

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав.каф. д.м.н.,доц. Макаренко Т.А.



Реферат

«Послеродовая депрессия»

Выполнила ординатор: Бабаева Турана Фаиг кызы

Специальность: акушерства и гинекология

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Красноярск, 2019

Содержание:

1. Введение, определение
2. Этиология, патогенез
3. Клиника
4. Диагностика
5. Лечение

Введение Послеродовая депрессия представляет собой огромную проблему для органов здравоохранения, поскольку показатель ее распространенности, по данным эпидемиологического анкетирования, колеблется от 10 до 15%. Послеродовая депрессия рассматривается как фактор, воздействующий на развитие ребенка в ранний период его жизни и частично определяющий его будущее. В исследованиях, в которых оценивались отдаленные последствия депрессии у матери, выявлены многочисленные расстройства у детей. Кроме того, матерям, страдающим депрессией, кажется, что они не способны справиться со своим ребенком, что нарушает гармонию их взаимодействий. В этой статье делается акцент на важности лечебных вмешательств, нацеленных на диаду «мать, страдающая депрессией, -ребенок» в ранний период его развития, описываются различные терапевтические подходы. В целях профилактики необходимо осуществлять раннее вмешательство, прежде чем произойдет фиксация паттернов взаимодействия. Еще Гиппократ упоминал о симптомах хронических психозов, осложненных перинатальными инфекциями с последующим смертельным для этих женщин исходом после родов. Esquirol в 1838 г., а затем Magse в 1858 г. говорили о пуэрперальных психозах, что и стало содержанием работы «Безумие беременных женщин» (*Lafolie des femmes enceintes*). В 1968 г. Pitt предложил термин «депрессия послеродового периода») и уточнил, что клиническая картина этого заболевания атипична. вводят понятие перинатальной психиатрии. Они считают, что следует отличать пуэрперальные психозы (показатель которых - один на тысячу - не меняется с 1848 г., высказывается гипотеза об их органическом происхождении) от послеродовой депрессии, а также выделять маниакальный и депрессивный синдромы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Начиная с основных симптомов послеродового уныния, описанных Kennerley, O'Нага приводит различные симптомы легкой депрессии, а именно: крайний пессимизм, чувство неудовлетворенности, раздражительность, реакции протеста или зависимость, жалобы на судьбу, чрезмерная поглощенность телесными ощущениями, слезливость и грусть, бесконечные размышления об одном и том же. Каковы последствия депрессии для матери? Наблюдение показывает, что матери, страдающие послеродовой депрессией, подвержены повышенному риску развития депрессивного расстройства. Соматические симптомы послеродовой депрессии ослабевают, зато постепенно развиваются признаки нарушения когнитивных функций. Такая симптоматика стабильна в течение длительного периода, тем не менее, в это время происходят многочисленные изменения. Методы множественного регрессионного анализа позволили определить факторы (демографические, уязвимость, стресс), которые способствуют развитию послеродовой депрессии. К ним относятся депрессия в анамнезе, количество баллов по «Шкале для оценки депрессии Beck» во второй половине беременности, психотравмирующие события и осложнения во время родов. Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что послеродовая депрессия повышает риск возникновения депрессии в будущем, поэтому она может быть маркером общей

подверженности депрессии. О'Нага установил у женщин наличие связи между депрессией, перенесенной в прошлом, депрессией во время беременности, послеродовой хандрой, алкоголизмом, депрессией в настоящее время и депрессией у их матерей. Он показал связь между послеродовой депрессией, количеством депрессивных эпизодов в прошлом и низкими показателями как по «Шкале адаптации диады» (Dyadic Adjustment Scale), так и по «Шкале оценки жизненных событий» (Pilkonis Life Event Scale). Вместе с тем он не выявил у матерей взаимосвязи между гормональными факторами и послеродовой депрессией; кроме того, как это ни странно, у женщин, отец или мать которых умерли, через 9 недель после родов психопатологическая симптоматика была выражена гораздо слабее. По мнению О'Нага, полученные им данные указывают на то, что психопатологическая симптоматика в анамнезе повышает риск развития послеродовой депрессии. Одна из гипотез, подтверждающих эти исследования, основывается на том, что материнство - стрессовое событие, повышающее риск развития депрессии. Таким образом, если послеродовой период сам по себе не является тем событием, которое провоцирует развитие депрессии после родов, то совокупность различных психотравмирующих факторов (как связанных с материнством, так и не связанных) повышает риск возникновения послеродовой депрессии. Вместе с тем между депрессией, возникающей в какой-либо период жизни женщины, и депрессией, совпадающей с периодом материнства, существенного различия нет, как нет и высокого показателя возникновения депрессии после родов. Однако Troutman и Cutrona обнаружили более высокую распространенность послеродовой депрессии у матерей-подростков в возрасте от 14 до 18 лет по сравнению с подростками такого же возраста, но не имеющими детей. Прогностические факторы периода беременности, позволяющие предсказать развитие послеродовой депрессии По мнению О'Нага и его коллег, к прогностическим факторам развития послеродовой депрессии относятся низкий социально-экономический статус, перенесенная в прошлом депрессия или депрессия у кого-либо из членов семьи, алкоголизм, слабая поддержка со стороны семьи и тяжелое течение беременности. Эти факторы являются причиной снижения самооценки. В другой модели прогнозирования развития симптомов послеродовой депрессии выделены четыре фактора, которые влияют непосредственно, а именно: степень тяжести депрессии во время беременности; низкий социально-экономический статус; отрицательные жизненные события; предшествующие эпизоды аффективных расстройств и Borgeat показали, что на четвертом месяце беременности те женщины, которые будут находиться в подавленном состоянии через 711 месяцев, медленнее идентифицируют пять стимулов, имеющих отношение к беременности, сексуальности или родительскому образу. По данным Saucier и его коллег, наиболее значимыми прогностическими факторами невротической послеродовой депрессии являются сложности восприятия воображаемого ребенка (надежный, неуверенный и трудный) на пятом месяце беременности. Итак, эти авторы предлагают многомерную прогностическую модель, включающую демографические характеристики, психиатрические аспекты, психопатологическую симптоматику, биографические данные и экологические факторы. Являются ли роды фактором, провоцирующим развитие депрессии у матери? По мнению Sox и его коллег, рождение ребенка приближает момент возникновения депрессии, а не повышает риск ее развития. Действительно, после родов риск развития непсихотической депрессии не повышается, тогда как психотические эпизоды (депрессивное расстройство, маниакальное состояние, меланхолия, шизофрения) существенно учащаются через один-два месяца, а в пуэрпериальный период возрастает

