

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159.9

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ФАКТОРА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Е.Н. Беляева, Л.И. Вассерман, Г.Э. Мазо (Санкт-Петербург)

**Аннотация.** Проведены клинико-психологическое и экспериментально-психологическое исследования с целью оценки уровневых и содержательных характеристик эмоционально-аффективных расстройств у женщин в послеродовом периоде и выявления роли психогенных факторов в их возникновении. Показано, что наряду с биологическими психосоциальные факторы играют важную роль в возникновении и течении депрессивного расстройства в послеродовом периоде. Данное исследование имеет непосредственное значение для психологической коррекции указанного расстройства.

**Ключевые слова:** эмоционально-аффективные расстройства; послеродовая депрессия; психологическая диагностика; психосоциальные факторы; психологическая коррекция; психотерапия.

### Введение

По эпидемиологическим данным депрессивные расстройства настроения встречаются примерно у 10–13% женщин после родов и являются серьезной проблемой не только для специалистов, наблюдающих женщин в этот период, но и для психиатров, психотерапевтов и клинических психологов [19]. В МКБ-10 послеродовое депрессивное расстройство рассматривается в разделе F-53 (психотические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах).

Для послеродовой депрессии характерны переживание подавленности, уныния, «отсутствие радости» в связи с рождением ребенка, чувство слабости, усталости, пессимистическая оценка жизненных перспектив, снижение или даже утрата прежних интересов, а также раздражительность, нарушение сна и ухудшение аппетита, когнитивные затруднения (вторичного генеза) [6, 7, 10]. Депрессивное расстройство может возникнуть как в первые недели после родов, так и в течение последующего за родоразрешением года, сочетаясь нередко с тревожными и астеническими проявлениями в эмоциональной сфере [6, 7, 10].

Хорошо известно, что послеродовая депрессия влияет не только на саму женщину, но и на ее взаимоотношения со значимым окруже-

нием, в первую очередь, с новорожденным и семьей в целом. Младенец страдает, поскольку у матери снижается или вообще отсутствует интерес к общению с ним, отсутствуют адекватные эмоциональные реакции на его поведение. Депрессия матери негативно воздействует на развитие ребенка, особенно на его чувство безопасности, удовлетворение актуальных психофизиологических и психологических потребностей. Поэтому, по данным ряда авторов, в первую очередь происходят нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах ребенка [13, 17].

Во многих научных публикациях имеются убедительные данные о том, что ведущая роль в возникновении депрессии в послеродовой период принадлежит гормональным изменениям, происходящим в организме роженицы [15, 16]. Ряд авторов отводят также важную роль психогенным факторам в инициации послеродовой депрессивной расстройств, подчеркивая взаимосвязи с формами его течения и эффективностью лечения [8, 11, 17, 21]. Очевидно, что патогенез послеродовой депрессии на современном этапе следует рассматривать на основе биопсихосоциального подхода (комплексного влияния биологических, психологических и социальных факторов); это особенно важно для клинических психологов и психотерапевтов. При этом социальные факторы приобретают патогенное значение опосредованно, через личность пациенток с учетом системы их значимых отношений. Так, например, препятствия в реализации личностью своих актуальных социальных потребностей при высокой их значимости и относительно низком уровне компенсаторных возможностей фрустрирует женщин, создает условия для хронического стресса [4, 5].

Семейное окружение играет важную роль в гармонизации эмоционального состояния женщины после рождения ребенка. Участие всех членов семьи особенно важно в формировании адаптационных механизмов к новому уровню жизненного функционирования как матери, так и ребенка, поэтому главной задачей семьи, имеющей новорожденного ребенка, является грамотное распределение обязанностей между ее членами [12, 18].

Как уже отмечалось для женщин, страдающих послеродовой депрессией, характерно наличие высокой тревоги [6, 10]. Исследования, проведенные А.А. Прибытковым (2006), показали, что наиболее распространенным в послеродовом периоде является тревожно-депрессивный тип расстройства, который является основным дезадаптирующим фактором [7].

