

УДК 616.895.4–085

ПСИХОГЕННЫЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ДЕПРЕССИИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ОПЫТ ТЕРАПИИ)

А. А. Прибытков

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Депрессивные расстройства послеродового периода являются достаточно распространенной психической патологией. Частота депрессий непсихотического уровня у родильниц составляет 10–15% [1, 3, 5, 16]. Актуальность проблемы послеродовых депрессивных расстройств обусловлена их высокой распространенностью, негативными социальными последствиями, влиянием депрессии матери на развитие ребенка [2, 4, 11, 15, 18].

В настоящее время данные о роли различных факторов в генезе послеродовых депрессий непсихотического уровня противоречивы. Важную роль в развитии депрессивных расстройств послеродового периода многие авторы отводят психогенным влияниям [12, 13, 15–18]. Согласно собственным данным [1], послеродовые депрессии представляют собой полиэтиологическую группу, в которой можно выделить психогенные, соматогенные и эндогенные депрессии. Наиболее часто в послеродовом периоде наблюдаются психогенные депрессии (71,1% случаев), которые и будут рассмотрены в настоящей работе.

Цель исследования: изучение клинической картины и вопросов терапии психогенных депрессивных расстройств непсихотического уровня в послеродовом периоде.

Материалы и методы

Проведено обследование 74 родильниц, у которых были выявлены признаки психогенной депрессии. В контрольную группу включены 64 родильницы без депрессивных расстройств.

Ведущим в исследовании являлся клинико-психопатологический метод. Для скринингового выявления депрессивных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). С целью стандартизированной оценки уровня депрессии применялась шкала Монтгомери-Асберг (MADRS). Выраженность тревоги изучалась с помощью шкалы Спилбергера (STAI). Для исследования личностных особенностей женщин использо-

вался Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) в модификации Л.Н.Собчик. В процессе обследования учитывались заключения акушеров-гинекологов, терапевтов, неврологов и других специалистов, результаты лабораторных исследований. Для выявления достоверности различия между основной и контрольной группой использовался критерий соответствия (χ^2). С целью оценки динамики состояния пациентов в процессе проводимой терапии применялся t-критерий Стьюдента для зависимой выборки.

Результаты исследования

Развитию психогенных послеродовых депрессий непсихотического уровня предшествовали психические травмы, в подавляющем большинстве случаев так или иначе связанные с генеративным процессом. В 28,4% наблюдений психической травмой оказалось неблагополучие новорожденных: рождение недоношенного ребенка (52,4%), детей с врожденной патологией (28,6%), с тяжелой родовой травмой (19%). Болезнь новорожденного отражалась в содержании депрессивных переживаний матери. У родильниц имела место выраженная тревога за состояние ребенка. Больные отмечали, что «не могут думать ни о чем, кроме здоровья ребенка», постоянно обращались к персоналу родильного дома с просьбой «сообщить о состоянии» новорожденного, проявляли гиперопеку по отношению к ребенку. Депрессивные переживания развивались после получения родильницей информации о заболевании новорожденного. В динамике отмечалось постепенное обратное развитие депрессивных расстройств у матерей в случае нормализации состояния ребенка.

В 12,2% наблюдений психической травмой, приведшей к развитию депрессивных расстройств, были актуальные семейные конфликты (измена мужа в период беременности супруги, развод, сложные межличностные отношения). Доминирующей темой депрессивных переживаний в дан-

ной подгруппе были конфликтные внутрисемейные отношения, одиночество матери или значительные материальные затруднения в связи с рождением ребенка. Тревожные расстройства носили характер опасений не справиться с предстоящими трудностями, сопровождались чувством собственной беспомощности.

В 10,8% случаев психической травмой служило изначально негативное отношение женщин к беременности и рождению ребенка. В этой подгруппе во всех наблюдениях выявлено значительное нарушение материнско-детских взаимоотношений. Все родильницы в отношении с ребенком проявляли формальность, безразличие, отсутствие эмоциональной вовлеченности. В структуре депрессивных переживаний доминировало негативное отношение женщин к роли матери, психологический конфликт определялся противоречием между необходимостью заботы о ребенке и отрицательным отношением к его рождению.