количество случаев депрессии, требующих госпитализации. На основании положительной корреляции показателей депрессии и тревоги через девять недель после родов степень выраженности симптомов депрессии у матери можно считать показателем психологической адаптации матери к своему ребенку. Существует взаимосвязь между количеством отрицательных событий считая с начала беременности и до девяти недель после родов и возникновением послеродовой депрессии. Вместе с тем не обнаруживается корреляции между количеством отрицательных событий во время рождения ребенка и развитием послеродовой депрессии. Складывается впечатление, что психосоциальные стрессовые факторы повышают риск возникновения послеродовой депрессии не после родов, а во время беременности. С другой стороны, поддержка со стороны семьи может снизить риск развития послеродовой депрессии, при этом основным элементом социальной поддержки матери остается поддержка супругом. Характерные и атипичные признаки послеродовой депрессии в сравнении с проявлениями депрессии у взрослых. Очевидно, депрессия, возникающая после рождения ребенка, атипична, в частности в перинатальном периоде среди матерей отмечается меньшее количество самоубийств. Учитывая то, что в большинстве случаев послеродовую депрессию не выявляют и не лечат, и то, что женщины во время материнства постоянно контактируют со специалистами, послеродовой период дает более благоприятные возможности для выявления и лечения этого заболевания. Послеродовая депрессия мало отличается от невротической депрессии, хотя сверхпредставлены такие симптомы, как усталость и раздражительность. Но важно точно диагностировать послеродовую депрессию; она действительно связана с рождением ребенка и мешает процессу его воспитания. Огромную роль играют социальные, психологические, межличностные и биологические факторы. Меняющиеся отношения между супругами и уязвимая личность - психосоциальные факторы, которые встречаются чаще всего. Акцентируется внимание на связи между обсессивным типом личности и эндогенной депрессией. В «Международной шкале оценки сенситивности» (International Sensitivity Measurement) выделяется пять основных особенностей личности: боязнь отношений; желание постоянно получать одобрение своих действий; страх разлуки; застенчивость; ощущение хрупкости «Я». Если послеродовая депрессия не диагностируется и соответственно не лечится, она может приобрести хроническое течение, при этом у матери резко снижается самооценка. В таком случае ее охватывает стойкое чувство беспомощности и отчаяния. Факторы, предрасполагающие к возникновению депрессии у матери, таковы: возраст старше 40 лет, принадлежность к этническим группам африканского происхождения, отсутствие профессионального образования, недостаточная активность супруга, полное прекращение работы перед родами, раннее прекращение работы в первом или втором триместре беременности, временное прекращение работы после выхода из непродолжительного отпуска по уходу за ребенком. Была установлена достоверная связь между разлукой матери с ребенком сразу же после родов по медицинским показаниям (вследствие несколько сниженного показателя APGAR) и развитием депрессии через три месяца после родов. Кроме того, матери, страдающие депрессией, считают своих детей слишком требовательными. У женщин с низким социально-экономическим статусом материнство, по-видимому, является тем событием, которое часто сопровождается депрессией. Приблизительно у трети матерей с низким уровнем доходов, не испытывающих очевидных трудностей с детьми, и у двух третей имеющих проблемы с детьми, наблюдаются выраженные симптомы депрессии. Семиология послеродовой депрессии Во

время обследования матери чаще всего обнаруживаются следующие симптомы депрессии: тревога; субъективное чувство печали и грусти; отсутствие сил; плаксивость; бессонница; нарушения аппетита. Среди симптомов тревоги, чаще всего сопровождающих депрессию, можно назвать сердцебиение, головную боль, чувство паники, навязчивые действия. Наиболее распространенные симптомы послеродовой депрессии через три месяца после родов таковы: подавленное настроение, чувство одиночества, идеи самоуничтожения, расстройства сна. Периодически повторяется тема угрызений совести, которая выражается в восприятии себя как плохой матери и в чувстве стыда. Кроме того, эти серьезные симптомы депрессии не меняются в период с 6го по 18й месяц, несмотря на то, что показатели соответствующих шкал четко указывают на эффективность лечения или положительные изменения условий жизни. Социально-экономический статус и послеродовая депрессия У женщин с низким социально-экономическим уровнем жизни хроническая депрессия (более одного года) отмечается чаще, чем у женщин среднего класса [И].

