

# Послеродовая депрессия – факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты

Макарова М.А.<sup>1</sup>, Тихонова Ю.Г.<sup>1</sup>, Авдеева Т.И.<sup>1</sup>, Игнатко И.В.<sup>2</sup>, Кинкулькина М.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра психиатрии и наркологии и <sup>2</sup>кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии  
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

<sup>1</sup>Россия, 119991, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9; <sup>2</sup>Россия, 117997, Москва, ул. акад. Опарина, 4

**Цель исследования** – комплексное изучение клинко-психопатологической структуры депрессивных расстройств, развивающихся у женщин в послеродовом периоде, выявление факторов риска их развития и особенностей терапии.

**Пациенты и методы.** В когортное проспективное исследование включено 150 женщин в возрасте от 18 лет до 41 года в послеродовом периоде (0–3-й день после родов), с катamnестическим прослеживанием каждые 2 нед в течение 6 мес. Применялись клинико-психопатологический метод, психометрические шкалы – Шкала оценки депрессии Монтгомери–Асберг, Шкала Гамильтона для оценки тревоги.

**Результаты и обсуждение.** В течение 6 нед после родов депрессия развилась у 11,3% женщин, из них у 94,2% – легкой степени тяжести, у 5,8% – средней степени. Выявлены следующие факторы риска развития депрессии в послеродовом периоде: эпизоды сниженного настроения и тревоги до и во время текущей беременности, психотравмирующие ситуации во время беременности, нежелательная беременность, патология текущей беременности и родов, родоразрешение методом кесарева сечения, перинатальный статус ребенка, отсутствие грудного вскармливания. Всем женщинам с депрессией проведен курс рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии, у 17,6% психофармакотерапия применялась короткими курсами для коррекции нарушений сна и тревоги. Отмечена высокая эффективность психотерапевтических методик для коррекции аффективных расстройств послеродового периода.

**Заключение.** Послеродовая депрессия развилась у 11,3% женщин, имела преимущественно легкую степень и регрессировала на фоне лечения у всех женщин в течение 5 мес.

**Ключевые слова:** послеродовой период; послеродовая депрессия; аффективные расстройства послеродового периода; факторы риска; психотерапия.

**Контакты:** Мария Александровна Макарова; [marimakarova\\_91@mail.ru](mailto:marimakarova_91@mail.ru)

**Для ссылки:** Макарова МА, Тихонова ЮГ, Авдеева ТИ и др. Послеродовая депрессия – факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(4):75–80. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-4-75-80

## Postpartum depression – risk factors, clinical and treatment aspects

Makarova M.A.<sup>1</sup>, Tikhonova Yu.G.<sup>1</sup>, Avdeeva T.I.<sup>1</sup>, Ignatko I.V.<sup>2</sup>, Kinkulkina M.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Narcology and <sup>2</sup>department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,  
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow

<sup>1</sup>11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021, Russia; <sup>2</sup>4, acad. Oparina St., Moscow 117997, Russia

**Objective:** to analyze the psychopathological structure, risk factors and treatment of depressive disorders in women in the postpartum period.

**Patients and methods.** A prospective cohort study included 150 women in the postpartum period (0–3 days after birth), aged 18 to 41 years, with follow-up every two weeks for six months. The evaluation included clinical interviews, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, and the 17-item Hamilton Anxiety Rating Scale.

**Results and discussion.** 11.3% of women developed depression within six weeks after childbirth. Among them, 94.2% presented with mild depression, and 5.8% – moderate. Risk factors associated with postpartum depression included: periods of low mood and anxiety before and during the current pregnancy, traumatic situations during pregnancy, unwanted pregnancy, pathology of pregnancy and childbirth, cesarean section, perinatal status, lack of breastfeeding. All women with postpartum depression were treated with rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. A short course of pharmacotherapy was prescribed to 17.6% of them to correct insomnia and anxiety symptoms. Psychotherapy was highly efficient in the treatment of postpartum affective disorders.

