

УДК 159.974.5

ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЖЕНЩИН В ДОРОДОВЫЙ И ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД*

*М.С. КУЛАГА, аспирант кафедры психологии Академии последипломного образования***

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из важнейших проблем современного общества. Депрессия во время беременности и после родов может иметь серьезные последствия для матери, ребенка и семьи в целом. Депрессивные состояния мы рассматриваем в виде двух основных позиций: депрессивность как личностная черта и депрессия как состояние. Целью исследования явилось изучение динамики депрессивных состояний у женщин в дородовый и послеродовый период. Полученные в исследовании данные позволяют показать актуальность изучаемой проблемы динамических изменений депрессивных состояний в дородовый и послеродовый период и акцентировать внимание на целесообразности их дальнейшего изучения.

Ключевые слова: депрессивные состояния, здоровье матери и ребенка, депрессивность, депрессия, дородовый и послеродовый период.

EVOLUTION OF WOMEN'S DEPRESSIVE CONDITIONS DURING PRE-DELIVERY AND POST-DELIVERY PERIOD

M.S. KULAGA, a graduate student

Protection of mother and child's health represents one of the top priorities in modern society. Depression during pregnancy and after delivery may have serious consequences for mother, child and a whole family. We consider the depressive conditions from two principal points of view: depressiveness as a personal trait and depression as a condition. Purpose of this study is to examine the evolution of depressive conditions in women during pre-delivery and post-delivery period. Data obtained during the study allow us to show the actuality of the studied problem of dynamic evolution of depressive conditions during pre-delivery and post-delivery period as well as to emphasize the utility of further studies of the problem.

Keywords: depressive conditions, mother and child's health, depressiveness, depression, pre-delivery and post-delivery period.

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из важнейших проблем современного общества, которая представляет огромный интерес для специалистов разных специальностей, в том числе и психологов. До некоторых пор изучалась в основном медицинская сторона этого вопроса и лишь в последние десятилетия эта проблема стала решаться более комплексно, и к медицинской стороне стали добавляться и психологические аспекты здоровья беременных женщин и женщин послеродового периода.

По результатам зарубежных эпидемиологических исследований депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин и в настоящее время наблюдается увеличение темпов роста возникновения депрессии во время беременности и послеродовом периоде. Существует мнение о том, что послеродовая депрессия является лишь продолжением депрессии, возникшей во время беременности [1,2].

В настоящее время принято утверждать, что в послеродовом периоде с большей частотой

* Статья поступила в редакцию 30 ноября 2012 года.

** Научный руководитель доктор психологических наук, профессор И.А. Фурманов

возникают различные по глубине и степени выраженности депрессии. Легкие депрессии, которые встречаются чаще, особенно сложны для диагностики и как следствие остаются без внимания. Достоверно оценить частоту послеродовых депрессий не представляется возможным. По литературным данным, депрессии после родов наблюдаются у 10–20% родильниц [4, 6].

В МКБ-10 депрессии в послеродовом периоде рассматриваются в разделе F-53 (психотические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом) и в других разделах больше не классифицируемые. Для депрессии в послеродовый период характерны следующие симптомы: печаль, расстройства сна, усталость, раздражительность, частая смена настроения. Депрессивное расстройство может возникнуть как в первые дни после родов, так и в течение последующего за родоразрешением года.

Частота депрессивных расстройств у первородящих женщин объясняется следующими причинами. Рождение первого ребенка является кризисным моментом как в жизни семьи, так и в жизни женщины, которая испытывает ряд проблем: ограничение свободы ради ухода за ребенком, тревога и ответственность за жизнь новорожденного, недосыпание, а иногда и непонимание со стороны близких родственников.

По мнению М. Охара и коллег [2, 3, 6], к прогностическим факторам развития послеродовой депрессии относятся низкий социально-экономический статус, перенесенная в прошлом депрессия или депрессия у кого-либо из членов семьи, алкоголизм, наркомания, курение, слабая поддержка со стороны семьи, тяжелое течение беременности и степень выраженности депрессии во время беременности, молодой возраст, незапланированная беременность, равнодушие или отрицательные эмоции по поводу беременности.