Важно подчеркнуть, что послеродовая депрессия может возникать как рецидив при склонности женщины к эмоционально-аффективным расстройствам еще до беременности и родов. Так, у 20% из трех тысяч обследованных пациенток, получающих акушерско-гинекологическую помощь, обнаруживались нервно-психические расстройства, из которых распознавались лишь 33% [20]. В результате большинство женщин, нуждающихся в психотерапевтической и психоло-

гической помощи, ее не получают. В нашей стране вопросы распространенности, специфики и клинико-психологической диагностики эмоционально-аффективных расстройств у женщин после родов остаются недостаточно изученными.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровневых и содержательных характеристик депрессивных расстройств настроения у женщин в послеродовом периоде с оценкой возможностей клинико-психологической диагностики личности и особенностей семейного функционирования для осуществления комплексной коррекции данного расстройства с учетом периода грудного вскармливания ребенка и факторов социального окружения.

### Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе послеродового отделения перинатального центра ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», в отделении биологической терапии психически больных и лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Основную группу исследования составили 20 женщин с послеродовой депрессией, в возрасте 21–33 лет ( $M = 28,4$ ). В контрольную группу вошли 20 практически здоровых женщин в возрасте 20–37 лет ( $M = 26,9$ ) после родов без признаков депрессивного расстройства. Дополнительно были обследованы 12 женщин детородного возраста 22–37 лет ( $M = 29,7$ ) с депрессивным расстройством в рамках эндогенной депрессии умеренной выраженности, не связанным с родами. По социальным характеристикам (образование, работа, семейное положение, материальное положение) группы значимо не отличались.

Клинико-психологическая диагностика проводилась с помощью формализованных клинических шкал: Эдинбургская шкала постнатальной депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS)) [14]; Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), адаптация М.Ю. Дробижева [1]. Экспериментально-психологическая диагностика осуществлялась с помощью нескольких методик: «Шкала Цунга для самооценки депрессии», адаптирована Т.Г. Рыбаковой и Т.И. Балашовой [2]; «Шкала самооценки тревоги» Цунга [22]; «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-3)) Д.Х. Олсона с соавт., адаптированная М. Пере [18, 12]; методика «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ), разработанная Л.И. Вассерманом с соавт. [4].

### Результаты исследования

С помощью методики «Эдинбургская шкала постнатальной депрессии» и других специально направленных шкал (HADS, «Шкала

Цунга для самооценки депрессии»), которые применялись в этой работе, было отмечено наличие у женщин депрессивного состояния. В группе здоровых родильниц средняя оценка по EPDS составила  $16,9 \pm 0,97$  балла, в то время как в группе женщин с послеродовым депрессивным расстройством были получены достоверно более высокие оценки –  $24,42 \pm 2,97$  балла ( $p \leq 0,01$ ).

Анализ данных, полученных по методике «Шкала самооценки депрессии Цунга», показывает, что глубина послеродовых депрессивных расстройств настроения в основном соответствует легкому депрессивному эпизоду ( $52,6 \pm 1,54$  балла), в то время как у женщин, страдающих депрессией и не находящихся в послеродовом периоде, данная шкала фиксирует достоверно ( $p \leq 0,01$ ) более тяжелый уровень расстройства ( $61,1 \pm 2,51$  балла). По результатам применения методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) лишь у 10% женщин с послеродовым депрессивным расстройством выявлена депрессия, достигающая клинического уровня. Женщины, страдающие эндогенной депрессией, не связанной с родами, в 3 раза чаще имеют клинический уровень депрессии.

Для женщин с послеродовой депрессией характерна следующая симптоматика: сниженное настроение, повышенная утомляемость, обеспокоенность своим состоянием и способностью получать удовольствие от ранее привычных форм функционирования. Этим женщинам трудно выполнять привычную работу и быть социально активными, они склонны к социальной инертности и проявлениям апатии, однако женщины с послеродовой депрессией продолжают осуществлять необходимый уход за ребенком.

