
ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

EMPIRICAL STUDIES

Психологические аспекты послеродовых осложнений

Psychological Aspects of Postpartum Complications

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПТСР В РОССИИ: СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

А.А. ХАРЧЕНКО

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4002-3722>,

e-mail: an.an.kharchenko@gmail.com

В.С. ЮРЬЕВА

Ассоциация специалистов в сфере контекстуально-поведенческой
науки (АКПН),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5059-5547>,

e-mail: ikoritza@gmail.com

В.А. ЯКУПОВА

Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>,

e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

А.Д. СУАРЭЗ

Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»)

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>,

e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Цель. В настоящем исследовании изучались социо-экономические факторы и их связь с доступом к профессиональной помощи (фармацевтической и психологической), а также связь между наличием/отсутствием психологической и фармакологической помощи и выраженностью симптомов послеродовой депрессии (ПРД) и ПТСР после родов. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 2574 женщин в возрасте 18—43 лет ($M = 31,03$, $SD = 4,29$), родившие одного ребенка или несколько детей в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу. Депрессия оценивалась при помощи Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии [11], в адаптации Якуповой [35], послеродовое ПТСР — при помощи Городской шкалы травмы в родах (City Birth Trauma Scale) [8], в адаптации Якуповой [2]. Кроме того, были собраны социально-демографические данные (уровень образования, уровень дохода, семейный статус, место жительства), информация о ранее диагностированных и актуальных проблемах с ментальным здоровьем, о видах получаемой помощи. **Результаты и выводы.** Полученные данные показывают, что лишь небольшой процент женщин с выраженными симптомами послеродовой депрессии и послеродового ПТСР обращаются за психологической или фармакологической помощью (11% и 9,3% соответственно). Такие социально-экономические факторы, как уровень образования не ниже высшего, более высокий экономический статус, проживание в Москве и Санкт-Петербурге, а также наличие супруга, связаны с более редким проявлением ПРД и ПТСР после родов и более частым обращением за психологической и фармакологической помощью. В России остро стоит вопрос информирования о послеродовых расстройствах настроения, их диагностики, а также вопрос доступа к профессиональной помощи.

Ключевые слова: послеродовая депрессия, ПТСР после родов, психологическая помощь, доступность психологической помощи, послеродовые расстройства, психологическое просвещение.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Российского Научного Фонда № 22-18-00-356.

Для цитаты: Харченко А.А., Юрьева В.С., Якупова В.А., Суарэз А.Д. Психологическая и фармакологическая помощь при послеродовой депрессии и послеродовом ПТСР в России: социоэкономические факторы // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 9—30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320201>

PSYCHOLOGICAL AND PHARMACOLOGICAL CARE FOR POSTPARTUM DEPRESSION AND POSTPARTUM PTSD IN RUSSIA: SOCIO-ECONOMIC FACTORS

ANNA A. KHARCHENKO

Lomonosov Moscow State University (MSU),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4002-3722>,
e-mail: an.an.kharchenko@gmail.com

VICTORIA S. YURIEVA

Association of Specialists in the Field of Contextual Behavioral Science (APN),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5059-5547>,
e-mail: ikoritza@gmail.com

VERA A. YAKUPOVA

Lomonosov Moscow State University (MSU),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>,
e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

ANNA D. SUAREZ

Lomonosov Moscow State University (MSU),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>,
e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Aim. This study examined socio-economic factors and their relationship to access to professional care (pharmaceutical and psychological), as well as the relationship between the presence/absence of psychological and pharmacological care and the severity of symptoms of postpartum depression (PD) and PTSD after childbirth. **Materials and methods.** The study involved 2,574 women aged 18–43 years ($M=31.03$, $SD=4.29$) who gave birth to one or more children during the 12 months preceding the survey. Depression was assessed using the Edinburgh Postpartum Depression Scale [11] in Yakupova's adaptation [35]. Postpartum PTSD was assessed using the City Birth Trauma Scale [8] in Yakupova's adaptation [2]. In addition, socio-demographic data were collected (education level, income level, family status, place of residence), information about previously diagnosed and current mental health problems, and the types of assistance received. **Results and conclusions.** The

data obtained show that only a small percentage of women with severe symptoms of postpartum depression and postpartum PTSD seek psychological or pharmacological help (11% and 9.3%, respectively). Socio-economic factors such as higher education, higher economic status, residence in Moscow and St. Petersburg, as well as the presence of a spouse are associated with a rarer manifestation of PD and PTSD after childbirth and more frequent seeking psychological and pharmacological help. In Russia, there is an urgent issue of informing about postpartum mood disorders, their diagnosis, as well as the issue of access to professional help.