К постнатальным депрессивным состояниям относят материнскую меланхолию, послеродовую депрессию и послеродовый психоз [2,3]. Около 50–60% женщин страдают от хандры, меланхолии, симптомы которой выражаются в склонности к слезам без причины, различных неожиданных проявлениях, утомляемости, затруднениях сна, низком аппетите. Пик негативного состояния приходится на пятый день. Большинство из перечисленных проявлений требует в большей степени поддержки, понимания, доброты со стороны близких и родных,

и в меньшей степени – со стороны специалистов психологов и врачей.

Что касается депрессии, то в исследованиях показано, что 10–15% рожениц страдают от серьезных депрессивных расстройств, которые названы «атипичной депрессией». Симптомы включают различные тревоги, слезливость, замешательство, нецелесообразные мысли, раздражительность, страхи что-то повредить себе или ребенку, раздражительность, чувство беспомощности и безнадежности, чувство изменения («я не такая, какой была раньше»), чувство, что «жизнь никогда не будет такой же снова». Депрессия может продолжаться от месяца до нескольких лет и такую форму депрессии могут диагностировать только специалисты.

Послеродовый психоз встречается гораздо реже, у 1–2 женщин на 1000. Обычно симптомы психоза появляются неожиданно во время родов или сразу же после родов. При таком состоянии нередко галлюцинации и иллюзии, поведение женщины становится странным. В таком положении женщина не может заботиться о ребенке, она нуждается в срочной психотерапевтической помощи, медицинском и психологическом вмешательстве.

К перечисленным формам послеродовых депрессивных состояний Б. Чалмерс [2, 5, 6] добавляет еще одну, которую определяет как «материнскую депрессию», причины которой связаны с переживанием материнской роли и с трудностями ее освоения.

Во многих научных публикациях имеются убедительные данные о том, что ведущая роль в возникновении депрессии в послеродовый период принадлежит гормональным изменениям, происходящим в организме женщины. Также важная роль отводится психогенным факторам в развитии послеродовых депрессий. Очевидным становится тот факт, что патогенез депрессий послеродового периода следует рассматривать на основе биопсихосоциального подхода, комплексного влияния биологических, психологических и социальных факторов.

Депрессия во время беременности может иметь серьезные последствия для матери, плода и семьи в целом. Примерами могут быть конфликты во взаимоотношениях, снижение способности заботиться о себе и о семье, проблемы на работе. Неконтролируемая материнская депрессия ставит развивающийся плод под угрозу, вызывая ухудшения состояния здоровья

плода, на массу тела при рождении и преждевременные роды.

Внимание к депрессивным состояниям и их изучение во время беременности и после родов постоянно растет, но аспект динамики депрессивных состояний в предродовой и ранний послеродовой период до настоящего времени в современной литературе не был раскрыт, что и явилось целью данного исследования.

Метод. Исследование проводилось на базе УЗ «Городской клинический родильный дом №2» г. Минска, в отделении патологии беременных и послеродовом отделении. Выполнялось на добровольной основе, испытуемые включались в группу по следующим критериям:

1) информированное согласие женщины пройти психологическое тестирование до и после родов;

2) беременные женщины, в третьем триместре, готовые к родам (срок беременности от 36 недель);

3) контингент из числа ранее обследованных беременных женщин-родильниц в раннем послеродовом периоде (до 7 дней).

В исследовании приняли участие женщины в возрасте от 18 до 36 лет, в количестве 60 человек. Из них 36 (56,7%) первородящих и 24 (36,0%) повторнородящих. По срокам беременности обследованные пациентки распределились следующим образом: 36 недель – 19 человек; 37 недель – 6 человек; 38 недель – 17 человек; 39 недель – 10 человек; 40 недель – 6 человек; 41 неделя – 2 человека.

Для исследования депрессивных состояний использовались 2 методики: шкала депрессии Бека и шкала депрессивности из Фрайбургского личностного опросника.

