

Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии

Г.Э. Мазо^{1,2}, Л.И. Вассерман^{1,2}, М.В. Шаманина¹

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева;
² СПбГУ

Резюме. Послеродовая депрессия является важной медицинской и социальной проблемой. В настоящее время сохраняется необходимость создания эффективных скрининговых инструментов послеродовой депрессии с учетом национальных и культуральных особенностей. В данной работе мы провели анализ литературных данных и представили собственные результаты относительно наиболее часто используемых психометрических шкал. Приведены данные относительно чувствительности, специфичности и других показателей надежности и эффективности выбранных методик. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее изученным и доступным скрининговым инструментом по сравнению с другими шкалами, специально разработанными для диагностики послеродовой депрессии, является EPDS. Проведено исследование для определения эффективности и надежности использования данной шкалы у российских женщин.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, психометрические методики, шкалы для скрининга.

Diagnostic methods for postpartum depression

G.E. Mazo^{1,2}, L.I. Vasserman^{1,2}, M.V. Shamanina¹

¹Saint-Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute
²Saint-Petersburg state university

Abstract: Postpartum depression is a significant mental health problem. This article presents a review and our results of self-reported measurements used to assess depressive symptoms in the postpartum period. The psychometric data are presented for each self-reported instruments: reliability, sensitivity, specificity, positive predictive value and concurrent validity. Results suggest that the Edinburgh Postnatal Depression Scale is the most extensively studied measurement for postpartum depression with moderate psychometric soundness. This review illustrates the importance of further search in this area, involved the selection of screening instruments, research of linguistic and cultural properties for psychometric scales. Additionally, it is necessary to investigate the efficiency and reliability of EPDS for diagnostics of postpartum depression among Russian women.

Keywords: postpartum depression, depressive disorders, postnatal depression. These keywords were combined with: assessment, screening, psychometric testing.

Введение

В настоящее время послеродовая депрессия (ПРД) остается одной из важных общественных проблем [1, 2]. Женщины с ПРД не способны в полной мере выполнять свои обязанности по отношению к ребенку и полноценно функционировать в семье [3]. Существует много данных о вредном влиянии материнской депрессии на развитие ребенка, его когнитивное и социальное функционирование [4]. Кроме того, риск рецидива возрастает с каждым последующими родами, особенно если в структуре аффективного состояния отмечалась психотическая симптоматика [7]. Несмотря на растущую осведомленность относительно послеродовой депрессии, ее негативного влияния на матерей и членов их семей [5, 6], около 50 % случаев послеродовой депрессии остаются не диагностированными [57]. Кроме того, большинство женщин, страдающих депрессией после родов, активно не ищут помощи. Во многих странах по-прежнему уделяется большое внимание разработке эффективных скрининговых программ и диагностических методов для выявления послеродовой депрессии.

Вместе с тем в настоящее время существует два диаметрально противоположных подхода к оценке природы ПРД, которые влияют на выбор скрининговых инструментов. Согласно первому ПРД рассматривается как самостоятельная нозологическая категория, имеющая особенности в клинической структуре [8], и, следовательно, предполагает необходимость создания специализированных шкал, нацеленных на более тонкое выявление этой патологии. Второй подход утверждает, что депрессия в послеродовом периоде — это дебют депрессивного расстройства [9] или биполярного расстройства [10, 11], т. е. корректно использования традиционных скрининговых шкал.

Имеющиеся скрининговые шкалы, как правило, представляют собой самоопросники. И конечно, их нельзя рассматривать как диагностические инструменты. Цель их применения — выявление женщин с высокой степенью риска по развитию ПРД, нуждающихся в проведении дополнительной диагностики [12]. Выявление женщин с высоким риском развития послеродовой депрессии позволит проводить своевременную профилактику негативного влияния ПРД как на самих женщин, так и на их семьи [13]. Именно поэтому выбор скри-

нингového инструмента имеет важное значение. Целью данного исследования было сравнение эффективности и надежности специфических скрининговых инструментов для ПРД и самоопросников, традиционно используемых для оценки потенциального риска присутствия депрессии.

Методы

Проводился компьютеризированный обзор литературных данных в системах Pubmed и PsycInfo с использованием следующих ключевых слов: «послеродовая депрессия» (postnatal depression or postpartum depression) и в сочетании данных ключевых слов со словами «опросник», «психометрические методики», «клинические шкалы», а также названиям отдельных шкал.

Анализировались статьи, опубликованные до октября 2011 года. Критериями включения в работу были: в исследовании использовались самоопросники; оценка симптомов депрессии, начиная со второй недели после родов и в течение первого года после родов; исследование проводилось с целью изучения надежности и валидности диагностических методик. Всего было отобрано 38 исследований, приведенных в табл. 1. Каждый диагностический инструмент оценивался с использованием следующих показателей: устойчивость результатов теста или ретестовая надежность, надежность как внутренняя согласованность. Внутренняя согласованность оценивалась с помощью метода расщепления или метода автономных частей [14] и Альфы Кронбаха. Валидность каждого инструмента оценивалась двумя путями. Во-первых, оценивались чувствительность, специфичность и прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР) каждого инструмента* (табл. 3). Во-вторых, для изучения конкурентной валидности рассмотрены корреляции между восьмью изучаемыми шкалами и другими тестовыми методиками. Результаты приведены в табл. 4. Психометрические данные оценивались на основании следующих критериев: >0,90 — очень хорошие, от 0,90 до 0,80 — хорошие, от 0,70 до 0,50 — умеренные, от 0,50 до 0,30 — низкие, и <0,30 — очень низкие [15].

