

**Modern methods for assessing emotional-affective disorders in women in the
postoperative period
(review of literature)**

Isaeva E.¹, Ryskeldieva V.²

**Современные методы оценки эмоционально-аффективных расстройств у женщин
в послеоперационном периоде**

(обзор литературы)

Исаева Э. В.¹, Рыскельдиева В. Т.²

¹Исаева Элеонора Владимировна / Isaeva Eleonora – соискатель,

отделение анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии взрослых;

²Рыскельдиева Виктория Турарбековна / Ryskeldieva Viktoria – доктор медицинских наук, старший научный
сотрудник,

Кыргызский научный центр репродукции человека, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: в статье представлены данные литературного обзора методов оценки эмоционально-аффективных расстройств у женщин в послеоперационном периоде при оперативном родоразрешении.

Abstract: the article presents the literary review methods to assess emotional-affective disorders in women in the postoperative period for online delivery.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, шкала Цунга, кесарево сечение, преэклампсия, внутриличностный конфликт.

Keywords: postpartum depression, Zung Self-Rating Depression Scale, cesarean section, preeclampsia, intrapersonal conflict.

Во всём мире более 350 миллионов человек страдает одним из самых распространённых психических расстройств – депрессией. И это отнюдь не обычное изменение настроения или кратковременные эмоциональные реакции на проблемы, возникающие в нашей повседневной жизни. Для этого состояния характерны: уныние, потеря интереса, радости, чувство вины, низкая самооценка, нарушения сна или аппетита, вялость, плохая концентрация внимания [1].

Депрессия больше всего угрожает психическому здоровью женщин в возрасте от 18 до 35-40 лет. В развивающихся странах каждая десятая родильница страдает послеродовой депрессией и большая их часть не получают необходимой медицинской помощи, в то время как в развитых странах другая крайность: женщины чрезмерно и бесконтрольно употребляют антидепрессанты, что приводит к дальнейшей зависимости [2].

Эмоциональное состояние родильницы имеет большое влияние на членов их семей и, особенно на новорожденного, для которого мать является проводником в новый незнакомый мир. Своего максимума частота первых депрессий у матерей достигает в первые месяцы после родов и несёт с собой негативные последствия, отражающиеся на когнитивном и социальном развитии её ребенка [3, 4]. Отсутствие внимания к психическому и физическому здоровью женщин влечет за собой серьёзные негативные социальные и экономические последствия для всего общества [5]. Период родов следует рассматривать не только как появление на свет нового гражданина страны, но и перерождение женщины в мать – человека, на плече которого с первых дней лежит громадная ответственность за жизнь и воспитание маленького человека [6]. Следовательно, проблемы, связанные с психическим здоровьем матери не могут оставаться в стороне от здравоохранения любой страны, и наше государство не является исключением.

Хочется отметить, что очень долгое время, вплоть до второй половины двадцатого столетия, психиатрия пренебрегала проблемой послеродовых психических расстройств. Только лишь в 1984 году Kumar R. и Robson K.M. [7] ввели термин «перинатальная психиатрия», тем самым, положив начало новому направлению и дальнейшему изучению данной категории расстройств, при том, что непосредственно сам термин – «депрессия послеродового периода» – был предложен почти на 15 лет раньше [8].

Согласно данным National Center for Health Statistics в странах Америки и Европы примерно 50% всех депрессивных послеродовых расстройств остаются не распознанными [9, 10]. Почему каждая вторая родильница остается без профессиональной помощи? Возможно, суть проблемы состоит в том, что женщина с маркерами эмоционального расстройства, которые замаскированы жалобами соматического характера, обращается к специалистам женской консультации [11]. И именно, в поликлиническом звене при первичном осмотре должны быть использованы простые скрининговые методы выявления

послеродовых расстройств настроения, при выявлении которых, будет определена важность последующей консультации специалиста и оказании профессиональной помощи.

Послеродовая депрессия, основываясь на критериях DSM-IV [12], это непсихотическая депрессия, отвечающая критерию большого депрессивного эпизода и, возникающая в первые четыре недели после родоразрешения. По МКБ-X [13] она определяется, как психические и поведенческие расстройства, не классифицируемые в других разделах, и имеющие прямую связь с послеродовым периодом. Из этих определений остаются неясными начальные сроки для постановки диагноза и проведения начального тестирования, а также отсутствуют чёткие критерии послеродовой депрессии, кроме отметки о недавних родах.

В работе исследователя Коротковой Н.А. [14] определено, что 4-е сутки послеродового периода являются наиболее критическим периодом в отношении развития острого стресса после родоразрешения и, по-видимому, связано это с повышением в крови пациентов уровней кортизола и соматотропного гормона. Похожие результаты нашли отражение в работах зарубежных авторов [15,16,17], где указано, что изменение настроения зависит от колебаний гормонов, связанных с беременностью и родами, и пик депрессивного эпизода приходится в среднем на 5-е сутки послеродового периода.

Так же, в работе исследователя Basraon S. et al [17] отмечено, что в ряде случаев аффективные расстройства у родильниц могут быть связаны с патологическим уровнем гормонов щитовидной железы, т.е. быть проявлением её дисфункции.