Последствия серьезных нарушений семейных функций у предшествующего поколения могут проявиться во втором и даже в третьем поколении в виде послеродовой депрессии. Присутствие близкого человека, по-видимому, оберегает мать от возникновения депрессии, даже 18 если она находится на низком социально-экономическом уровне. Эти положения подчеркивают значение исследований, в которых изучаются особенности взаимодействия родителей, страдающих депрессией, с семейным окружением.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ И РАЗНООБРАЗИЕ СПОСОБОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

После родов 10-15% женщин переживают типичный депрессивный эпизод, но лишь в 3% этот диагноз устанавливается и проводится лечение. С одной стороны, такой низкий показатель диагностики послеродовой депрессии объясняется тем, что в случае атипичной клинической картины общепринятые шкалы, предназначенные для оценки депрессии, утрачивают валидность, а также, возможно, тем, что матери тяжело допустить, что у нее может быть такое заболевание. Наблюдение за 412 беременными начиная со второго триместра беременности и в течение шести месяцев после родов позволило сравнить симптомы депрессии, выявленные с помощью шкалы Hamilton (3% женщин в депрессивном состоянии), и симптомы, обнаруженные в результате заполнения женщинами анкет (от 8 до 13% женщин в депрессивном состоянии). Установлено, что симптомы депрессии, достаточно выраженные для достижения дискриминантного порога анкет, могут быть упущены, если ограничиваться более строгими диагностическими критериями, которые используются при посещении клиники. По-видимому, важно определить значение этой симптоматики с клинической точки зрения. И если отмечается повышенная чувствительность анкеты, то она не должна затмевать все реально существующие, пусть и слабо выраженные, симптомы расстройства настроения. Речь идет либо о симптомах послеродовой депрессии, либо о значимой совокупности симптомов, которая может приобретать диагностическую ценность, превышающую простое накопление признаков. Ни один из пунктов шкал, предназначенных для оценки депрессии, не может быть отброшен как недостаточно существенный, поскольку отчасти именно они характеризуют клинику послеродовой депрессии на основании описания патологической тоски, выраженность которой ни по одному из этих пунктов определить невозможно. Категории «расстройство настроения у женщины» и «первые месяцы послеродового периода» вовсе не однородны. Шкала депрессии Hamilton также указывает на весьма причудливые траектории. Независимо от используемых инструментов количество случаев

заболевания, выявленных во время двух обследований (во время беременности и через шесть месяцев после родов), всегда превышало количество случаев продолжающейся депрессии. Возникает вопрос о связи, объединяющей различные проявления послеродовой депрессии, которые отныне можно рассматривать как различные грани одного и того же синдрома. Таким образом, индивидуальные различия можно разделить на подтипы в зависимости от того, как они отражают общую динамику этих расстройств, для того чтобы можно было увереннее выявлять объединяющие признаки. Например, большинство расхождений между показателями, полученными по шкале Beck, предназначенной для исследования когнитивных функций при депрессии, и по шкале исследования аффективной сферы (Edinburgh, EPDS), обусловлены оценкой различных симптомокомплексов. Поэтому огромное значение имеет метод многократных и последовательных оценок. Кстати, с помощью анкеты у матерей выявляются случаи заболевания, которые остаются незамеченными при использовании общепринятых диагностических критериев депрессии. Вместе с тем по результатам заполнения анкет, составленных для выявления депрессии, нельзя дифференцировать различные формы аффективных расстройств. Учитывая это, Weinberg и Tronick предложили впредь при проведении исследований использовать и анкеты, и диагностические шкалы, что позволит облегчить определение выборок и достичь большей согласованности различных оценок. Для того чтобы оценить качество взаимодействий, более важно учитывать субъективное чувство тревоги, а не только диагноз послеродовой депрессии. Поэтому пункты анкеты, составленной для выявления послеродовой депрессии, отражающие различный уровень тревоги субъективно испытываемой матерью, отражают основной фактор, влияющий на чувства двух партнеров в течение первых шести месяцев жизни ребенка. По данным Sohn, мать, которой по показателям RDC поставили диагноз депрессии, но при этом уровень субъективной тоски у нее невысок, по качеству взаимодействия немногим отличается от матери из контрольной группы. Результаты последующих исследований позволят не только отграничить перенесенные в прошлом эпизоды от текущей депрессии и хронических форм заболевания, но и более точно определить относительную роль признаков послеродовой депрессии, связанных с качеством эмоционального поведения в процессе ее взаимодействий. Стойкость эмоциональных расстройств у матери после рождения ребенка Nott показал, что наиболее значимой является частота возникновения новых «случаев» ухудшения настроения у матери в период между третьим и девятым месяцами после рождения ребенка. Через три месяца после его рождения чаще всего регистрируются следующие симптомы: раздражительность, подавленное настроение и тревога. По данным этого автора, симптоматика через 3, 9 и 15 месяцев аналогична. Полученные результаты подтверждают то, что «послеродовая депрессия», вероятно, наиболее соответствующий термин для обозначения этих расстройств. Вереница симптомов депрессии сопровождается мрачным видением будущего и неспособностью осуществлять повседневную деятельность. По данным Nott, через три месяца после рождения ребенка показатель распространенности расстройств у матерей составляет 18,5%, из них 13% - «новые случаи». Эти результаты аналогичны данным, полученным Кшпаг и Robson. Можно также выдвинуть гипотезу о «физиологическом переломе» во взаимодействиях в течение второго и третьего месяцев, в тот период, когда мать испытывает чувство подавленности и уныния (усталость, связанная с недостаточным сном) и желает вновь жить своими привычными интересами. К девятому месяцу количество женщин с подавленным настроением больше по сравнению с третьим, и такое