Для оценки полезности использования при скрининге послеродовой депрессии Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии нами было проведено дополнительное исследование. С целью определения чувствительности, специфичности данной методики у российских женщин было проведено диагностическое исследование, в которое вошли 195 женщин. Исследование проводилось спустя два месяца после родов. В работе использованы следующие психометрические шка-

лы: Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS), шкала самооценки депрессии Цунга, шкала депрессии Гамильтона. Все обследуемые женщины были осмотрены психиатром. Результаты приведены в табл. 3.

Результаты

В результате проведенного обзора были выделены восемь диагностических шкал. В табл. 2 приведены имеющиеся данные о внутренней согласованности, стабильности и надежности каждой изучаемой тестовой методики. В табл. 3 приведены данные относительно чувствительности и специфичности изучаемых методик.

Шкала депрессии Бека (BDI and BDI-II; Beck et al., 1961, 1996) предложена А. Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб, который применяется для выявления депрессии в психиатрической практике. Использование данной шкалы для диагностики послеродовой депрессии часто критикуется из-за зависимости шкалы Бека от соматических симптомов депрессии, которые переключаются с естественными физиологическими процессами, свойственными послеродовому периоду [56]. Тем не менее данный инструмент используется в большинстве исследований ПРД. Надежность (внутренняя согласованность) данной методики определяется как умеренная. Также шкала показала удовлетворительную устойчивость результатов теста, или ретестовую надежность.

Меньшая стабильность отмечалась при исследовании соматического компонента BDI по сравнению с когнитивными показателями [41], что неудивительно, поскольку, как ранее уже отмечалось, соматические симптомы депрессии «переключаются» с нормальными соматическими ощущениями в послеродовом периоде. Одно из опубликованных исследований показало хорошую внутреннюю согласованность теста, подтвержденную методом расщепления или методом автономных частей [16]. По результатам проведенного анализа специфичность шкалы BDI можно оценить как высокую и очень высокую. В то время как чувствительность данной методики была более вариабельна по разным данным. Так, в исследовании, проведенном в Китае, шкала показала высокую чувствительность [44], в Южном Уэльсе — среднюю [38], в Канаде — низкую [53]. Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР) данной шкалы во всех вышеуказанных исследованиях также была низкой.

Шкала послеродовой депрессии Бромлей (BPDS; Stein and Van den Akker, 1992). BPDS была разработана для оценки как настоящих, так и прошедших эпизодов послеродовой депрессии.

* Чувствительность: доля позитивных результатов теста в группе (в популяции) больных пациентов. Специфичность: доля негативных результатов теста в группе здоровых пациентов. Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР) определяет долю обследованных женщин, имеющих реальный положительный результат по изучаемому тесту среди общего количества испытуемых, имеющих положительный результат (Fletcher et al., 1996).

