

Медицинские науки

УДК 82.085

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

Т. Гарнизов, Д. Хаджиделева. Медицинский университет София, (Болгария), e-mail: dhd_@abv.bg

Резюме. Статья обзорного характера на основе анализа литературных источников. В статье рассматриваются вопросы связанные с состоянием послеродовой депрессии.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, акушерство, медицина.

Рождение является одним из самых важных событий в природе. В послеродовой период у матерей происходят физиологические и психические изменения, которые варьируются от незначительных изменений до видимого психоза. Психические расстройства у женщин в послеродовой период включают беспокойство, депрессию и психоз.

Послеродовая депрессия (ПРД) является существенной медицинской и социальной проблемой, которая влияет на здоровье многих матерей, обременяет затратами систему здравоохранения и является причиной семейно-брачных конфликтов. Депрессивные симптомы матери часто имеют негативное влияние на потомство, когда можно наблюдать когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Этот обзор литературы предназначен для ознакомления акушеров с текущими данными о распространенности, клинических проявлениях, диагностике, последствиях для потомства и лечении послеродовой депрессии. Повышение их профессиональной компетенции направлено на раннее обнаружение ПРД, которое позволит своевременный квалифицированный уход и лечение.

ПРД характеризуется тремя признаками, которые отличают ее от других психических расстройств, возникающих и протекающих в послеродовой период: первое – ПРД развивается в период от 4 до 6

недель после рождения ребенка и продолжается в течение, по крайней мере, 2 недель; второе – при ПРД проявляются, по крайней мере, пять симптомов депрессии и третье - ПРД может нарушить жизнь женщины после родов, как с точки зрения выполнения ее ежедневных обязанностей, так и с точки зрения ее ухода за ребенком (1).

Клинические проявления ПРД включают подавленное настроение, апатию или беспокойство, достигающее в некоторых случаях мыслей о самоубийстве, уменьшение ухода и отчуждение, по отношению к ребенку, нарушение взаимодействий с семьей, нарушение сна, как его продолжительности, так и качества, снижение аппетита, потерю веса (1, 2).

В большинстве публикаций, посвященных ПРД, отмечается, что ее частота движется в диапазоне от 10% до 20%, притом, что существуют вариации этих показателей для разных стран и географических районов. Отмеченная частота ПРД может выявить различия и в зависимости от использованных для диагностики анкет и шкал. В очень всеобъемлющем обзоре литературы о частоте ПРД отмечается, что в развивающихся странах она колеблется от 1,7% до 82,1%, с самыми низкими значениями в Пакистане, а самыми высокими в Турции. Для развитых стран частота ПРД варьируется от 5,2% до 74,0%, с самыми низкими значениями в Германии, а самым высоким процентом в США (2). При использовании для диагностики ПРД Edinburgh Postnatal Depression Scale, частота ПРД в развитых странах составляет от 5,5% до 34,4%, а для развивающихся стран частота ПРД выше.

В обширном обзоре литературы Norhayati с соавторами (2015), о частоте ПРД, дана информация о частоте этого психического расстройства в зависимости от времени рождения.

В развитых странах - до 4 недель - от 5,5% до 24,4%, от 4 до 8 недель - от 2,6% до 35,0%, до 6 месяцев - от 2,9% до 25,5% и до 12 месяцев - от 6,0% до 29,0%.

В развивающихся странах – до 4 недель - от 12,9% до 50,7%, от 4 до 8 недель - от 4,9% до 50,9%, до 6 месяцев - от 8,2% до 38,2% и до 12 месяцев - от 21,0% до 33,2% (3).

Этиология ПРД неизвестна. Существуют отдельные исследования, посвященные этому вопросу, как например Крауса и соавторов (2014). Эти авторы установили, что в пренатальный и послеродовый периоды

наблюдаются иммунологические изменения со значительным повышением неоптерина и реактивных Т-лимфоцитов. Сообщается, что установленные иммунологические изменения, связанные с депрессивными симптомами, наблюдаются у матерей с ПРД и эти иммунологические маркеры могут предсказать появление ПРД (4). В другом исследовании предполагается, что дефицит витамина D в середине беременности может оказаться фактором для развития ПРД (5). Паркер и соавторы (2015) изучают изменения в уровнях основных и насыщенных жирных кислот, как возможных предикторов ПРД у женщин на позднем сроке беременности (6). Другие публикации сосредотачиваются на воспалении как факторе развития ПРД у рожениц. Указывается, что лечение воспалительных заболеваний в третьем триместре беременности и в послеродовой период, а также грудное кормление ребенка, могут помочь психическому здоровью матери (7).

