

Данная информация носит ознакомительный характер и не может использоваться лицами без высшего образования по профилю «Психиатрия», основана на цитировании официальных источников и анализе автора.

Послеродовая депрессия

Послеродовая депрессия – термин, который употребляется при развитии депрессии как после родов, так и во время беременности, до родов. Временной промежутком, принимаемый за послеродовой период разный – в МКБ- 10 и 11 это период первых 6 недель после родов, в DSM5 через 4 недели после родов. В широком смысле послеродовой период – 12 месяцев после родов.

В проспективном исследовании 546 женщин, которые были набраны из акушерской популяции и у которых была диагностирована послеродовая депрессия, начало было следующим:

Беременность – 20 процентов

До родов – 38 процентов

Послеродовой период – 42 процента

Ретроспективное исследование женщин с послеродовым началом большой депрессии (n = 116) показало, что ее начало произошло следующим образом:

1-й месяц после родов – 54 процента

Послеродовой месяц со 2 по 4 – 40 процентов

Послеродовой месяц с 5 по 12 – 6 процентов

- **После родов возникает нередко состояние «postpartum blues» - послеродовый блюз или «бэби-блюз», состояние, при котором есть депрессивные симптомы, возникает после родов и длится до 2-х недель, самостоятельно проходит.**
- **Беспокойство и страхи по поводу ребенка во время беременности и после родов, а также некоторая степень навязчивых мыслей о возможном вреде являются обычными явлениями, и их не следует диагностировать как расстройство, если только они не являются постоянными и не связаны с существенным страданием и мешают функционированию, включая способность заботиться о ребенке.**
- **Уязвимость к послеродовой депрессии может быть связана с генетическими факторами.**
- **Изменения концентрации нескольких гормонов в сыворотке связаны с послеродовой депрессией, включая снижение уровня эстрогена и прогестерона.**
 - **Плацента является эндокринным органом эмбрионального происхождения, и нарушение регуляции плацентарного кортикотропин-рилизинг гормона может играть роль в развитии послеродовой депрессии.**
- **Плотность фермента моноаминоксидазы-А в префронтальной и передней поясной извилине была повышена у женщин с послеродовой депрессией по сравнению с контрольной группой. Фермент метаболизирует нейротрансмиттеры, такие как дофамин, норадреналин и серотонин, и более быстрое истощение этих нейротрансмиттеров может привести к депрессии.**

Факторы риска послеродовой депрессии
(!многие неспецифичны! Их наличие НЕ означает, что депрессия 100% возникнет, это именно риски, которые следует учитывать):

Депрессия во время беременности!
Предыдущая депрессия в анамнезе!

- Стрессовые жизненные события (например, супружеский конфликт, эмиграция) во время беременности или после родов
- Плохая социальная и финансовая поддержка в послеродовом периоде
- Перинатальные тревожные симптомы и расстройства
- Молодой возраст (например, возраст <25 лет)
- Холостое семейное положение
- Насилие со стороны интимного партнера и случаи физического и/или сексуального насилия в течение жизни
- Непреднамеренная/нежелательная беременность
- Негативное отношение к беременности
- Страх перед родами
- Плохое перинатальное физическое здоровье
- Черты личности, такие как невротизм (который характеризуется устойчивой тенденцией к беспокойству и чувству тревоги, гнева, печали и вины)
- Предменструальный синдром или предменструальное дисфорическое расстройство в анамнезе
- Перинатальное нарушение сна
- Неблагоприятные исходы беременности и новорожденности
- Послеродовой блюз
- Грудное вскармливание, которое является неисключительным, трудным, относительно коротким по продолжительности или прекращается относительно рано
- Стресс при уходе за ребенком, такой как безутешный плач ребенка, трудный темперамент ребенка или нарушение сна ребенка

Почему послеродовая депрессия должна выявляться и лечиться?

У нас есть данные о том, что депрессия может самостоятельно пройти, но также есть данные о том, что депрессия, к сожалению, чаще всего рецидивирует. Очень важно то, что послеродовая депрессия ухудшает функционирование матери, связана с плохим питанием и здоровьем ребенка и может мешать грудному вскармливанию, связи матери и ребенка, уходу за младенцем и другими детьми, а также отношениям женщины со своим партнером. **Кроме того, послеродовая депрессия связана с аномальным развитием, когнитивными нарушениями и психопатологией у детей.**

Самоубийство является основной причиной смерти женщин в послеродовом периоде, однако абсолютный уровень самоубийств в послеродовом периоде очень низок.

Размышление о причинении вреда ребенку может возникнуть при послеродовой депрессии. Пациентки могут описывать эти мысли как «страшные» или пугающие и обычно не выражают намерения причинить вред своему ребенку. Мысли о причинении вреда ребенку обычно воспринимаются как нежелательные, неприемлемые (эго-дистонические) и навязчивые и обычно не выявляются, пока пациентки не будут допрошены напрямую.

