

DOI: 10.21626/j-chr/2021-4(29)/5
УДК: 159.97:618.7

Психологические науки

40

Послеродовая депрессия женщины как психологическая проблема

© *Н.С. Муштенко*

Муштенко Н.С. – кандидат педагогических наук, преподаватель психологии ОБПОУ СПО «Курский базовый медицинский колледж»

Адрес: 305004, г. Курск, ул. М. Горького, 15, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

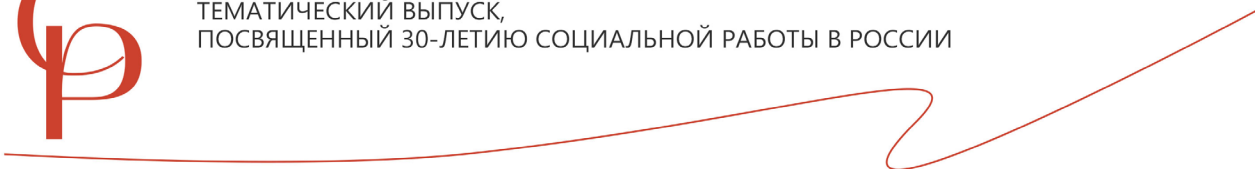
Аффективные расстройства рожениц представляют собой немалую проблему для акушеров, гинекологов и педиатров, которые могут быть недостаточно осведомлены о том, в чем выражается послеродовая депрессия, а также и для психологов, психотерапевтов и психиатров. Для медицины нашего времени, как и в целом для здравоохранения РФ, состояние послеродовой депрессии является большой проблемой, в целом, так как мало изучено, а симптомы его схожи с другими видами депрессий и психозов.

№4 (29) 2021
www.j-chr.com

Ключевые слова: послеродовая депрессия, эмоциональные реакции, младенческая депрессия, комплекс симптомов, спектр факторов, сознательный выход, познавательная функция.



ТЕМАТИЧЕСКИЙ ВЫПУСК,
ПОСВЯЩЕННЫЙ 30-ЛЕТИЮ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РОССИИ



Статистика фиксирует, что у женщин в 10–15% случаев возникает послеродовая депрессия, но только 3–4% из них, обращаются за помощью к психологам или медикам [2]. Беременность и роды, особенно отрезок времени, предшествующий родам и 6 недель после них, в плане развития депрессии, являются уязвимым для женщины периодом. Возникшая депрессия во время беременности, в частности, после 30-недельного срока, особенно часто провоцирует ее развитие и после родов [2]. Послеродовая депрессия (она же постнатальная), выражаясь психологическим языком, – это форма депрессивного расстройства, развивающаяся непосредственно после родов [1].

Проблемы послеродовой депрессии рассматривались в работах таких авторов как Абабков В.А., Беяева Е.Н., Вассерман Л.И., Голенков А.В., Зазерская И.Е., Зотов П.Б., Ковпак Д.В., Филоненко А.В., Юшкова О.В. и других. По мнению данных специалистов, она обусловлена действием широкого спектра разнообразных факторов, но к основным ее факторам относили: 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 [3]. Факторы, провоцирующие постнатальное расстройство, специалисты условно разделяют на четыре основные группы:

1. наследственная предрасположенность к аффективным расстройствам (анамнестические данные о предрасположенности к депрессии);

2. физические и физиологические причины (изменения организма при беременности, в послеродовом периоде беременности и после родов и т.п.);

3. социальные факторы (семейные особенности и специфика социального

окружения);

4. психологические факторы (особенности личности женщины, восприятия себя как женщины, восприятия себя в качестве матери и т.п.) [1].

Специалистами исследователями доказано влияние депрессивного расстройства не только на роженицу, но и на ее взаимоотношения со значимым окружением и, в первую очередь, с новорожденным и своей семьей. У женщины-матери, в таком состоянии, снижается или вообще отсутствует интерес к общению с младенцем. Он страдает, так как отсутствуют адекватные эмоциональные реакции на его поведение. Это отрицательно влияет на формирование его чувство безопасности, нарушает нормальное его развитие в эмоциональной и поведенческой сферах, способствует формированию у него психических расстройств разной степени тяжести. Процессы психофизиологического и психического развития, на ранних этапах жизни ребенка, в значительной степени определяют его будущую жизнь, поскольку представляют собой одну из причин возникновения и формирования младенческой депрессии. Однако, самое главное, материнская депрессия, в дальнейшем, приводя к более тяжелому течению и других заболеваний увеличивает, среди детей, риск суицидов [4].