Уже указывалось, что этиология ПРД остается неизвестной, но существуют многочисленные исследования и публикации о факторах риска депрессивных симптомов, возникающих во время беременности и в послеродовой период.

В исследовании, проведенном Cloud и Brown (2015), определены некоторые значительные предикторы ПРД такие, как стрессовые ситуации, тревоги и беспокойство, особенно в третьем триместре беременности и от 4 до 6 месяцев в послеродовой период, предложенное или проведенное кесарево сечение, расстройства сна матери и проблемы, связанные со здоровьем ребенка (8, 9). Эти данные подтверждаются и другими исследованиями.

При рассмотрении социально-демографических факторов риска для ПРД, особое внимание уделяется возрасту матери. По этому вопросу мнения авторов расходятся. Некоторые авторы утверждают, что молодой возраст матерей предрасполагает к депрессивным симптомам. В других публикациях утверждается, что женщины постарше, рожаящие впервые, находятся в большей опасности. Для третьих авторов возраст матери не имеет отношения к появлению депрессивного синдрома. Авторы полностью единодушны по поводу отсутствия социальной поддержки во время беременности и в послеродовой период как важного фактора риска при ПРД. Здесь идет речь о поддержке беременности и роженицы со

стороны ее матери, мужа, семьи, друзей и коллег. Низкие доходы семьи и низкий уровень образования матери также относятся к значимым факторам риска для ПРД (10, 11).

При рассмотрении факторов риска для ПРД, связанных с беременностью, установлено, что женщины с неожиданной или нежелательной беременностью относятся к категории высокого риска для ПРД – Чап и соавторы. (12).

Вспомогательные репродуктивные методы и рождение через кесарево сечение, помощь при вагинальных родах и послеродовые акушерские осложнения тоже могут быть факторами риска для ПРД (13-16).

В послеродовой период, как существенные факторы риска для ПРД отмечают: стрессовые житейские ситуации, нарушения сна матери и ребенка, болезни ребенка, беспокойство по поводу телесных изменений, связанных с беременностью, прекращение грудного вскармливания (17-21). Особенно подчеркивается значение тревоги во время беременности и в послеродовой период и оставленные без лечения депрессивные симптомы во время беременности, как значимые факторы риска для развития ПРД (22).

ПРД нарушает не только здоровье матери, но и оказывает негативное влияние на ее отношения с членами семьи и, в частности, негативно сказывается на отношениях матери и новорожденного ребенка (23, 24). Особенно фокусируется внимание на поведенческих и эмоциональных расстройствах со стороны депрессивной матери по отношению к ребёнку. Она апатична, не заботится достаточно о ребенке, ее эмоциональность неадекватна. При исследовании, проведенном в Японии среди 289 матерей, ответивших на вопросы Edingburgh Postnatal Depression Scale и Mother – to – Infant Bonding Scale во время беременности и в послеродовой период, установлено, что депрессивное настроение матери сильно связано с нарушением отношений матери и ребенка. Эти данные дают нам основания рекомендовать раннее вмешательство для терапевтического влияния на материнские депрессивные симптомы. В этом направлении требуются новые исследования, так как у нас еще нет надежных доказательств, что терапевтические методы, которыми мы располагаем, помогут

нормализовать нарушенную связь между матерью и ребенком (Milgrom and Holt, 2014) (25).

В специализированной медицинской литературе подчеркивается важность ранних отношений между матерью и ребенком для развития головного мозга (24, 25). В ранний период структурного и функционального развития мозга ребенка забота матери имеет важное значение, а ее отсутствие имеет длительное неблагоприятное воздействие (26). В National Forum on Early Childhood Program Evaluation, Cambridge M.A. Harvard University (2007) подчеркивается, что дети матерей с ПРД могут иметь длительный эффект на их мозговую деятельность, в том числе нарушение систем, ответственных за реакции на стресс, связанные с когнитивными, эмоциональными и социальными возможностями организма (27).

В специализированных изданиях есть несколько исследований, посвященных длительному эффекту материнской ПРД на потомство (28). Отмечается, что дети матерей с ПРД могут иметь нарушения когнитивных, поведенческих и эмоциональных качеств мозговой деятельности с трудностями в школе с выраженной сложностью при работе с числами. Установлены также и нарушения возможностей для психосоциальной адаптации (28).