Keywords: postpartum depression, postpartum PTSD, psychological help, availability of psychological help, postpartum disorders, psychological education.

Funding. The research has been funded by the Russian Science Foundation, grant № 22-18-00-356.

For citation: Kharchenko A.A., Yurieva V.S., Yakupova V.A., Suarez A.D. Psychological and Pharmacological Care for Postpartum Depression and Postpartum PTSD in Russia: Socio-Economic Factors. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 9–30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320201> (In Russ.).

Введение

Материнство — не только радость, но также испытание для организма и психики женщины. Первые двенадцать месяцев после родов являются послеродовым периодом [6]. Это уязвимый период в жизни женщины, связанный с увеличением риска возникновения психических расстройств, в частности послеродовой депрессии (ПРД) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после родов [18].

Статистика разных стран крайне сильно варьируется в зависимости от того, в какой стране было проведено исследование: так, в США частота депрессий в послеродовом периоде составляет 9% [32], а в странах Европы распространённость ПРД — около 10% [23]. При этом, согласно мировой статистике, от 10 до 26% женщин сталкиваются с симптомами ПРД [29]. Исследования, проведенные авторами статьи на российской выборке, показывают, что до 30% женщин могут сталкиваться с симптомами ПРД [32].

Точной статистики о том, сколько женщин страдают от ПТСР после родов в разных странах, нет. Оценки распространённости ПТСР после родов колеблются от 0% до 21% [7]. Наши данные на российской выборке показывают более высокую распространённость, а именно 15%—17% [34].

К факторам риска развития ПРД относят депрессию во время беременности, стрессовые жизненные события, плохую социальную и финансовую ситуацию, отсутствие партнера, нежелательную беременность или сексуализированное насилие со стороны партнера [6; 24]. Также значимым фактором является наличие страха перед предстоящими ро-

дами [22]. К факторам риска развития ПТСР после родов относят акушерскую агрессию, субъективную или объективную угрозу своей жизни или жизни ребенка, недостаток постоянной поддержки в родах и предыдущий травматический опыт родов [17; 27].

ПРД и ПТСР после родов влекут за собой неблагоприятные последствия, как для здоровья и благополучия матери, так и для ребенка. ПРД увеличивает суицидальные риски для матери, а также значительно снижает качество жизни. Кроме прочего, ПРД чревата трудностями с грудным вскармливанием, проблемами с установлением контакта между матерью и младенцем [16], а также связана с когнитивными нарушениями и психопатологией у ребенка [14].

ПТСР после родов также имеет долгосрочные последствия для качества жизни женщины и ребенка. Женщина может сталкиваться с ощущением повторения травматического события или его части в реальности, повторяющимися тревожными снами о травмирующем событии и прочими проблемами со сном, а также нарушением привязанности между мамой и новорожденным. Женщинам необходимо больше времени для того, чтобы почувствовать привязанность к младенцу. При этом в долгосрочной перспективе женщины, имеющие послеродовое ПТСР, демонстрируют избегающий или тревожный тип привязанности к ребенку. Женщины, которые столкнулись с ПТСР, чаще имеют вторичный страх родов и не хотят больше иметь детей [15].

Несмотря на то, что послеродовые расстройства имеют большой масштаб распространения и серьезные последствия, матери не всегда получают необходимую профессиональную медицинскую и психологическую помощь. Исследователи выделяют несколько потенциальных причин данного феномена.

1. В действующих на сегодняшний день клинических рекомендациях ни ПРД, ни ПТСР после родов не рассматриваются как отдельные психические расстройства [4].

2. Отсутствует налаженная система информирования женщин и медиков о послеродовых расстройствах.

3. Нет обязательного скрининга на послеродовую депрессию. Во многих странах для этого используется Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale) [31].

4. В обществе очень распространена стигматизация послеродовых ментальных трудностей [26].

5. Уровень образования и дохода влияет на частоту обращения за профессиональной помощью [3].

Таким образом, женщины с симптомами послеродовых расстройств рискуют остаться без точного диагноза, эффективного лечения, а также надлежащего последующего наблюдения.

Основным методом помощи при ПРД является психотерапия [36]. Лечение с помощью психотерапии является терапией выбора, так как в этом случае возможно продолжение грудного вскармливания без вероятности развития побочных эффектов от приема фармакологических препаратов [30]. От тяжести симптомов заболевания зависит, потребуется ли пациентке прием антидепрессантов [20]. При этом важно отметить, что существуют антидепрессанты, совместимые с грудным вскармливанием, их может подобрать и назначить врач психиатр.