| Таблица 1. Вошедшие в анализ исследования | | | | |
|---|---|-----------------------|--|---|
| Исследование | Страна | Количество испытуемых | Послеродовой период | Шкалы |
| Affonso et al., 2000 | США, Италия, Швеция, Финляндия, С. Корея, Тайвань, Индия, Австралия | 892 | 4–6 недель, 10–12 недель | BDI, EPDS |
| Aydin et al., 2004 | Турция | 341 | Через 1 год после родов | EPDS, SCID-I-DSM-IV |
| Ballard et al., 1994 | Великобритания | 200 | 6 недель, 6 месяцев | Psychiatric Assessment Interview, EPDS |
| Barnett et al., 1999 | Австралия | 379 | 2-й триместр беременности, 6 недель, 6 месяцев | EPDS, DIS, GHQ 30 |
| Beck et al., 2003 | США | 30 | 2–26 недель | PDSS |
| Beck and Gable, 2000 | США | 525 | 1–23 недели | PDSS |
| Beck and Gable, 2001a | США | 150 | 2–12 недели | SCID, BDI-II, EPDS, PDSS |
| Beeghly et al., 2003 | США | 163 | 3, 6, 12, 18 месяцев | CES-D, BSI |
| Beeghly et al., 2002 | США | 106 | 2, 3, 6, 12 месяцев | DIS-III-R, CES-D |
| Benvenuti et al., 1991 | Италия | 113 | 8–12 недель | MINI DSM-III-R, EPDS |
| Berle et al., 2003 | Норвегия | 411 | 6–12 недель | EPDS, MINI, MADRS, HADS, BDI |
| Boyce et al., 1993 | Австралия | 103 | 2–29 недель | EPDS, GHQ-30, Pitt Scale, DIS-DSM-III-R |
| Campbell and Cohn, 1991 | США | 1033 | 6–8 недель | SADS, CES-D |
| Condon and Corkingdale, 1997 | Австралия | 202–212 | 4 недели; 4 недели и 8 месяцев | EPDS, HADS, POMS, Zung SDS |
| Eberhard-Gran et al., 2001a – Review Eberhard-Gran et al., 2001b | Норвегия | 310 | 6–10 недель | EPDS, SCL-25, PRIME-MDDSM-IV, MADRS |
| Fuggle et al., 2002 | Великобритания | 48 | 8–12 недель | EPDS, GHQ-28 |
| Garcia-Esteve et al., 2003 | Испания | 1201 | 6 недель | EPDS, SCID DSM-III-R |
| Harris et al., 1989 | Великобритания | 147 | 6 недель | psychiatric interview-DSM-III, BDI, EPDS, Raskin, MADRS |
| Hopkins et al., 1989 | США | 49 | 6 недель | SADS with RDC, BDI |
| Huffman et al., 1990 | США | 62 | 12 недель | BDI |
| Jarjoura и O'Hara, 1987 | США | 75 | 3, 6, 9, 24 недели | BDI, RDC |
| Kitamura et al., 1994 | Япония | 120 | 1 месяц | SADS с RDC, Zung SDS, GHQ-30 |
| Lee et al., 1998 | Гонконг | 220 | 6 недель | GHQ-12, EPDS, BDI, SCID-DSM-III-R |
| Lee et al., 2001 | Гонконг | 145 | 6 недель | GHQ-12, EPDS, BDI, SCID-DSM-III-R |
| Matthey et al., 2001 | Австралия | 230–238 | 6–7 недель | EPDS, DIS-DSM-IV |
| Muzik et al., 2000 | Австралия | 50 | 3, 6-й месяцы | SCID-DSM-III-R, EPDS, Zung SDS, SCL-90 |
| Nott and Cutts, 1982 | Великобритания | 212 | 8–14 недель | Clinical Interview Schedule, GHQ-12, 28, 30 |
| Pop et al., 1992 | Нидерланды | 293 | 4 недели | EPDS, Zung, DACL, BDI, SCL-90 |
| Regmi et al., 2002 | Непал | 100 | 2–3-й месяц | EPDS, MINI |
| Stein и van den Akker, 1992 | Англия | 165 | До родов, 6 месяцев | BPDS, Dunedin Scale |
| Stuart et al., 1998 | США | 107 | 30 недель | BDI, BAI, EPDS, STAI |
| Sugawara et al., 1999 | Япония | 120 | 1, 6, 12, 18 месяцев | SADS с RDC, Zung SDS |
| Whiffen, 1988 | Канада | 120 | 6–8 недель | SADS с RDC, BDI |
| Yonkers et al., 2001 | США | 802 | 3–5 недель | EPDS, IDS, SCID-DSM-IV |
| Werrett and Clifford (2006) | США | 23 | 2 месяца | EPDS |
| Clarke (2008) | Канада | 103 | 2 месяца | EPDS, PDSS |

Таблица 2
Показатели надежности изучаемых шкал

| Шкала | Внутренняя согласованность | Ретестовая надежность | Метод расщепления |
|----------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| BDI | 0.69 [16] | 0.52–0.70 [16,51] | 0.86 -0.93[16] |
| BDI - II | 0.91 [23, 25] | - | - |
| BPDS | - | 0.80 [50] | - |
| CES-D | 0.82 [26] | 0.61-0.62 [26, 27] | - |
| EPDS | 0.73–0.87 [16, 17, 28, 29, 34, 35, 36, 48] | 0.53–0.74 [16, 17, 28, 34, 35, 51] | 0.73–0.83 [16, 17, 28, 34, 35, 48] |
| GHO | - | - | - |
| IDS | - | - | - |
| PDSS | 0.99 [21, 22, 25] | - | - |
| Zung SDS | 0.81 [52] | - | - |

Таблица 3
Чувствительность, специфичность и положительное значение прогностического результата

| Шкала | Средний балл (cut-off) | Чувствительность | Специфичность | ПЦПР |
|----------|---------------------------------------|---|---|--|
| BDI | 9–11 [38, 44, 53] | 47,6–82 % [38, 44, 53] | 85.9–89 % [38, 44, 53] | 34–53 % [38, 44, 53] |
| BDI - II | 20 [23] | 56–57 % [21] | 97–100 % [23] | 74–100 % [23] |
| BPDS | - | 62 % [50] | 94 % [50] | 61 % [50] |
| CES-D | 16 [32] | 60 % [32] | 92 % [32] | 53 % [32] |
| EPDS | 8–15 [17, 19, 23, 44, 45, 46, 49, 54] | 59–100 % [17, 19, 23, 44, 45, 46, 49, 54] | 49–100 % [17, 19, 23, 44, 45, 46, 49, 54] | 19–92 % [17, 19, 23, 44, 45, 46, 49, 54] |
| EPDS* | 11 | 75% | 68% | 26% |
| GHO | 4–8 [42, 43, 44] | 50–88 % [42, 43, 44] | 84–89 % [42, 43, 44] | 32–54 % [42, 43, 44] |
| IDS | 18 [54] | 95 % [54] | 88 % [54] | 54 % [54] |
| PDSS | 80 [23, 25] | 91–94 % [23, 25] | 72–98 % [23, 25] | 33–88 % [23, 25] |
| Zung SDS | 9/10–29/30–60 [42, 46] | 45–89 % [42, 46] | 77–88 % [42, 46] | 36–37 % [42, 46] |