У подростков в возрасте 11 - 18 лет, происходит формирование индивида как независимого лица с определенными познавательными и эмоциональными качествами, способного принимать самостоятельные решения и действовать определенным образом. При исследовании умственной деятельности и эмоциональных реакций человека используются собирательные термины *Internalising problems* и *externalizing problems*. *Internalising problems* включает диагнозы и симптомы, связанные с депрессией. *Externalising problems* включает поставленный диагноз или существовавшие симптомы, связанные с гиперактивностью, агрессией, проявлениями силы, нарушением внимания и опознавательных процессов мозга.

Halligan и соавторы (2007) впервые сообщают, что у 13 летних детей ПРД матерей связано с тревогой и депрессивными симптомами у потомства (29). Hay и соавторы (2008) указывают на связь ПРД матери с изменениями в *Internalising problems* у потомства, особенно в случаях

рецидивирующей материнской депрессии. Те же авторы нашли статистически значимую связь материнской ПРД и изменениями в Externalising problems у потомства, более выраженные у мальчиков и особенно в тех случаях, когда отсутствует отец (30). Murray и его коллеги установили связь между ПРД матери и Externalising problems у потомства в возрасте от 13 до 18 лет (31). Существуют и такие авторы, которые сообщают о противоположных результатах. Agnafors и соавторы (2013) при длительных наблюдениях семей матерей с ПРД установили, что не существует никакой связи между Internalising problems у потомства и прошедшая ПРД матери. Те же авторы, однако, обнаружили, что существует слабая, но статистически значимая зависимость между материнской ПРД и Externalising problems у 12-летних детей (32). Механизмы, благодаря которым осуществляется связь между ПРД матери и ранними или поздними психическими проблемами потомства неизвестны. Пока большинство авторов считают, что неблагоприятные последствия ПРД для потомства можно связать с нарушением нормальных отношений матери и ребенка в ранний период развития мозга ребенка.

Диагноз ПРД ставится на основании клинических проявлений и при использовании клинических опросов, анкетировании и диагностических шкал. Наиболее широко используется Edinburgh Postnatal Depression Scale, которая подходит как для диагностики ПРД, так и скрининга взрослых для изучения психического здоровья населения и определения депрессивных эпизодов (33). В зависимости от темы исследований среди беременных и рожениц с депрессивными симптомами используются и другие анкеты и шкалы - Social Support Appraisal, Scale, Network Orientation Scale, General Health Questionnaire, Marital Inventory Life Events Rating Scale, Parental Expectation Survey и др. Анкеты Structured Clinical Interview и Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders позволяют отличить ПРД от большой депрессии (33).

Лечение ПРД следует начинать рано и должно быть направлено на восстановление нормальных отношений между матерью и ребенком, устраняя характерные для заболевания депрессивные симптомы. Лечение ПРД направлено также на защиту потомства от краткосрочных и долгосрочных вредных последствий ПРД.

Медикаментозное лечение ПРД включает применение антидепрессантов. По сравнению с плацебо, Selective Serotonin reuptake inhibitors имеют лучший эффект и приводят к более быстрой ремиссии ПРД (34). При обзоре литературы о преимуществах и вреде использования антидепрессантов при лечении ПРД, выводы основаны на шести рандомизированных и контролируемых испытаниях и 15 наблюдениях. При использовании Selective Serotonin reuptake inhibitors у беременных женщин с депрессией установлена статистически значимая более высокая частота респираторного дистресс-синдрома у новорожденных по сравнению с контрольной группой и не открыто никакой разницы в частоте судорог у новорожденных по отношению к частоте при преждевременном рождении. Авторы считают, что необходимы еще дополнительные контролируемые и рандомизированные исследования побочных эффектов от антидепрессантов. Необходимы исследования частоты врожденных аномалий и аутизма у новорожденных от матерей, получавших во время беременности антидепрессанты.

При лечении ПРД используются и нелекарственные методы воздействия на основе программ интервенций, которые используют когнитивные и поведенческие техники для устранения симптомов депрессии у женщин с ПРД и нормализации отношений мать-ребенок (35). Одна такая программа создана Milgram и соавторами (36) - HUGS - Happiness Understanding Giving and Sherig for enhancing mother-infant relationships (36). Программа длится девять недель с 12 собеседованиями и фокусируется на чувствах матери, на ее когнитивных и поведенческих способностях, на ее активности и самооценке с использованием тренинга релаксации. Программа HUGS подходит для ранней интервенции для защиты связи мать-ребенок для женщин с ПРД (25).