положение сохраняется до 15 месяцев. Наиболее высокая частота появления «новых случаев» приходится на девятый месяц (18%), к 15му этот показатель снижается до 9,5%. Согласно данным Nott, половина матерей с симптомами депрессии через три месяца после родов не избавились от них и через год, а устойчивость этих расстройств вызвана неблагоприятными социальными и семейными обстоятельствами. В своем исследовании Pitt выявил такое же соотношение расстройств год спустя. Manzano и Righetti констатировали, что 25% женщин, у которых появились симптомы депрессии через три месяца, не вышли из нее и через 18 месяцев. Кшпаг и Robson отмечают, что через четыре года после начала послеродовой депрессии, диагностированной через три месяца, шесть матерей из 14 наблюдались по поводу подавленного настроения, длившегося с начала послеродового периода. Эти наблюдения наводят на мысль о том, что следующий после родов год - время особой уязвимости матерей. Оказывается также, что день возникновения расстройства не совпадает с днем родов. Итак, причины развития послеродовой депрессии, повидимому, более тесно связаны с психосоциальными факторами, а не с исключительно физиологическими эндокринными изменениями.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ описывает депрессивный момент роженицы как своеобразную паузу при смене статуса, однако в это время требуется поддержка окружающих. В процессе родов мать приобретает и теряет воображаемого ребенка. Женщина уступает тело закону физиологии, а материнская амбивалентность, как считает Fonu, не может проявиться из-за стовора женщин в медицинской среде. Внезапное появление тела ребенка происходит параллельно с его вторжением в душевную жизнь матери, пробуждая первичные признаки материнской заботы, для которой необходима поддержка. Несмотря на то, что все упорно отрицают депрессию у матери, заболевание неожиданно возникает. В наше время слишком переоценивают воображаемого ребенка, а огромное значение, которое придают безупречному течению беременности, не допускает предвосхищения реакции горя, которая должна возникнуть во время родов. Двойственность психического аспекта беременности можно было бы определить так: желание беременности, которая отражает представление о женщине. Иногда женщины могут переживать момент рождения ребенка как утрату ощущения наполненности, а это может способствовать возникновению депрессии; желание ребенка, который существует как самостоятельный объект, а не на стороне «Я». Беременность актуализирует происходившие в прошлом конфликты (отсюда чувство амбивалентности), что вызывает тревогу и чувство вины. В конце беременности, во время родов будущая мать становится пассивной, теряет контроль над ситуацией, одновременно возникает чувство тревожащей необычности, и некоторые женщины переносят его плохо. Это состояние обостренной чувствительности, названное Winnicott «первичной материнской озабоченностью», - бессознательный регрессивный механизм, который побуждает мать отыскивать в своем ребенке то, чем когда-то была она сама и чем была для нее собственная мать. Рождение ребенка заставляет женщину отождествить себя со своими родителями, выяснить, как они выполняли свои родительские функции. В период материнства происходит реактивация конфликтов и травм, недостаточно проработанных в детстве и отрочестве. Если имеется слишком выраженное переживание покинутости, возникает склонность к психологической защите в виде отрицания свойственной этому переживанию грусти и ярости, которую оно провоцирует. По мнению Cramer, при вытеснении этих отрицаемых агрессивных влечений подсознательные значимые образы (имаго) превращаются в идеальные родительские образы. При

неспособности навсегда распрощаться с подсознательными значимыми детскими образами между идеальными родительскими образами и «Я» молодого родителя возникает конфликт, по своей природе напоминающий меланхолию. Следовательно, послеродовая депрессия выражает нарушение отношения к ребенку. Ребенок загадочен, он - творец новых значений, а формирующийся стиль взаимодействий подчиняется представлениям матери. Поэтому ребенок - основная тема послеродовой депрессии. Депрессивность может объясняться тем, что нарциссическое отношение к себе постоянно нарушается столь настоятельно выражаемыми ребенком потребностями, на которые она не может не реагировать. По мнению Casamier, послеродовая депрессия - это мощная реактивация орального конфликта, вновь переживаемого женщиной в отождествлении себя с собственной матерью и со своим ребенком. Активное отождествление с хорошим материнским образом невозможно или рискованно. По мнению Decant, если в психике матери нарушается система защиты от возбуждения с последующим воображаемым внезапным прекращением всех жизненных функций вплоть до фантазма о надоедливом и всемогущем ребенке, то у нее возникает отчуждение и исчезает желание иметь ребенка; при этом мать стремится передать другому свои роль и статус. Преобразование действий в навязчивости, попытка контролировать взаимодействия могут породить эмоциональный вакуум. Так, согласно этому автору, «недостаток разнообразных проявлений материнских чувств превращает эrogenное тело ребенка в функциональное, а предмет желаний сводит к обязанности». Материнство - переходный, кризисный период, в котором вновь вступает в игру непостоянство, изменчивость идентификации женщины и матери, при этом с полной силой возникают архаические и догенитальные подсознательные значимые образы матери. По мнению Sramer, в тот момент, когда роды подходят к концу, образуются два полюса: с одной стороны, преследование матери своим ребенком, с другой - принуждение, обусловленное новой ролью. По мнению этого автора, в зависимости от типа глубинного конфликта у матери возникают соответствующие психопатологические симптомы: если женщина была воспитана слишком строгой матерью, у нее разовьются нарушения в привязанности к ребенку; у женщины с пограничной личностью проявляются дискордантные, противоречивые, разорванные идентификации; мать с невротическим типом личности чаще всего отождествляет себя со страдающей матерью, ребенок при этом воспринимается тираном. По мнению Sramer, мать помазохистски может отождествлять себя со своей страдавшей матерью. Как считает Aulagnier, в таком случае мы наблюдаем «пришпиливание ребенку идентичности» палача. Таким образом, можно считать, что «терроризм» со стороны ребенка в отношении матери соразмерен с нарциссическим «раздуванием», навязываемым ей ее матерью. Такая «нарциссическая кичливость» влечет за собой состояние «душевного опорожнения», истощения, несостоятельности, параллельно с чрезмерными альтруистическими проявлениями, идеями величия, проецируемыми на ребенка и предопределяющими ненависть к нему при переходе в депрессивное состояние. и PalacioEspasa указывают на различные аспекты конфликтов, лежащих в основе психопатологии материнской депрессии: Нарциссическая родительская конфликтность: в данном случае отсутствует полиморфизм идентификации, поэтому мать не может проявить гибкость и отождествляет себя с образами родителей, отвергающих своих преследователей, или с идеализированными родителями. Конфликт между слишком высоким идеалом матери и «Я», идентифицируемым с подсознательными значимыми образами жестокой, отрекающейся, отвергающей матери. Конфликт при невротическом типе функционирования, когда мать прибегает к множеству материнских

