

УДК 159.9.072.43

**ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ  
ВАРИАНТАМИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ****Сваридзе Дарья Сергеевна**

студент

ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный Медицинский университет «Институт  
общественного здоровья»

Волгоград

svaridze.Dasha1999@yandex.ru

**Болучевская Валентина Викторовна**

кандидат психологических наук, доцент

ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный Медицинский университет «Институт  
общественного здоровья»

Волгоград

boluchevskaya@yandex.ru

**Аннотация**

В данной статье рассматривается проблема влияния различных вариантов родоразрешения на возникновение послеродовой депрессии у женщин. Послеродовая депрессия не только существенно снижает качество жизни женщины, но и негативно влияет на характер ее отношений с ребенком, ухудшая качество эмоционального контакта, коммуникации и заботы. Значительное внимание уделяется теоретическому анализу видов родоразрешения и их влияния на психологическое состояние женщины. Также рассматривается понятие послеродовой депрессии и причины ее возникновения. Представлены результаты диагностики уровня депрессии, тревоги и отношений к ситуации беременности, материнства и ребенку. Полученные результаты могут быть полезны при разработке конкретных рекомендаций по профилактике и преодолению послеродовой депрессии у женщин, с различными вариантами родоразрешения.

**Ключевые слова:** послеродовая депрессия, тревога, кесарево сечение, естественные роды, беременность, материнство.

**POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN WITH DIFFERENT DELIVERY  
OPTIONS****Daria S. Svaridze**

Student

Volgograd State Medical University,  
Institute of Public Health

Volgograd

svaridze.Dasha1999@yandex.ru

**Valentina V. Boluchevskaya**

Associate Professor, Candidate of Psychological Sciences,  
Volgograd State Medical University,  
Institute of Public Health  
Volgograd  
boluchevskaya@yandex.ru

---

**ABSTRACT**

---

This article discusses the problem of the influence of different delivery options on the occurrence of postpartum depression in women. Postpartum depression not only significantly reduces a woman's quality of life, but also negatively affects the nature of her relationship with her child, impairing the quality of emotional contact, communication and care. Considerable attention is paid to the theoretical analysis of the types of delivery and their impact on the psychological state of a woman. The concept of postpartum depression and the causes of its occurrence are also considered. The results of diagnostics of the level of depression, anxiety and attitudes to the situation of pregnancy, motherhood and child are presented. The results obtained can be useful in developing specific recommendations for the prevention and overcoming of postpartum depression in women with different delivery options.

---

**Keywords:** postpartum depression, anxiety, caesarean section, natural childbirth, pregnancy, motherhood.

---

**Введение**

Ситуация беременности, роды и ранний послеродовой период рассматриваются специалистами в области перинатальной медицины и перинатальной психологии как состояния повышенной стрессовой нагрузки, которое может быть причиной формирования различных психопатологических проявлений: от кратковременного неглубокого беспокойства или депрессивного состояния до выраженных психотических нарушений, приобретающих устойчивый характер. Наиболее распространена депрессивная симптоматика, которая развивается спонтанно в первые дни после рождения ребенка [3, 5]

Роды требуют от женщины максимального физического и психического напряжения. Д.В. Винникотт рассматривает роды как событие, которое вносит еще большие изменения в жизнь матери и, вообще, в жизнь родителей, чем в жизнь ребенка. К моменту рождения ребенка, здоровая женщина, при условии надлежащего ухода за ней, обладает знаниями, которые нельзя найти в книгах или на курсах подготовки к родам, точно знает потребности ребенка и готова действовать [4].

Естественные роды — это физиологический процесс. Если они не сопровождаются страхом и напряжением, женщина довольно редко испытывает больший дискомфорт, чем ей хотелось бы. Проблема в том, что не всегда удается подвести женщину к родам совершенно спокойной, расслабленной и компетентной. Все женщины разные, и на их подготовку уходит разное время и усилия. Но любой шанс на успех - достойная награда для матери, малыша, отца и общества в целом [6].

Рождение ребенка путем кесарева сечения связано с замедленным увеличением риска возникновения ряда психологических проблем. Кесарево сечение создает неосознанные жизненные сценарии, в которых воссозданы предыдущие травматические переживания.

Поэтому, выполнение кесарева сечения без очевидных медицинских показаний вряд ли является оптимальным методом родоразрешения [9].

В перинатальном периоде развития ребенок живет одной жизнью с матерью, поэтому нарушения в развитии физиологических и нервно-психических процессов у матери могут пагубно, иногда необратимо, сказаться на реализации генетического потенциала ребенка и усложнять его взаимодействие с окружающим миром. Состояние беременной женщины оказывает огромное влияние на формирование психических функций пренейта, а следовательно, определяет его жизненный сценарий [7].