Еще одна программа для немедикаментозного лечения ПРД, представленная в качестве пилотного исследования - USPSTF-US-Preventive Services Task Force - продолжительностью занятий 2 часа в течение шести недель. Программа имеет три модуля: 1. провоцирование удовольствия от деятельности;

2. уменьшение плохих мыслей и

3. поддержка социальной помощи. Как преимущества этой программы указываются ее меньшая продолжительность, низкая цена,

возможность привлечения большего числа женщин и возможность проведения курса в первичном медицинском центре (37).

Авторы, которые работают по вопросам лечения ПРД, отмечают, что требуются новые рандомизированные контролируемые исследования и дальнейшая оптимизация лечения ПРД.

Литература:

1. Lee P.J., Liaw J.J., Chen C.M. Concept Analysis of Postpartum Depression J. of Nursing 2015 Jun 62/3/: 66-71
2. Jahromi M., Zare A. Taghzadeganzadelh M. et al. A study of marital satisfaction among non-depressed and depressed mothers after childbirth in Jahrom, Iran. Global J of Health Sci. 2015 May 7/3/ 140-143
3. Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review J. of Affective Disorders 2015 Apr.1,175:34-52
4. Krause D., Jobst A., Kirchberg F. et al. Prenatal immunologic predictors of postpartum depressive symptoms: a prospective study for potential diagnostic markers. Euro Archive of Psych. & Clin. Neuroscience 2014 Oct.264/7/:615-624
5. Gur E.B., Gokduman A., Turan G.A. et al. Mid-pregnancy vitamin D levels and postpartum depression. Eur.J. of Obset. Gynecol & Reprod. Biol.2014 Aug.179:110-116
6. Parker G., Hegarty B., Granville-Smith I., et al. Is essential fatty acid status in late pregnancy predictive of post-natal depression?
7. Kendall-Tackett K. A new paradigm form depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and annul-inflammatory treatments protect maternal mental health. J. of Affect.Disord.2015 175: 34-52
8. Clout D., Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in nrw mothers.J. of Affect.Disord.2015 188:60-68
9. Adams S.S., Eberhard – Gran M.,Sabdvik A.R et al. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55814 women. BGOG Int.J.Obstet.Gynecol. 2012 119;13::305,<http://dx.doi.org/10.1111/>
10. Razurel C., Kaiser B. The role of satisfaction with social support on

the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women & Health* 2015;55/2/:167-186

11. Abdollahi F., Sazlina S.G., Zain A.M. et al. Postpartum depression and psycho-socio-demographic predictors. *Asia-Pacific psychiatry Official J. of the Pacific Rim College of Psychiatrists* 2014 Dec.;6/4/:425-434

12. Chou F.H., Avant K.C., Kuo S.H. et al. Relationships between nausea and vomiting qperceived stress, social support. *Pregnancy planning and psycho-social adaptation in a simple of mothers questionnaires survey. In.J.Nurs.Stud.*2008;45/8/:1185-1191ntp. doi.org./10./101016/

13. Blom E.A., JansenP.W., Verhulst F.C. et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression.The Generation R.Study. *BJOG Int.J.Obstet.Gynecol.*2010;117/11/: 1390-1398 ntp[dx.doi.org./10IIII] J.1471-0528-2010.026 60x`

14. Adams S.S., Eberhaed-Gran M., Sandvik A.R., Exkild A. Mode of dlivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55814 women. *BJOG Int.J.Obstet.Gynecol.*2012 119;13:298-205 http://dx.doi.org./10.III/

15. Ross L.E., Mc Queen K., Vigo S., Dennis C.L. Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive trchnologyes and multiple births: a systematic review. *Hum.Reprod. Update* 2011;17 /1/ 96-106 http //d doi: org/10.1093/

16. Gavin N., Gaynes b. N., Lohi K.N. et al. Prenatal Depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet.Gynecol.*2005; 106; 1o71-1083

17. Lawson A., Murphy K.E., Sloan E. et al. The relationship between sleep and postpartum mental disorders. A systematic review /Review/J. of Affect. Disord. 2015 May 1;176:65-77

18. Silviera M.L., Ertel K.A., Dole N., Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature /Review/. *Arch of Women`s Mental Health* 2015 Jun.;18/3/:409-421

19. Iliadis S.I., Koulouris P., Gingnell M. Et al. Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Arch. of Women`s Mental Health* 2015 Jun;18 /3/:539-546

20. Kerstis B., Berglund A., Engstrom G. et al. Depressive syndromes postpartum among parents are associated with marital separation: a Swedish cohort Study. *Scandinav. J. of Public Health* 2014 Nov.;42/7/:660-668