Мировые исследования показывают, что поддержка близких людей, услуги доулы, посещение групп психологической помощи и групп поддержки, проводимых равными консультантами, являются дополнительными методами лечения [13]. Чаще всего женщины сталкиваются с отсутствием помощи в силу того, что скрининги на послеродовую депрессию отсутствуют; поэтому женщины могут не знать о том, что имеют психические расстройства. После выписки из роддома женщина впервые сталкивается с медицинским персоналом на послеродовом патронаже, однако его целью является контроль за здоровьем ребенка [5].

Одним из немногих, но при этом неофициальным источником информации о послеродовых расстройствах становятся курсы подготовки к родам. В данном случае женщина сама несет ответственность за получение информации, так как курсы не являются обязательными. Как отмечает исследовательница А. Ожиганова [1], на сегодняшний день существуют разные программы подготовки к родам, в том числе такие, на которых женщина может получить информацию о психических расстройствах. Другой практикой является обращение женщин к частным специалистам, таким как консультанты по грудному вскармливанию и доулы.

Проблема информированности о послеродовых расстройствах и получения доступа к профессиональной помощи является социально значимой, поскольку ПРД и ПТСР коррелируют с материнской смертностью. Критически важно перевести эту тему в поле изучения науки и привлечь внимание общества к описанным выше трудностям.

Целью данного исследования является изучение социоэкономических факторов и их связь с доступом к профессиональной помощи (фармацевтической и психологической) при ПРД и ПТСР после родов, а также связь между наличием/отсутствием помощи и выраженностью симптомов послеродовых расстройств.

Методы

Дизайн исследования. Исследование проводилось с мая по сентябрь 2022 года. Женщины получали приглашение принять участие в исследо-

вании через школы для будущих родителей, родительские сообщества, поликлиники и родильные дома. В исследовании приняли участие 2574 женщины в возрасте от 18 до 43 лет ($M = 31,03$ лет, $SD = 4,29$). Критерии включения в выборку: возраст старше 18 лет, свободное чтение и письмо на русском языке, роды на территории России не более 1 года назад. Критерии исключения из выборки: возраст младше 18 лет, роды не на территории России, роды прошли больше года назад, антенатальная гибель ребенка.

Соответствие этическим нормам. Исследование получило одобрение этической комиссии Российского психологического общества, протокол от 06.12.21 г. Участие в исследовании было добровольным. Перед началом заполнения анкеты участницы подтверждали, что они достигли 18 лет и согласны на участие в исследовании, опрос проводился в онлайн-формате на платформе «Тестограф». Анкетирование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской организации (ВМА).

Методики

Социодемографические данные и данные о родах

В ходе исследования собирались социодемографические данные: возраст матери на момент исследования, возраст ребенка, количество детей, статус семейных отношений (замужем/гражданский брак/нет партнера/в разводе/есть партнер без совместного проживания), уровень образования (начальное/среднее/высшее). Также была собрана информация о месте жительства участниц (Москва/Санкт-Петербург/Регионы РФ) и уровне дохода семьи (низкий/средний/высокий).

Послеродовая депрессия

В качестве скрининга послеродовой депрессии была использована Эдинбургская шкала послеродовой депрессии [11], в адаптации Якуповой [35]. Шкала состоит из 10 утверждений, которые респондентам предлагается оценить по 4-балльной шкале (от 0 до 3). Суммарный балл опросника равный 30 соответствует максимальной степени выраженности депрессивных симптомов, 11 баллов — порог, после которого симптомы депрессии считаются значимыми. Адаптация Эдинбургской шкалы на русском языке продемонстрировала высокую надежность ($\alpha = 0,87$) [28].

Послеродовое ПТСР

Для оценки послеродового посттравматического стрессового расстройства была использована Городская шкала травмы в родах (City Birth Trauma Scale) [8], в адаптации Якуповой [2]. Шкала состоит из 29 вопросов, которые соответствуют критериям DSM-5 для ПТСР. Ре-

спонденту предлагается оценить частоту проявления симптомов за последнюю неделю по шкале от 0 («ни разу») до 3 («5 и более раз»). Более высокий балл соответствует более выраженным симптомам ПТСР. Вопросы, относящиеся к критерию «А» DSM-5, оцениваются как «да/нет». Дистресс, нарушение ежедневного функционирования и потенциальные физические причины симптомов ПТСР оцениваются как «да/нет/отчасти». Русскоязычная версия шкалы продемонстрировала высокую надежность ($\alpha = 0,89$) [2].