**Conclusion.** The postpartum depression prevalence was 11.3%. The severity of postpartum depression was predominantly mild, and the symptoms regressed during treatment within five months in all women.

**Keywords:** postpartum period; postpartum depression; postpartum affective disorders; risk factors; psychotherapy.

**Contact:** Maria Aleksandrovna Makarova; [marimakarova\\_91@mail.ru](mailto:marimakarova_91@mail.ru)

**For reference:** Makarova MA, Tikhonova YuG, Avdeeva TI, et al. Postpartum depression – risk factors, clinical and treatment aspects. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(4):75–80. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-4-75-80

Послеродовая депрессия является одним из наиболее частых осложнений послеродового периода [1, 2]. Данные о распространенности послеродовой депрессии в эпидемиологических и клинических исследованиях в зависимости от географических, этнокультурных, социоэкономических параметров, а также применяемых диагностических подходов варьируют в широких пределах – от 5 до 61% [1–3].

Согласно диагностическим критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) диагноз послеродовой депрессии устанавливается при развитии депрессивной симптоматики в течение 6 нед после родов. В отличие от МКБ-10, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> edition, DSM-5) ограничивает период возникновения послеродовой депрессии сроком 4 нед после родов [4].

По данным литературы, до 20% женщин продолжают страдать депрессией в течение года после родов и до 13% женщин – в течение двух лет [5–7]. Риск развития рецидива во время следующей беременности или в дальнейшей жизни после перенесенного эпизода послеродовой депрессии достигает 40% [5–7]. Эпидемиологические исследования показывают, что среди причин материнской смертности в послеродовом периоде до 20% приходится на суициды [8].

Помимо негативного влияния на психическое здоровье и физическое самочувствие матери, депрессия в послеродовом периоде может повлечь за собой неблагоприятные последствия для здоровья ребенка. Послеродовая депрессия нарушает формирование связи между матерью и младенцем; дети матерей, страдавших послеродовой депрессией, менее привязаны к матерям, у них снижается способность к общепознавательному и языковому развитию [9, 10]. Согласно данным А.В. Филоненко [10], нарушение детско-материнских связей является предпосылкой для развития не только поведенческих и психопатологических отклонений, но и соматической патологии у детей. С младенчества у них отмечается задержка в психомоторном развитии, возникают заболевания вегетативной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхательной и иммунной систем [10]. Некоторые авторы высказывают мнение, что нарушение связи между матерью и ребенком может привести к попыткам детоубийства [9, 11].

В настоящее время нет единого мнения и о причинах развития послеродовой депрессии. Предполагается, что в сложном патофизиологическом механизме болезни участвует множество биологических факторов, включая гормональные, иммунные и генетические [12, 13]. Среди предикторов развития послеродовой депрессии выделяют социальные, психологические,отягощенный психиатрический и акушерско-гинекологический анамнез.

Неоднозначным остается вопрос лечения послеродовых депрессий. На настоящий момент в отечественной клинической практике отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи женщинам с послеродовой депрессией. Применение стандартных терапевтических алгоритмов при послеродовой депрессии затруднено ввиду недоказанности безопасности большинства психотропных препаратов для беременных женщин и кормящих матерей. Назначение фармакологических средств при тяжелой или умеренной депрессии в большинстве случаев потребует завершения грудного вскармливания. При этом некоторые исследова-

ния показывают, что сам факт отказа от грудного вскармливания может усугублять или даже провоцировать развитие депрессивной симптоматики [14]. В случае депрессий легкой степени первой линией терапии считаются нелекарственные методы. Данные клинических испытаний свидетельствуют о том, что применение психотерапевтических методик может сократить продолжительность депрессии послеродового периода, а также продлить время, проведенное в клинической ремиссии [15].

**Целью** данного исследования являлось комплексное изучение клинко-психопатологической структуры депрессивных расстройств, развивающихся у женщин в послеродовом периоде, выявление факторов риска их развития и особенностей терапии.