21. Figueiredo B., Canario C., Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psycholog. Medicine* 2014 Apr.;44/5:927-936

22. Martini J., Petzoldt J., Einsle F. et al. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective – longitudinal study. *Jof Affect. Disord.* 2015 Apr.1;175:385-395

23. Ikeda M., Hayashi M., Kamibeppu K. The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attachment & Human Development* 2014; 16 /6/: 557-572

24. Ohoka H., Koide T., Goto S. et al Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment= *Psychiatry & Clin. Neurosciences* 2014 Aug.;68/8/631-639

25. Milgrom J., Holt Ch. Early intervention to protect the mother infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial. */Electronic Resource/* 2014; 15:385

26. Dirgo M.A., Field T., Jones N.A. et al. With drawn and intrusive maternal interaction style and infant frontal EEG asymmetry shifts in infants of depressed and non-depressed mothers. *Infant Behave. Dev.* 2006; 29: 220-229

27. National Forum on early Childhood Program Evaluation: A Science – Based Framework for Early Childhood Program. Policy Cambridge MA Harvard University 2007

28. Sanger K., Iles J.E. Association between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring *Arch. Of Women`s Mental Health* 2015; 18/2/:147-162

29. Halligan S.L. Murray L. Martins C et al. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescents offspring's a 13 years longitudinal study. *J.Affect.Disord.*2007; ;97:145-154.

30. Hay D.F., Pawlby S., Waters C.et al. Antrpartun and postpartum exposure to maternal depression: effects on different adolescent outcomes. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2008 All *Discipl.*49:1079-1088 doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01959x

31. Murray L., Kempton C., Woolgar M. et al. Depressed mother speech you their infants and its relation to infant goner and cognitive development. *j. Child Psychol. Psychiatry* 2011;34:1088-1101 doi:10.1111. J.1469-7610-

7610.1993

32. Agnafors S. Sydsjo G., Dekeyser L. et al. Symptoms of depression postpartum and 12 years later - association to child mental health at 12 years of age. *Mather Child Health J.* 2013; 17:405-414 doi:10.1007/s 10995-123-0985-z

33. Matijasevich A., Munhoz T.N. Tavares B.F. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale /EPDS/for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*2014;14;284

34. McDonagh M.S., Matthews A., Phillipi C. et al. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period - a systematic review and meta - analysis /Review/ *Obstet.& Gynecol J.* 2014 Sep.124 /3/ 526-534

35. Naysmith C., Wells M., Newson S. et al. Development and outcomes of a therapeutic group for women with postnatal depression *Community Practitioner* 2015 May 88/3/ 35-38

36. Milgrom J., Negri L.M., Gemill A.W. et al. A randomised controlled study of psychological intervention for postpartum depression. *Brit.J. Clin. Psychol.* 2005; 44:529-542

37. leis J., Leis Ph..Barry S. et al. Preventing Postpartum Depression in a Paediatric Primary Care Clinic. A pilot Study. *Clinical Paediatrics* 2015 54 /5/487-490



Garnizov T., Hadzhideleva D. Poslerodovaja depressija / T. Garnizov, D. Hadzhideleva //Vestnik po pedagogike i psihologii Juzhnoj Sibiri. - № 2. - 2015. - S. 93-102.

— ● —

Abstract. Article reviews on the basis of analysis of literary sources. The article discusses issues related to the state of postpartum depression.

Keywords: postpartum depression, obstetrics, medicine.

© Т. Гарнизов, Д. Хаджиделева, 2015.

© Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири, 2015.



Сведения об авторах:

Д-р Теодор **Гарнизов** – Главный ассистент, доктор медицинских наук, врач-гинеколог в послеродовом отделении - начальник второго послеродового сектора в Университетской больнице «Домматери», профессор Медицинского университета Софии, на Кафедре акушерства и гинекологии и на Факультете общественного здравоохранения на Кафедре Здравоохранения.

Д-р Деляна **Хаджиделева** - доктор медицинских наук, преподаватель Медицинского университета – Софии, Факультет общественного здравоохранения, Кафедра здравоохранения.

Подписано в печать 18.12.2015.

© Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири, 2015.

Запрещается перепечатка статей без разрешения редакции.

При использовании материала ссылка на журнал обязательна.

Журнал зарегистрирован в системе электронного нотариата (www.copytrust.ru) 05.11.2012 г.

Регистрационный номер - 07N-4S-SH.