В.Д. Менделевич рассматривает психологические особенности женщины во время беременности как проявление адаптации организма и личности к началу беременности. Он отмечает несколько уровней адаптации:

- На биологическом уровне происходит резкое повышение тонуса вегетативной нервной системы с обнаружением своеобразных критических периодов. Таким образом, в сроках до 12 недель преобладает тонус симпатoadреналовой системы. Во второй половине беременности (28–30 недель) тонус обоих отделов нервной системы повышается, но с преобладанием холинергических реакций.
- На нейрофизиологическом уровне происходит повышение порога болевой чувствительности.
- На психологическом уровне в первые месяцы беременности наблюдается двойственное отношение к будущему ребенку и материнству, которое может проявляться в подавленном настроении. Есть две противоположные черты - инфантильность и взрослость. Во втором триместре беременности наступает относительное спокойствие. Главная особенность третьего триместра – «погружение в ребенка», который становится средоточием интересов и занятий будущей матери. Перед родами возрастает беспокойство, которое может проявляться гиперактивностью беременной. Частота психических расстройств достигает 60–80 % [12].

Создание максимально комфортных условий для роженицы способствует физиологическому родоразрешению, снижает число и интенсивность отрицательных переживаний как у матери, так и у младенца. Роды в соответствующей среде означают, что новорожденный находится в атмосфере, где к нему и матери относятся с заботой и любовью. Вся необходимая медицинская помощь должна оказываться ненавязчиво, а пожелания матери учитываться [1].

Послеродовая депрессия – это сложное сочетание физических, эмоциональных и поведенческих изменений, которые происходят в жизни женщины сразу после родов. Согласно руководству по диагностике и статистике психических заболеваний, послеродовая депрессия – это форма острой депрессии, которая проявляется на четвертой неделе, после рождения ребенка. Процесс постановки диагноза включает не только временные рамки появления симптомов заболевания, но и ее стадию сложности [8].

Послеродовое депрессивное расстройство характеризуется тремя основными симптомокомплексами: эмоциональным (длительное снижение настроения, ангедония, слезливость и др.), когнитивным (затруднения в принятии решений, неуверенность в своих поступках и др.) и соматическим (снижение общей активности, изменение привычного ритма сна и бодрствования, пищевого поведения и др.). Основными проявлениями послеродовой депрессии являются подавленность, уныние, нарушения сна и аппетита,

отсутствие положительных эмоций, связанных с рождением ребенка, и негативные прогнозы о жизненных перспективах. Послеродовая депрессия не только значительно снижает качество жизни женщины, но и негативно влияет на характер ее отношений с ребенком, ухудшая качество эмоционального контакта, общения и заботы. Учитывая достаточно высокую распространенность послеродовой депрессии, которая по разным данным колеблется от 8 до 17,5%, можно сказать, что данная проблема весьма актуальна для современной медико-психологической практики [2; 10; 11]

Таким образом послеродовая депрессия представляет собой серьезную патологию послеродового периода, характеризующуюся развитием гормональных, биохимических, иммунных, генетических изменений с выраженными клиническими проявлениями и тяжелыми последствиями для всей семьи, матери и ребенка.

**Целью исследования** является изучение влияния различных вариантов родоразрешения на риск возникновения послеродовой депрессии у женщин.

**Гипотезой исследования** выступает предположение о том, что различные варианты родоразрешения, напрямую, оказывают влияние на возникновение послеродовой депрессии у женщин.

#### **Материалы и методы исследования**

В рамках эмпирического исследования применялись следующие методы и методики: теоретический анализ психологической литературы по теме исследования; метод количественной обработки, качественной интерпретации полученных данных; статистическая обработка полученных данных с помощью компьютерных программ «Microsoft Office Excel» и «IBMSPSS Statistics 21»; Эдинбургская шкала послеродовой депрессии; Тест отношений беременной (И.В. Добряков), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Базой исследования выступил ГБУЗ Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 1 имени Л.И. Ушаковой, г. Волжский. В исследовании приняли участие 27 женщин, рожавших путем естественного родоразрешения и 27 – путем кесарева сечения, в возрасте от 25 до 40 лет. Общий объем выборки составил 54 человека.