**Пациенты и методы.** В проспективное клиническое исследование включались все женщины в возрасте старше 18 лет, находящиеся в акушерско-гинекологическом отделении Городской клинической больницы им. С.С. Юдина в октябре – ноябре 2019 г. Рекуррентное депрессивное расстройство, шизофрения и шизоаффективные психозы, декомпенсация тяжелой соматической патологии, болезни зависимости (в отсутствие ремиссии <6 мес) были определены как *критерии невключения*.

Перед включением в исследование все женщины получили разъяснение о потенциальных рисках, а также подписали информированное согласие. Исследование было одобрено на заседании локального комитета по этике Сеченовского Университета.

Было обследовано 150 женщин, средний возраст которых составлял  $29,4 \pm 5,0$  года; 90% из них состояли в браке; 79,3% имели постоянную занятость; 75,3% получили высшее образование, 20% – среднее специальное, 4,7% – общее среднее.

Для обследования применялись клинко-психопатологический и клинко-катамнестический, психометрический методы с использованием Шкалы оценки депрессии Монтомери–Асберг (Montgomery–Asberg Depression Rating Scale, MADRS), Шкалы общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI), Шкалы тревоги Гамильтона (HAM-A). Женщин обследовали на 0–3-и сутки после родов, затем каждые 2 нед в течение 6 мес наблюдения. При выявлении депрессии женщин осматривали еженедельно. Диагноз послеродовой депрессии устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 для депрессивного эпизода, развивающегося в послеродовом периоде (F53).

Основным методом лечения послеродовой депрессии была психотерапия. Всем женщинам с депрессией был проведен курс рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии. Психофармакотерапия применялась короткими (до 2 нед) курсами для коррекции нарушений сна и тревоги: кветиапин (6,25–25 мг/сут) – 17,6% женщин с депрессией, аминафенилмасляная кислота (фенибут; 125–750 мг/сут) – 11,8%.

*Статистический анализ данных* проводился с использованием стандартных методов для распределения, отличного от нормального. Для обработки данных была использована программа Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Для сравнительного анализа применялись методы непараметрической статистики: критерий  $\chi^2$  Пирсона, критерий Фишера (для групп менее пяти человек), тест Манна–Уитни с заданным значением уровня значимости  $p=0,05$ .

Для оценки взаимосвязи нескольких независимых переменных и зависимой переменной использована множественная линейная регрессия.

**Результаты.** При клинико-психопатологическом исследовании клиническая депрессия в течение 6 нед после родов была выявлена у 17 (11,3%) женщин. Большая часть (94,2%) депрессивных состояний соответствовали легкой степени тяжести, 5,8% – средней степени. Частота встречаемости симптомов составила: гипотимия – 100%, тревога – 64,7%, опасения и страхи, в основном касающиеся здоровья ребенка, – 58,8%, нарушения сна – 52,9%, утомляемость – 52,9%. Реже наблюдались чувство вины (29,4%), ангедония (29,4%), плаксивость (29,4%). Только 17,6% женщин с депрессией предъявляли жалобы на периодически возникающее чувство неглубокой тоски.

При психометрической оценке выраженности депрессивных симптомов по MADRS наиболее высокие значения в группе депрессивных больных были получены для симптомов тревоги (2,64±0,49 балла), гипотимии (2,23±0,44 балла), нарушений сна (2,17±0,39 балла), концентрации внимания (2,05±0,66 балла) и повышенной утомляемости (1,94±0,65 балла). При оценке по Шкале тревоги Гамильтона в группе с депрессией на 0–3-й день после родов средний балл составил 10,58±3,48, что соответствует уровню легкой тревоги. Однако при клинико-психопатологическом обследовании женщин в послеродовом периоде и в течение последующих 6 мес наблюдения синдромологически очерченного тревожного расстройства выявлено не было.