Анализ данных, полученных по методике «Шкала самооценки тревоги Цунга», показал, что 90% женщин с послеродовой депрессией испытывают тревогу, которая достигает среднего уровня. Тревога проявлялась в «переживании неясного чувства опасности», «внутреннего напряжения», «ожидания чего-то неприятного, плохого». Женщины жаловались на «беспричинный страх», «неопределенное волнение», проявляли беспокойство за здоровье ребенка, за свое здоровье (исход послеродового периода). Опасения были связаны с началом кормления грудью, при этом женщины нередко выражали сомнения в возможности справиться с материнскими обязанностями. При клинико-психологическом опросе в тревожных переживаниях женщин с послеродовой депрессией отражалась актуальная психотравмирующая ситуация (болезнь новорожденного, конфликты с мужем, опасения за свое здоровье и т.д.). Вместе с тем двигательная активность матери была повышена, наблюдалась психомоторная расторможенность: суетливость, тремор рук, «беспокойная мимика», ускоренная речь.

Следует отметить, что иногда повышение тревоги наблюдается и у здоровых родильниц, но это состояние женщины полностью сами когни-

тивно контролируют и компенсируют. При оценке у них тревоги по методике «Шкала тревоги Цунга» выявлен нормальный или легкий уровень. При исследовании по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) в среднем оценки находятся в пределах нормы, но у 40% женщин после родов данная шкала фиксирует повышение тревоги. Появлению тревоги у рожениц можно дать объяснение с психосоциальных позиций. Беременность, роды, послеродовой период требуют от женщины мобилизации не только физических сил. В это время напряжение испытывает и эмоциональная сфера. Тревога, возникающая в период так называемого ситуационного стресса, на указанном этапе играет положительную роль, активизируя личностные ресурсы и механизмы стресс-совладающего поведения, направленного сознательно на поиск эффективных стратегий преодоления или избегания фрустрирующих обстоятельств [3, 5].

Ю.Л. Нуллер и И.Н. Михаленко (1988) подчеркивали, что почти у всех больных с депрессией возникают суицидальные мысли [6]. По данным анамнеза и проведенного клинко-психопатологического исследования, суицидальные мысли у женщин с послеродовым депрессивным расстройством наблюдались в 25% случаев. Женщины указывали на эпизодическое возникновение мыслей о «нежелании жить», «причинить себе вред», но при этом относились к этим мыслям с достаточной критикой, суицидальных действий не предпринимали. Отметим, что у женщин, страдающих эндогенной депрессией (группа клинического контроля), суицидальные мысли (по данным историй болезни) появлялись почти в два раза чаще. Наличие новорожденного ребенка, который не в силах о себе позаботиться, ответственность, чувство долга, сохранность базовых ценностей, по-видимому, препятствуют формированию суицидального поведения или реализации суицидальных действий у женщин с послеродовой депрессией.

По результатам клинко-акушерско-гинекологического анамнеза и клинко-психологического исследования было выявлено, что 70% женщин с послеродовой депрессией (также 70% женщин с эндогенной депрессией вне послеродового периода) отмечают наличие у себя предменструального синдрома (ПМС) в анамнезе, в то время как лишь 5% здоровых рожениц испытывают проявления ПМС ( $p \leq 0,01$ ). Послеродовые депрессии встречаются достоверно чаще у женщин при патологическом течении родов (быстрые, стремительные роды, длительный безводный период, слабость родовой деятельности, оперативное родоразрешение) ( $p \leq 0,03$ ). 20% женщин с послеродовой депрессией уже имеют в анамнезе депрессивный эпизод, также 20% женщин, страдающих данным расстройством, испытывали влияние психотравмирующих факторов во время беременности, родов или послеродовом периоде.

Как уже говорилось, особенности семейного функционирования и семейной адаптации у женщин с послеродовой депрессией исследовались с помощью опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности».