Существуют исследовательские работы, которые указывают на взаимосвязь обмена серотонина, являющимся основой возникновения послеродовой депрессией, и снижением уровня гормонов беременности, после родоразрешения [4, 16, 18].

В научной работе нашего соотечественника Юсуповой Д.М. [19], где проводилось исследование беременных женщин с помощью шкалы Гамильтона и опросника Цунга, было выявлено наличие послеродовой депрессии, которая зависит от множества факторов, влияющих на формирование доминанты беременности и течения самого родового процесса.

Основываясь на данных, предоставленных ВОЗ, каждая пятая родильница страдает послеродовой депрессией [1]. Значит, у 20% женщин после родоразрешения возможно выявление следующих факторов риска, которые условно можно разделить на несколько групп: 1) социально-экономические факторы и негативные жизненные события; 2) психосоциальные стрессор (наличие дисгармоничных отношений беременной с родителями [20]); 3) комплекс общемедицинских отрицательных факторов; 4) личностные особенности и психиатрические расстройства [18, 6, 21].

Манухин И.Б. и Терехов М.А. [22] в своей работе обследовали родильниц, перенесших плановое и экстренное кесарево сечение, используя шкалы депрессии Гамильтона (HDRS) и общего клинического впечатления (CGI) для выявления послеродовой депрессии, и пришли к выводу, что основа для формирования тревожно-депрессивных расстройств после родов, является стресс, возникающий перед абдоминальным родоразрешением и усугубляющийся после него. В связи с чем, считают необходимым проводить психологическую подготовку женщин к родам во время беременности и непосредственно в родах.

Рабочей группой под руководством Костенко И. В. [23], целью исследования которой явилось изучение типов акцентуаций характера (гипертрофированное развитие отдельных качеств в ущерб другим, вследствие чего, ухудшается взаимосвязь личности с окружающими людьми, ведущая к межличностным конфликтам, по методу Леонгард К.[24]), а также уровней тревожности (методика Спилбергера-Ханина [25]), невротизации (метод К. Хека и Х. Хесса [26]) и депрессии (шкала Цунга [27]) у здоровых беременных и женщин с преэклампсией второй половины беременности. Полученные результаты говорят о том, что у беременных с гестозом отмечается увеличение уровня невротизации, реактивной и личностной тревожности, а так же депрессии, что является следствием невротического внутриличностного конфликта, который, как считают авторы данного исследования, на органическом уровне может трансформироваться в преэклампсию. А внутриличностный конфликт может возникать при непринятии или незавершенности принятия себя, как женщины, и уж тем более неготовность принять новую роль матери [20].

Безусловно, что на фоне внутреннего конфликта, беременность становится мощным стрессорным фактором, который ведёт к депрессивным расстройствам, которые можно выделить в несколько типов, различным по клиническим проявлениям и тяжести течения.

Так, например, Колесников [20], обследуя беременных женщин при помощи «теста отношений беременной» (ТОБ), опросника депрессивных состояний, Гиссенского личностного опросника, а также шкалы семейной адаптации и сплоченности (FACES-3), обнаружил, что 8,2 % имеют депрессивные и невротические расстройства, ограниченные рамками расстройства адаптации в форме пролонгированных реакций, в симптоматике, которых преобладают аффективные нарушения, а симптомы, отражающие нарушения идеаторной сферы, выражены незначительно. И выделил, основываясь на ведущей эмоции,

доминирующие синдромы: депрессивный, депрессивный с явлениями навязчивости и тревожно-депрессивный.

А группа учёных во главе с Мазо Г.Э. [28] исследовали 1000 беременных в сроке гестации от 8 до 40 недель, используя при этом следующие психологические инструменты: шкала Гамильтона необходимая для оценки степени тяжести симптомов тревоги и депрессии; шкала депрессии Бека – степень выраженности депрессии по самооценке; шкала Спилбергера-Ханина для обозначения ситуативной и личностной тревожности; цветовой тест отношений (ЦТО) Эткинда для диагностики эмоционального отношения к значимым лицам и ситуациям; «тест отношений беременной» для уточнения варианта психологического компонента формирующего гестационную доминанту (ПКГД) и типа переживания беременности. Выполнив обработку полученного материала, авторы выделили следующие синдромы расстройств: тревожный (20 %), тревожно-фобический (13,33%), тревожно-депрессивный (10 %), тревожно-субдепрессивный (10 %), отдельно выделив субсиндромальное состояние (37 %) (потому что, степень выраженности отдельных эквивалентов тревоги не укладывались в клинику выделенных синдромов). Как видно из этого заключения, тревожные расстройства у беременных неоднородны в своей структуре, и чаще преобладают эквиваленты тревоги – неспецифические соматические или вегетативные симптомы: слабость, ощущение дурноты, головокружение, изменение аппетита, нарушение пищеварения, расстройство сна, раздражительность, мышечное напряжение, и т.д. Известно, что аффективные расстройства родового периода повышают риск возникновения послеродовой депрессии, поэтому, по мнению авторов данной работы, на субсиндромальное состояние беременной женщины стоит обратить особое внимание в плане профилактики, ведь нельзя исключить тот факт, что впоследствии оно может переродиться в развернутые тревожные или депрессивные расстройства.

