

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

ми недостатками, беспокойство о собственном внешнем виде⁸.

Факторы риска ТСБ отличаются в СНСУД и странах с высоким уровнем дохода. Исследования, проведенные в Индии и Африке, выявили, что воспринимаемый уровень стресса, текущее депрессивное состояние и количество людей, проживающих в доме, предсказывали ТСБ независимо от поддержки в семье и благополучия в супружеской жизни⁵. В странах с высоким уровнем дохода риск ТСБ повышают молодой возраст, беременность вне брака, низкий уровень образования и низкий семейный доход, отсутствие родов в анамнезе и факт нежеланной беременности⁴.

Было также установлено, что исход беременности связан с выраженностью ТСБ. У иранских женщин ТСБ в третьем триместре была связана с преждевременными родами. Исследование, проведенное в США, выявило значимую связь между высоким уровнем ТСБ и риском преждевременных родов, которая сохранилась даже после поправки на несколько конфаундинг-факторов. Когортное исследование, проведенное в Китае, показало, что уровень ТСБ во втором и третьем триместрах был связан с вероятностью преждевременных родов.

ТСБ также может играть роль в предпочтениях по сопровождению родов; как показало многонациональное проспективное когортное исследование, проведенное учеными из Амстердама, женщины с ТСБ с большей вероятностью получали обезболивающие/седативные средства и подвергались операции первичного кесарева сечения.

Еще один важный вывод – взаимосвязь между ТСБ и темпераментом новорожденного. В систематическом обзоре Erickson и соавторов⁹ показана связь между ТСБ и темпераментом

младенца в семи из девяти рассмотренных исследований, три из которых включали крупные выборки, репрезентативные относительно популяции в целом. В исследовании с участием 282 молодых матерей уровень ТСБ во втором и третьем триместрах был значимо связан с негативной эмоциональной реактивностью ребенка, в основном со страхом. ТСБ оставалась единственным значимым предиктором даже после учета других факторов, а также симптомов послеродовой депрессии и генерализованного тревожного расстройства¹⁰.

Было также показано, что ТСБ оказывает стойкое воздействие в послеродовой период. У женщины, которые на 32-й неделе беременности отмечали проявления ТСБ, через шесть месяцев после родов выявлялась клинически выраженная тревога, и связь между этими фактами оставалась значимой после поправки на пренатальное ГТР.

Риск ТСБ, вероятно, будет особенно высок в странах с высоким уровнем материнской и младенческой смертности. В африканских странах показатели материнской смертности колеблются от 163 до 533 на 100 000 человек. В некоторых африканских странах 51 из 1000 младенцев умирает в течение первого года жизни. Кроме того, беременные женщины в этих регионах могут сталкиваться с такими проблемами, как отсутствие продовольственного снабжения и надлежащей службы помощи молодым матерям, что повышает уровень тревоги о ходе беременности и судьбе новорожденного.

Мы считаем, что исследования в области перинатального психического здоровья должны быть привязаны к локальному контексту и нацелены на разработку практически применимых методов скрининга, а также экономи-

чески эффективных подходов и услуг. При этом для СНСУД вопрос ТСБ особенно актуален.

ТСБ следует рассматривать как обособленную нозологическую единицу, клинический профиль и течение которой отличается от проявлений ГТР. Тем не менее, этот вопрос перинатальной психиатрии нельзя назвать широко признанным и хорошо изученным. Учитывая влияние ТСБ на клинический исход у матери и плода, эту тему следует разрабатывать подробнее и исследователям, и клиницистам.

**Prabha S. Chandra,
Madhuri H. Nanjundaswamy**

Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

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

Библиография:

1. Howard L, Khalifeh H. *World Psychiatry* 2020; 19:313-27.
2. Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. *Br J Psychiatry* 2017;210:315-23.
3. Bayrampour H, Ali E, McNeil DA et al. *Int J Nurs Stud* 2016;55:115-30.
4. Arch JJ. *Compr Psychiatry* 2013;54:217-28.
5. Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairy KS. *Int J Afr Nurs Sci* 2015;3:1-7.
6. Khalesi ZB, Bokaie M. *Afr Health Sci* 2018; 18:569.
7. Somerville S, Dedman K, Hagan R et al. *Arch Womens Ment Health* 2014;17:443-54.
8. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM et al. *Arch Womens Ment Health* 2016;19:125-32.
9. Erickson NL, Gartstein MA, Dotson JAW. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017;46:588-600.
10. Nolvi S, Karlsson L, Bridgett DJ et al. *J Affect Disord* 2016;199:163-70.

DOI:10.1002/wps.20781

Перинатальное психическое здоровье отцов неразрывно связано со здоровьем матери и новорожденного

Seedat S. Paternal perinatal mental disorders are inextricably linked to maternal and child morbidity. *World Psychiatry*. 2020;19(3):337-338.

Бремя заболеваемости и смертности от перинатальных психических расстройств ложится в основном на женщины и самих новорожденных, но в условиях перинатальной помощи не следует забывать и о мужчинах. Как подчеркивают Howard и Khalifeh¹, традиционно этому вопросу уделяется мало внимания.

По сравнению с разработкой вопроса о психических расстройствах у матерей, распространенность, патогенез, риски, последствия и экономическое бремя распространенных психических расстройств у отцов в перинатальный период практически не исследованы; подходы к помощи, которые можно было бы включить в

работу с семьями, тоже мало исследованы.

За последние пять лет фокус исследований сместился, и вопросам психического здоровья мужчин уделяется больше внимания, особенно в связи с перинатальной депрессией и тревогой. Получил признание факт, что беременность партнерши, рождение ребенка и