ПЦПР рассчитывалась с учетом распространенности ПРД 13 %

*Результаты, полученные в НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Таблица 4
Конкурентная валидность

| Шкалы | BDI | BDI-II | CES-D | EPDS | GHO | Zung SDS |
|----------|--|---------------|----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| EPDS | 0.59–0.78 [16, 29, 35, 38, 43, 44, 48] | 0.82 [23, 25] | - | - | 0.42–0.61 [30, 36, 43, 44] | 0.57–0.71 [33, 48] |
| GHO | 0.63 [44] | - | - | 0.42–0.61 [30, 36, 43, 44] | - | - |
| PDSS | - | 0.81 [23, 25] | - | 0.79 [23,25] | - | - |
| Zung SDS | - | - | - | 0.57–0.71 [33, 48] | - | - |
| SCL-90 | - | - | 0.58–0.70 [27] | 0.60 [48] | - | - |
| MADRS | 0.61 [38] | - | - | 0.79–0.80 [29, 35] | - | - |
| HADS | - | - | - | 0.57–0.65 [29, 33] | - | 0.63–0.68 [33] |
| HAMD | - | - | - | 0.72 [29] | - | - |

Шкала состоит из десяти пунктов и графика, наглядно иллюстрирующего разные этапы депрессивного состояния: когда началась депрессия, как долго продолжалась и в какой момент самочувствие было наихудшим. Шкала уникальна тем, что позволяет женщинам описать свое состояние как в период беременности, так и в послеродовом периоде, включая как настоящие роды, так и все бывшие ранее. Что позволяет проследить историю заболевания. Но использование шкалы BPDS требует специального обучения [50]. Кроме того, данная шкала была разработана в Великобритании и доступна только на английском языке. Также не все психометрические параметры данной шкалы были опубликованы. BPDS показала высокую устойчивость результатов теста или ретестовую надежность, но данные о надежности (внутренней согласованности) теста не были опубликованы. Методика показала умеренные чувствительность, положительное прогностическое значение и высокую специфичность. Валидность шкалы не была проверена в сравнении с другими тестовыми методиками. По мнению ряда авторов, BPDS основана на критериях DSM-III и не является «золотым» стандартом скринингового инструмента.

Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) — состоит из 20 пунктов, измеряющих депрессивные нарушения, отмечающиеся у обследуемых за последние семь дней. Общий балл по данной шкале от 0 до 60 отражает уровень депрессии. Шкала CES-D была разработана для эпидемиологических исследований депрессии, широко используется и переведена на многие языки. В ряде исследований CES-D использовалась для определения симптомов депрессии в послеродовом периоде. Тем не менее применение данной методики в послеродовом периоде недостаточно изучено, в литературе опубликовано мало данных о психометрических характеристиках данной шкалы. Одно исследование показало, что CES-D обладает высокой надежностью — внутренней согласованностью [26]. Тем не менее устойчивость результатов теста или ретестовая надежность CES-D была умеренной [26]. В некоторых исследованиях CES-D показала умеренную чувствительность и ПЦПР, но высокую специфичность [32]. CES-D умеренно коррелирует с другими самоопросниками депрессии. Шкала удобна для больших эпидемиологических исследований. Но при использовании данного инструмента для скрининга послеродовой депрессии вероятные потери могут составить до 40 %.

Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS; Cox et al., 1987) является наиболее широко используемым скрининговым инструментом послеродовой депрессии. Относительно недавно проведенный Matthey анализ (2009) эффективности использования EPDS как скринингового инструмента послеродовой депрессии выявил ряд методических неточностей. Частично выявленные ошибки объяснялись неточностью трактовки ряда формулировок данного самоопросника. Matthey в своем исследовании определил точность исполь-

зования EPDS равной 50 %. В данной работе мы попытались оценить полезность EPDS в качестве скринингового инструмента ПРД.

EPDS изучает эмоциональные и когнитивные симптомы послеродовой депрессии. Из данной шкалы целенаправленно исключены соматические симптомы депрессии, т. к. исследование соматических симптомов в послеродовом периоде малоинформативно. Шкала состоит из 10 пунктов, каждый пункт оценивается в баллах (от 0 до 3). EPDS была переведена на множество языков, в том числе голландский [28], китайский, вьетнамский [19], испанский [37], финский, португальский, итальянский [28], арабский, шведский, турецкий [17]. Эберхард-Гран с коллегами (2001) провели систематический обзор 18 исследований эффективности EPDS, опубликованных в период с 1987 по сентябрь 2000 г. Во всех исследованиях EPDS показала средние и высокие результаты ретестовой надежности. Результаты исследования Эберхард-Гран выявили широкий диапазон чувствительности и специфичности данной шкалы, что, возможно, связано с погрешностями методологии. Авторы пришли к выводу, что при распространенности ПРД 13 % в общей популяции положительное прогностическое значение EPDS составляет менее 50 %, а также отмечается большее количество ложноположительных результатов. В нашем исследовании прогностическая ценность положительного результата была менее 50 % (26 %). Чувствительность шкалы по полученным нами данным была достаточно высокой и составила 75 %. В то же время специфичность данной методики была относительно невысокой — 68 %. Следует отметить, что во всех исследуемых случаях выраженность депрессивной симптоматики была легкой. Также большинство авторов отмечают, что чувствительность и положительное значение прогностического результата EPDS, как правило, ниже при использовании шкалы для определения «малой» депрессии [17, 23, 24, 45], чем для выявления «большого» депрессивного расстройства [23, 24, 29]. Положительное прогностическое значение было выше в тех исследованиях, которые не брали за основу уровень распространенности послеродовой депрессии 13 % [34, 35]. Значения ПЦПР расходились в различных исследованиях из-за различий в значениях распространенности и оценочных баллах послеродовой депрессии. Для разных стран (культурных групп) приняты разные значения среднего балла по EPDS. Так, Barnett et al., 1999, определили, что для группы женщин из Вьетнама и Австралии средний балл по EPDS был 14–15 по сравнению с женщинами из групп с английским и арабским языками, в которых средний балл был 9–10 [19]. EPDS показала высокий уровень корреляции с другими шкалами депрессии. В то же время со шкалами тревоги уровень корреляции EPDS в разных исследованиях был от низкого до умеренного [60].