При рассмотрении психогенных послеродовых депрессий наиболее сложным является вопрос: может ли сам процесс родов выступать в качестве психотравмирующей ситуации, способной привести к развитию психогенной депрессии? В процессе исследования была выделена многочисленная группа родильниц (36 чел., 48,6% среди отнесенных к группе психогенных депрессий), вероятной причиной развития депрессии у которых был страх перед предстоящими родами или сам процесс родов. Родильницы этой группы в качестве причины депрессии называли «страх перед родами, неуверенность в благополучном исходе беременности», отмечали, что «роды оказались большим стрессом». Больные говорили о «пережитых страданиях во время родов», отмечали, что «постоянно возникают воспоминания о родах», которые носят негативную окраску. Депрессивные переживания у больных данной подгруппы оставались психологически понятными, в них звучала «генеративная тема»: опасения за здоровье ребенка и исход послеродового периода. В этой подгруппе родильниц в 91,7% наблюдений выявлены признаки акцентуации личности астенического, истерического и психастенического типов (38,9%, 27,8% и 25% соответственно). В 75% наблюдений имела место патология родов, в 33,3% случаев – оперативное родоразрешение, что достоверно чаще, чем в группе родильниц без аффективной патологии, где данные показатели составили 53,1% ($p < 0,05$) и 12,5% ($p < 0,05$) соответственно. Патологическое течение родов, а также родоразрешение путем кесарева сечения определяют изменение реактивности организма, создавая готовность к возникновению патологических реакций на ситуации, которые лишь условно могут быть отнесены к патогенным (реакция измененной почвы по С.Г.Жислину). При наличии патологически измененной почвы даже относительно неглубокие психогенные вредности приобретают травмирующий характер, обуславливая

возникновение различных по глубине депрессивных состояний. Именно наличием патологически измененной почвы и преморбидными особенностями личности можно объяснить развитие психогенных депрессивных расстройств в случаях воздействия не столь значительного психотравмирующего фактора. На основании вышеизложенного можно утверждать, что родовой акт может выступать в качестве психотравмирующей ситуации и служить причиной развития психогенных депрессий при наличии определенных условий: акцентуаций личности и измененной реактивности организма.

Данные о частоте встречаемости различных вариантов психотравмирующих факторов представлены в таблице.

На основании учета уровня достоверности различия между основной и контрольной группами по критерию χ^2 выделены следующие факторы риска возникновения послеродовых психогенных депрессий (в порядке убывания значимости): психотравма в период беременности, родов и послеродового периода; преморбидные акцентуации личности астенического, истерического и психастенического типов; первые роды; патология беременности; депрессивные эпизоды в анамнезе; сложные внутрисемейные отношения; рождение ребенка вне брака.

Наиболее часто послеродовые психогенные депрессии проявлялись тревожно-депрессивными расстройствами (60,8% наблюдений), реже – истеро-депрессивными (25,7%), кроме того, отмечались астено-депрессивный (8,1%) и меланхолический (5,4%) тип депрессии. Синдромальная структура психогенных послеродовых депрессивных расстройств отражена на рис. 1.

Характер и частота встречаемости психотравмирующих факторов

Психотравмирующий фактор	Количество родильниц	
	чел.	%
Роды как стрессовый фактор	36	48,6
Неблагополучие новорожденных	21	28,4
Сложные внутрисемейные отношения	9	12,2
Негативное отношение матери к рождению ребенка	8	10,8