С другой стороны депрессия, нарушает контакт и взаимопонимание в семье [1].

Несмотря на выявленный период проблемы, точные причины, ведущие к болезни послеродовой депрессии, учеными не установлены. Вместе с тем у рожениц не было выявлено и взаимосвязи между гормональными факторами и послеродовой депрессией. Наиболее известна теория моноаминов, согласно которой в организме роженицы снижается количество медиаторов



положительных эмоций серотонина и мелатонина. Впрочем, все процессы, происходящие в нервной системе роженицы, существующая теория объяснить пока не в состоянии [3].

Кроме, сугубо индивидуальных, послеродовая депрессия включает следующие классические признаки:

- резкую смену настроения с тенденцией к снижению эмоционального фона;

- плаксивость;

- сниженную работоспособность;

- апатию по отношению к ребенку и мужчине;

- снижение аппетита или даже полное отвращение к еде или аппетит не только сохранен, но и резко повышен;

- патологический привкус во рту;

- соматические жалобы на постоянный дискомфорт в каком-либо участке тела, чаще головные боли или диспепсия;

- подавленная мимика лица;

- нервное расстройство из-за недовольства собственной внешностью;

- и др. [5].

Так, послеродовая депрессия проявляется и целым комплексом симптомов: внезапная смена настроения, не контролируемые вспышки гнева, истерики и т.д., и непостижимое чувство вины за все, выше перечисленное. Но более 60% всех случаев постнатального снижения настроения, статисты связывают с предшествующими депрессивными эпизодами в течение жизни [2].

Теоретический анализ информационных источников доказывает о том, что очень важно вовремя выявить у женщин после родов признаки депрессии, что позволит своевременно избавиться от болезни и нарушений. Эти постулаты и стали предпосылкой цели нашего исследования. Объект исследования – пациентки (женщины-роженицы) ОБУЗ

Курская городская клиническая больница № 4 комитета здравоохранения Курской области. Предмет исследования – депрессивное состояние женщин – рожениц в послеродовом периоде. Принимавшие участие в эксперименте испытуемые, это пациентки 1-го гинекологического отделения, в количестве 30 чел. Основные страты: возраст (в нашем случае от 20 до 38 лет), семейный статус и количество родов (в нашем случае с явным преобладанием рождения 2-х детей). Нами анонимно, использовались две методики, направленные на выявление депрессии: тест – опросник на определение уровня депрессии и методика «Самооценка депрессии» [6]. Тест – опросник, адаптирован Т. И. Балашовой, разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики, при массовых исследованиях, и в целях предварительной, доврачебной диагностики. При анализе результатов теста (таблица 1) видно, что:

- а) уровень депрессии (УД) в интервале «не более 50 баллов» – обнаружен у 3 чел. (10 %, респонденты с номером №2, №13, №22. Их состояние диагностируется: как пациентки «без депрессии»;

- б) данные в радиусе «от 50 до 59 баллов» – говорят, что это «легкая депрессия ситуативного или невротического генеза», в ней находятся 19 чел. (64 % общего состава выборки);

- в) показатели в пределах «от 60 до 69 баллов» выявлены у 7 чел. (23%). Их состояние отмечается как «субдепрессивное или как маскированная депрессия»;

- г) «истинное депрессивное состояние» диагностируется у 1 жен. (3 %), респондента под №12, в возрасте 32 лет, ее данные включены в интервал «более 70 баллов».