Данные о психологической помощи

В формате электронной анкеты респондентов спрашивали о том, были ли у них ранее диагностированы проблемы с ментальным здоровьем (да/нет/неизвестно), получали ли они ранее помощь в связи с ними (да/нет). Есть ли сейчас трудности с ментальным здоровьем (да/нет, неизвестно), обращается ли респондент сейчас за помощью (да/нет). Также были собраны данные о видах помощи, если участница исследования их использует в настоящее время или использовала в прошлом (психологическая или психотерапевтическая помощь, фармакологическая помощь, оба варианта).

Статистический анализ

Мы исследовали связь между выраженностью симптомов послеродовой депрессии и послеродового ПТСР и ранее диагностированными проблемами с ментальным и эмоциональным здоровьем, текущими трудностями и опытом обращения за помощью посредством дисперсионного анализа.

Связь между актуальными и ранее диагностированными ментальными трудностями и социоэкономическими факторами изучалась с помощью Хи-квадрата Пирсона.

Статистический анализ выполнен с использованием программного обеспечения SPSS 25.

Результаты

В табл. 1 представлены социодемографические характеристики выборки, данные о выраженности симптомов ПТСР и ПРД, а также информация о диагностированных ранее проблемах с ментальным и эмоциональным здоровьем, о текущих трудностях и опыте обращения за помощью.

Выборка состоит в основном из женщин с высшим образованием, проживающих в городах и состоящих в зарегистрированном браке.

Таблица 1

Характеристики выборки

Характеристики		Участницы исследования (n = 2574)		
		Mean/N	SD/%	Range
Возраст		31,03	4,29	18—46
Образование	Начальное	44	1,7%	
	Среднее	184	7,1%	
	Высшее	2346	91,1%	
Семейное положение	Замужем	2361	91,7%	
	Гражданский брак	131	5,1%	
	Нет партнера	20	0,8%	
	В разводе	31	1,2%	
	Есть партнер, но без со- вместного проживания	20	0,8%	
Время, которое прошло с момента родов		5,48	3,52	0—12
Место жительства	Регион РФ	1697	65,9%	
	Москва	588	22,8%	
	Санкт-Петербург	289	11,2%	
Количество детей	1	1625	63,1%	
	2	699	27,2%	
	3+	250	9,7%	
Шкала ПТСР		15,8	10,08	0—53
Шкала послеродовой депрессии		9,09	6,15	0—30
Экономический статус	Низкий	262	10,2%	
	Средний	1704	66,2%	
	Высокий	608	23,6%	
Диагностированные ранее проблемы с эмоциональ- ным или ментальным здоровьем	Нет	2050	79,6%	
	Не известно	277	10,8%	
	Да	247	9,6%	
Проблемы с эмоциональ- ным или ментальным здоровьем сейчас	Нет	1375	53,4%	
	Не известно	591	23,0%	
	Да	608	23,6%	
Обращение за помощью в связи с психологиче- скими трудностями или проблемами ментального здоровья	Не было трудностей	968	37,6%	
	Обращалась в прошлом	441	17,1%	
	В настоящее время	171	6,6%	
	Нет, не обращалась	994	38,6%	

Характеристики		Участницы исследования (n = 2574)		
		Mean/N	SD/%	Range
Форма получаемой сейчас помощи	Психологическая помощь или психотерапия	140	5,4%	
	Фармакологическое лечение	18	0,7%	
	Оба варианта	16	0,6%	
	Не получают сейчас помощь	2400	93,2%	

Примечание: в зависимости от шкалы, в которой измерялись представленные в таблице данные, в таблице указаны либо численность в абсолютных и относительных величинах (обычный шрифт), либо значения среднего и стандартного отклонения (выделено курсивом).

Текущие симптомы ПРД и ПТСР, ранее диагностированные трудности и обращение за помощью

Ранее диагностированные проблемы с ментальным и эмоциональным здоровьем значимо связаны с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 74,348$, $\eta^2 = 0,055$, $p < 0,001$) и симптомов ПТСР ($F = 57,718$, $\eta^2 = 0,043$, $p < 0,001$), выявленных по шкалам опросников. Наиболее низкие средние показатели текущих симптомов ПРД и ПТСР выявлены у женщин, у которых ранее не были диагностированы проблемы с ментальным и эмоциональным здоровьем (табл. 2).

Выраженные симптомы ПРД (11 и более баллов по шкале) обнаружены у 37,5% ($N = 964$ чел.) выборки, из них только 11% ($N = 106$ чел.) получали хотя бы один вид помощи на момент проведения исследования. По критериям ПТСР проходят 5,9% ($N = 151$ чел.) женщин из выборки, из них получают помощь в момент проведения опроса 9,3% ($N = 14$ чел.).

