

изменениями коннективности миндалевидного тела новорожденных⁸. Гипотетическими опосредующими факторами последствий ранней травмы являются факторы, связанные с иммунной системой и системой воспаления.

Если мы сможем помочь снижению стресса у беременных, мы сможем предотвратить некоторые нарушения нервного развития у детей. Психиатры обучены диагностировать психические расстройства, и диагноз, безусловно, важен для выбора лечения и прогноза. Но в некоторых случаях важно не ограничиваться конкретными диагнозами, и стресс во время беременности один из них.

Предпринимались попытки по-новому взглянуть на психическое здоровье. Одна из них – разработка исследовательских критериев доменов (Research Domain Criteria, RDoC). Этот проект предлагает новую базу для формирования эмпирически обоснованных теорий о психологических механизмах, которые могут быть целью терапевтического вмешательства. Такой подход был бы идеальным, если бы у нас был биологический тест, позволяющий определить, нанесет ли негативное влияние в отношении беременной вред плоду, а затем ребенку. У нас пока нет такого теста. Мы слишком мало знаем о том, какие биологические изменения у матери опосредуют воздействие на плод.

Но все же мы можем помочь. Во время беременности почти все женщины контактируют с медицинскими работниками, играющими важную роль в оказании помощи как женщине, так и ее будущему ребенку. Системы здравоохранения в разных странах разли-

чаются. Но психиатры могут вынести на обсуждение вопрос о необходимости выявления и устранения широкого спектра различных типов стресса. Сами женщины считают это важным. При участии в опросе женщины отметили «стресс во время беременности» как тему, требующую повышенного внимания со стороны ученых с точки зрения влияния на развитие ребенка, в большей степени, чем другие, такие как питание или привязанность к младенцу⁹, хотя авторы этого исследования предупреждали об опасности тревоги у беременных как легком или умеренном стрессовом факторе.

Таким образом, медицинским работникам, осуществляющим уход за беременными, целесообразно изучить аспекты их психического благополучия, которые могут быть источником стресса. Как складываются отношения с партнером? Страдали ли они от жестокого обращения в раннем возрасте или других неблагоприятных детских переживаний? Есть ли у них особые опасения по поводу исхода беременности? Испытывали ли они какие-либо другие серьезные стрессы, например, пожар, наводнение, серьезные проблемы с деньгами или жильем? Эти вопросы обычно не задаются и не ведут к постановке конкретного диагноза. Но с целью оказания помощи беременным и предотвращения неблагоприятных исходов для детей, нам, возможно, придется по-новому взглянуть на перинатальное психическое здоровье во время беременности.

Также может потребоваться иная помощь в дополнение к лекарствам и разговорной терапии, например, поддерж-

ка в отношениях с партнером. Часто отец ребенка является основным источником стресса, но он также может быть и опорой. Может понадобиться помощь в решении бытовых проблем, например, жилищных, или содействие созданию более крепкого или более поддерживающего социального окружения.

Роль психиатров и всех тех, кто заботится об эмоциональном благополучии женщин в перинатальном периоде и о будущем ребенке, гораздо больше, чем просто лечение диагностированных психических расстройств.

Vivette Glover

Imperial College London, London, UK

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е.

(Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Библиография

1. Howard L, Khalifeh H. *World Psychiatry* 2020;19:313-27.
2. Glover V. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:25-35.
3. Glover V, O'Donnell KJ, O'Connor TG et al. *Dev Psychopathol* 2018;30:843-54.
4. Guo C, He P, Song X et al. *Br J Psychiatry* 2019; 215:730-5.
5. Moog NK, Entringer S, Rasmussen JM et al. *Biol Psychiatry* 2018;83:120-7.
6. Glover V. *Adv Neurobiol* 2015;10:269-83.
7. Osborne S, Biaggi A, Chua TE et al. *Psychoneuroendocrinology* 2018;98:211-21.
8. Graham AM, Rasmussen JM, Entringer S et al. *Biol Psychiatry* 2019;85:172-81.
9. Bleker LS, De Rooij SR, Roseboom TJ. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:2301.

DOI:10.1002/wps.20777

Поддержка психологического благополучия в перинатальном периоде: чему мы можем научиться благодаря беременным?

Alderdice F. Supporting psychological well-being around the time of birth: what can we learn from maternity care? *World Psychiatry*. 2020;19(3):332-333.