В группе женщин без аффективной патологии при оценке с помощью MADRS наиболее высокие баллы получены для симптомов тревоги (1,28±0,56) и нарушений сна (1,34±0,74). Средний балл по Шкале Гамильтона составил 4,78±3,42. Все представленные значения были статистически значимо ниже, чем в группе с послеродовой депрессией (p<0,05).

Для оценки влияния различных факторов на риск развития послеродовой депрессии был проведен сравнительный анализ групп с развившейся депрессией и без аффективной патологии (см. таблицу). На следующем этапе был проведен анализ факторов, внося-

*Сравнение характеристик в группах пациенток с послеродовой депрессией и без аффективной патологии, n (%)*

*General characteristics of women with postpartum depression and without affective disorders, n (%)*

Показатель	Послеродовая депрессия (n=17)	Без аффективной патологии (n=133)	p
Средний возраст, годы, M±σ	28,3±5,31	29,5±5,0	0,44
Семейное положение: состоит в браке не состоит в браке	14 (82,4) 3 (17,6)	121 (90,9) 12 (9,1)	0,26
Образование: высшее другое	10 (58,8) 7 (41,2)	84 (63,2) 49 (36,8)	0,72
Трудовая занятость: работает не работает	14 (82,4) 3 (17,6)	105 (78,9) 28 (21,1)	0,74
Сопутствующие заболевания	2 (11,7)	4 (3,0)	0,08
Патология беременности у матери	3 (17,6)	13 (9,8)	0,32
Наследственная отягощенность психическими заболеваниями	4 (23,5)	36 (27,0)	0,75
Периоды сниженного настроения или тревоги в анамнезе	10 (58,8)	42 (31,6)	<0,05
Периоды сниженного настроения или тревоги во время текущей беременности	13 (76,5)	43 (32,3)	<0,001
Насилие со стороны партнера	0	1 (0,8)	0,71
Нежелательная беременность	3 (17,6)	6 (4,5)	<0,05
Нежеланный пол ребенка	1 (5,8)	3 (2,3)	0,38
Супружеская дисгармония	1 (5,8)	13 (9,8)	0,60
Внутриличностный конфликт	1 (5,8)	3 (2,3)	0,38
Психотравмирующие ситуации во время текущей беременности	7 (41,2)	17 (12,8)	<0,001
Курение табака во время беременности	3 (17,6)	8 (6,0)	0,08
Здоровое питание	7 (41,2)	38 (28,6)	0,28
Физическая активность	6 (35,3)	26 (19,5)	0,13
Характер менструаций: нерегулярные обильные болезненные	3 (17,6) 4 (23,5) 4 (23,5)	9 (6,8) 28 (21,0) 80 (60,2)	0,12 0,81 0,19
Предменструальный синдром	15 (88,2)	96 (72,2)	0,15
Искусственное прерывание беременности в анамнезе	2 (11,8)	19 (14,3)	0,77
Выкидыши в анамнезе	2 (11,8)	15 (11,3)	0,95
Первые роды	9 (52,9)	66 (49,6)	0,79
Гинекологические заболевания	2 (11,8)	7 (5,3)	0,28
Патология текущей беременности или родов	12 (70,6)	30 (22,6)	<0,001

Продолжение табл. 4  
Continuing of table 4

Показатель	Послеродовая депрессия (n=17)	Без аффективной патологии (n=133)	p
Метод родоразрешения: естественные роды кесарево сечение	6 (35,3) 11 (64,7)	87 (65,4) 46 (34,6)	<0,01
Перинатальный статус ребенка <7 баллов шкале Апгар	7 (41,2)	17 (12,8)	<0,001
Вид вскармливания: искусственное грудное	10 (58,8) 7 (41,2)	27 (20,3) 106 (79,7)	<0,001

щих наибольший вклад в вариацию выраженности аффективной симптоматики. Для оценки наиболее значимых предикторов была использована множественная регрессия. Обобщенная линейная модель была построена для всей ис-

следуемой выборки с оценкой влияния наиболее значимых факторов – аффективной патологии во время беременности (эпизоды сниженного настроения или повышенной тревожности, не достигающие клинической значимости) и психотравмирующих ситуаций во время беременности, что объясняет 38% общей изменчивости ( $p < 0,05$ , тест отношения правдоподобий; рис. 1).