Также обнаружены статистически значимые различия в показателях текущих симптомов ПРД и ПТСР между теми, кто подтвердил наличие диагностированных проблем, и теми, кто не знает ответа. Количество положительных ответов на вопросы о том, испытывает ли респондентка трудности с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время, прямо связано с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 594,650$, $\eta^2 = 0,316$, $p < 0,001$) и симптомов ПТСР, выявленных по шкалам опросников ($F = 473,526$, $\eta^2 = 0,269$, $p < 0,001$). Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья в настоящем положительно связано с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 130,834$, $\eta^2 = 0,132$, $p < 0,001$) и симптомов ПТСР, выявленных по шкалам опросников

Таблица 2

Средние значения показателей послеродовой депрессии и послеродового ПТСР для анализируемых переменных

Переменные		Средние значения ПРД (диапазон 0–30)		Средние значения ПТСР (диапазон 0–53)	
		М	SD	М	SD
Диагностированные ранее проблемы с эмоциональным или ментальным здоровьем	Нет	8,36	5,86	14,77	9,77
	Не известно	11,70	6,06	19,04	10,29
	Да	12,17	6,87	20,79	10,21
Проблемы с эмоциональным или ментальным здоровьем в настоящее время	Нет	6,05	4,57	11,1	8,06
	Не известно	10,81	5,20	19,04	8,82
	Да	14,28	6,01	23,27	9,62
Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья	Не было трудностей	6,25	4,83	11,25	8,31
	Обращалась в прошлом	10,4	6,33	18,53	9,93
	В настоящее время	12,19	6,34	20,90	10,55
	Нет, не обращалась	10,73	6,14	18,15	10,01
Форма получаемой сейчас помощи	Психологическая помощь или психотерапия	11,42	5,78	19,48	9,8
	Фармакологическое лечение	14,56	8,19	25,56	11,17
	Оба варианта	16,13	6,9	28,06	11,64
	Не получаю сейчас помощь	8,86	6,08	15,43	9,96

($F = 124,442$, $\eta^2 = 0,127$, $p < 0,001$). Сравнение происходило между четырьмя группами респонденток: у кого не было трудностей, кто обращалась в прошлом, обращается в настоящее время, не обращалась за помощью.

Форма получаемой сейчас помощи связана с уровнем выраженности симптомов ПРД ($F = 19,936$, $\eta^2 = 0,023$, $p < 0,001$) и симптомов ПТСР, выявленных по шкалам опросников ($F = 21,245$, $\eta^2 = 0,024$, $p < 0,001$). Участницы исследования с наиболее высокими баллами ПРД и ПТСР получают как фармакологическую, так и психологическую помощь (табл. 2).

Актуальные и ранее диагностированные ментальные трудности и социоэкономические факторы

Диагностированные ранее проблемы с эмоциональным или ментальным здоровьем связаны с образованием женщин (Pearson Chi-square = 32,3, $p < 0,001$). Среди женщин с высшим образованием было диагностировано меньше трудностей с эмоциональным или ментальным здоровьем. Наличие проблем с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время также связано с образованием женщин (Pearson Chi-square = 10,7, $p = 0,031$). Меньше проблем в настоящее время испытывают женщины с высшим образованием.

Диагностированные ранее проблемы с эмоциональным или ментальным здоровьем связаны с местом жительства (Москва/Санкт-Петербург/Регионы РФ) (Pearson Chi-square = 16,7, $p = 0,002$): чаще встречается диагноз в сфере эмоционального и ментального здоровья у женщин в Москве и Санкт-Петербурге. Однако не обнаружено связи между ответом о наличии проблем с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время и местом проживания женщин (Москва/ Санкт-Петербург/Регионы РФ) (Pearson Chi-square = 4,7, $p = 0,317$).

Наличие в прошлом диагноза в ментальной и эмоциональной сфере связаны с уровнем дохода женщин (Pearson Chi-square = 22,5, $p < 0,001$). Женщины с доходом ниже среднего реже отвечали отрицательно о наличии диагноза. Женщины со средним уровнем дохода чаще склонялись к ответу «Я не знаю». Женщины с уровнем дохода выше среднего реже отвечали «Я не знаю». Наличие проблем с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время также связано с уровнем дохода женщин (Pearson Chi-square = 35,0, $p < 0,001$). Меньше проблем в настоящее время испытывают женщины со средним и высоким уровнем дохода.

Не обнаружено связи между статусом отношений и диагностированными ранее проблемами с эмоциональным или ментальным здоровьем (Pearson Chi-square = 11,58, $p = 0,171$). Однако наличие проблем с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время связано со статусом отношений женщин (Pearson Chi-square = 28,6, $p < 0,001$). Меньше проблем в настоящее время испытывают женщины, находящиеся в официальном или гражданском браке.