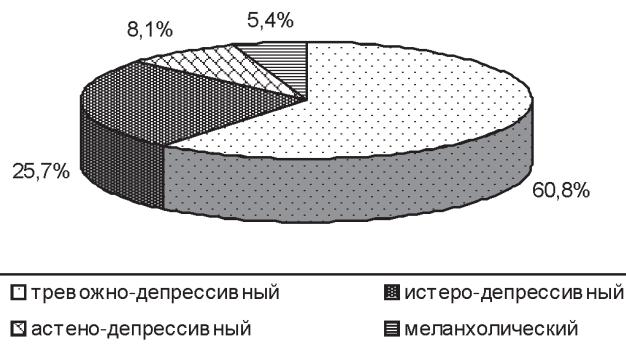


Рис. 1. Синдромальная структура психогенных послеродовых депрессий

При тревожно-депрессивном типе расстройств ведущей в клинической картине была анксиозная симптоматика в сочетании с болезненно сниженным настроением. Структура депрессивных переживаний зависела от характера психотравмирующей ситуации. В большинстве случаев основной темой депрессивных мыслей было наличие болезни ребенка, переживания по поводу исхода послеродового периода, реже доминировала тема внутрисемейных конфликтов, развода с супругом. Тревожные расстройства у родильниц характеризовались чувством неопределенной опасности, ожиданием надвигающихся неприятных событий. В тревожных переживаниях больных отражалась психотравмирующая ситуация, послужившая причиной возникновения аффективных расстройств (страх перед родами, болезнь новорожденного, семейные конфликты и т.д.). Отмечались соматические проявления тревоги в виде тремора рук, лабильности артериального давления, потливости, тахикардии. У родильниц отмечалось непродуктивное повышение двигательной активности, суетливость. Обращала на себя внимание «беспокойная» мимика, тревожное выражение лица, бегающий взгляд, несколько ускоренная речь.

Истерио-депрессивные расстройства выявлены лишь при психогенных послеродовых депрессиях и не наблюдались при соматогенных и эндогенных. Это позволяет сделать вывод об относительной нозологической специфичности данного феноменологического типа расстройств. Сниженное настроение при истерическом типе депрессии сочеталось с демонстративностью в поведении и высказываниях, преувеличением тяжести имеющихся расстройств. Для больных с истерио-депрессивными расстройствами характерной была лабильность аффективных нарушений, колебания глубины депрессии в зависимости от внешних факторов. В структуре депрессивных переживаний доминировала тема собственного здоровья, тогда как беспокойство о ребенке у родильниц данной группы отмечалось в значительно меньшей степени, чем у остальных женщин с послеродовыми депрессиями. Характерными оказались конверсионные включения в виде ощущения «комка в горле», «слабости в ногах» и т.п. У родильниц отмечалась раздражительность, склонность к бурным аффективным реакциям на малозначимые события. Имели место такие проявления как плаксивость, жалобы на «недостаток внимания», «отсутствие помощи в уходе за ребенком», «непонимание тяжести их состояния».

Астено-депрессивный тип характеризовался подавленным настроением, снижением физической активности, а также наличием слабости, повышенной утомляемости, чувства понижения жизненного тонуса. У родильниц наблюдалось снижение толерантности к повседневным нагрузкам, истощаемость. Типичными были когнитивные затруднения, проявлявшиеся в субъективных переживаниях

«трудностей сосредоточения», «периодических ощущениях пустоты в голове», в увеличении времени выполнения психологических тестов. У родильниц отмечались проявления психической гиперестезии. Женщины жаловались, что «звуки кажутся слишком громкими», «свет режет глаза», «раздражает прикосновение одежды», «мешает присутствие соседок по палате». Меланхолический тип послеродовых депрессий характеризовался относительной равномерностью и «чистотой» депрессивной триады. Клиническая картина определялась беспричинным пессимизмом, унынием, подавленностью, явлениями идеаторной и моторной заторможенности.

Опыт терапии

Рассматривая вопрос лечения послеродовых депрессий необходимо отметить, что большинство женщин с указанной патологией осуществляют естественное вскармливание новорожденных. Антидепрессанты способны проникать в грудное молоко и оказывать отрицательное влияние на ребенка, что ограничивает возможности фармакотерапии послеродовых депрессий [6, 7, 9]. С учетом этого обстоятельства, а также, принимая во внимание, что в большинстве случаев депрессивные расстройства послеродового периода протекают на непсихотическом уровне, целесообразно использование психотерапии для лечения психогенных послеродовых депрессий [7, 10, 14].