Динамика редукции аффективной симптоматики представлена на рис. 2. В течение 8 нед 30% женщин с послеродовой депрессией достигли ремиссии (при клинико-психопатологической оценке и по снижению сум-

марного балла MADRS <12 баллов); к 11-й неделе ремиссии достигли 50% женщин. К 5-му месяцу ремиссия (клинически и по психометрическим шкалам) наблюдалась у всех женщин с развившейся в послеродовом периоде депрессией.

При оценке редукции аффективной симптоматики в группе с выявленной депрессией наибольшее снижение суммарного балла MADRS отмечалось в первые 2 нед проводимой терапии (см. рис. 2). После 11 нед терапии отмечалось снижение среднего суммарного балла MADRS до уровня ремиссии (<12 баллов). При оценке редукции тревожной симптоматики отмечено снижение среднего суммарного балла по шкале HAM-A ниже 8 (отсутствие тревоги) к 4-й неделе терапии. Обращает на себя внимание некоторое повышение уровня тревоги после 9–10 нед, что совпадало со сроками распространения информации и введением карантинных мероприятий в связи с COVID-19. Сходная динамика тревожных переживаний наблюдалась и в группе без аффективной патологии, что также можно объяснить напряженной социальной и эпидемиологической обстановкой в стране в связи с коронавирусной инфекцией.

**Обсуждение.** Послеродовая депрессия является одной из значимых проблем послеродового периода. По результатам различных исследований, данные о распространенности послеродовой депрессии в разных странах значительно варьируют – от 5 до 61% [1–3]. Такой разброс значений объясняется межкультурными различиями, существенной разницей социальных и экономических характеристик, используемых диагностических методов. В настоящем исследовании, по результатам сплошного осмотра родильниц в одной из городских больниц, частота послеродовой депрессии составила 11,3%. Стоит учитывать, что в исследование не вошли женщины с такими психическими заболеваниями, как рекуррентное депрессивное расстройство, шизофрения и шизоаффективные психозы, болезни зависимости, что исключало влияние психических расстройств, развившихся до беременности, на вероятность развития аффективной патологии послеродового периода.

Большая часть выявленных послеродовых депрессий были легкими. Клинико-психопатологическая структура характеризовалась преобладанием тревожно-депрессивной симптоматики. Женщины преимущественно жаловались на подавленность, тревогу, страхи (в основном касающиеся здоровья ребенка, опасения не справиться с уходом), нарушения сна, усталость, что согласуется с большинством работ [11, 16]. Тревожные переживания и нарушения сна бы-