Обращение за помощью, форма помощи и социоэкономические факторы

Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья связано с образованием женщин (Pearson Chi-square = 14,7, $p = 0,022$). Женщины, имеющие средне-специальное образование, чаще отвечали, что не обращались за помощью и реже отвечали, что у них не было трудностей. Форма помощи не связана с образованием женщин (Pearson Chi-square = 6,957, $p = 0,138$): нет различий

между женщинами с различным уровнем образования в выборе формы помощи (психологической, фармакологической или обеими вариантами).

Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья связано с местом проживания (Москва/Санкт-Петербург/Регионы РФ) (Pearson Chi-square = 23,8, $p = 0,001$). Женщины в регионах чаще отвечали, что не испытывали трудностей или не обращалась за помощью. Форма помощи связана с местом проживания (Москва/Санкт-Петербург/Регионы РФ) (Pearson Chi-square = 10,6, $p = 0,031$). Женщины в Москве реже обращаются за психологической помощью и чаще за фармакологической, женщины в регионах чаще обращаются за психологической помощью.

Обращение за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья связано с уровнем дохода женщин (Pearson Chi-square = 31,6, $p < 0,001$). Женщины с уровнем дохода ниже среднего реже отвечают, что не было трудностей, и чаще, что они не обращались за помощью. У женщин со средним доходом чаще не было трудностей в прошлом. Женщины с доходом выше среднего чаще обращаются за помощью. Не обнаружено связи между формой помощи и уровнем дохода женщины (Pearson Chi-square = 5,7, $p = 0,225$).

Не обнаружено связи между обращением за помощью в связи с психологическими трудностями или проблемами ментального здоровья и статусом отношений (Pearson Chi-square = 14,9, $p = 0,250$).

Обсуждение

Целью данной работы было изучение социоэкономических факторов и их связь с доступом к профессиональной помощи у женщин (фармакологической и психологической) в прошлом и настоящем, а также связь между формой получения помощи и выраженностью симптомов ПРД и ПТСР после родов.

В данной работе оценивались такие переменные, как симптомы ПТСР и ПРД, обращение за профессиональной помощью в связи с психическими и эмоциональными трудностями, ранее диагностированные проблемы с ментальным и эмоциональным здоровьем, трудности с эмоциональным и ментальным здоровьем в настоящее время, форма получаемой сейчас помощи, образование женщин, место жительства, уровень дохода женщин, семейное положение.

Диагностированные проблемы в прошлом и сейчас

Результаты проведенного исследования показывают, что женщины, которые в прошлом сталкивались с какими-либо психическими про-

блемами, демонстрируют более выраженные симптомы ПРД и ПТСР в настоящем. Данные предыдущих исследований подтверждают, что ментальные проблемы в прошлом могут коррелировать с послеродовыми психическими трудностями [10]. Это показывает необходимость информирования медиков, помогающих практиков и будущих мам о необходимости терапии ментальных трудностей в целях профилактики послеродовых расстройств.

Полученные результаты иллюстрируют, что лишь небольшой процент женщин с выраженными симптомами ПРД и ПТСР обращаются за психологической или фармакологической помощью. Данные раскрывают потенциальные социоэкономические причины этого явления.

Так, данные нашего исследования показывают, что наличие высшего образования связано с отсутствием диагноза в сфере психического здоровья в прошлом и на момент прохождения исследования, а более низкий уровень дохода связан с наличием диагноза в сфере психического здоровья в прошлом и на момент прохождения исследования. Это подтверждают результаты наших предыдущих работ [3], а также результаты других авторов [26]. Вероятно, что самообразование играет важную роль в профилактике психических заболеваний — для этого важны навык поиска достоверной информации и доступ к качественной медицинской и психологической помощи. При этом важно отметить, что психологическое просвещение и информирование — это задача специалистов: врачей, психологов и социальных работников.

Такие факторы, как низкий экономический статус и низкий уровень образования, связаны с тем, что женщины не обращаются за медицинской помощью, хотя отмечают, что трудности есть. Есть исследования, которые связывают уровень образования с ментальными расстройствами: люди с высшим образованием в целом более информированными, у них развита рефлексия, они могут сопоставить симптомы, проанализировать и найти помощь. Женщины с низким экономическим статусом имеют меньше доступа к бытовому комфорту и помощи с ребенком, что, в свою очередь, связано с частотой возникновения ментальных проблем [28].

