

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

отцовство напрямую влияют на психическое здоровье и благополучие мужчин. Тем не менее, перинатальная депрессия и тревога отца не включены в DSM-5 как отдельные диагностические единицы. Отсутствие четких диагностических критериев приводит к неоднородности в диагностике этих состояний и является одной из причин вариативности результатов исследований.

Дородовой, родовой и послеродовой периоды характеризуются определенными психологическими, эмоциональными, биологическими, социальными и ролевыми изменениями, которые можно в целом охарактеризовать как переход к ситуации отцовства. У значительной части отцов этот период связан со значительными изменениями в психическом состоянии. Перинатальные расстройства настроения и тревожные расстройства распространены у мужчин так же, как и у женщин, и так же могут приводить к когнитивной дисфункции, задержке развития и нарушениям поведения, а также расстройствам настроения и тревожным расстройствам у детей².

Распространенность депрессии у мужчин в период беременности партнерши и в течение года после родов составляет порядка 8%, что почти вдвое превышает показатель распространенности депрессии среди взрослого мужского населения в целом. Распространенность любых тревожных расстройств в пренатальном и послеродовом периоде составляет в среднем 16%, что сопоставимо с показателем в общей популяции^{3,4}. Тем не менее, уровни распространенности тревожных расстройств у отцов в перинатальный период сильно различаются и колеблются от 2,4% до 51%. Это в некоторой степени отражает методологические различия между исследованиями в подходах к клинической оценке, формированию выборки, формулировке критериев отбора, а также условиях исследования и культуральных факторах⁵. Кроме того, показатели депрессии и тревоги у мужчин-отцов, вероятно, будут занижены, поскольку мужчины часто не сообщают о симптомах.

Хотя этиопатогенез перинатальной депрессии и тревоги у отцов не выяснен, вполне вероятно, что существует сложная взаимосвязь между биологической предрасположенностью на индивидуальном уровне (например, генетической, эпигенетической, нейроэндокринной детерминантами), психосоциальными факторами, стрессом в отношениях, а также средовыми и социальными факторами.

Примечательно, что перинатальная депрессия у матери и отца взаимосвязаны. Депрессия у матери является одним из наиболее распространенных

предикторов отцовской перинатальной депрессии, и наоборот, у матерей, чьи партнеры находятся в депрессивном состоянии, более чем в четыре раза выше вероятность усугубления депрессивных симптомов в течение полугода после родов⁶.

У мужчин так же, как и у женщин, симптомы тревоги и депрессии часто сосуществуют, при этом высокий уровень тревожности в перинатальный период способствует развитию депрессии, стрессу и воспринимаемой низкой эффективности в решении проблем отцовства^{4,5}. К сожалению, мы располагаем лишь отрывочными сведениями о взаимно пересекающихся траекториях депрессии и тревожности в перинатальный период, а также о факторах, провоцирующих и поддерживающих это состояние в пренатальном и послеродовом периоде. Необходимы продольные исследования, в которых симптомы расстройств настроения и тревожных расстройств оценивались бы у мужчин до беременности партнерши, а затем – через определенные промежутки времени после родов, а также у мужчин из «неперинатальной» группы контроля, чтобы проанализировать эффекты депрессии и тревоги⁴.

Несмотря на распространенность и известные эффекты перинатальных расстройств настроения и тревожных расстройств у отцов, существует не так много семейных программ, направленных на улучшение их душевного благополучия. Кроме того, поражает отсутствие рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) по индивидуализированной психотерапии или фармакотерапии в таких случаях. Неизвестно, является ли предпочтительным подход, основанный на когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), который доказал свою эффективность при перинатальной депрессии и тревоге у матерей. То же самое можно сказать о селективных ингибиторах обратного захвата серотонина и ингибиторах обратного захвата серотонина и норадреналина, которые не оценивались в РКИ с участием беременных матерей по этическим соображениям.

Для отцов было предложено несколько терапевтических подходов. Во-первых, отцы могут участвовать в качестве поддерживающих партнеров в индивидуальной или групповой КПТ для матерей с перинатальной депрессией. Во-вторых, можно использовать стратегии с привлечением всех членов семьи, в том числе обоих партнеров (например, в семейной терапии). В-третьих, возможно предоставление специальных вариантов лечения для отцов с перинатальными психическими расстройствами (например, КПТ). Адекватными вариантами представляются КПТ в груп-

пе или через Интернет, поскольку есть данные, что при применении этих методов у мужчин ниже уровень отсева.

В систематическом обзоре вмешательства при перинатальной депрессии у отцов в 6 из 14 исследований было обнаружено значительное, но небольшое снижение показателей депрессии, остальные 8 исследований не зарегистрировали положительного эффекта⁷. Проводились в основном психообразовательные мероприятия; следует также подчеркнуть, что они не были нацелены исключительно на психическое благополучие отцов, а воздействовали на их состояние косвенно, через отношения с матерью и младенцем и благополучие пары.

Таким образом, еще предстоит провести целенаправленные исследования психологических и фармакологических подходов, включая трансдиагностические подходы при сопутствующих расстройствах настроения, тревоге и зависимости от психоактивных веществ, чтобы выявить действительно эффективные. Потребность в таких мерах с очевидностью следует из данных о связи между депрессией у отцов в послеродовом периоде и последующей депрессией у дочерей в 18-летнем возрасте⁸.

Трудно будет организовать помощь при перинатальных психических расстройствах без активного включения партнеров-мужчин в процесс дородового и послеродового ухода. Службам охраны перинатального психического здоровья следует включить комплексную оценку психического состояния отцов в список своих рутинных процедур, поскольку пришло время наконец решить этот вопрос.

Soraya Seedat

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, Stellenbosch, South Africa

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. Gentile S, Fusco ML. *Psychiatry Res* 2017;252:325-32.
3. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. *J Affect Disord* 2016;206:189-203.
4. Leach LS, Poyser C, Cooklin AR et al. *J Affect Disord* 2016;190:675-86.
5. Philpott LF, Savage E, FitzGerald S et al. *Midwifery* 2019;76:54-101.
6. Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH et al. *Arch Womens Ment Health* 2016;19:655-63.
7. Goldstein Z, Rosen B, Howlett A et al. *J Affect Disord* 2020;265:505-10.
8. Gutierrez-Galve L, Stein A, Hanington L et al. *JAMA Psychiatry* 2019;76:290-6.
DOI: 10.1002/wps.20782