.* Depression in Women. Martin Dunitz Ltd, 1998.
58. *Teissedre F., Cbabrol H.* Etude de l'EPDS (Echelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du postpartum // *Encephale.* 2004. V. 30. P. 376–81.
59. *Winnicott D.W.* La preoccupation maternelle primaire. 1956. In *De la pediatrie a la psychanalyse.* Paris: Payot, 1969. P. 168–174.
60. *Wisner K.L., Findling R.L., Perel J.M.* Paroxetine in breast milk // *Am. J. Psychiatry.* 2001. Jan. V. 158, № 1. P. 144–145.
61. *Wisner K.L., Perel J.M., Peindl K.S., Hamusa B.H., Findling R.L., Rapport D.* Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial // *J. Clin. Psychiatry.* 2001. Feb. V. 62, № 2. P. 82–86.
62. *World Health Organization.* The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, WHO, 1992.
63. *World Health Organization, United Nations Population Fund, Key Centre for Women's Health in Society.* Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. World Health Organization, 2009.

Поступила в редакцию 20.08.2015 г.

Утверждена к печати 13.11.2015 г.

Корнетов Николай Алексеевич (✉) – заслуженный деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск).

✉ Корнетов Николай Алексеевич, e-mail: korn@mail.tomsknet.ru

POSTPARTUM DEPRESSION – THE CENTRAL PROBLEM OF MENTAL HEALTH OF EARLY MOTHERHOOD

Kornetov N.A.

Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Perinatal mental health of the mother occupies a central position in healthcare, the same as caring for a newborn baby. Maternal depression is the lead pathology of postpartum period. Despite the high prevalence and importance to the overall development of children, most cases of depression are unappreciated, unrecognized and untreated.

Inattention to issues which are related to physical and mental health of women, leads to severe negative social and economic consequences for society. Statistical comparison of the total number of pregnant women, the number of births in the United States in 2007, excluding cases of fetal loss, including stillbirths and miscarriages with similar Russian data allowed to calculate the approximate prevalence of postpartum depression in the same period. Presumable probability of postpartum depression is 15% in different regions of the world, and the diagnostic criteria of DSM-IV for postpartum depression are representative for comparison. Considering these assumptions, according to 2007 each year about 260,000 out of 1 mln. 600,000 of Russian women in childbirth may suffer from post-natal depression. The results have a probabilistic character.

For the mothers the consequences of unrecognized and untreated depression after childbirth are the most frequent. It should be seen as a depressive episode or recurrent depressive disorder which has a singular coloring due to the appearance in the peak period of reproductive age of women. Postpartum depression may increase the possibility of occurrence of relapse of a depressive disorder as well as the transition to a state of chronic depression. Alcoholism or drug use is a common complication of depression; the risk of suicide increases, especially during the time of reducing the severity of the most severe symptoms of depression, though it is below the prevalence of suicide among the population. Particular attention should be paid to such symptoms as instability in mood and irritability as during the postpartum depression and in its residual period. They can cause child abuse.

This paper also presents current data on the epidemiology, etiology, risk factors for postpartum depression, its clinical manifestations, the influence of untreated maternal depression on child development, therapy and educational modules to spread multidisciplinary and inter-agency approach in perinatal mental health problems.

KEY WORDS: perinatal psychiatry, postpartum depression, prevalence, screening, therapy, educational modules.

Bulletin of Siberian Medicine, 2015, vol. 14, no. 6, pp.