В Санкт-Петербурге и Москве женщины лучше обследованы и чаще имеют диагноз в сфере психического расстройства по сравнению с жительницами других регионов. Можно предположить, что специалисты, которые работают с женщинами до родов и после родов (акушеры-гинекологи, педиатры) стали более информированы в вопросах послеродовых расстройств. Послеродовые расстройства являются стигматизированными [26] в российском обществе, что затрудняет для женщин обращение за помощью. Например, женщины могут не сообщать о симптомах послеродового расстройства из-за страха, что их посчитают плохими матерями [9]. Наше исследование показывает, что обращение за профессиональной помощью связано с местом проживания. Напри-

мер, женщины из Москвы и Санкт-Петербурга чаще обращаются за помощью, а в регионах женщины чаще отмечают, что у них не было ментальных и эмоциональных трудностей или что они не обращались за помощью. К сожалению, в России остро стоит вопрос доступа к профессиональной помощи в случае послеродовых психических трудностей. И если в Москве и Санкт-Петербурге у женщин есть доступ к специалистам, информированным о послеродовых проблемах, то в регионах женщины могут даже не знать о том, что их проблемы могут быть решены.

Женщины, состоящие в браке на момент прохождения исследования, реже сталкивались с психическими трудностями. Можно предположить, что партнеры чаще включаются в уход за ребенком и оказывают социальную поддержку своей супруге. Есть данные, что чем более партнер включен в поддержку жене и информирован о возможных проблемах, тем быстрее наступает выздоровление [21].

Обращение за помощью и форма помощи

Согласно полученным результатам, чем интенсивнее проявляются симптомы ПРД и ПТСР, тем чаще женщина обращается за профессиональной помощью. Вероятно, когда на симптомы заболевания невозможно не обращать внимания, то женщины стремятся к тому, чтобы получить помощь специалиста. Но при этом женщины, имеющие средние показатели выраженности ПРД и ПТСР, остаются без какой-либо помощи. Во-первых, часто такие состояния женщины, как недостаток сна, усталость, волнение за ребенка презентуются в культуре как нормальные послеродовые состояния, в связи с чем женщине может быть сложно распознать самостоятельно симптомы ПРД. Во-вторых, женщины после родов неохотно сообщают о симптомах и обращаются за лечением, и лишь около одной трети фактически получают профессиональную помощь [25]. Наличие скрининга на ПРД решило бы эту проблему. В таких странах, как США, Новая Зеландия, Канада, Великобритания и Австралия, скрининг на ПРД введен в систему здравоохранения [26]. В России такой скрининг отсутствует. Таким образом, отсутствие информирования женщин и их партнеров о послеродовых проблемах, завышенные общественные ожидания о родах, как об исключительно радостном событии, а также отсутствие скрининга на ПРД делает получение профессиональной помощи практически невозможным.

Форма помощи, которую получают женщины, связана с уровнем выраженности симптомов. Кривая распределения показывает такую закономерность: если симптомы ПРД и ПТСР очень выражены, то женщина получает и фармакотерапию, и психотерапию; если симптомы ПРД и ПТСР выражены средне, то женщина получает фармакотерапию; если выраженность симптомов ПРД и ПТСР низкая, то женщина получает психотера-

пию. В силу нежелательности фармакотерапии в послеродовом периоде терапией выбора в случае послеродовых расстройств является психотерапия. В случае, когда психотерапия не показала положительных результатов, применяется медикаментозное лечение. Согласно результатам настоящего исследования, женщины чаще получают медикаментозное лечение по сравнению с психотерапией. В этом случае логично предположить, что вследствие побочных эффектов фармакотерапии женщины могут получать врачебную рекомендацию завершать лактацию, что, в свою очередь, может вызывать еще большее снижение настроения [12]. Несмотря на то, что психотерапия является терапией выбора в случае послеродовых трудностей, как метод с отсутствием побочных явлений для младенца, женщины, у которых отсутствует информация о том, что психотерапия эффективна, могут не получать более безопасную помощь.

Преимущества и ограничения исследования

Это первое исследование, проведенное на российской выборке, которое изучает проблему доступа к профессиональной помощи у женщин после родов. Исследование затрагивает социально значимые аспекты, а также ставит перед исследователями новые задачи, например, о необходимости изучения того, как помогающие специалисты, такие как доулы и консультанты по грудному вскармливанию, могут вносить свой вклад в психологическое просвещение матерей.

Ограничениями данного исследования является то, что анализ производится на данных самоотчетов, а не медицинских заключений. А также то, что участницами исследования стали в основном жители крупных городов.