Женщины часто неохотно обсуждают свои депрессивные симптомы, возможно, из-за предполагаемых социальных ожиданий, что молодые матери счастливы, что может порождать смущение, чувство вины и стигму.

Послеродовая депрессия диагностируется по критериям диагностики «обычной» депрессии

В DSM5 – это критерии униполярной большой депрессии.

В МКБ-11 – это критерии единичного депрессивного расстройства и рекуррентного депрессивного расстройства.

В МКБ-10 – депрессивный эпизод и РДР.

Критерии диагностики большого депрессивного эпизода в DSM5tr

А. Пять (или более) из следующих симптомов присутствовали в течение одного и того же **двухнедельного периода** и представляют собой изменение по сравнению с предыдущим функционированием; по крайней мере, одним из симптомов является либо (1) подавленное настроение, либо (2) потеря интереса или удовольствия.

- 1) Подавленное настроение большую часть дня, почти каждый день, на что указывает либо субъективное мнение (например, чувствует себя грустной, опустошенной, безнадежно), либо наблюдения других (например, кажется плаксивой).
- 2) Заметное снижение интереса или удовольствия от всех или почти всех видов деятельности большую часть дня, почти каждый день (на что указывают либо субъективные оценки, либо наблюдения).

**при рождении ребенка фокус внимания женщины перенаправлен на младенца и интересы женщины могут «откладываться». в контексте депрессии снижение интереса или удовольствия от деятельности касается привычно интересных дел или дел, которые всегда ранее приносили удовольствие, например – чтение книг, любимая работа, прием ванной и др. сам уход за ребенком приносит удовольствие и интерес, и это тоже может утрачиваться*

- 3) Значительная потеря веса при отказе от диеты или увеличение веса (например, изменение более чем на 5% массы тела за месяц), либо снижение или увеличение аппетита почти каждый день.
- 4) Бессонница или гиперсомния почти каждый день.

**в рамках ухода за младенцем бессонница будет выглядеть как отсутствие сна даже при возможности и желании заснуть, например, когда спит ребенок.*

- 5) Психомоторное возбуждение или заторможенность почти каждый день (замечаемые окружающими, а не просто субъективные ощущения беспокойства или заторможенности).
- 6) Усталость или потеря энергии почти каждый день.

**в рамках ухода за младенцем усталость будет выглядеть как отсутствие энергии даже при возможности и наличии отдыха, например, когда за ребенком ухаживают родственники или партнер, и у женщины есть время, чтобы уделить его себе.*

- 7) Чувство никчемности, чрезмерной или неуместной вины (которая может быть бредовой) почти каждый день (а не просто упреки самого себя или вина за болезнь).
- 8) Снижение способности думать или концентрироваться, или нерешительность почти каждый день (либо по их субъективным оценкам, либо по наблюдениям других).

- 9) Повторяющиеся мысли о смерти (не только страх смерти), повторяющиеся суицидальные мысли без конкретного плана, либо попытка самоубийства, либо конкретный план совершения самоубийства.

В. Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

С. Эпизод не может быть объяснен прямым физиологическим воздействием вещества или другим заболеванием.

Д. Возникновение большого депрессивного эпизода не может быть лучше объяснено шизоаффективным расстройством, шизофренией, шизофреноформным расстройством, бредовым расстройством или другим уточненным и не уточненным спектром шизофрении и другими психотическими расстройствами.

Е. Никогда не было маниакального или гипоманиакального эпизода.

Критерии диагностики в МКБ-11

В МКБ-11 выделяется отдельная рубрика «Психические или поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами или послеродовым периодом».

Эта рубрика включает в себя:

- Психические или поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами или послеродовым периодом, без психотических симптомов
- Психические или поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами или послеродовым периодом, с психотическими симптомами

Эти коды ставятся в дополнение к коду единичного депрессивного р-ва или РДР.

Единичное депрессивное расстройство:

1. Депрессивное расстройство с одним эпизодом характеризуется наличием или историей одного депрессивного эпизода при отсутствии предшествующих депрессивных эпизодов в анамнезе.
2. Депрессивный эпизод характеризуется периодом депрессивного настроения или снижения интереса к деятельности, происходящим большую часть дня, почти каждый день в течение периода продолжительностью не менее двух недель, сопровождающимся другими симптомами, такими как трудности с концентрацией внимания, чувство никчемности или чрезмерное или неуместное чувство вины, безнадежность, повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, изменения аппетита или сна, психомоторное возбуждение или заторможенность, а также снижение энергии или утомляемость.
3. Никогда ранее не было маниакальных, гипоманиакальных или смешанных эпизодов, которые указывали бы на наличие биполярного расстройства.

Указывается степень тяжести: легкая, средняя (с психотикой или без), тяжелая (с психотикой или без), частичная или полная ремиссия

Указываются дополнительные спецификаторы:

- с выраженными симптомами тревоги,
- с паническими атаками, персистирующий депрессивный эпизод,
- с меланхолией,
- с сезонным характером.