Учитывая всё выше изложенное, мы пришли к выводу, что необходимо изучить эмоционально-аффективные расстройства у беременных с преэклампсией тяжёлой степени после абдоминального родоразрешения и их зависимость от вида анестезии, используя в своём исследовании шкалу Цунга [28].

Литература

1. ВОЗ. Депрессия. Информационный бюллетень №369, Октябрь 2015.
2. M. Marcus et al. «Depression: A Global Public Health Concern». WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2012.
3. O'Hara M.W. Postpartum depression: what we know // J. Clin. Psychol. 2009. Dec. V. 65. 12. P. 1258–1269.
4. Schore A. N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health // Infant. Ment. Health. J., 2001. V. 22. P. 7–66.
5. Корнетов Н. А. Распознавание и тактика ведения тревожных и депрессивных нарушений в период беременности и после родов: метод пособие / Н.А. Корнетов. Томск, 2003. С. 78.
6. Корнетов Н. А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства. Бюллетень сибирской медицины, 2015, том 14. № 6. С. 5–24.
7. Kumar R., Robson K. M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women // Br. J. Psychiatry. 1984. 14. P. 35–47.
8. Pitt B. Atypical depression following childbirth // Br. J. Psychiatry, 1968. V. 114, 516. P. 1325–1335.
9. NCHS. [Электронный ресурс]. National Center for Health Statistics: сайт. URL: http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm (дата обращения: 12.04.2016).
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) // JAMA, 2003. 289. P. 3095–3105.
11. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. (2012). Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. Women and birth: journal of the Australian College of Midwives 25(1): 23-8.
12. DSM-IV. [Электронный ресурс]. APA Diagnostic Classification DSM-IV-TR: сайт. URL: <http://behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr> (дата обращения: 27.05.2016)
13. МКБ-Х. [Электронный ресурс]. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра: сайт. URL: <http://mkb-10.com> (дата обращения: 25.05.2016)
14. Короткова Н.А. Влияние беременности и родов на возникновение послеродового стресса и психовегетативных нарушений у родильниц: автореф. дисс...док.мед.наук: 14.01.01 / Короткова Наталья Александровна. Москва, 2011. С. 25.
15. Oretti R.G., Hunter C., Lazarus J.H., Parkes A.B., Harris B. Antenatal depression and thyroid antibodies // Biol. Psychiatry, 1997. Jun 1. V. 41. 11. P. 1143–1146.
16. Haros B. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood // Br. J. Psychiatry, 1994. V. 164. P. 288–292.

17. *Basraon S., Costantine M. M.* Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction // Clin. Obstet. Gynecol, 2011. Sep. V. 54. 3. P. 506–514. [Pubmed].
18. *Steiner M., Yonkers K.* Depression in Women. Martin Dunitz Ltd, 1998.
19. *Юсупова Д. М.* Послеродовая депрессия у родильниц: прогнозирование, диагностика и профилактика // автореф. на соиск. уч степени канд. мед.наук, Бишкек, 2009. С. 20-21.
20. *Колесников И. А.* Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин. [Электронный ресурс]. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 5 (16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 19.05.2016).
21. *Breese J., Beal J.M., Saunders B., Hill E.N., Payton M.E., Watson G.H.* Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation // J. Reprod. Med, 2008. V. 53. P. 166–170.
22. *Манухин И. Б., Терехов М. А.* Тревожно-депрессивные расстройства у родильниц после кесарева сечения. Москва, 2012. Всероссийский Междисциплинарный образовательный конгресс. Осложненная беременность и преждевременные роды: от вершин науки к повседневной практике. Мать и Дитя VII региональный научный форум. С. 88.
23. *Костенко И. В., Оленко Е. С., Ведищев С. И., Рогожина И. Е., Кодочигова А. И., Субботина В. Г.* Типы акцентуация характера и состояние аффективной сферы у женщины с гестозом второй половины беременности. ISSN 1810-0198 Вестник ТГУ. Т.18, В. 4, 2013. С. 1302–1304.
24. *Леонгард К.* Акцентуированные личности. Киев, 1981. 392 с.
25. *Ханин Ю. Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга. Л.: ЛНИИ ФК, 1976. 18 с.
26. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика: методики и тесты. Самара: Издат. дом «Бахрах», 1998. 672 с.
27. *Дзыза Е. Е.* Послеродовая депрессия и факторы, влияющие на ее формирование. [Электронный ресурс]. Мир психологии: сайт. URL: <http://www.psyworld.ru/for-students/diplomas/diplomas-on-psychology/566-2008-12-08-20-23-23.html> (дата обращения: 10.05.2016).
28. *Мазо Г. Э., Дубинина Е. Е., Крижановский А. С., Балашов П. П., Колесникова А. М., Мамышева Н. Л.* Клинические особенности тревожных расстройств у беременных женщин. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2014; 114(11). С. 20-23.