The General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, 1972). Опросник был первоначально разработан для выявления распространенности пси-

хических заболеваний среди всех амбулаторно наблюдаемых пациентов. Опросник состоит из четырех подшкал: подшкалы депрессии, соматических симптомов, подшкалы тревоги/бессонницы и нарушений социального функционирования. Каждый пункт оценивается как 0 или 1. Существуют различные версии опросника, состоящие из 12, 28, 30 или 60 пунктов. Опросник был переведен на многие языки: японский [42], арабский, вьетнамский, китайский. Для выявления послеродовой депрессии наиболее чувствительной и специфичной считается 12-пунктная GHQ [62]. Несмотря на то что данная шкала является распространенным диагностическим инструментом депрессии, коэффициенты надежности для ПРД не приводятся в литературе. За все время было опубликовано только три исследования относительно эффективности применения GHQ в послеродовом периоде [42, 44, 62]. В этих исследованиях GHQ показала от низкой до средней степени корреляции с EPDS и BDI. А также невысокие чувствительность, специфичность и ПЦПР данной методики при обследовании женщин с послеродовой депрессией.

The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS; Rush et al., 1986), состоящий из 28 пунктов самоопросник оценки депрессии, в том числе депрессивных симптомов, отвечающих DSM-IV MDD критериям. Шкала редко используется для определения депрессии в послеродовом периоде. По данным опубликованного в 2001 г. исследования Yonkers с соавторами, IDS показала хорошие чувствительность, специфичность и умеренное положительное прогностическое значение [54]. Данные относительно надежности и конкурентной валидности данной шкалы не были опубликованы. Для обоснованного применения IDS как скринингового инструмента послеродовой депрессии в настоящее время недостаточно данных, необходимо проведение дополнительных исследований.

Скрининговая шкала послеродовой депрессии. (The Postpartum Depression Screening Scale — PDSS; Beck and Gable, 2000, 2001). Шкала состоит из 35 пунктов и учитывает семь параметров специфичных для послеродового периода: нарушения сна — питания, тревога — отсутствие чувства безопасности, эмоциональная лабильность, когнитивные нарушения, потеря своего я, вина — стыд, мысли о причинении вреда. Шкала выполнена в форме самоопросника, каждый пункт оценивается от 1 до 5 баллов. PDSS доступна на английском и испанском языках [21]. В разных исследованиях шкала показала высокую внутреннюю согласованность. Меньше данных приводится о ретестовой надежности. Ни один из опубликованных обзоров не содержит информации о протоколах исследований, данных о ретестовой надежности. PDSS показала хорошие чувствительность и специфичность для выявления депрессии, соответствующей критериям малого депрессивного расстройства по DSM-IV. Также PDSS продемонстрировала достаточно хороший уровень корреляции с BDI-II и EPDS. Шкала анализировалась в основном в

Америке и Великобритании, в связи с чем необходимо проведение дальнейших исследований для определения транскультуральных особенностей ее применения.

Шкала самооценки депрессии Цунга (The Zung Self-Rating Depression Scale — SDS; Zung, 1965). Шкала состоит из 20 пунктов, каждый оценивается от 1 до 4 баллов по типу шкалы Лайкерта. Диапазон распределения баллов по SDS составляет от 20 до 80 баллов. Японская версия имеет от 0 до 60 баллов [42]. SDS переведена на множество языков, шкала использовалась для выявления депрессии в послеродовом периоде у женщин в Австралии, Японии, Нигерии, Австрии [33, 42, 46]. Внутренняя согласованность в большинстве исследований была хорошей. Ретестовая надежность не публиковалась. При проведении исследования в Японии отмечались хорошая специфичность, но низкая чувствительность и ПЦПР [42]. В австрийском исследовании SDS показала хорошую чувствительность, умеренную специфичность и низкую ПЦПР [46]. Уровень корреляции шкалы депрессии Цунга с другими самоопросниками депрессии также был умеренным. Учитывая все вышеперечисленное, данная шкала не может считаться предпочтительным инструментом для скрининга.