Раннее выявление и лечение перинатальных психических нарушений у женщин, ранее не имевших психических расстройств, в значительной степени зависит от специалистов здравоохранения в сфере охраны материнства и первичной медико-санитарной помощи¹. Есть свидетельства того, что несмотря на желание предложить психиатрическую помощь, многие медицинские работники зачастую чувствуют себя неуверенно и плохо подготовленными для выявления проблем психического здоровья у женщин и оказания им помощи².

Хотя обучение и четко описанные способы оказания помощи, несомненно, способствовали бы повышению профессиональной уверенности в лечении перинатальных психических расстройств, существуют некоторые особенности контекста охраны материнства, которые следует учитывать при оптимизации перинатальной психиатрической помощи: а) основной упор должен быть сделан на поддержание здоровья, а не лечения болезней; б) необходимо различать проявления, связанные с беременностью

или родами, и психические нарушения.

Краткий обзор сферы охраны материнства второй половины 20-го века приводит к выводу, что основное внимание уделяется поддержанию здоровья. Количество больничных родов в Великобритании выросло с немногим более 60% в 1960 г. до 96% к 1990 г. Также произошли изменения и в том, как женщины рожают. Самопроизвольные роды в 1960-е годы были нормой, при этом показатель индукции составлял всего 8%. К 1974 г. уровень

индукции в родах вырос до 39%³. Растущая тенденция к акушерским вмешательствам на международном уровне была очевидна и стала движущей силой перемен в 1990-х годах. В 1990 г. Всемирная организация здравоохранения выпустила «Оказание помощи при нормально протекающих родах: практическое руководство» (Care in Normal Birth: A Practical Guide). В 1993 г. в Великобритании стартовала инициатива Changing Childbirth, а в 1996 г. в Северной Америке – Friendly Childbirth Initiative. В основе обеих лежат принципы расширения прав и возможностей женщин, автономия в процессе родов, если это не приносит вред. Сегодня эти принципы остаются краеугольным камнем оказания помощи беременным.

Эти принципы охраны материнства входят в число измерений психологического благополучия, описанных Fava и Guid⁴ на предыдущем форуме в этом журнале: компетентность, личностный рост, жизненные цели, автономия, самопринятие и позитивные отношения с другими. Психологическое благополучие, которое способствует процветанию, а не просто отсутствию болезней, должно обрести естественный приют в родильном доме, и все же до последнего времени оно оставалось относительно малоизученным⁵.

Howard и Khalifeh¹ подчеркивают, что у женщин с общераспространенными психическими расстройствами наблюдаются неблагоприятные исходы беременности, такие как преждевременные роды, хотя доказательства далеко не всегда однозначны. И наоборот, появляется все больше доказательств тому, что для женщин с более позитивным настроением характерны больший гестационный возраст плода и меньший риск преждевременных родов, чем у женщин со сниженным эмоциональным настроением, даже если учитывать влияние веса при рождении и психосоциального стресса⁶. Как и в случае с общераспространенными психическими расстройствами, доказательства в некоторых случаях противоречивы, часть исследований сообщают о не имеющем клинического значения⁷ или статистически незначимом⁵ размере эффекта.

Требуется гораздо больше исследований, чтобы понять сущность психологического благополучия в перинатальном периоде и его влияние на матерей в целом. Учет психологического благополучия при оказании помощи предполагает инновационный подход к скринингу, профилактике и лечению, предлагаемым женщинам. Переосмысление понятия перинатального психического здоровья и включение в него психологического благополучия также

поможет устранить стигму, связанную с диагностикой и лечением перинатальных расстройств, которая возрастает в перинатальном периоде из-за чувствительности и стыда быть «плохой» матерью. Сосредоточение внимания на психологическом благополучии никоим образом не должно исключать выявление и лечение психических расстройств у женщин. Пропаганда эуимии (состояния внутреннего спокойствия и удовлетворенности) в рамках общей психиатрии может многое дать перинатальной психиатрической помощи⁴.

Вторая проблема, связанная с первой – это необходимость различать явления, связанные с беременностью или родами, и психические нарушения. Параллельно с изменениями в охране материнства происходило развитие исследований и клинической практики в области перинатального психического здоровья. В 1960-х и 70-х годах послеродовой блюз популяризировали как легкое расстройство, которое проявлялось у большинства женщин сразу после родов. Послеродовая депрессия также вышла на первый план в исследованиях и клинической практике. К 1980-м годам возникли вопросы о легитимности таких диагнозов. Британский социолог А. Oakley в своей книге «Женщины в ограниченных условиях» отметила, что отчеты женщин о депрессии в ее исследовательской выборке отражают истощение, недосып и чувство неподготовленности к шоку от того, что они впервые стали родителями, а не психологическое расстройство⁸. Последующие исследования показали, что реальность, вероятно, намного сложнее, чем предполагает любая из этих позиций.