References

1. *Depressivnye rasstrojstva pri somaticheskib zabolevaniyah (Obrazovatel'naja programma po depressivnym rasstrojstvam VPA/PTD. Modul' 2)* [Depressive disorders in somatic diseases. Russian Translation Under the total]. Ed. by N.A. Kornetov. Kiev, Sphere Publ., 2002. 69 p. (WPA/PTD Educational Program on Depressive Disorders. Module 2) (in Russian).
2. Kornetov N.A. Depressivnye rasstrojstva u zhenshin v usloviyah social'no-krizisnoy situacii v obschestve [Depressive disorders in women in the socio-crisis situation in society]. *Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*, 1999, no. 1, pp. 25–29 (in Russian).
3. Kornetov N.A., Kornetov A.N., Voevodin I.V., Kazantseva N.V. *Raspoznavanie i taktika vedeniya trevozhnyh i depressivnyh narusheniy v period beremennosti i posle rodov* [Recognition and tactics of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after childbirth]. Ed. by prof. N.A. Kornetov. Tomsk, SSMU Publ., 2003 (in Russian).
4. Nikitiuk B.A., Kornetov N.A. *Integrativnaya biomedicinskaya antropologiya* [Integrative biomedical anthropology]. Tomsk, Tomsk State University Publ., 1998. 182 p. (in Russian).
5. Smulevich A.B. Depressii, svyazannye s reproduktivnym ciklom zhenshin [Depression associated with the reproductive cycle of women]. *Depressii pri somaticheskib i psichicheskib zabolevaniyah* [Depression in somatic and mental illness. Depression associated with the reproductive cycle of women]. Moscow, 2003, pp. 157–162 (in Russian).
6. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. Washington, DC, APA, 1994.
7. Appleby L., Warner R., Whitton A., Fairagher B. Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the maternal attitudes questionnaire. *J. Psychosom. Res.*, 1997, vol. 43, pp. 351–358.
8. Appleby L., Hirst E., Marshall S., Keeling F., Brind J., Butterworth T., Lole J. The treatment of postnatal depression by health visitors: impact of brief training on skills and clinical practice. *J. Affect. Disord.*, 2003, Dec., vol. 77, no. 3, pp. 261–266.
9. Basraon S., Costantine M.M. Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2011, Sep., vol. 54, no. 3, pp. 506–514.
10. Beck C.T. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs. Res.*, 2001, 50, pp. 275–285.
11. Braithwaite E.C., Ramchandani P.G., Lane T.A., Murphy S.E. Symptoms of prenatal depression are associated with raised salivary alpha-amylase levels. *Psychoneuroendocrinology*, 2015, Jun 26, vol. 60, pp. 163–172. doi: 10.1016/j.psneuen.2015.06.0.
12. Breese J., Beal J.M., Saunders B., Hill E.N., Payton M.E., Watson G.H. Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation. *J. Reprod. Med.*, 2008, vol. 53, pp. 166–170.
13. Chabrol H., Coroner N., Rusibane S., Séjourné N. Prévention du blues du post-partum: étude pilote. *Gynecol. Obstet. Fertil.*, 2007, vol. 35, pp. 1242–1244.
14. Chu K.M., Emasealu O.V., Hu Z., O'Donnell F.L., Clark L.L. Risk of mental health disorders following an initial diagnosis of postpartum depression, active component, U.S. Armed Forces, 1998–2010. *MSMR*, 2015, June, vol. 22, no. 6, pp. 6–12.
15. Clare C.A., Yeh J. Postpartum depression in special populations: a review. *Obstet. Gynecol. Surv*, 2012, May, vol. 6, no. 75, pp. 313–23.
16. Cohn J.F., Campbell S.B., Matias R., Hopkins J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Dev. Psychol.*, 1990, vol. 26, pp. 15–23.
17. Cooper P.J., Murray L., Wilson A. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression. *Br. J. Psychiatry*, 2003, vol. 182, pp. 412–419.
18. Cox J.L. Perinatal psychiatry: East is East and West is West. *Br. J. Psychiatry*, 1994, Mar., vol. 164, no. 3, pp. 420–426.
19. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry*, 1987, Jun., 150, pp. 782–786.
20. Cristescu T., Behrman S., Jones S.V., Chouliaras L, Ebmeier K.P. Bevigilant for perinatal mental health problems. *Practitioner*, 2015, Mar., vol. 259 (1780), pp. 19–23, 2–3.
21. Dean C., Willams P.J., Brockington I.F. Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorders? A family study. *Psychol. Med.*, 1989, vol. 18, pp. 637–647.
22. Downey G., Coyne J.C. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 1990, vol. 108, pp. 50–76.
23. Gartner L.M., Morton J., Lawrence R.A., Naylor A.J., O'Hare D., Schanler R.J., Eidelman A.I. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 2005, Feb., vol. 115, pp. 296–306.
24. Gjerdingen D.K., Center B.A. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *J. Am. Board Fam. Pract.*, 2003, Jul-Aug, vol. 16, no. 4, pp. 304–311.
25. Goodman S.H., Gotlib I.H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol. Rev.*, 1999, vol. 106, pp. 458–490.
26. Gotlib I.H., Whiffen V.E., Wallace P.M., Mount J.H. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J. Abnorm. Psychol.*, 1991, May, vol. 100, no. 2, pp. 122–132.
27. Gutiérrez-Zotes A., Labad J., Martín-Santos R., García-Estevé L., Gelabert E., Jover M., Guillaumat R., Mayoral F., Gornemann I., Canellas F., Gratacós M., Guitart M., Roca M., Costas J., Luis Ivorra J., Navinés R., de Diego-Otero Y.,