образов, с которыми она пытается отождествить себя, чтобы устранить конфликт, вызывающий депрессию. Проективная идентификация матерей с подсознательными значимыми образами агрессивного и излишне требовательного ребенка.

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

послеродовая депрессия клиника терапия

Невротическая депрессия

Эта форма депрессии возникает в основном у женщин с невротическими расстройствами. В таких случаях депрессивные симптомы проявляются в виде обострения расстройств, наблюдавшихся во время беременности: постоянная дисфория, соматические жалобы, чувство уныния, повторяющиеся приступы плача, поглощенность навязчивыми опасениями, в конце дня достигающими крайней степени. К характерным признакам депрессии относятся усталость, чувство собственной несостоятельности, резко сниженная самооценка, нарушение сна, состояния эмоциональной зависимости в сочетании с тираническими притязаниями. Случаи травматического невроза после тяжелых родов Bydlowski и Papiernik описали женщин, которые в прошлом пережили тяжелые роды с угрозой смерти и рождения мертвого или неполноценного ребенка. По мере приближения следующих родов у них может наблюдаться тревожная депрессия с повторяющимися кошмарами и навязчивым страхом уснуть, причина этого - актуализация пережитого в ходе предшествующих родов. Большое депрессивное расстройство в послеродовом периоде Это расстройство диагностируется у 40% женщин, госпитализированных в психиатрический стационар в первые месяцы после родов. Меланхолия с бредовыми включениями Клиническая картина этого расстройства представлена заторможенностью, чувством виновности, ощущением собственной несостоятельности и идеями самоуничтожения, при этом нарушается ориентировка, пациентка не узнает близких ей людей. Мрачные, наводящие ужас галлюцинации отражаются в бредовых идеях, обращенных к ребенку. В 25-30% случаев меланхолия является первым эпизодом изменения настроения при маниакально-депрессивном психозе. Нужно сопоставлять эти эпизоды маниакального состояния с ажитацией и галлюцинациями, которые нередко постепенно переходят в депрессивную фазу. Начиная с развития пuerперального психоза бредовая убежденность в высоком происхождении у женщин направлена на родственников по нисходящей линии, т.е. на потомков, тогда как у мужчин при паранойальном бреде она направлена на родственников по восходящей линии. Согласно данным Guoyotat, развитие пuerперального психоза сопровождается симптомом демонического двойника. Отмечается регрессивное функционирование репрезентации со спутанностью сознания. По мнению автора, именно это и есть матричный момент филиации. Это место нарциссической филиации, является воображаемой репрезентацией связей филиации воспроизведением себя. Именно это место создает родство тела с телом, устанавливает связь содержащего и содержимого.

Депрессия с невротическим компонентом

Основные симптомы этого расстройства: соматические жалобы, иногда ипохондрического характера, выраженная астения, чувство бессилия, упорная бессонница, потеря массы тела, иногда навязчивый страх совершить какое-либо действие во вред ребенку. Согласно Durand, 25% случаев биполярных или униполярных аффективных расстройств возникают после родов, нередко после первых. Затяжное течение послеродовой депрессии Этот тип течения депрессии у матерей наблюдается чаще всего. Нередко депрессия с таким течением не диагностируется, хотя ею страдает от 10 до 20% рожениц. Нередко депрессия скрывается под маской трудностей воспитания ребенка и развивается исподволь, начиная с послеродового уныния, которое продолжается и по возвращении домой. Симптомы проявляются в виде жалоб на