Номер респондента	возраст	Семейное положение	Количество родов	Значение показателя УД					Значение показателя АД (диагностика акцентуации)				
				не более 50 баллов	от 50 до 59 баллов	от 60 до 69 баллов	более 70 баллов	Итого	20—30	31—45	46 и выше	Итого	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1	36	Зам.	2			62		62		40		40	
2	30	Зам.	2	47				47	29			29	
3	24	Зам.	2		50			50		32		32	
4	20	Зам.	1		52			52		33		33	
5	28	Зам.	2			60		60		40		40	
6	34	Зам.	1		54			54		32		32	
7	38	Не зам.	2		53			53		35		35	
8	20	Зам.	1		50			50		32		32	
9	23	Зам.	1		56			56		33		33	
10	36	Зам.	2		51			51		32		32	
11	33	Зам.	2		56			56		34		34	
12	32	Разв	2				71	71			46	46	
13	21	Зам.	1	46				46	30			30	
14	36	Зам.	2		51			51		38		38	
15	34	Зам.	2		52			52		38		38	
16	34	Зам.	2		57			57		33		33	
17	37	Разв	2			60		60		41		41	
18	30	Разв	1		52			52		35		35	
19	30	Зам.	3		58			58		38		38	
20	34	Разв	2		59			59		33		33	
21	28	Зам.	1		52			52		33		33	
22	24	Зам.	1	43				43		34		34	
23	24	Зам.	2			60		60		41		41	
24	32	Зам.	1		54			54		36		36	
25	23	Зам.	1			67		67		40		40	
26	35	Зам.	2		56			56		34		34	
27	30	Зам.	2		57			57		32		32	
28	28	Зам.	2			61		61		44		44	
29	30	Зам.	1			61		61		45		45	
30	31	Зам.	2		56			56		34		34	
Итого чел.				-	3	19	7	1	-	2	27	1	-
Уд. вес. %				-	10	64	23	3	-	7	90	3	-
Итого баллов				-	136	1026	431	71	1664	59	972	46	1077
Сред. знач. балла				-	45	54	62	71	55	30	36	46	36
Уд. вес. %				-	8	62	26	4	-	6	90	4	-

Таб. 1. Уровень депрессии женщин в послеродовом периоде по тесту на определение уровня депрессии (адаптирован Т. И. Балашовой) и диагностика депрессивного состояния женщин в послеродовом периоде (по методике «Самооценка депрессии»)

Среднее значение показателя уровня депрессии, по выборке опрошенных, составило 55 баллов, что характеризуется как состояние невротического генеза, перенесенного роженицами или посттравматическая реакция организма роженицы на стрессовую ситуацию – роды.

Преодоление депрессивных пере-

живаний требует мобилизации известных функций самооценки: психологической защиты, регулятивной, а также когнитивной (познавательной). Доказательно, что наибольшее значение для сознательного выхода из критической ситуации содержит познавательная функция, имеющая соответствующую познавательную форму: «самооценка».

Поэтому для диагностики депрессивного состояния пациенток и изучения акцентуации его характера, связанной с депрессией, мы применили методику «Самооценка депрессии» (таблица 1). Так, информация о присутствии самых опасных показателей в интервалах 61-70 баллов (повышенная депрессионная акцентуация характера) и 71-80 баллов (собственно депрессия) у исследуемых респондентов не обнаружена. Иное количество баллов, по авторским данным интерпретации методики, распределено по следующим диапазонам:

а) 20-30 баллов — трактуется, как «полное отсутствие депрессии, низкая тревожность», ее обнаружили у 2 пациенток (7 %), респонденты с номером №2, №13;

б) 31-45 баллов — указывает на присутствие «средней тревожности», что отметили 27 чел. (90 %);

в) 46 баллов и выше — подтверждает «высокую тревожность, элементы депрессии» отметил 1 пациент (3 %), это снова респондент под №12.

Среднее значение показателя по выборке составило 36 баллов, что подтверждает присутствие у каждой роженицы состояния «средней тревожности».

У респондента под №12 коэффициент самооценка $K_c (0,8) < 1$ ($36:46=0,8$, где 36 баллов это среднее значение показателя по выборке, 46 – баллы респондента), что также подтверждает случай неудовлетворительного самочувствия, и доказывает, что состояние пациентки весьма близкое к депрессии.

Таким образом, задаваясь целью важности своевременно выявить у женщин-рожениц признаки депрессии после родов, нами анонимно использовались две адаптированные к профессиональному полю методики. Анализируя и сравнивая результаты примененных методик, видим, что признаки депрес-

сии свойственны не всем без исключения обследованным женщинам, однако тревожность имела место у всех опрошенных. На присутствие «средней тревожности», по методике «Самооценка депрессии», показали 27 чел. (90 %), а по тесту-опроснику, из них же, у 19 чел. (64 %) установлена «легкая депрессия ситуативного или невротического генеза».

Показатель – «без депрессии», по тесту-опроснику, выявлен у 3 чел., согласно, второй методики, 2-е пациентки, из них, подтвердили полное отсутствие депрессии, но указали на низкую тревожность.