#### **Результаты и их обсуждение**

Выбранные методики были предложены женщинам с естественным путем родоразрешения и кесаревым сечением. Так, методика «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии» показала следующие результаты, представленные ниже в таблице 1. 100% вероятность возникновения и развития послеродовой депрессии была выявлена у 18% испытуемых женщин с кесаревым сечением, и у 4% испытуемых с естественными родами. Высокая вероятность возникновения и развития послеродовой депрессии была выявлена у 37% испытуемых с естественными родами и у 41% испытуемых с кесаревым сечением. Низкая вероятность возникновения и развития послеродовой депрессии была выявлена у 59% испытуемых с естественными родами и у 41% испытуемых с кесаревым сечением. Можно сделать вывод, что женщины с кесаревым сечением в большей степени подвержены риску возникновения и развития послеродовой депрессии, в отличие от женщин с естественным видом родоразрешения.

Таблица 1. Вероятность развития послеродовой депрессии, методика «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии»

Вероятность послеродовой депрессии	Естественные роды	%	Кесарево сечение	%
100% вероятность ПД	1	3,7%	5	18,52%

Высокая вероятность ПД	10	37,04%	11	40,74%
Низкая вероятность ПД	16	59,26%	11	40,74%
Итого	27	100%	27	100%

Анализ результатов по методика Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) представленных в таблице 2 и 3 соответственно, показал, что клинически выраженная тревога полностью отсутствуют у всех испытуемых, которая проявляется тревожными ожиданиями, страхами, пребыванием на грани срыва и ощущением взвинченности. Субклинически выраженная тревога присутствует у 48% испытуемых с естественными родами и у 44% с кесаревым сечением. Проявляется чувством подавленности, беспомощностью, неуверенностью, низкой самооценкой, напряжением и повышенной утомляемостью. Отсутствие выраженных симптомов тревоги наблюдается у 52% испытуемых с естественными родами и у 56% с кесаревым сечением. При этом, клинически выраженная депрессия присутствует у 4% испытуемых с естественным видом родоразрешения и у 7% с кесаревым сечением. Проявляется печалью, тоской, снижением мотивации, апатией, неуверенностью в себе, чувством безнадежности и нежеланием общаться с другими людьми. Субклинически выраженная депрессия отмечается у 33% испытуемых с естественными родами и у 56% с кесаревым сечением. Проявляется сниженным фоном настроения, склонностью к мрачным мыслям и пессимистическим высказываниям, раздражительностью и повышенной критичностью по отношению к себе и другим людям. Выраженные симптомы депрессии отсутствуют у 63% испытуемых с естественными родами и у 37% с кесаревым сечением. Таким образом, обе группы женщин, как с естественным родоразрешением, так и с кесаревым сечением, в равной степени подвержены симптомам тревоги. Депрессивная симптоматика имеет большую выраженность у женщин с кесаревым сечением, в отличие от женщин с естественным вариантом родоразрешения, что сочетается с результатами предыдущей методики.

Таблица 2. Показатели тревоги, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Показатели тревоги	Естественные роды	%	Кесарево сечение	%
Клинически выраженная	0	0%	0	0%
Субклинически выраженная	13	48,15%	12	44,44%
Отсутствие симптомов	14	51,85%	15	55,56%
Итого	27	100%	27	100%

Таблица 3. Показатели депрессии, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Показатели депрессии	Естественные роды	%	Кесарево сечение	%
Клинически выраженная	1	3,7%	2	7,4%
Субклинически выраженная	9	33,33%	15	55,56%

Отсутствие симптомов	17	62,96%	10	37,04%
Итого	27	100%	27	100%

Для выявления нервно-психических нарушений у беременных женщин, а также, для определения их отношения к самой ситуации беременности, материнства и ребенку был применен Тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добряков, результаты которого представлены в таблице 4. Оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты присутствует у 67% испытуемых с естественным вариантом родоразрешения и у 44% с вариантом - кесарево сечение. Женщины этого типа находятся в состоянии психологического комфорта, относятся к беременности и ребенку положительно, без лишней тревоги, следят за своим здоровьем, выполняют рекомендации врачей и т.д. Эйфорический тип ПКГД отмечается у 26% испытуемых с естественным вариантом родоразрешения и у 37% с вариантом - кесарево сечение. Женщины этого типа проявляют чрезмерную любовь к будущему ребенку, относятся к беременности с повышенной тревожностью и манипулируют своим состоянием. Представительницы данного типа относятся к «группе риска» и обладают повышенной вероятностью развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств. Гипогестогнозический тип ПКГД отмечается у 7% испытуемых с естественным вариантом родоразрешения и у 19% с вариантом - кесарево сечение. Женщины данного типа, наоборот, игнорируют свое состояние беременности, не следят за своим здоровьем, не посещают врачей и т.д. Представительницы этого типа так же относятся к «группе риска». Тревожный и депрессивный типы ПКГД не обнаружены ни у одной из опрошенных женщин. Исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод, что женщины, с естественными родами, в большинстве своем, положительно относятся к материнству и своему ребенку, а женщины, с кесаревым сечением, наоборот, больше склонны к проявлению тревожных и депрессивных реакций.