Howard и Khalifeh отмечают, что оценке перинатального психического здоровья препятствует непонимание важности соматических симптомов¹. Валидные чек-листы депрессивных симптомов, широко используемые в общей популяции, такие как Опросник здоровья пациента (the Patient Health Questionnaire), содержат вопросы об усталости и нарушениях сна, которые трудно интерпретировать, поскольку неясно, связаны ли эти соматические симптомы с беременностью или психическими нарушениями. Это не значит, что такие вопросы излишни. Скорее, они четко указывают на необходимость совместных исследований и клинического наблюдения, позволяющих выделить уникальные особенности психического здоровья в перинатальный период и, в частности, понять, что представляют собой его нарушения.

Yonkers et al.⁹ провели наблюдательное исследование с участием 838 жен-

щин, целью которого было определить, различаются ли показатели поведенческих и соматических симптомов у беременных в зависимости от триместра вне связи с возможным депрессивным расстройством. Женщины проходили обследование с использованием Комплексного международного диагностического интервью (the Composite International Diagnostic Interview) и Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (the Edinburgh Postnatal Depression Scale) до 17-й недели беременности и 4–12-й неделе после родов. Беременные часто испытывали соматические симптомы в первом триместре, тем не менее, женщины с депрессией отличались от тех, у кого депрессии не было. Повышение аппетита, чрезмерный сон и возбуждение не были информативными симптомами для выявления большого депрессивного расстройства во время беременности. Важно продолжить изучение этих сложных взаимосвязей, в противном случае возможны чрезмерная патологизация проявлений психического здоровья, с одной стороны, и, с другой стороны, недостаточное выявление акушерских осложнений у женщин с психическими расстройствами, которые относятся к группе повышенного риска для ряда неблагоприятных акушерских исходов¹.

Несмотря на то, что перинатальные психические расстройства являются наиболее частым осложнением беременности и родов, психическое здоровье в перинатальном периоде остается в тени физического здоровья. На протяжении всех реформ в области охраны материнства женщины с проблемами психического здоровья изо всех сил пытались быть услышанными. Howard и Khalifeh отмечают значительный прогресс, достигнутый в области охраны психического здоровья в перинатальном периоде, но многие проблемы остаются. Много можно и нужно сделать для поддержания психологического благополучия женщин и их семей. Переосмысление нашей концепции перинатального психического здоровья с целью внедрения подходов, основанных на благополучии, признающих сложность взаимоотношений между беременностью и психическим здоровьем, дает возможность найти эффективные решения для процветания женщин и их семей.

Fiona Alderdice

National Perinatal Epidemiology Unit, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford, UK

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е.

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Библиография

1. Howard L, Khalifeh H. World Psychiatry 2020;19:313-27.
2. Byatt N, Xu W, Levin LL et al. Int Rev Psychiatry 2019;31:210-28.
3. Campbell R, McFarlane A. Where to be born. The debate and the evidence, 2nd ed. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, 1994.
4. Fava GA, Guidi J. World Psychiatry 2020;19:40-50.
5. Alderdice F, McNeill J, Gargan P et al. J Psychosom Obstet Gynaecol 2017;38:133-42.
6. Voellmin A, Entringer S, Moog N et al. J Psychosom Res 2013;75:336-40.
7. Pesonen A-K, Lahti M, Kuusinen T et al. PLoS One 2016;11:e0150058.
8. Oakley A. Women confined: towards a sociology of childbirth and becoming a mother. Oxford: Robinson, 1980.
9. Yonkers KA, Smith MV, Gotman N et al. Gen Hosp Psychiatry 2009;31:327-33.

DOI:10.1002/wps.20778

Перинатальное психическое здоровье и пандемия COVID-19

Brown S. Perinatal mental health and the COVID 19 pandemic. World Psychiatry. 2020;19(3):333-334.

В обзоре Howard и Khalifeh¹ дана блестящая эпидемиологическая характеристика состояний, относящихся к сфере перинатального психического здоровья; в том числе подчеркивается важность социальных детерминант психического неблагополучия, таких как бедность, расизм и гендерно-обусловленное насилие; приведена фактическая база, на которой основаны существующие подходы к планированию и оказанию помощи. Этот полный и современный обзор имеющихся данных выявил критические пробелы в наших знаниях, которые необходимо как можно быстрее устранить в условиях пандемии COVID-19; особенно в том, что касается взаимодействия индивидуального и коллективного уровней помощи.