Понятие «семейная адаптация» отражает способность семьи приспособиваться к изменяющимся условиям жизнедеятельности. Для женщин с послеродовой депрессией, как и для здоровых родильниц, характерен «хаотичный» тип семейной адаптации. Хаотичность в семьях с новорожденным ребенком вызвана появлением нового члена семьи [18]. Семья с рождением ребенка должна перестроиться на новый вид функционирования, должно произойти естественное «вхождение» нового члена семьи в традиционный уклад семейных отношений. «Хаотичность» в семье с новорожденным ребенком отражает, по-видимому, ситуацию, когда семейная система еще не успела или не смогла, в силу каких-либо обстоятельств, перестроиться и включить своего нового члена в привычный уклад семейного функционирования.

Семьи женщин с послеродовой депрессией характеризуются прежде всего тем, что в них часто нет четко обозначенного лидера. Решения, которые принимаются в семье, подчас импульсивны и подчинены доминирующим на момент решения обстоятельствам, роли членов семьи неясны и часто переходят от одного члена семьи к другому, в семье нет четко закрепленных правил.

«Семейная сплоченность» определяет тип эмоциональной близости членов семьи [18]. Для семей женщин с послеродовой депрессией наиболее характерен «разобщенный» тип семейной сплоченности, в то время, как в семьях здоровых женщин преобладает «связанный» уровень сплоченности. В семьях женщин с послеродовой депрессией каждый член функционирует сам по себе, отношения между членами семьи дистанцированы и отличаются автономностью каждого из них. Члены семей женщин с послеродовой депрессией крайне разделены эмоционально, мало привязаны друг к другу, демонстрируют несогласованное поведение, они часто проводят свободное время отдельно, имеют каждый свои интересы и разных друзей, редко оказывают поддержку друг другу и решают совместно житейские проблемы [18].

При исследовании сфер социального функционирования с помощью методики «Уровень социальной фрустрированности» было обнаружено, что женщины с послеродовой депрессией чаще, чем здоровые родильницы, не удовлетворены взаимоотношениями с родными и близкими ( $p \leq 0,05$ ); взаимоотношениями с друзьями, коллегами ( $p \leq 0,05$ ); своим социальным статусом ( $p \leq 0,05$ ); социально-экономическим положением ( $p \leq 0,05$ ); здоровьем и работоспособностью ( $p \leq 0,01$ ).

При анализе содержательных ответов выявлены факторы, которые склонны оказывать существенное стрессогенное воздействие (в порядке убывания значимости): отсутствие или неудовлетворенность работой, затруднительное материальное положение, неблагоприятные жилищные условия, плохие взаимоотношения с мужем, неудовлетворительный уровень образования, плохие взаимоотношения с родителями.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующее заключение:

1. Факторами риска развития послеродовых депрессий по результатам исследования акушерско-гинекологического и психолого-психиатрического анамнезов являются: наличие предменструального синдрома, патологическое течение родов, психические травмы во время беременности, родов и послеродовом периоде, депрессивные эпизоды в анамнезе.

2. Глубина послеродовых депрессивных расстройств в основном соответствует легкому депрессивному эпизоду и в 90% случаев сочетается с тревогой.

3. Семьи женщин, страдающих послеродовой депрессией, характеризуются эмоциональной разобщенностью между членами семьи, они не склонны оказывать поддержку друг другу и решать совместно житейские проблемы, что крайне негативно отражается на адаптации женщины в послеродовой период.

4. Психосоциальные факторы при высокой их личной значимости способны оказывать потенциально патогенное влияние на возникновение и течение послеродовой депрессии и являться стрессогенными для родильницы. К ним относятся: отсутствие или неудовлетворенность работой, затруднительное материальное положение, неблагоприятные жилищные условия, плохие взаимоотношения с мужем и родителями, неудовлетворенность уровнем образования. Для осуществления психопрофилактики послеродовых депрессий и планирования психокоррекционных мероприятий необходимо учитывать не только клинические особенности проявления депрессии и коморбидных с ним эмоциональных расстройств, но и психосоциальный контекст личностного функционирования пациенток.