Обсуждение

Это исследование показывает сложность выбора шкалы для выявления послеродовой депрессии. Только три шкалы были специально разработаны для определения симптомов послеродовой депрессии: EDDS, BPDS и PDSS, в то время как остальные шкалы измеряют общие симптомы депрессии. Все рассмотренные методики были достаточно простыми и не занимали много времени для заполнения. BDI-II, CES-D и PDSS продемонстрировали высокие показатели внутренней согласованности и, соответственно, надежности. Но следует отметить, что большинство исследований, в которых рассматривались данные шкалы, были короткими и проводились в небольших группах. EPDS показала от умеренного до хорошего уровня надежности (внутренней согласованности), а также хорошие показатели надежности полученные методами расщепления и ретестовой надежности. Для отбора скринингового инструмента критичными являются показатели чувствительности и прогностической ценности положительного результата. По полученным данным только две шкалы имели высокую чувствительность: PDSS и IDS. Указания на высокую чувствительность этих шкал были приведены только в трех изучаемых исследованиях [23, 25, 54] и не могут быть расценены как достаточно достоверные. Наиболее высокий показатель по прогностическому значению положительного результата был у BDI-II [23]. В этом же исследовании хорошее значение ПЦПР было получено для PDSS. Основным недостатком большинства рассмотренных шкал были невысокие чувствительность и положительное прогностическое значение (например, для BDI, EPDS, GHQ и Zung). Соответственно, следует

предположить, что при использовании эти шкал будут как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Следует отметить, что данная проблема свойственна всем самоопросникам в целом [65]. Большинство шкал, рассматриваемых в данном исследовании, имеют хорошие показатели конкурентной валидности с другими методиками определения депрессии. BDI и EPDS также имеют хороший уровень корреляции со шкалами тревоги, что важно, учитывая тот факт, что тревога является одним из основных симптомов послеродовой депрессии [66]. Выбор скринингового инструмента, как мы уже отмечали, является сложной задачей. В связи с этим важно рассмотреть результаты тех исследований, которые попытались оценить эффективность и полезность совместного применения разных шкал. Так, при совместном использовании GHO-12 и EPDS эффективность обеих шкал была выше по сравнению с применением их по отдельности [44]. Также одновременное применение нескольких шкал увеличивало время и трудозатраты исследования, что нежелательно для проведения исследований в послеродовом периоде. Поэтому всегда предпочтительно использование для скрининга минимального количества шкал. Также способствует проведению более эффективной диагностики определение групп риска по возникновению послеродовой депрессии.

Как показал обзор различных исследований, наиболее изученной и доступной для применения на разных языках является шкала EPDS. К тому же данная методика имеет достаточно хорошие показатели чувствительности и специфичности, что подтверждалось при проведении исследования у российских женщин. В нашем исследовании чувствительность и специфичность данной шкалы имели умеренное и хорошее значение. В то же время ПЦПР была достаточно невысокой, что, возможно, связано с малой выраженностью депрессивной симптоматики в изучаемой группе и требует дальнейшего изучения. Также достаточно перспективным видится применение PDSS и BPDS.

Другим важным вопросом является выбор оптимального времени для проведения исследования. Как упоминалось ранее, согласно критериям DSM-IV послеродовой считается депрессия, развивающаяся в первые четыре недели после родов. У большинства женщин (до 85 %) отмечают явления послеродового блюза. Данное состояние является преходящим и не считается отклонением от нормы [47]. Проведение

диагностики оправдано начиная со второй недели после родов. На более ранних сроках результаты будут недостоверными [67]. В ряде научных работ исследователи изучали послеродовой период до 18-го месяца после родов [16, 68, 27, 52]. Было отмечено, что со временем уменьшается количество общесоматических симптомов послеродовой депрессии и, соответственно, на более поздних сроках может быть использован более широкий спектр диагностических методик. В целом целесообразным представляется проведение диагностического исследования начиная со второй недели после родов и далее на разных этапах послеродового периода.

Не менее важен вопрос оценки результатов, полученных в интернациональных межкультуральных исследованиях. В частности, при проведении исследований в Австралии и Европе средний балл по EPDS и BDI был существенно ниже по сравнению с данными, полученными в Азии и Южной Америке, где средний балл по изучаемым шкалам был максимально высоким [16]. Также могут различаться данные, полученные у женщин из разных культурных групп в одной стране. Это делает необходимым установление оценочных норм для каждой страны [17, 49].

В целом, сравнивая полезность применения различных психометрических шкал для скрининга послеродовой депрессии, можно отметить более высокие показатели надежности шкал специально разработанных для скрининга ПРД (EPDS, PDSS, BPDS) по сравнению со шкалами, традиционно применяемыми для диагностики депрессивной симптоматики. Особенно если речь идет о диагностике на ранних сроках послеродового периода. Со временем, по мере уменьшения влияния родов и связанных с этим физиологических изменений в организме женщины, список диагностических инструментов расширяется. Показатели эффективности методик как специфичных для послеродового периода, так и не специфичных становятся вполне сопоставимыми. Каждая из перечисленных выше шкал имела как свои достоинства, так и недостатки. «Золотого стандарта» диагностики послеродовой депрессии сегодня не существует.

В настоящее время сохраняется необходимость проведения дополнительных исследований, направленных на изучение клинических особенностей, нозологической принадлежности депрессивной симптоматики в послеродовом периоде и разработку комплексных подходов к диагностике послеродовой депрессии.