усталость и чувство изнеможения, которые относят на счет родов. Мать раздражительна, плаксива, с трудом переносит слезы ребенка, упрекает себя в том, что плохо заботится о нем, ничто не доставляет ей удовольствия. Она корит себя за раздражительность, за отсутствие интересов, часто не осмеливаясь об этом говорить. Нам встречалось два типа личностей, которые могут быть подвержены затяжному течению депрессии: невротические личности со склонностью к истерическим реакциям или обсессивно-фобические личности с навязчивым страхом совершить какое-либо действие во вред ребенку; женщины, которые в раннем детстве были полностью или частично лишены нежной привязанности и, будучи ребенком, не чувствовали себя в достаточной безопасности, позволяющей интегрировать противоречивые влечения, особенно агрессивные и садистские. Эти женщины живут с чувством незащищенности и недооценивают себя. Они подвержены пограничным и мозаичным расстройствам личности на фоне эмоциональной незрелости, отсутствия хорошего внутреннего объекта, нарциссической уязвимости, сопровождающейся чувством собственной никчемности, что предрасполагает их к депрессии. В результате регрессии, вызванной материнством, происходит конфронтация с образом недовольной и преследующей матери, который они тщетно пытаются исправить и который не позволяет им стать «достаточно хорошей матерью». Очень немногие из этих женщин обращаются за консультацией, потому что не осознают своего депрессивного состояния. Rafael Leff описал два типа женщин во время материнства: «Облегчительница», которая становится депрессивной, когда чувствует себя неспособной заботиться о ребенке в соответствии со своим представлением об идеализированном, совершенном образе матери. Она воображает себя целиком преданной совершенному ребенку, разлука с ним снижает настроение; «Регулировщица», которая надеется на то, что ребенок адаптируется к повседневной жизни; она становится депрессивной, когда чувствует, что не способна поддерживать определенность своего положения как индивидуума. Она чувствует, что ее доматеринская идентичность ускользает от нее. Захваченная врасплох своей новой ролью, женщина тонет в каждой мелочи. Прекращение деятельности угнетает ее, а то, что она должна все время быть дома, огорчает. Она считает, что обязана справляться с нормальным ребенком. По мнению этого автора, страдающая депрессией женщина, которая не способна наладить живую двустороннюю связь с достаточно интернализированными первичными материнскими образами, проявляет своим депрессивным состоянием подавляемый гнев. Чувствуя себя покинутой и неспособной выразить гнев по отношению к идеализированной мертвой матери, она не может научить и ребенка проявлять гнев по отношению к ней, будучи недоступной для удовлетворения его потребностей. Женщина обвиняет себя в том, что она плохая мать, избегая при этом выражать гнев по отношению к ребенку. Чтобы оценить роль родителей, особенно важно внимательно отнестись к проявлениям послеродовой депрессии. Golse описывает различные типы депрессии у матери: мыслительная депрессия, с которой справиться легче всего; депрессия, которая проявляется в виде фобий (навязчивый страх прикосновения, страх совершить какое-либо действие во вред ребенку); депрессия, которая проявляется в склонности к операторной защите и влечет за собой навязчивые установки. Эти различные патологические состояния свидетельствуют о сложностях роли родителей и препятствуют установлению материнской системы защиты от возбуждения, а также не позволяют ребенку интериоризировать правильную содержательную функцию. Manzano и Righetti подчеркивают повторяющийся моральный мотив в речи матери, страдающей депрессией:

«Я плохая мать, мне стыдно, и я не прошу помощи». ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ ДЛЯ МАЛЕНЬКОГО РЕБЕНКА. Послеродовая депрессия является потенциальным фактором риска для последующего развития ребенка и в такой плоскости становится предметом исследований расстройств у ребенка. Послеродовая депрессия, особенно в нашей культуре, характеризуется угасанием внешних проявлений и имеет тенденцию к хроническому течению. Ее не признают ни мать, ни ее окружение, поскольку по определению рождение ребенка должно быть счастливым событием. Вместе с тем примерно 20% женщин даже спустя год после рождения ребенка все еще находятся в депрессивном состоянии. Во многих исследованиях выявлена корреляция между послеродовой депрессией и особенностями развития ребенка. По свидетельству клиницистов, дети, вскармливаемые грудным молоком депрессивных матерей, грустные, вялые или, наоборот, чрезмерно возбудимые. При этом нарушается взаимодействие, и мать недостаточно толерантно или вообще не переносит спонтанные движения ребенка. Показано, что 40% детей родителей с аффективными расстройствами, связанными с рождением, в тот или иной период взрослой жизни обращаются за психиатрической помощью. Еще не достигнув одного года, ребенок матери, страдающей депрессией, меньше проявляет положительные, яркие эмоции. Он слишком погружен в себя, отмечается недостаточность внимания, низкий уровень активности. По мнению Keller и его коллег, у 24% детей первого года жизни, родившихся от матерей, находящихся в депрессивном состоянии, наблюдаются заметные расстройства. Разнообразие этих показателей, по-видимому, можно объяснить различиями в используемых критериях оценки нарушений взаимодействия и возрастом ребенка, в котором они были замечены. Как бы там ни было, но показатели достаточно высоки, чтобы понимать, что речь идет о серьезной угрозе здоровью: ребенок матери, длительное время находившейся в депрессивном состоянии, во время рождения попадает в ситуацию риска и в дальнейшем у него может развиться психическое расстройство. Взаимодействия между матерью, страдающей депрессией, и ребенком Sohn и Tronick описали четыре модели взаимодействия заболевших депрессией матерей со своим ребенком: грустные, медлительные, молчаливые и погруженные в себя матери, которые слабо проявляют свои чувства; матери холерического типа с чувством внутреннего напряжения, подергиваниями различных мышц лица; матери бесцеремонные и грубые в общении с малышом; матери, для которых характерно сочетание указанных выше проявлений. В последние годы интерактивная диада «мать в депрессивном состоянии-ребенок» была изучена с помощью видеоаппаратуры, которая позволяет систематизировать исследуемые ситуации. Специфика этих взаимодействий заключается в их бедности и отсутствии непрерывности в пределах одной и той же последовательности. Из этих исследований вытекает, что депрессия у матери передается новорожденному во время первоначального интерактивного обмена. Изучение взаимодействия между матерью и двухмесячным ребенком позволило установить (на примере 24 пар) этиологическую связь между депрессией у матери и ранней дисгармонией взаимодействия, которая у новорожденного проявляется в виде негативизма. Уже предпринимались попытки лечения, в основном применялись различные лекарственные препараты, психотерапия, группы послеродовой поддержки. Мы хотели бы подчеркнуть очень важный момент: депрессивное состояние распознается плохо, в любом случае, молодая мать, занятая уходом за ребенком, редко заявляет о нем; из этого следует, что часто оно проходит незамеченным, поскольку по этому поводу за консультацией не обращаются. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАДЫ

«МАТЬ В ДЕПРЕССИВНОМ СОСТОЯНИИ-РЕБЕНОК» По мнению Murray, материнская депрессия оказывает большее влияние на развитие ребенка в первые месяцы его жизни, чем в любом другом возрасте. Исходя из этого можно считать, что существует инициальный период восприимчивости, когда ребенок чувствителен к нарушению различных типов регуляторного поведения, связанному с депрессией у матери. Поэтому нам было интересно применить раннее вмешательство, чтобы повлиять на взаимодействие в диаде начиная с первых месяцев жизни ребенка. На основании опыта, полученного в Великобритании, Cox выделил три группы матерей, страдающих депрессией: первые нуждались только в поддержке и психологическом консультировании, предполагающем выслушивание того, о чем они хотят рассказать; эту помощь можно оказывать на дому. Наше вмешательство было направлено преимущественно на эту группу женщин, вторые нуждались в большем участии врача и назначении антидепрессантов в необходимой дозе и в течение достаточно продолжительного времени, учитывая то, что послеродовая депрессия плохо поддается лечению антидепрессантами, в третью группу входят женщины с наиболее тяжелыми формами депрессии, нуждающиеся в специализированной психиатрической помощи. Методы лечения Cooper и Murray показали, что после проведенного лечения (психологическое консультирование и когнитивно-поведенческая терапия) у 77% матерей, страдающих депрессией, через пять месяцев после родов психопатологическая симптоматика заметно редуцировалась, а 40% женщин выздоровели спонтанно. Изучил три группы матерей, страдающих депрессией и имеющих детей в возрасте от 8 до 18 недель. Одна группа (контрольная) матерей, страдающих депрессией, лечение не получала. В каждой группе соответственно применялись следующие методы терапии: недирективное психологическое консультирование; когнитивно-поведенческая терапия, направленная на отношения с ребенком; краткосрочная динамическая психотерапия. Из всех методов лечения женщины предпочли когнитивную терапию. В результате лечебного вмешательства ремиссия наступала в среднем через 4,5 месяца после рождения ребенка, тогда как такой же результат в контрольной группе (матери, страдавшие депрессией, но не получавшие лечения) был отмечен только через 18 месяцев. Однако и по истечении 18 месяцев лечебные вмешательства не оказали особого влияния ни на качество взаимодействия матери и ребенка, ни на развитие когнитивных функций и особенности привязанности ребенка. O'Нага рекомендует отдавать предпочтение интерперсональной, а не когнитивной терапии, поскольку он придает исключительно важное значение контексту межличностных отношений. Вероятно, последние - основная надежда при депрессии у матери, имеющей ребенка. Курс интерперсональной терапии состоит из 1220 сеансов, в основном они ориентированы на исполнение родительской роли и на решение супружеских конфликтов. По данным O'Нага, этот метод психотерапии приводит к редуцированию симптомов депрессии у матерей. Обзор исследований, нацеленный на анализ эффективности различных профилактических мер, принимаемых среди маленьких детей, показывает, что раннее вмешательство в функционирование семьи результативно, а если в ходе вмешательства в течение трех месяцев происходит по меньшей мере 11 встреч, то можно получить более длительный и стойкий эффект. Ниже мы рассмотрим вспомогательные методы психотерапии, описанные Cramer и Palacio Espasa в их работе, которые они применяли в стационаре во время медикопсихологических консультаций. Лекарственная терапия послеродовой депрессии На конгрессе, организованном Magis Society, проходившем в Кембридже в 1994 году, впервые шла речь о химиотерапевтических методах лечения послеродовой депрессии.