Эффективность психотерапии была исследована в группе, состоявшей из 27 пациенток с психогенными послеродовыми депрессиями непсихотического уровня. Применялись когнитивно-бихевиоральные и суггестивные методики, по возможности в психотерапевтическую работу включались ближайшие родственники (супруг, родители). Контроль состояния пациенток осуществлялся в ходе 6 визитов: визит 1 – оценка до лечения, визиты 2 и 3 – исследование через 1 и 2 недели соответственно, дальнейшая оценка проводилась каждые 2 недели, последний визит – после 8 недель терапии.

Из 27 больных, включенных в исследование, полностью прошли курс терапии 25 (92,6%). Причиной выбывания двух пациенток послужил отказ от рекомендованной терапии.

Динамика выраженности тревожных и депрессивных расстройств у родильниц с психогенными послеродовыми депрессиями представлена на рис. 2 и 3.

Согласно полученным данным, достоверное ($p < 0,01$) снижение уровня депрессивных расстройств выявлялось ко 2-й неделе (оценка по шкале Монтгомери-Асберг) с последующей положительной динамикой в течение всего курса лечения. Достоверное обратное развитие симптомов тревоги у родильниц (оценка по шкале Спилберге-ра) начиналось на 2-й неделе лечения ($p < 0,05$) и становилось все более выраженным на фоне дальнейшей терапии с непрерывным улучшением показателей вплоть до последней (8-й) недели терапии.