Шкала депрессии Бека представляет собой опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям и симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома).

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 –

легкая депрессия; 16-19 – умеренная депрессия; 20-29 – выраженная депрессия; 30-63 – тяжелая депрессия.

Шкала «Депрессивность» Фрайбургского личностного опросника диагностирует клинический депрессивный синдром. Подсчет оценок проводится в соответствии с ключом. При подсчете выделяются высокие и низкие оценки, которые подвергаются интерпретации: низкий уровень: 1-3 балла; средний уровень: 4-6 баллов; высокий уровень: 7-9 баллов.

Описание методов статистической обработки данных.

Весь полученный материал был подвергнут статистической обработке, проводившейся на основе принципов и методик, используемых при составлении статистической программы SPSS 15.0 (Statistical package for the Social Science, 15 версия).

Таблицы двумерных корреляций Пирсона составлялись в случае нормального распределения для определения меры связи двух переменных, при $p < 0,05$ делалось заключение о зависимости переменных друг от друга, при $p > 0,05$ – о независимости переменных друг от друга. Степень взаимосвязи признаков при установлении коррелятивных связей считалась сильной при $r > 0,7$, значительной при $r > 0,5$, средней при $0,3 < r < 0,5$, слабой при $r < 0,3$.

Для решения задачи сравнения средних значений двух измерений одного признака для одной и той же выборки с нормальным распределением, применялся параметрический критерий Paired-Samples T Test.

Результаты и обсуждение. Депрессивные состояния мы рассматриваем с двух основных позиций, это депрессивность как личностную черту и депрессия как состояние. Депрессивность как личностная черта характерна для людей со сниженным фоном настроения, постоянно мрачные, угрюмые, погруженные в собственные переживания. Однако за внешним фасадом отчужденности и мрачности скрывается чуткость, душевная отзывчивость, постоянная готовность к самопожертвованию. Их часто упрекают за медлительность, не оперативность, отсутствие настойчивости и решительности. Чаще всего они не способны к длительному волевому усилию, легко теряются, впадают в отчаяние. В сделанном видят только промахи и ошибки, а в предстоящем – непреодолимые трудности.

Низкий уровень личностной депрессивности отражают естественную жизнерадостность, энергичность и предприимчивость. Женщины этой группы отличаются богатством, гибкостью и многосторонностью психики, непринужденностью в межличностных отношениях, уверенностью в своих силах, успешностью в выполнении раз личных видов деятельности, требующих активности, энтузиазма и решительности.

Депрессия как состояние негативно воздействует на развитие ребенка, особенно на его чувство безопасности, удовлетворение актуальных

психофизиологических и психологических потребностей.

Динамические изменения депрессивных состояний женщин в дородовый и послеродовой период, полученные в ходе исследования представлены на рисунке 1.

Достоверных различий показателей депрессивности до и после родов выявлено не было. Это подтверждает тот факт, что депрессивность как личностная черта является устойчивой характеристикой и в ходе беременности не претерпевает изменений.