Когда удастся справиться с наиболее тяжелыми последствиями пандемии COVID-19, нам предстоит ответить на следующие вопросы: а) насколько мы были подготовлены к событию такого масштаба; б) какие модели предоставления услуг и стратегии вмешательства наиболее эффективны для поддержания психического здоровья молодых родителей в условиях, когда семьи и сообщества сталкиваются с такими масштабными потрясениями; с) что можно сделать для предотвращения вреда от таких ситуаций, как пандемия COVID-19, усугубляющих положение с неравным доступом к психиатрической помощи как внутри стран с высоким уровнем доходов, так и между странами с низким, средним и высоким уровнем доходов.

В условиях, когда правительства вводят транспортные ограничения, закрывают школы и рабочие места, убеждают людей оставаться дома и ограничивают проведение общественных мероприятий, семьи с маленькими детьми сталкиваются со множеством непредвиденных проблем. Молодые родители, ухаживающие за новорожденными, вынуждены постоянно находиться дома, без помощи от других родственников, а доступ к первичной

медико-санитарной помощи и услугам по охране психического здоровья для них ограничен. Родители детей постарше сталкиваются с необходимостью держать их дома и занимать, самостоятельно нести ответственность за их воспитание и образование в течение длительного времени (и конкретные сроки при этом неизвестны).

Миллионы ранее работавших людей потеряли работу, и, по крайней мере, в краткосрочной перспективе, имеют мало шансов вновь трудоустроиться. Те, кому посчастливилось иметь постоянное рабочее место, вынуждены поддерживать рабочий график и одновременно заботиться о находящихся дома детях. В таких условиях неудивительно, что, например, количество обращений в консультационную службу Австралийской национальной телефонной линии помощи для родителей, страдающих перинатальной депрессией или тревогой (PANDA) к началу апреля 2020 г. увеличилось на 30%.

Службы по борьбе с насилием в семье по всему миру также готовятся к эскалации домашнего насилия в ближайшие месяцы. Правительства по всему миру прикладывают огромные усилия, чтобы справиться с экономическими и социальными последствиями ограничительных мер и их психологическим воздействием на население. За последние несколько месяцев правительство Австралии объявило о выделении дополнительных 150 млн долларов на усилия по борьбе с домашним насилием и бесплатный уход за детьми до 5 лет в семьях с работающими родителями.

Населением эти меры приветствуются и, в случае бесплатного ухода за детьми, представляют собой огромный поворот в политике правительства Австралии. Однако в то же время другие меры общественного здравоохранения, направленные на поддержку семей, были резко сокращены. Например, финансируемые государством службы охраны здоровья матери и ребенка больше не могут

проводить групповые занятия для молодых матерей или патронаж на дому. Были свернуты программы, специально разработанные для обеспечения приемлемого в культурном отношении ухода и поддержки социально незащищенным слоям населения, например, групповой уход за беременными женщинами из числа беженцев². Факты свидетельствуют о том, что в странах с низким и средним уровнем дохода ограничительные меры будут иметь еще более серьезные последствия для детей и семей, и так находящихся в уязвимом положении³.

Широко признается, что перинатальные психические расстройства имеют сложную этиологию, с участием биологических и социальных факторов⁴. Вклад социальных и средовых особенностей, таких как гендерно-обусловленное насилие, расизм и принудительная миграция, находит отражение в более высокой распространенности перинатальных психических расстройств среди женщин, подвергшихся насилию со стороны партнера и другим неблагоприятным жизненным обстоятельствам^{5,6}. В продольном исследовании с участием более 1500 человек симптомы депрессии в течение года после родов наблюдались у каждой третьей женщины, впервые родившей в период наблюдения; 40% из них подвергались эмоциональному и/или физическому насилию со стороны нынешнего или бывшего партнера в первый год после родов⁶.

Гендерно-обусловленное насилие, расизм и другие формы нарушения прав человека коренятся в той же самой системе, которая не способна обеспечить всем гражданам равноправный доступ к социальным и экономическим ресурсам. Учет таких средовых факторов при разработке лечебных мер является важнейшим элементом высококачественной психиатрической помощи, что однозначно сформулировано в Стратегии устойчивого развития Организации Объединенных Наций. Как утверждают Howard и Khalifeh, учреждения