Таблица 4. Типы ПКГД, методика «Тест отношений к беременности (ТОБ) И.В. Добряков»

Типы ПКГД	Естественные роды	%	Кесарево сечение	%
Оптимальный тип	18	66,67%	12	44,44%
Эйфорический тип	7	25,93%	10	37,04%
Гипогестогнозический тип	2	7,4%	5	18,52%
Тревожный тип	0	0%	0	0%
Депрессивный тип	0	0%	0	0%
Итого	27	100%	27	100%

В процессе корреляционного анализа были выявлены статистически значимые умеренные корреляционные связи между следующими показателями (данные представлены в таблице 5): «Эдинбургская шкала послеродовой депрессии» и «Варианты родоразрешения» ( $r=0,47$ ); «ТОБ» и «Варианты родоразрешения» ( $r=0,39$ ); «HADS шкала депрессии» и «Варианты родоразрешения» ( $r=0,42$ ); «HADS шкала тревоги» и «Варианты родоразрешения» ( $r=0,32$ ). Следовательно, вариант родоразрешения и отношение женщины к своему состоянию и ребенку, оказывают огромное влияние на риск возникновения тревожных и депрессивных реакций.

Таблица 5. Значимые корреляции, обнаруженные с помощью критерия Пирсона

	Эдинбургская шкала ПД	ТОБ	HADS шкала депрессии	HADS шкала тревоги
Варианты родоразрешения	0,47 при $p \leq 0,05$	0,39 при $p \leq 0,05$	0,42 при $p \leq 0,05$	0,32 при $p \leq 0,05$

Таким образом в ходе проведенного эмпирического исследования были получены результаты, свидетельствующие о прямом влиянии различных вариантов родоразрешения на возникновение депрессивных проявлений у женщин в послеродовом периоде. Так, женщины с кесаревым сечением отличаются повышенным риском возникновения послеродовой депрессии, склонны к проявлению тревожных реакций, испытывают неуверенность в своей новой роли матери, а также раздражительность и повышенную критичность к самим себе и окружающим. Женщины с естественным вариантом родоразрешения, также склонны к некоторым проявлениям тревоги и неуверенности в себе, но относятся к ситуации материнства более благожелательно и положительно.

### Заключение

Роды – это состояние высокой стрессовой нагрузки, которая может быть причиной формирования различных психопатологических проявлений. Даже при нормально протекавшей физиологической беременности у вполне здоровой женщины во время родов могут возникнуть осложнения, нестандартные ситуации, требующие медицинского вмешательства.

Послеродовая депрессия – серьезная патология послеродового периода, которая характеризуется развитием гормональных, биохимических, иммунных, генетических изменений с ярко выраженными клиническими проявлениями и серьезными последствиями для матери, ребенка и всей семьи. Влияние огромной психической нагрузки, связанной с родами, чувством беспомощности в отношении ухода за новорожденным, приводит к ряду последовательных физиологических изменений у женщины.

Риск возникновения послеродовой депрессии зависит от внешних и внутренних условий. Профилактика послеродовой депрессии должна включать работу с семейным окружением и психологическую поддержку беременной и родившей женщины. Психологическая помощь матери и ребенку на разных этапах развития материнства и материнско-детского взаимодействия должна строиться с учетом всех особенностей содержания и развития потребностно-мотивационной сферы женщины.

В ходе проведенного исследования было обнаружено, что вариант родоразрешения оказывает прямое влияние на риск возникновения у женщин послеродовой депрессии. Женщины, рожаящие с помощью кесарева сечения, в отличие от женщин с естественным вариантом родоразрешения, больше предрасположены к развитию послеродовой депрессии. Симптомы тревоги и неуверенность в себе присутствуют одинаково в обеих группах рожениц.

Таким образом, профилактика послеродовой депрессии должна начинаться не после родов, а еще во время беременности. Беременная женщина (особенно относящаяся к группе риска по наследственности и собственному психологическому состоянию или заболеваниям в прошлом) должна находиться в щадяще-охранительном режиме, который должен быть организован близкими дома, коллегами и самой женщиной – на работе.