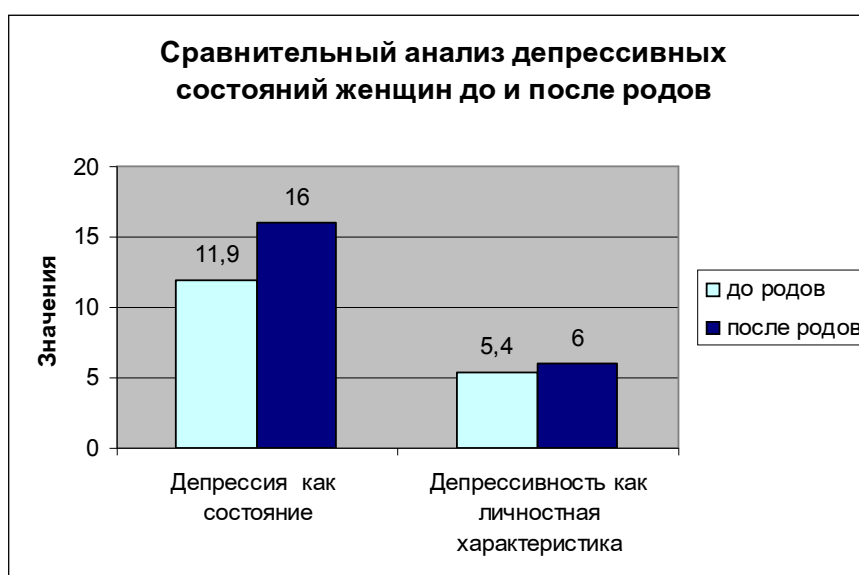


Рисунок 1 – Сравнительный анализ депрессивных состояний женщин до и после родов

Исследование же состояния депрессии выявило достоверные различия в показателях депрессии у женщин до и после родов. Так, показатели уровня депрессии до родов достоверно ниже показателей уровня депрессии после родов ($p=0,001$). Иными словами для женщины с депрессией после родов характерна следующая симптоматика: сниженное настроение, повышенная утомляемость, обеспокоенность своим состоянием и способностью получать удовольствие от ранее привычных форм функционирования. Этим женщинам трудно выполнять повседневную работу и быть социально активными, они склонны к социальной инертности и проявлениям апатии, однако женщины с послеродовой депрессией продолжают осуществлять уход за ребенком.

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что, если до родов уровень депрессии вписывается в уровень легкой депрессии, то после родов уровень депрессии оценивается как умеренный.

У женщин в дородовый период наблюдается значительная положительная корреляция между депрессивностью как чертой личности и депрессией как состоянием ($p=0,001$), а в послеродовой – средняя положительная корреляция между этими же переменными. Таким образом, можно сделать вывод о взаимосвязи и взаимовлиянии депрессивности и депрессии в независимости от того, находится женщина в дородовом или послеродовом периоде.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что показатели по шкале депрессивности у женщин в дородовый и послеродовой период не имеет достоверных различий и является относительно устойчивой характеристикой, а уровень депрессии как психического состояния имеет достоверные различия в дородовый и послеродовой период и имеет тенденцию увеличения, т.е. после родов уровень депрессии выше, чем до родов.

Таким образом, данная работа позволяет сделать следующие выводы:

1. Достоверных различий показателей депрессивности до и после родов выявлено не было. Это подтверждает тот факт, что депрессивность как личностная черта является устойчивой характеристикой и в ходе беременности не претерпевает изменений.

2. Исследование состояния депрессии выявило достоверные различия в показателях депрессии у женщин до и после родов. Так, показатели уровня депрессии до родов достоверно ниже показателей уровня депрессии после родов.

3. У женщин в дородовый период наблюдается значительная положительная корреляция между депрессивностью как чертой личности и депрессией как состоянием, а в послеродовый – средняя положительная корреляция между этими же переменными, что позволяет сделать вывод о взаимосвязи и взаимовлиянии депрессивности и депрессии в независимости от того, находится женщина в дородовом или послеродовом периоде.

4. Полученные в исследовании данные позволяют показать актуальность изучаемой проблемы динамических изменений депрессивных состояний в дородовый и послеродовый период

и акцентировать внимание на целесообразности их дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов, Ф.М. Влияние психоэмоционального стресса на течение и исходы беременности / Ф.М. Абдурахманов, И.М. Мухамадиев, З.Х. Рафиева, А. Надырова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 3. – С. 38–41.
2. Абрамченко, В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко // Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 350 с.
3. Брутман, В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопр. психологии. – 2002. – №3. – С. 59–68.
4. Карташова, К.С. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности / К.С. Карташова, И.Л. Шелехов, В.Н. Кожевников, М.Н. Мытникова // Вестник ТГПУ. – 2010. – Вып. 2 (92). – 103–106 с.
5. Мещерякова, С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. – 2008. – № 3. – С. 55–58.
6. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова // Изд-во Ин-та психотерапии. – М, 2002. – 234 с.