

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

общественного здравоохранения также должны заняться устранением социальных аспектов психического неблагополучия в перинатальном периоде на уровне систем и сообществ.

Пандемия COVID-19 требует глобальных инициатив по охране перинатального психического здоровья, как в сфере общественного здравоохранения, так и в сфере охраны психического здоровья, что позволит обеспечить поддержку семьям, сталкивающимся с социальными и экономическими последствиями кризиса⁷. Howard и Khalifeh также выявили значительные пробелы в данных по эффективности лечения, особенно у женщин, живущих в условиях бедности, расизма, стигматизации и насилия в межличностных отношениях. Они также обращают внимание на недостаточно исследованную проблему крупномасштабных вмешательств на уровне сообществ и борьбу с системными проблемами с помощью стратегий, основанных на локальном контексте. Стратегии, которые работают в определенном сообществе или контексте, в других условиях могут быть неэффективны. В Австралии это наиболее очевидно в ситуации коренных народов, у которых показатели перинатального

психического здоровья заметно хуже, чем у некоренных австралийцев⁸.

Специалистам в области психического здоровья, службам здравоохранения и общественным организациям предстоит сыграть важную роль в разработке мер, которые позволят оперативно отреагировать на кризис, чтобы сдержать рост перинатальных и других психических расстройств в результате пандемии COVID-19 и их персистенция в дальнейшем. У нас еще есть возможность скорректировать подход, так чтобы предпринятые меры опирались на совместно разработанные и протестированные стратегии, повышающие устойчивость к стрессу на уровне сообщества, а также включали подходы, основанные на имеющемся позитивном и негативном опыте и устраняли причины неравенства в сфере поддержания психического здоровья по всему миру. Чтобы избежать усугубления этого неравенства, необходимо внимательно отнестись к адаптации всех подходов на индивидуальном уровне с учетом социальных, экономических и культурных условий и вовлечь потребителей и сообщества в совместную разработку местных служб первичной медико-санитарной помощи и психического здоровья⁹.

Stephanie Brown

Intergenerational Health, Murdoch Children's Research Institute, Parkville, VIC, Australia; Departments of General Practice and of Paediatrics, University of Melbourne, Parkville, VIC, Australia; Women and Kids Theme, South Australian Health and Medical Research Institute, Adelaide, SA, Australia

Перевод: Шишковская Т.И. (Москва)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Библиография:

1. Howard L, Khalifeh H. *World Psychiatry* 2020; 19:313-27.
2. Riggs E, Muyeen S, Brown S et al. *Birth* 2017;44: 145-52.
3. Brown G, Harris T. *Social origins of depression*. London: Tavistock, 1978.
4. Rothe D, Gallinetti J, Lagaay M et al. *Ebola: beyond the health emergency*. Monrovia: Plan International, 2015.
5. Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. *BMC Public Health* 2010;10:771.
6. Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K et al. *BJOG* 2012;119:315-23.
7. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N et al. *Can J Psychiatry* 2011;56:258-65.
8. Weetra D, Glover K, Buckskin M et al. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:88.
9. Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C et al. *Lancet Public Health* 2020;5:e240.

DOI:10.1002/wps.20779

Тревога, специфичная для беременных: недооцененная проблема

Chandra P, Nanjundaswamy M. *Pregnancy specific anxiety: an under-recognized problem*. *World Psychiatry*. 2020;19(3):336-337.

Обсуждая высокую распространенность психических расстройств в перинатальном периоде, Howard и Khalifeh¹ подчеркивают необходимость их раннего выявления. Исследования в этой области сосредоточены в основном на послеродовой депрессии, в то время как проблема тревоги до недавнего времени игнорировалась. Но следует также учитывать, что тревога и депрессия часто сосуществуют.

В недавнем систематическом обзоре сообщается, что распространенность клинически значимых тревожных расстройств за период беременности составляет в среднем 15,2%. В первые четыре недели после родов 17,8% женщин испытывают отчетливые симптомы тревоги. Эти показатели выше в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД) по сравнению со странами с высоким уровнем доходов².

Недостаточно внимания уделяется феномену тревоги, специфичной для беременных (ТСБ) – состоянию, в котором доминируют беспокойство и страхи по поводу беременности, ро-

дов, здоровья младенца и проблем воспитания. Считается, что это состояние отличается от генерализованного тревожного расстройства (ГТР), поскольку оно возникает именно в связи с беременностью, и тематика переживаний связана только с ней. ТСБ отличается от ГТР отличается затяжным течением, сказывается на массе тела новорожденного и возможности преждевременных родов; также известно, что ТСБ чаще встречается у ранее рожавших женщин.

Еще одна близкая концепция – тревога, ассоциированная с беременностью (ТАБ); она была выдвинута на основе анализа 38 исследований³. ТАБ описывается как нервозность и страхи по поводу здоровья ребенка, здоровья и внешнего вида матери, взаимодействия с системой здравоохранения, а также социальных и финансовых проблем в контексте беременности, родов и воспитания детей.

Распространенность ТСБ в странах с высоким уровнем дохода, как сообщается, составляет около 29%, но в стра-

нах с низким и средним уровнем дохода, таких как Индия, Иран, Танзания и Китай, этот показатель по результатам исследований достигает 55,7%. В большинстве работ сообщается о более высокой распространенности ТСБ в третьем триместре беременности^{5,6}.

Интерес к ТСБ привел к разработке двух специальных инструментов: Шкалы скрининга перинатальной тревожности (Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS) и Пересмотренного опросника тревоги, специфичной для беременных (Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised, PRAQ-R). PASS – это опросник из 31 пункта, который может использоваться для выявления широкого спектра симптомов тревоги у женщин в перинатальном периоде; вопросы о тревоге, специфичной для беременных, вынесены в отдельную часть⁷. PRAQ-R – это опросник из 10 пунктов, в котором особое внимание уделяется симптомам ТСБ, таким как страх перед родами, беспокойство по поводу рождения ребенка с физическими или умственными