Данная информация в реальных условиях консультирования и лечения женщин с послеродовой депрессией может быть получена (в дополнение к материалам клинического обследования) с помощью специализированных шкал и методик, с возможностью проведения клинко-психологических сопровождений, в особенности при оценке эффективности психотерапии и психологической коррекции, так как традиционная антидепрессивная терапия осложняется в связи с грудным вскармливанием ребенка.

### Литература

1. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий в общей медицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2003. № 5. С. 11–18.
2. Балашова Т.Н., Рыбакова Т.Г. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме. Л., 1988. С. 19–22.
3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика. СПб., 2003.

4. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А.* Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: метод. рекоменд. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004.
5. *Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб., 2010.
6. *Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н.* Аффективные психозы. Л., 1988.
7. *Прибытков А.А.* Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2006.
8. *Скобло Г., Баз Л.Л., Дробинская А.* Ей бы радоваться, а она плачет // *Материнство*. 1997. № 4. С. 80–85.
9. *Скобло Г., Баз Л.Л., Дробинская А.* Одна депрессия на двоих // *Материнство*. 1997. № 5. С. 86–88.
10. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общесоматической практике. СПб., 2001.
11. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства. М., 2002.
12. *Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2006.
13. *Beckwith L.* Adaptive and maladaptive parenting: implication for intervention. Cambridge; New York, 1990. P. 53–77.
14. *Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.* // *Brit. J. Psychiatry*. 1987. Vol. 150. P. 782–786.
15. *Harris B.* Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood // *Brit. J. Psychiatry*. 1994. Vol. 164. P. 288–292.
16. *Murphy P.A., Kern S.E., Stanczyk F.Z., Westhoff C.L.* Interaction of St. Jone's Wort with oral contraceptives: effects on the pharmacokinetics of norethindrone and ethinyl estradiol, ovarian activity and breakthrough bleeding // *Contraception*. 2005. Vol. 71. P. 402–408.
17. *O'Hara M.W.* The nature of postpartum depressive disorders. N.Y., 1997. P. 3–34.
18. *Olson D.* FACES-3. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. Family Social Science. Minnesota, 1985.
19. *Pop V.J., Komproe I.H., Son M.J. van.* Characteristics of the Edinburg Post Natal Depression Scale in the Netherlands // *J. Affect Disord*. 1992. Oct. Vol. 26, № 2. P. 105–110.
20. *Spitzer R.L., Willams J.B., Kroenke K. et al.* Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patient: the PRIME-MD Patient Half Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study // *Am. J. Obstet Gynecol*. 2000. Vol. 183, № 3.
21. *Stein A., Gath P.N., Bucher J. et al.* The relationship between postnatal depression and mother-child interaction // *Brit. J. of Psychiatry*. 1991. Vol. 158. P. 46–52.
22. *Zung W.W.K.* How Normal is Anxiety? (Current Concepts). N.Y.: Vpjohn Company, 1980.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS AND ESTIMATION OF THE FACTOR OF FAMILY RELATIONS AT PATIENTS WITH POSTPARTUM DEPRESSION

Belyaeva E.N., Wasserman L.I., Mazo G.E. (Sankt-Petersburg)

**Summary.** Clinical-psychological and experimentally-psychological researches for the purpose of an estimation levels and substantial characteristics of emotionally-affective disorders at woman in the postpartum period and role psychogenic factors in their occurrence. It is shown that along with biological, psychosocial factors play an important role in occurrence and a current of depressive disorders in the postpartum period. The given research has direct value for psychotherapy and psychological correction of the specified disorders.

**Key words:** emotionally-affective disorders; postpartum depression; psychological diagnostics; psychosocial factors; psychological correction; psychotherapy.