Практически все направления деятельности акушерско-гинекологического стационара должны включать в себя комплексный медико-психологический подход к лечению пациентов, осуществляемый совместно лечащим врачом, психологом и психотерапевтом. В связи с этим наиболее актуальными задачами, которые необходимо решать, являются: организация взаимодействия психолога, психотерапевта с медицинским

персоналом; создание у женщины мотивационного запроса на психологическую помощь; необходимость включения в психологическое консультирование семьи пациентки.

#### Список литературы:

1. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. – 2016. – № 4. – С. 35-42.
2. Болзан В.А. Психологическое благополучие женщины в период беременности // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. 2021. – №05. – С. 53-58.
3. Болучевская, В.В. Психологическая готовность к материнству у женщин в разных возрастных периодах / В.В. Болучевская, А.Н. Позднякова, А.М. Шимбарева // Форум. Серия: Гуманитарные и экономические науки. – 2018. – № 3(15). – С. 96-100.
4. Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. – Екатеринбург: Изд-во «ЛИТУР», 2014. – 400 с.
5. Голенков А.В., Гартфельдер Д.В., Филоненко А.В., Родионова В.А., Филоненко В.А. Выявление послеродовой депрессии у женщин, имеющих малолетних детей, с использованием шкальных оценок // Психическое здоровье. 2018. №11. С. 53-57.
6. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2017. 352 с.
7. Захарова Г.А. Психологическая готовность женщин к материнству // Перинатальная психология и психология родительства. – 2017. – № 3. – С. 29-33
8. Ивашиненко Д.М., Култыгин С.В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // Вестник новых медицинских технологий. 2019. Т. 18, №3. С. 233-235.
9. Кельмансон И.А. Перинатология и перинатальная психология. – Изд-во: СпецЛит, 2018. – 415 с.
10. Кулиев Р.Т., Руженков В.А. Психические расстройства при нормально протекающей беременности (клиническая структура и лечение) // Тюменский медицинский журнал. 2019. № 1. С. 27-28.
11. Мальгина Г.Б. Ветчанина Е.Г. Психоземotionalный стресс в период беременности и перинатальные проблемы / Материалы республиканской науч-практ. конф. «Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование». – Екатеринбург, 2018. – С.47-50.
12. Менделевич В.Д. Клиническая психология. Казань, 2008. – 587 с.

#### References:

1. Bazhenova O.V., Baz L.L., Kopyl O.A. Readiness for motherhood: identification of factors, conditions of psychological risk for the future development of a child // Synapse. – 2016. – No. 4. – pp. 35-42.
2. Bolzan V.A. Psychological well-being of a woman during pregnancy // Modern science: actual problems theories and practices. Series: Cognition. 2021. – No.05. – pp. 53-58.

3. Boluchevskaya, V.V. Psychological readiness for motherhood in women in different age periods / V.V. Boluchevskaya, A.N. Pozdnyakova, A.M. Shimbareva // Forum. Series: Humanities and Economic Sciences. – 2018. – № 3(15). – Pp. 96-100.
4. Winnicott D.V. Family and personal development. Mother and child. – Yekaterinburg: Publishing house "LITUR", 2014. – 400 p.
5. Golenkov A.V., Gartfelder D.V., Filonenko A.V., Rodionova V.A., Filonenko V.A. Identification of postpartum depression in women with young children using scale assessments // Mental health. 2018. No.11. pp. 53-57.
6. Dobryakov I.V. Perinatal psychology. 2nd ed. St. Petersburg: St. Petersburg, 2017. 352 p.
7. Zakharova G.A. Psychological readiness of women for motherhood // Perinatal psychology and the psychology of parenthood. – 2017. – No. 3. – pp. 29-33
8. Ivashinenko D.M., Kultygin S.V. Comprehensive assessment of the condition of women with postpartum depression // Bulletin of New Medical Technologies. 2019. Vol. 18, No. 3. pp. 233-235.
9. Kelmanson I.A. Perinatology and perinatal psychology. – Publishing house: SpetsLit, 2018. – 415 p.
10. Kuliyeu R.T., Ruzhenkov V.A. Mental disorders in normal pregnancy (clinical structure and treatment) // Tyumen Medical Journal. 2019. No. 1. pp. 27-28.
11. Malgina G.B. Vetchanina E.G. Psychoemotional stress during pregnancy and perinatal problems / Materials of the Republican scientific and practical conference "Healthy newborn: perinatal problems and prognosis". – Yekaterinburg, 2018. – pp.47-50.
12. Mendelevich V.D. Clinical psychology. Kazan, 2008. – 587 p.