Респонденты – 7 чел., с показателями, по тесту-опроснику, «субдепрессивное или как маскированная депрессия» и 19 женщин-рожениц, у которых отмечена «легкая депрессия ситуативного или невротического генеза», нуждаются в информации по проведению коррекции проявлений послеродовой депрессии, в домашних условиях. Изменение мышления указанных пациенток при проведении своевременной профилактики, как коррекции «не верных» убеждений, позволила бы роженицам вовремя принимать самостоятельное решение, в еще недавно казавшихся непреодолимыми ситуациях.

Предварительный диагноз первой методики – «послеродовая депрессия» у респондента под №12, полностью подтверждается второй, и мы рекомендуем роженице срочность и необходимость более глубокого анализа ее состояния и назначение лечения. По нашему мнению, безусловно, возникновению такого состояния способствует и семейное положение роженицы – она в разводе, роды вторые, количество рожденных детей – 2.

Следовательно, послеродовая депрессия – серьезное расстройство, требующее выявления (диагностику),

профилактику, коррекцию и лечение. Поэтому каждой роженице нужно быть информированной обо всех возможных вариантах развития событий как до, так и после рождения ребенка, что доказы-

вает необходимость будущим мамам (и не только) посещать занятия физиопсихопрофилактической подготовки беременных и их семей к рождению ребенка [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова, Г.С. Психология материнства / Г.С. Абрамова. – Текст : непосредственный. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 624 с.
2. Голенко, А.В. Организация помощи женщинам с послеродовой депрессией / А.В. Голенко, А.В. Филоненко. – Текст : непосредственный // Российский медицинский журнал. – 2012. – № 5. – С. 8-11.
3. Коваленко, Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов (медико-социальные проблемы) : автореф. дис. д-ра психол. наук / Н.П. Коваленко. – Текст : непосредственный. – С.-Пб., 2002. – 45 с.
4. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец. Психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. – Текст : непосредственный. – М.: Речь, 2003. – 288 с.
5. Перинатальная психология и медицина: Сборник научных трудов членов РАППМ. – Текст : непосредственный. – С.-Пб. : Ювента, 2005. – 192 с.
6. Психология и психоанализ беременности; подред. Д.Я. Райгородского. – Текст : непосредственный. – М.: БАХРАХ-М, 2011. – 775 с.



POSTPARTUM DEPRESSION OF A WOMAN AS A PSYCHOLOGICAL PROBLEM

© Natalia S. Mushtenko

Natalia S. Mushtenko — Candidate of Pedagogical Sciences, Teacher of Psychology, Kursk Basic Medical College

Address: 305004, Kursk, M. Gorkogo str., 15, Russian Federation

ABSTRACT

Affective birth disorders are a significant problem for obstetricians, gynecologists and pediatricians who may not be sufficiently aware of what postpartum depression is, as well as psychologists, psychotherapists and psychiatrists. For medicine of our time, as well as in general for the health care of the Russian Federation, the state of postpartum depression is a big problem, in general, since it is little studied, and its symptoms are similar to other types of depression and psychosis.

Keywords: postpartum depression, emotional reactions, infant depression, complex of symptoms, spectrum of factors, conscious output, cognitive function.

REFERENCES

1. Abramova, G.S. Psihologiya materinstva / G.S. Abramova. – Tekst : neposredstvennyj. – M.: Akademicheskij Proekt, Ekaterinburg: Delovaya kniga, 2000. – 624 s.
2. Golenko, A.V. Organizaciya pomoshchi zhenshchinam s poslerodovoj depressiej / A.V. Golenko, A.V. Filonenko. – Tekst : neposredstvennyj // Rossijskij medicinskij zhurnal. – 2012. – № 5. – S. 8-11.
3. Kovalenko, N.P. Psihoprofilaktika i psihokorrekcija zhenshchin v period beremennosti i rodov (mediko-social'nye problemy) : avtoref. dis. d-ra psihol. nauk / N.P. Kovalenko. – Tekst : neposredstvennyj. – S.-Pb., 2002. – 45 s.
4. Muhamedrahimov, R.ZH. Mat' i mladenec. Psihologicheskoe vzaimodejstvie / R.ZH. Muhamedrahimov. – Tekst : neposredstvennyj. – M.: Rech', 2003. – 288 s.
5. Perinatal'naya psihologiya i medicina: Sbornik nauchnyh trudov chlenov RAPPМ. – Tekst : neposredstvennyj. – S-Pb. : YUventa, 2005. – 192 s.
6. Psihologiya i psihoanaliz beremennosti; pod red. D.YA. Rajgorodskogo. – Tekst : neposredstvennyj. – M.: BAHRAH-M, 2011. – 775 s.