Литература

1. Milgrom J., Gemmill A.W., Bilszta J.L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., Ericksen J., Ellwood D., Buist A., 2008. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J. Affect. Disord.* 108 (1-2), p. 147-157.
2. Field T. (1997). *The treatment of depressed mothers and their infants*. In: Murray E.L., Cooper P.J. (eds). *Postpartum depression and child development*. Guilford Press, New York, p. 221-236.
3. Teti D.M., Gelfand D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev.* 62, p. 918-929.

4. O'Hara M.W., 2009. Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65, p. 1258–1269.
5. Josefsson A., Berg G., Nordin C., Sydsjo G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80, p. 251–255.
6. Murray L., Sinclair D., Cooper P., Ducournau P., Turner P., Stein A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 40, p. 1259–1271.
7. American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision 4th edn.* American Psychiatric Association, Washington DC.
8. Brockington I., 2004. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, p. 363, 303–310.
9. Whiffen V.E. (1991). The comparison of postpartum with non-postpartum depression: a rose by any other name. *J Psychol Neuros*, 16, p. 160–165.
10. Yonkers K.A., Vigod S., Ross L.E., 2011. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstetrics and Gynecology*, 117, p. 961–977.
11. Chessick C.A., Dimidjian S., 2010. Screening for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 13, p. 233–248.
12. Munoz R.F., Le H.N., Ghosh Ippen C (2000). We should screen for major depression. *Appl Prev Psychol*, 9, p. 123–133.
13. Chabrol H., Teissedre F., Saint-Jean M., Teisseyre N., Roge B., Mullet E. (2002). Prevention and treatment of postpartum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med*, 32, p. 1039–1047.
14. Anastasi A. (1988). *Psychological testing*, 6th edn. Macmillan, New York.
15. Myers K., Winters N.C. (2002). Ten-year review of rating scales. I: overview of scale functioning, psychometric properties, and selection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, p. 114–122.
16. Affonso D.D., De A.K., Horowitz J.A., Mayberry L.J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res*, 29, p. 207–216.
17. Aydin N., Inandi T., Yigit A., Hodoglugil N.N.S. (2004). Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol*, 39, p. 483–486.
18. Ballard C.G., Davis R., Cullen P.C., Mohan R.N. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*, 164, p. 782–788.
19. Barnett B., Matthey S., Gyaneshwar R. (1999). Screening for postnatal depression in women of non-English speaking background. *Arch Womens Ment Health*, 2, p. 67–74.
20. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, p. 561–571.
21. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*, Psychological Corporation, San Antonio TX. Beck CT, Bernal H, Froman RD (2003) *Methods to document semantic equivalence of a translated scale.* *Res Nurs Health*, 26, p. 64–73.
22. Beck C.T., Gable R.K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res*, 49, p. 272–282.
23. Beck C.T., Gable R.K. (2001a). Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nurs Res*, 50, p. 242–250.
24. Beck C.T., Gable R.K. (2001b). Ensuring content validity: an illustration of the process. *J Nurs Meas*, 9, p. 201–215.
25. Beck C.T., Gable R.K. (2001c). Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nurs Res*, 50, p. 155–164.
26. Beeghly M., Olson K.L., Weinberg M.K., Pierre S.C., Downey N., Tronick E.Z. (2003). Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in black mothers during the first 18 months postpartum. *Maternal Ch Health J*, 7, p. 157–168.
27. Beeghly M., Weinberg M.K., Olson K.L., Kernan H., Riley J., Tronick E.Z. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *J Affect Dis*, 71, p. 169–180.
28. Benvenuti P., Ferrara M., Niccolai C., Valoriani V., Cox J.L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Dis*, 53, p. 137–141.
29. Berle J.O., Aarre T.F., Mykletun A., Dahl A.A., Holsten F. (2003). Screening for postnatal depression: validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Dis*, 76, p. 151–156.
30. Boyce P., Stubbs J., Todd A. (1993). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample. *Aus NZ J Psychiatry*, 27, p. 472–476.
31. Boyd R.C., Pearson J.L., Blehar M.C. (2002). Prevention and treatment of depression in pregnancy and the postpartum period—summary of a maternal depression roundtable: a U.S. perspective. *Arch Womens Ment Health*, 4, p. 79–83.
32. Campbell S.B., Cohn J.F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Ab Psychol*, 100, p. 594–599.
33. Condon J.T., Corkindale C.J. (1997). The assessment of depression in the postnatal period: a comparison of four self-report questionnaires. *Aus NZ J Psychiatry*, 31, p. 353–359.
34. Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Opjordsmone S., Samuelson S.O. (2001a). Review of the validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 104, p. 243–249.
35. Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Schei B., Opjordsmoen S. (2001b). The Edinburgh Postnatal

- Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. *Nordic J Psychiatry*, 55, p. 113–117.
36. Fuggle P., Glover L., Khan F., Haydon K. (2002). Screening for postnatal depression in Bengali women: preliminary observations from using a translated version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *J Reprod Inf Psychol*, 20, p. 71–82.
 37. Garcia-Esteve L., Ascaso C., Ojuel J., Navarro P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Dis*, 75, p. 71–76.
 38. Harris B., Huckle P., Thomas R., Johns S., Fung H. (1989). The use of rating scales to identify post-natal depression. *Br J Psychiatry*, 154, p. 813–817.
 39. Hopkins J., Campbell S.B., Marcus M. (1989). Postpartum depression and postpartum adaptation: overlapping constructs? *J Affect Dis*, 17, p. 251–254.
 40. Huffman L.C., Lamour M., Byran Y.E., Pederson F.A. (1990). Depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period: is the Beck Depression Inventory applicable? *J Reprod Inf Psychol*, 8, p. 87–97.
 41. Jarjoura D., O'Hara M.W. (1987). A structural model for postpartum responses to the somatic and cognitive items on the Beck Depression inventory. *J Psychopat Beh Assess* 9, p. 389–402.
 42. Kitamura T., Shima S., Sugawara M., Toda M.A. (1994). Temporal variation of validity of self-rating questionnaires: repeated use of the general health questionnaire and Zung's self-rating depression scale among women during antenatal and postnatal periods. *Acta Psychiatr Scand*, 20, p. 446–450.
 43. Lee D.T.S., Yip S.K., Chiu H.F.K., Leung T.Y.S., Chan K.P.M., Chau I.O.L., Leung H.C.M., Chung T.K.H. (1998). Detecting postnatal depression in Chinese women: validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 172, p. 433–437.
 44. Lee D.T.S., Yip A., Chiu H., Leung T., Chung T. (2001). Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory? *J Affect Dis*, 63, p. 233–238.
 45. Matthey S., Barnett B., Kavanagh D.J., Howie P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Dis*, 64, p. 175–184.
 46. Muzik M., Klier C.M., Rosenblum K.L., Holzinger A., UmekW., Katschnig H. (2000). Are commonly used self-report inventories suitable for screening postpartum depression and anxiety disorders? *Acta Psychiatr Scand*, 102, p. 71–73.
 47. O'Hara M.W. (1987). Post-partum blues, depression and psychosis: a review. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 7, p. 205–227.
 48. Pop V.J., Komproe I.H., van Son M.J. (1992). Characteristics of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Netherlands. *J Affect Dis*, 26, p. 105–110.
 49. Regmi S., Sligl W., Carter D., Grut W., Seear M. (2002). A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Tropical Med Int Health*, 7, p. 378–382.
 50. Stein G., Van den Akker O. (1992). The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. *J Psychosom Res*, 36, p. 67–75.
 51. Stuart S., Couser G., Schilder K., O'Hara M.W., Gorman L. (1998). Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis*, 186, p. 420–424.
 52. Sugawara M., Sakamoto S., Kitamura T., Toda M.A., Shima S. (1999). Structure of depressive symptoms in pregnancy and the postpartum period. *J Affect Dis*, 54, p. 161–169.
 53. Whiffen V.E. (1988). Screening for postpartum depression: a methodological note. *J Clin Psychol*, 44, p. 367–371.
 54. Yonkers K.A., Ramin S.M., Rush A.J., Navarrete C.A., Carmody T., March D., Hearwell S.F., Leveno K.J. (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry*, 158, p. 1856–1863.
 55. Werrett J., Clifford 2006. Validation of a Punjabi version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Int. J. Nurs. Stud.* 43, p. 227–236.
 56. Troutman B.R., Cutrona C.E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Ab Psychol*, 99, p. 69–78.
 57. US Department Health Human Services (2000) *Healthy People 2010*. 2nd edn. With understanding and improving health and objectives for improving health, 2 vols. Washington, DC: US Government Printing Office. Retrieved November 1, 2002, from <http://www.census.gov/populations/www/cen2000/briefs.html>.
 58. Radloff L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *App Psychol Meas*, 1, p. 385–401.
 59. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, p. 782–786.
 60. Brouwers E.P.M., van Baar A.L., Pop V.J.M. (2001). Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? *J Psychosom Res*, 51, p. 659–663.
 61. Goldberg D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*, vol. 21, Oxford University Press, Oxford.
 62. Nott P.N., Cutts S. (1982). Validation of the 30-item General Health Questionnaire in postpartum women. *Psychol Med*, 12, p. 409–413.
 63. Rush A.J., Giles D.E., Schlessler M.A., Fulton C.L., Weissenburger J.E., Burns C.T. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Res*, 18, p. 65–87.
 64. Zung W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12, p. 63–70.
 65. Coyne J.C., Thompson R., Palmer S.C., Kagee A., Maunsell E. (2000). Should we screen for depres-

- sion? Caveats and potential pitfalls. *App Prev Psychol*, 9, p. 101–121
66. Heron J., O'Connor T.G., Evans J., Golding J., Glover V. (2004). *The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Dis*, 80, p. 65–73.
67. Lee D.T.S., Yip A.S., Chan S.M., Tsui M.H.Y., Wong W.S., Chung T.K. (2003). *Postdelivery screening for postpartum depression. Psychosom Med*, 65, p. 357–361.
68. Areias M.E.G., Kumar R., Barros H., Figueiredo E. (1996). *Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Portuguese mothers. Br J Psychiatry*, 169, p. 30–35.

Сведения об авторах

Мазо Галина Элевна, д. м. н., ведущий научный сотрудник отделения биологической терапии психически больных, руководитель группы эндокринологической психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: galina-mazo@yandex.ru

Вассерман Людвиг Иосифович, д. м. н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии психологического факультета Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: psy-lab@inbox.ru

Шаманина Мария Валерьевна, м. н. с. отделения биологической терапии психически больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: shamaninamv@list.ru