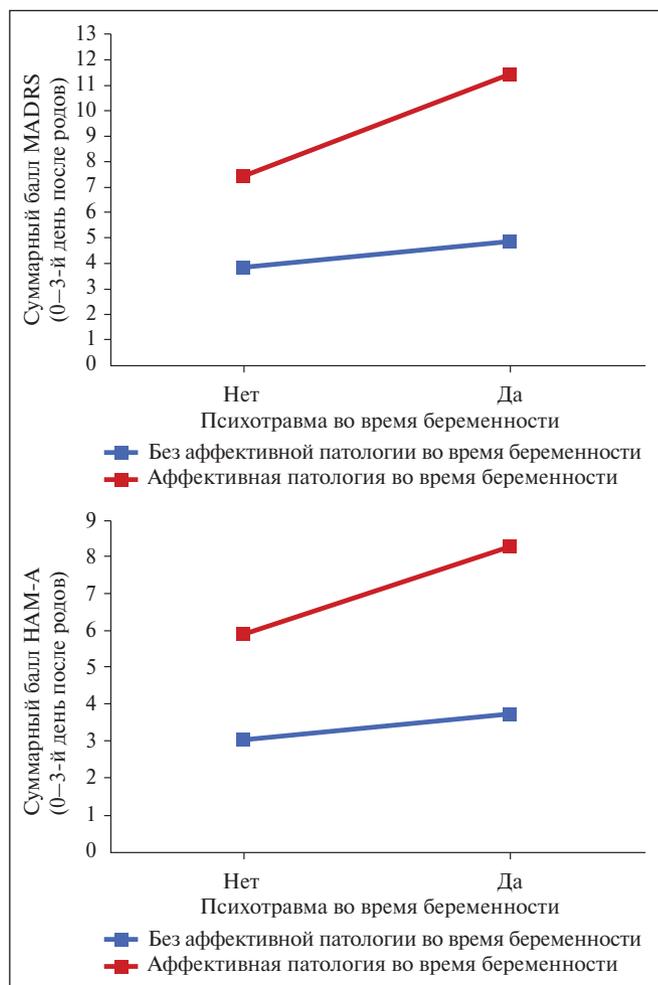


Рис. 1. Влияние факторов, вносящих наибольший вклад в выраженность депрессивной и тревожной симптоматики у женщин послеродового периода (обобщенная линейная модель)

Fig. 1. Associations of risk factors with greatest contribution to the severity of depressive and anxiety symptoms in postpartum women (generalized linear model)

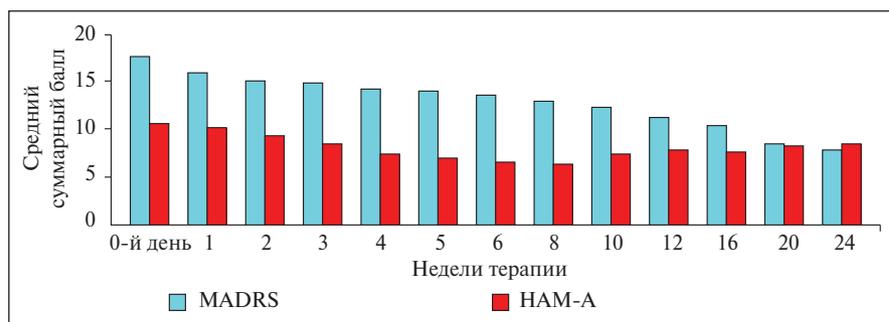
ли характерны также и для родильниц без депрессии, однако сравнение их выраженности при психометрической оценке с группой женщин с депрессией достигало статистически значимой разницы, отражая, таким образом, психопатологическую структуру депрессивного синдрома, а не повышенной тревожности, связанной с послеродовыми переживаниями.

При сравнительном анализе женщин с депрессией и без аффективной патологии не было выявлено различий по основным социодемографическим характеристикам: возрасту, семейному положению, уровню образования и трудовой занятости. Не найдено влияния на риск развития послеродовой депрессии такого фактора, как психопатологически отягощенная наследственность, прогностическая способность которой была определена в ряде работ [13].

Среди психосоциальных факторов к предикторам развития послеродовой депрессии относят следующие: тяжелое финансовое положение, отсутствие трудовой занятости, недостаточную поддержку со стороны семьи, психологический стресс у женщин во время беременности, нежеланную беременность или пол ребенка, супружескую дисгармонию, моральное и физическое насилие со стороны партнера и психологические внутренние конфликты женщины, не готовой к принятию новой роли матери [3, 17, 18]. В настоящем исследовании получены данные о влиянии таких факторов риска, как нежеланная беременность и психотравмирующие ситуации во время беременности. Не было получено различий между группами при сравнении других психосоциальных факторов, однако стоит принять во внимание, что в исследуемой выборке только одна женщина сообщила о факте насилия со стороны супруга и лишь малый процент подтверждал наличие супружеской дисгармонии или внутренней неготовности к роли матери.