Рекуррентное депрессивное расстройство: характеризуется наличием в анамнезе по меньшей мере двух депрессивных эпизодов, разделенных минимум несколькими месяцами без значительных нарушений настроения. **все, что указано для единичного депрессивного р-ва, указывается и при РДР*

Критерии диагностики в МКБ-10

F53. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках

Эта классификация должна использоваться только для тех психических расстройств в послеродовом периоде (начинающихся в пределах 6 недель после родов), **которые не отвечают критериям расстройств из других разделов** МКБ-10 из-за недостаточности информации или из-за отсутствия дополнительных клинических признаков, которые заставляют считать неадекватным кодирование в других разделах.

Обычно возможно классифицировать психические расстройства в послеродовой период с использованием двух других кодов: первый из других разделов Класса V (F), который указывает на специфический тип психического расстройства (обычно аффективного (F30 F39)), а второй из подразubрики O99.3 (психические расстройства и болезни нервной системы, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период) МКБ-10.

Казалось бы, вроде все понятно, если послеродовая депрессия ставится по критериям депрессии, значит рубрика F53 не может использоваться, исходя из выше заданных условий МКБ-10.

НО....

F53.0 Легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках
Включаются: постнатальная депрессия БДУ; послеродовая депрессия БДУ.

**этот шифр про бэби-блюз, но, волнуют включения*

Пояснения из МКБ-10: Большинство экспертов в этой области придерживаются мнения, что клиническая картина послеродовых психозов столь редко (если это вообще возможно) может быть надежно отграничена от аффективного расстройства или шизофрении, что введение специальной рубрики не оправдано (**на данный момент ничего не надо отграничивать*). Любой психиатр, придерживающийся точки зрения, что на самом деле существуют особые послеродовые психозы, может использовать эту рубрику, имея при этом в виду ее истинное назначение. (**ну, штош...я уже высказывалась по поводу развязывания рук врачам-психиатрам*)

А что по отцам?

Существует послеродовая отцовская депрессия. Чтобы поставить диагноз, должны быть соблюдены все те же критерии, что и для матерей.

Факторы риска отцовской депрессии – в первую очередь анамнез депрессии ранее, тревожный и депрессивный фон во время беременности партнерши, незапланированная беременность, отцовская безработица, низкая социальная поддержка, разрыв отношений с матерью ребенка, послеродовая депрессия матери ребенка и др.

Отцы, страдающие депрессией, меньше будут вовлечены в уход за младенцем, в развитие ребенка (общение, чтение книг, прогулки и проч.), в большей степени подвергают своих детей телесным мерам воспитания. Дети, воспитанные в семье, где у отца депрессия (и/или у матери), чаще страдают когнитивными проблемами, эмоциональными, поведенческими трудностями, и в целом, у таких детей чаще развивается психопатология. Лечение идентично лечению депрессии.

ЛЕЧЕНИЕ

Нет клинических рекомендаций именно по послеродовой депрессии, однако то, что прописано в КР по депрессивному эпизоду и РДР должно быть соблюдено в лечении послеродовых пациенток (разумеется, с подключением критического мышления)

При легкой и умеренной депрессии в первую очередь разумно предложить эффективную психотерапию (учитывая желание и возможности пациентки), в том числе в онлайн формате:

1. Когнитивно-поведенческая терапия
2. Межличностная терапия
3. Поведенческая активация
4. Психодинамическая терапия

При недостаточной эффективности вышеперечисленных методов можно либо сменить один вид терапии на другой, либо увеличить количество сеансов в рамках одной терапии, либо добавить к текущей терапии физические упражнения, социальную поддержку, повышение знаний относительно родительских навыков, вовлечение партнера в терапию.

Если нет возможности для психотерапии, безопасно и эффективно назначение антидепрессантов группы СИОЗС **(на канале выложен отдельный файл с кратким обзором)*

Есть и профилактика послеродовой депрессии

Существует и доказавшая свою эффективность профилактика послеродовой депрессии (имеется ввиду, что на данный момент депрессии нет, но есть значительный риск её возникновения):

1. Пациентка ранее (до родов) проходила лечение депрессии с помощью антидепрессантов, в таком случае имеет смысл возобновить прием терапии тем же препаратом, который помогал ранее либо в третьем триместре более высокими дозами, либо сразу после родов, когда пациентка станет медицински стабильна.
2. Пациентка не получала фармакотерапию по поводу депрессии, в таком случае разумно будет начать психотерапию (индивидуальная КПТ, когнитивная терапия основанная на осознанности показали свою эффективность и межличностная терапия), либо, если психотерапия недоступна, начинать фармакотерапию в третьем триместре.

Не доказало своей эффективности следующее: омега 3, селен, физические упражнения.