- Vilella E., Sanjuan J. Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach. *Eur. Psychiatry*, 2015, Jun 30, pii: S0924-9338 vol. 15, 00127-3. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.06.001.
28. Harris B.A. A hormonal component to postnatal depression. *Brit. J. Psychiatry*, 1993, vol. 163, pp. 403–405.
 29. Haros B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *Br. J. Psychiatry*, 1994, vol. 164, pp. 288–292.
 30. Hau F.W., Levy V.A. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *J. Affect. Disord.*, 2003, vol. 75, pp. 197–203.
 31. Jawaher M., Fadoua C., Sonda T., Ines F., Belhsan B.A., Mohamed G., Imene B., Abdellaziz J. Postpartum depression: prevalence and risk factors. Prospective Study concerning 302 Tunisian parturients. *La tunisie Medicale*, 2014, vol. 92, no. 10, pp. 615–621.
 32. Juppe J. A propos du post-partum blues. *Ann. Med. Psychol.*, 2007, vol. 165, pp. 749–767.
 33. Kelly R.H., Zatzick D.F., Anders J.F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am. J. Psychiat.*, 2001, vol. 158, pp. 213–219.
 34. Kendall-Tackett K. The new paradigm for depression in new mothers: current findings on maternal depression, breastfeeding and resiliency across the lifespan. *Breastfeed Rev.*, 2015, Mar., 23, no. 1, pp. 7–10.
 35. Kessler R.C., Berglund P., Demler O ve ark. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 2003, 289, pp. 3095–3105.
 36. Kristensen J.H., Ilett K.F., Hackett L.P., Yapp P., Paech M., Begg E.J. Distribution and excretion of fluoxetine and nor-fluoxetine in human milk. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 1999, Oct., vol. 48, no. 4, pp. 521–527.
 37. Kumar R. Neurotic disorders in childbearing women. In J.F. Brockington, R. Kumar eds. *Motherhood and mental illness*. London, Academic Press, 1982.
 38. Kumar R., Robson K.M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br. J. Psychiatry*, 1984, no. 14, pp. 35–47.
 39. M'Bailara K., Swendsen J., Glatigny-Dallay E. et al. Le baby blues: caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales. *Encephale*, 2005, vol. 31, pp. 331–336.
 40. Mitchell C., Notterman D., Brooks-Gunn J., Hobcraft J., Garfinkel I., Jaeger K., Kotenko I., McLanahan S. Role of mother's genes and environment in postpartum depression. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 2011, May 17, vol. 108, no. 20, pp. 8189–8193.
 41. Murray C.J.L., Lopez A.D. *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1996.
 42. *Nations for Mental Health: A Focus on Women*. M.K. Gomel. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 1997.
 43. Nott P.N. Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *Br. J. Psychiatry*, 1987, vol. 151, pp. 523–527.
 44. O'Brien L.M., Boath E., Hodgson R., Cox J.L. The long-term follow-up of women treated for postnatal depression at a specialist day hospital compared to routine primary care. *Int. J. Psychiatry in Clin. Pract.*, 2002, vol. 6, no. 4, pp. 199–203.
 45. O'Hara M.W. Postpartum depression: identification and measurement in a cross cultural context. In: Cox J., Holden J., eds. *Perinatal psychiatry use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: The Royal college of psychiatrists, 1994, pp. 145–68.
 46. O'Hara M.W. Postpartum depression: what we know. *J. Clin. Psychol.*, 2009, Dec., vol. 65, no. 12, pp. 1258–1269.
 47. O'Hara M.W., Swain A.M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int. Rev. Psychiatry*, 1996, no. 8, pp. 37–54.
 48. Oretti R.G., Hunter C., Lazarus J.H., Parkes A.B., Harris B. Antenatal depression and thyroid antibodies. *Biol. Psychiatry*, 1997, Jun 1, vol. 41, no. 11, pp. 1143–1146.
 49. Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br. J. Psychiatry*, 1968, vol. 114, no. 516, pp. 1325–1335.
 50. Pitt B. Maternity blues. *Br. J. Psychiatry*, 1973, vol. 122, pp. 431–433.
 51. Riecher-Rössler A, de Geyter C. The forthcoming role of treatment with estrogens in mental health. *Swiss. Med. Wkly*, 2007, vol. 137, pp. 565–572.
 52. Robertson E., Grace S., Wallington T. Stearte D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen. Hosp. Psychiatry*, vol. 26, pp. 289–295.
 53. Rossouw J.E., Anderson G.L., Prentice R.L. et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 2002, vol. 288, pp. 321–333.
 54. Rousseau P. *La depression postnatale: un risque de 90. negligence negligee par la societe*. Communication personnelle, 1994.
 55. Schore A.N. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Dev. Psychopathol.*, 1996, no. 8, pp. 59–87.
 56. Schore A.N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant. Ment. Health. J.*, 2001, vol. 22, pp. 7–66.
 57. Steiner M., Yonkers K. *Depression in Women*. Martin Dunitz Ltd, 1998.
 58. Teissedre F, Chabrol H. Etude de l'EPDS (Echelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du postpartum. *Encephale*, 2004, vol. 30, pp. 376–81.
 59. Winnicott D.W. La preoccupation maternelle primaire. 1956. *In De la pediatrie a la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969, pp. 168–174.
 60. Wisner K.L., Findling R.L., Perel J.M. Paroxetine in breast milk. *Am. J. Psychiatry*, 2001, Jan., vol. 158, no. 1, pp. 144–145.
 61. Wisner K.L., Perel J.M., Peindl K.S., Hanusa B.H., Findling R.L., Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J. Clin. Psychiatry*, 2001, Feb., vol. 62, no. 2, pp. 82–86.
 62. *World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, WHO, 1992.
 63. *World Health Organization, United Nations Population Fund, Key Centre for Women's Health in Society. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. World Health Organization, 2009.

Kornetov Nikolay A. (✉), Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Kornetov Nikolay A., e-mail: korn@mail.tomsknet.ru