По данным ряда исследований, возникновение аффективных расстройств в послеродовом периоде связано с акушерско-гинекологическими факторами риска: метод родоразрешения, первые роды, характер менструации, тяжесть предменструального синдрома, аборт и выкидыши в анамнезе [1, 19, 20]. В нашей работе выявлено, что риск развития послеродовой депрессии достоверно повышает патология текущей беременности или родов. Значимые различия получены для метода родоразрешения – в группе с послеродовой депрессией чаще применялось кесарево сечение. Другими значимыми факторами риска развития послеродовой депрессии являлись перинатальный статус ребенка и вид вскармливания. При неудовлетворительной (<7 баллов) оценке по шкале Апгар депрессия в послеродовом периоде развивалась значимо чаще. У женщин, кормивших грудью, аффективные расстройства в послеродовом периоде развивались достоверно реже, чем у женщин, отказавшихся от грудного вскармливания или же не имеющих возможности кормить грудью.

В нашем исследовании отмечена только тенденция к повышению частоты депрессии у женщин, продолжавших курить во время беременности. Похожие данные были получены в исследовании S. Salimi и соавт. [21]: у женщин, ко-



**Рис. 2.** Динамика редукции тяжести депрессии и тревоги на фоне терапии в группе с послеродовой депрессией

**Fig. 2.** Reduction in depression and anxiety symptoms severity during treatment in the postpartum depression group

торые продолжали курить в течение последних 3 мес беременности и в послеродовом периоде, чаще развивались аффективные симптомы, по сравнению с женщинами, которые бросили курить до беременности.

Одним из наиболее доказанных факторов риска развития послеродовой депрессии является аффективная симптоматика, наблюдаемая до или в течение беременности [12]. В нашем исследовании показано, что наиболее значимым предиктором послеродовой депрессии являются эпизоды сниженного настроения или тревоги, наблюдаемые во время беременности. При наличии этого фактора в послеродовом периоде повышалась выраженность депрессивных и тревожных переживаний; при этом значимый вклад вносил фактор перенесенной во время беременности психотравмы.

Вопрос терапии послеродовой депрессии остается одной из наиболее сложных клинических проблем вследствие недоказанности безопасности применения большинства лекарственных средств у кормящих матерей. В нашем исследовании показана высокая эффективность психотерапии – все женщины достигли ремиссии к 5-му месяцу наблюдения. В значительной степени это объяснялось ранним выявлением депрессии и быстрым подбором методов коррекции, что предотвращало дальнейшее усугубление аффективной симптоматики, обеспечивало сохранение комплаентности и поддержание терапевтического альянса.

**Заключение.** По результатам исследования, распространенность депрессивных расстройств, развивающихся в течение 6 нед после родов, составила 11,3%, большая часть из которых (94,2%) были легкими. В клинической картине послеродовой депрессии преобладала тревожно-депрессивная симптоматика. Наряду с гипотимией, тревогой, нарушениями сна и утомляемостью для многих женщин с послеродовой депрессией были характерны навязчивые опасения и страхи, касающиеся здоровья ребенка. Выявлены следующие факторы риска развития депрессии в послеродовом периоде: эпизоды сниженного настроения и тревоги до и во время текущей беременности, психотравмирующие ситуации во время беременности, нежелательная беременность, патология текущей беременности и родов, родоразрешение методом кесарева сечения, перинатальный статус ребенка, отсутствие грудного вскармливания. Психотерапевтические методы коррекции депрессивных расстройств послеродового периода показали высокую эффективность. Психотерапия

котерапия применялась только у 17,6% женщин, короткими (до 2 нед) курсами для коррекции нарушений сна и тревоги.

Своевременное выявление депрессий, развивающихся в послеродовом периоде, позволяет провести их адекватное лечение с высокой эффективностью, обеспечивает психическое и физическое благополучие не только матери, но и ребенка.