Wisner и Wheeler наглядно показали значение профилактического лечения антидепрессантами с целью избежать рецидивов послеродовой депрессии. Gregoire продемонстрировал влияние приема эстрадиола в течение 12 дней каждый месяц (на 4, 5 и 6й месяцы) на редуцирование симптомов послеродовой депрессии, и его коллеги подтвердили целесообразность лечения апоморфином, который назначается в дозе 0,005 мг/кг через четыре дня после родов. В результате такого лечения увеличивается концентрация рецепторов дофамина и наступает улучшение у матерей, страдающих депрессией в рамках биполярного расстройства, и у матерей с непсихотической депрессией, у которых в анамнезе было униполярное аффективное расстройство. Эстрогены также повышают чувствительность дофаминергических постсинаптических образований и предупреждают рецидивы депрессии. По мнению Cohen, послеродовой период - время повышенного риска возникновения и усиления симптомов как депрессии, так и тревоги, достигающих степени панических приступов. Cohen считает, что во время беременности следует назначать только вальпроат натрия. Другие методы лечения послеродовой депрессии Pickens и Field предложили лечебное вмешательство для улучшения качества взаимодействий между матерью, страдающей депрессией, и пятимесячным ребенком. Действительно, по их описанию, такие матери не могут выполнять свои обязанности, они вялые, с трудом оживляются, слабо реагируют на своих детей. По мнению этих авторов, при послеродовой депрессии, которая и так сопровождается снижением активности, обучение матерей подражанию с целью снижения возбудимости менее эффективно, чем обучение проявлять внимание и заботу. Авторы утверждают, что наиболее эффективным методом, позволяющим добиться положительных изменений во взаимодействии диады «мать в депрессивном состоянии ребенок», а также вызвать чувство интереса и радости у ребенка, является обучение вниманию к ребенку и заботе о нем, а не сеансы подражания ребенку матерью. Посещения на дому в течение первого года жизни ребенка описаны многими авторами. Исследования Heinicke и его коллег показывают, что в среднем после 12 посещений на дому в 75% случаев достигаются положительные изменения внутрисемейных отношений. Матери, страдающие депрессией, нередко ощущают собственную несостоятельность или непригодность к выполнению материнских обязанностей, иногда это усугубляется заключениями, беспелляционно высказываемыми специалистами. Нейтральная информация, сообщаемая с использованием эмпатии и не выходящая за рамки недирективного психологического консультирования, может упростить этим женщинам доступ к информационным сетям, группам поддержки или к психотерапии, а также облегчить дальнейший уход за ребенком. Процессы и изменения при различных методах психотерапии диады «мать-ребенок» Robert Tisot и Cramer оценили результаты краткосрочной психотерапии при послеродовой депрессии у матерей, имеющих детей в возрасте от 7 до 18 месяцев, изучив модификации функциональных и поведенческих признаков у ребенка, модификации во взаимодействиях матери и ребенка, а также изменения материнских представлений (репрезентаций). Они установили связь между особенностями развития депрессии у матери, качеством ее самооценки и ощущением своей полезности. Эти авторы констатировали, что предпринятое лечение при функциональных расстройствах у ребенка эффективнее, чем при поведенческих нарушениях, связанных с более поздним возрастом, при этом наиболее показательно улучшение при расстройствах сна. Выраженность депрессии после применения краткосрочной терапии возвратилась к «исходному состоянию» участников контрольной

группы, но более важным моментом были расстройства у детей, вызванные разлукой с матерью, получающей лечение. Материнская чувствительность, измеренная по шкале Ainsworth, после лечения (в ходе игры с объектом или без него) повысилась. В соответствии с «Индексом заботы» (Care Index), предложенным Crittenden, у матерей ослаблен контроль, они более пассивны, в то время как показатель их материнской чувствительности после лечения остается стабильным, при этом дети становятся более общительными, менее вялыми и менее капризными. Robert Tissoit и Cramer отмечают, что через шесть месяцев после окончания лечения сохраняется симптоматическое улучшение, но в то же время увеличивается количество случаев обращения за медицинской помощью для детей. Самооценка матери и чувство своей результативности поддерживаются на более высоком уровне. Таким образом, краткосрочная психотерапия, которая проводится с женщинами, страдающими депрессией и имеющими детей, усиливает чувство компетентности у матери и разрушает связь между депрессией и трудностями ухода за ребенком. Но с ее помощью нельзя решить проблемы, обусловившие развитие депрессии. По данным этих авторов, в процессе лечения депрессии дети наблюдают у матерей менее выраженные соматические симптомы, но не меняют стиль отношений с нею, а окружающие считают изменения во взаимодействиях несущественными. Вместе с тем очень важно учитывать, что именно может сказать мать об изменении отношения к ребенку. Эта материнская оценка действительно более всего подвержена изменениям и свидетельствует об эволюции материнских представлений во время взаимодействий с ребенком в течение всего курса лечения.

ВЫВОДЫ Как отметили Lussier и его коллеги, в послеродовом периоде, по мнению матери ребенка, ее муж - не женщина, ее мать - недостаточно большой специалист, а специалист - недостаточно заботлив. Отличительной особенностью женской филиации является возврат фундаментальной амбивалентности. Когда мать не может реализовать свои конкретные ожидания, связанные с материнством, в первую очередь страдают ее идентичность и самооценка. Но до тех пор, пока мать продолжает соотносить себя с идеалом, она постоянно разочаровывается. Степень ее разочарования напрямую зависит от сформировавшихся представлений нашего общества о роли матери.. Grim говорит о неразрывной связи с матерью в ходе лечения [13]. Психолог может подробно рассмотреть эпизод, в котором «матери - всего лишь схемы, колеблющиеся формы... Время мучительного ожидания - это и время невыразимой тревоги и тоски, которая означает разрыв связи со своей матерью». Психическая деятельность новых родителей состоит в обратной аналогии (зеркальной) процесса скорби. Именно во время этого процесса субъект должен избавиться от прежних ролей, тогда как после рождения ребенка он должен создать новые. Послеродовая депрессия может возникнуть тогда, когда у матери блокирован процесс познания ребенка вследствие повторяющихся конфликтных репрезентаций, которые актуализируют прежние конфликты, поддерживаемые неспособностью навсегда расстаться с подсознательными значимыми детскими образами. Kristeva так ставит вопрос: «женская меланхолия возникает вновь и вновь не оттого ли, а может даже и благодаря тому, что она не может встретить - удовлетворить - другую женщину?». Но исчезнет ли эта меланхолия после встречи с другой женщиной, как только эту другую женщину можно будет представить как любимую спутницу мужчины. Послеродовой период - это момент рождения матери.

Используемая литература:

- 1.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭотар-Медиа, 2007. - С. 325-327.
 - 2.Морозов Г.В., Шумский Н.Г. "Введение в клиническую психиатрию", 2000
- <#"justify">.Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. "Психиатрия" Сметанников П.Г. "Психиатрия: Краткое руководство для врачей" .