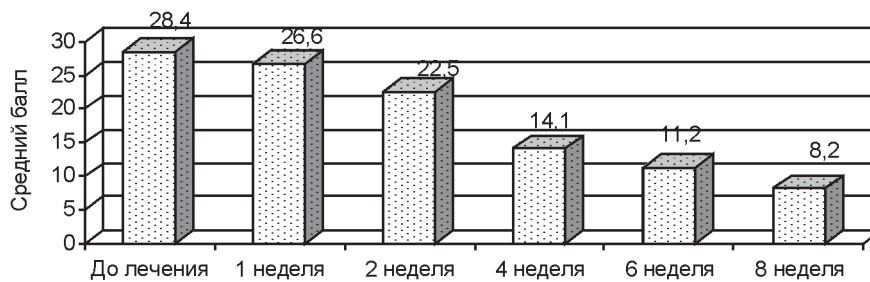


Рис. 2. Динамика выраженности депрессии при оценке по шкале Монтгомери-Асберг

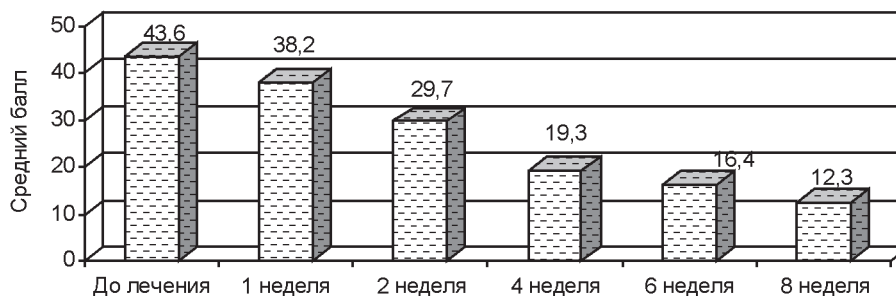


Рис. 3. Динамика выраженности тревоги при оценке по шкале Спилбергера

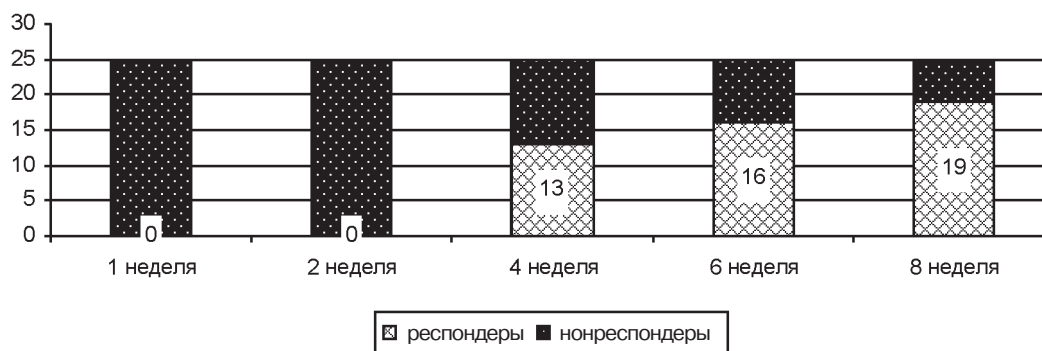


Рис. 4. Соотношение респондеров и нореспондеров в процессе терапии

В данном исследовании к респондерам были отнесены пациенты с редукцией исходного балла по шкалам Монтгомери-Асберг и Гамильтона на 50 и более процентов. К концу исследования значимая редукция аффективных нарушений зарегистрирована у 19 из 25 рожениц (76% наблюдений). Изменение соотношения респондеров и нореспондеров в процессе терапии отражено на рис. 4.

Согласно представленным данным редукция депрессивных и тревожных расстройств, соответствующая снижению исходного балла на 50 и более процентов отмечена на четвертой неделе терапии. В 6 наблюдениях к окончанию исследования имели место аффективные расстройства. Женщинам, у которых сохранялась депрессивная симптоматика, было рекомендовано прекращение грудного вскармливания и терапия антидепрессантами.

Выводы

В генезе психогенных послеродовых депрессий ведущую роль играют психические травмы, связанные с генеративными процессами. Факторами риска являются преморбидные акцентуации личности; первые роды; патология беременности; депрессивные эпизоды в анамнезе; сложные внутрисемейные отношения; рождение ребенка вне брака. Для психогенных депрессий послеродового периода типичен тревожно-депрессивный и истеро-депрессивный синдромальные варианты. Психотерапевтические методики (когнитивно-бихевиоральная и суггестивная психотерапия) при лечении психогенных послеродовых депрессий позволяют достичь существенного улучшения состояния рожениц в 76% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прибытков А.А. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2006. 22с.
2. Скобло Г.В., Баз Л.Л. Дети от матерей с послеродовыми депрессиями: нарушения психического здоровья на первом году жизни // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. М., 1998. С. 82–83.
3. Сорокина Т.Т. Роды и психика. Минск, 2003. 46 с.
4. Almond P. Postnatal depression: a global public health perspective // Perspect. Pub. Health. 2009. Vol. 129, N 5. P. 221–227.
5. Bagedahl-Strindlund M., Borjesson K.M. Postnatal depression: a hidden illness // Acta Psychiatr. Scand. 1998. N 4. P. 272–275.
6. Burt V.K., Suri R., Altshuler L. The use of psychotropic medications during breast-feeding // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158. P. 1001–1009.
7. Dayan J., Yoshida K. Psychological and pharmacological treatments of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2007. Vol. 36, N 6. P. 530–548.
8. Dorheim S.K., Bondevik G.T., Eberhard-Gran M. et al. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study // Sleep. 2009. Vol. 32, N 7. P. 847–855.
9. Field T. Breastfeeding and antidepressants // Infant Behav. Dev. 2008. Vol. 31, N 3. P. 481–487.
10. Freeman M.P., Davis M.F. Supportive psychotherapy for perinatal depression: preliminary data for adherence and response // *Depress. Anxiety*. 2010. Vol. 27, N 1. P. 39–45.
11. Friedman S.H., Resnick P.J. Postpartum depression: an update // *Womens Health*. 2009. Vol. 5, N 3. P. 287–295.
12. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective // *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 1994. Vol. 29. P. 250–264.
13. Leigh B., Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress // *BMC Psychiatry*. 2008. Vol. 16. P. 8–24.
14. Muzik M., Marcus S.M., Flynn H.A. Psychotherapeutic treatment options for perinatal depression: emphasis on maternal-infant dyadic outcomes // *J. Clin. Psychiatry*. 2009. Vol. 70, N 9. P. 1318–1319.
15. O'Hara M.W. Postpartum depression: what we know // *J. Clin. Psychol.* 2009. Vol. 65, N 12. P. 1258–1269.
16. Piacentini D., Leveni D., Primerano G. et al. Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses // *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* 2009. Vol. 18, N 3. P. 214–220.
17. Romito P., Turan J.M., Neilands T. et al. Violence and women's psychological distress after birth: an exploratory study in Italy // *Health Care Women Int.* 2009. Vol. 30, N 1–2. P. 160–180.
18. Rosenblum O., Mazet P., Benony H. Mother and infant involvement states and maternal depression // *Inf. Mental Health J.* 1997. Vol. 18, N 4. P. 350–363.

ПСИХОГЕННЫЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ДЕПРЕССИИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ОПЫТ ТЕРАПИИ)

А. А. Прибытков

Целью исследования являлось изучение клинической картины и вопросов терапии психогенных депрессивных расстройств непсихотического уровня в послеродовом периоде.

Проведено обследование 74 родильниц, у которых были выявлены признаки психогенной депрессии. В процессе исследования использовался клинико-психопатологический метод и клинические шкалы для оценки депрессивных и тревожных расстройств (шкала Монгтмери-Асберг – MADRS, шкала Спилберга – STAI).

Показано, что для психогенных послеродовых депрессий характерны тревожно-депрессивный и истеро-депрессивный синдромальные варианты. Выделены следующие факторы риска послеродовых психогенных депрессий: психотравмы в период беременности, родов

и послеродового периода; преморбидные акцентуации личности астенического, истерического и психастенического типов; первые роды; патология беременности; депрессивные эпизоды в анамнезе; сложные внутрисемейные отношения; рождение ребенка вне брака.

Установлено, что применение психотерапевтических методик лечения (когнитивно-бихевиоральная и суггестивная психотерапия) позволяет достичь положительного эффекта в 76% наблюдений. Достоверная положительная динамика состояния пациенток выявлена к концу второй недели лечения, редукция депрессивной симптоматики отмечена на 4–8 неделях терапии.

Ключевые слова: послеродовые депрессии, психогенные факторы, психотерапия.

PSYCHOGENIC POSTPARTUM NON-PSYCHOTIC DEPRESSION (CLINICAL PICTURE AND TREATMENT EXPERIENCE)

A. A. Pribytkov

The goal of this investigation was studying the clinical characteristics and treatment possibilities for psychogenic non-psychotic depressive disorders in postpartum period. Material: 74 mothers with signs of psychogenic depression. Methods and instruments: the author used clinical-psychopathological method and clinical scales for assessment of depressive and anxious disorders (The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – MADRS and Spielberger's the State-Trait Anxiety Inventory – STAI).

It was found that anxious-depressive and hysterodepressive syndromal variants were common for psychogenic postpartum depression. The author distinguished the following risk factors for development of post-

partum psychogenic depression: psychological trauma during gestation, delivery and postpartum period, premorbid personality accentuations, like asthenic, hysterical and psychasthenic ones; first pregnancy, health problems during pregnancy, history of depressive episodes, relationship problems in the family, child born out of wedlock.

Psychotherapeutic treatment methods (cognitive behavioral and suggestive therapies) happened to produce positive results in 76% of observations. Significant positive changes occurred in women at the end of second week of treatment, and reduction of depressive symptoms took place in weeks 4–8.

Key words: postpartum depression, psychogenic factors, psychotherapy.

Прибытков Алексей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»; e-mail: pribytkov@bk.ru