**Ограничения.** Из этических соображений в задачи работы не входило плацебоконтролируемое исследование эффективности терапии, сравнение различных ее видов. Вопрос применения психофармакотерапии решался каждый раз индивидуально, в соответствии с принципами обеспечения блага и непричинения вреда.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Kлайн P, Артур DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009 Oct;46(10):1355-73. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012. Epub 2009 Mar 26.
2. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet (London).* 2014 Nov 15;384(9956):1775-88. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9. Epub 2014 Nov 14.
3. Di Florio A, Putnam K, Altemus M, et al. The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychol Med.* 2017 Apr;47(5):787-99. doi: 10.1017/S0033291716002087. Epub 2016 Nov 21.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 2013. American Psychiatric Association. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
5. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet (London).* 2014;384(9956):1800-19. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61277-0
6. Vigod SN, Stewart DE. Postpartum Depression. *N Engl J Med.* 2017;376(9):895. doi: 10.1056/nejmcp1607649
7. Rasmussen MH, Strøm M, Wohlfahrt J, et al. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A population-based cohort study. *PLoS Med.* 2017;14(9):e1002392. doi: 10.1371/journal.pmed.1002392
8. Richard A, Poinot J-M, Perriot G, et al. Depressuion du post-partum et risque suicidaire a propos d'un cas Clinique. *Res Fr Psychiatr Psych Med.* 2010;14 (114):18-22.
9. Thorsteinsson EB, Loi NM, Moulynox AL. Mental health literacy of depression and postnatal depression: a community sample. *Open J Depres.* 2014;3(03):101. doi: 10.4236/ojd.2014.33014
10. Филоненко АВ. Последствия влияния послеродовой депрессии родильницы на психосоматические показатели здоровья младенца. *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 2012;4(1):37-43. [Filonenko AV. Consequences of the influence of postpartum depression in postpartum women on psychosomatic indicators of infant health. *Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii.* 2012;4(1):37-43 (In Russ.)].
11. Chaudron LH. Postpartum depression: what pediatricians need to know. *Pediatr Rev.* 2003;24(5):154-61. doi: 10.1542/pir.24-5-154
12. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Ann Rev Med.* 2019;70:183-96. doi: 10.1146/annurev-med-041217-011106
13. Couto TC, Brancaglion MY, Alvim-Soares A, et al. Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World J Psychiatry.* 2015;5(1):103-11. doi: 10.5498/wjp.v5.i1.103
14. Vieira ES, Caldeira NT, Eugenio DS, et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Revistalatio-Americana de Enfermagem.* 2018;26:e3035. doi: 10.1590/1518-8345.2110.3035
15. Miniati M, Callari A, Calugi S, et al. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Arch Wom Mental Health.* 2014;17(4):257-68. doi: 10.2147/prbm.s120584
16. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015;175:34-52. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041
17. Gauthreaux C, Negron J, Castellanos D, et al. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011: A secondary analysis of PRAMS data. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(6):e5851. doi: 10.1097/md.00000000000005851
18. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs.* 2007;36(6):542-9. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x
19. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, et al. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Wom Mental Health.* 2013;16(3):219-25. doi: 10.1007/s00737-012-0323-x
20. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):147-57. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.014
21. Salimi S, Terplan M, Cheng D, Chisolm MS. The Relationship Between Postpartum Depression and Perinatal Cigarette Smoking: An Analysis of PRAMS Data. *J Subst Abuse Treat.* 2015;56:34-8. doi: 10.1016/j.jsat.2015.03.004

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

1.06.2021/13.07.2021/15.07.2021

### Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Макарова М.А. <https://orcid.org/0000-0002-3926-480X>

Тихонова Ю.Г. <https://orcid.org/0000-0001-6071-2796>

Авдеева Т.И. <https://orcid.org/0000-0002-5109-1438>

Игнатко И.В. <https://orcid.org/0000-0002-9945-3848>

Кинкулькина М.А. <https://orcid.org/0000-0001-8386-758X>