Заключение

В России остро стоит вопрос информирования о послеродовых расстройствах настроения, их диагностики, а также проблема доступа к профессиональной помощи. Женщины, имеющие психические трудности, редко обращаются за медицинской помощью. Доступ к психологической и фармакологической помощи и информация о том, что таковые возможны, является важным звеном в цепи лечения послеродовых расстройств, в частности послеродовой депрессии и послеродового ПТСР. Такие социально-экономические факторы, как высшее образование, более высокий экономический статус, проживание в Москве и Санкт-Петербурге являются протективными факторами в отношении послеродовой депрессии и послеродового ПТСР, а также связаны с более высокой вероятностью получения психологической и фармакологической помощи в случае возникновения проблем с психическим здоровьем.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ожиганова А.А.* «Сознательные» родители и пациенты: что изучают на курсах подготовки к родам // Журнал исследований социальной политики. 2022. № 2. С. 229—246. DOI:17323/727-0634-2022-20-2-229-246
2. *Якупова В.А.* Диагностика ПТСР после родов. Адаптация шкалы послеродового ПТСР на российской выборке // Вестник практической психологии. 2020. № 2. С. 110—116.
3. *Якупова В.А., Суарэз А.Д., Шрайбман Л.А.* Социально-экономические факторы риска развития послеродовой депрессии // Российский психологический журнал. 2023. Том 20. № 1. С. 182—201. DOI:10.21702/грj.2023.1.12
4. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Клинические рекомендации. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России. 2021. [Электронный ресурс]. URL: <https://fzakon.ru/dokumenty-ministerstv-i-vedomstv/klinicheskie-rekomendatsii-depressivnyy-epizod,-rekurrentnoe-depressivnoe-rasstroystvo/> (дата обращения: 21.08.2023).
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 апреля 2007 года № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.medkirov.ru/docs/id/3296EF> (дата обращения: 21.08.2023).
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression // *Obstet Gynecol.* 2015. № 125(5). P. 1268—1271. DOI:10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc
7. *Ayers S., Eagle A., Waring H.* The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study // *Psychol Health Med.* 2006. № 11(4). P. 389—398. DOI:10.1080/13548500600708409
8. *Ayers S., Wright D. B., Thornton A.* Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale // *Front Psychiatry.* 2018. № 9. P. 1—8. DOI:10.3389/fpsy.2018.00409
9. *Beck C.T.* Postpartum depression: a metasynthesis // *Qual Health Res.* 2002. № 12(4). P. 453—472. DOI:10.1177/104973202129120016
10. *Caron J., Liu A.* A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations // *Chronic Dis Can.* 2010. № 30(3). P. 84—94.
11. *Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R.* Detection of Postnatal Depression: Development of the 10—item Edinburgh Postnatal Depression scale // *The British Journal of Psychiatry.* 1987. № 150. P. 782—786. DOI:10.1192/bjp.150.6.782
12. *Coates A.O., Schaefer C.A., Alexander J.L.* Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan // *J Behav Health Serv Res.* 2004. № 31(2). P.117—133. DOI:10.1007/BF02287376
13. *Cuijpers P., Brännmärk J.G., van Straten A.* Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis // *J Clin Psychol.* 2008. № 64(1). P. 103—118. DOI:10.1002/jclp.20432
14. *Dickmen-Yildiz P., Ayers S., Phillips L.* Longitudinal trajectories of post—traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors // *Journal of Affective Disorders.* 2018. № 229. P. 377—385. DOI:10.1016/j.jad.2017.12.074

15. *Dicmen-Yildiz P., Ayers S., Phillips L.* The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. 2017. № 208. P. 634—645. DOI:10.1016/j.jad.2016.10.009
16. *Freedman S.A., Reshef S., Weiniger C.F.* Post—traumatic stress disorder and postpartum depression and their reported association with recent labor and delivery: a questionnaire survey cohort // *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2020. № 43. P. 18—247. DOI:10.1016/j.ijoa.2020.04.009
17. *Gaillard A., Le Strat Y., Mandelbrot L.* Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum // *Psychiatry Res*. 2014. № 215(2). P. 341—346. DOI:10.1016/j.psychres
18. *Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C.L.* Non-psychotic mental disorders in the perinatal period // *Lancet*. 2014. № 384. P. 1775—1788. DOI:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
19. *Kondirolli F., Sunder N.* Mental health effects of education // *Health Economics*. 2022. № 2. P. 22—39. DOI:10.1002/hec.4565
20. *Larsen E.R., Damkier P., Pedersen L.H.* Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding [Электронный ресурс] // *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2015. № 445. P. 1—28. DOI:10.1111/acps.12479
21. *Mayers A., Hambidge S., Bryant O.* Supporting women who develop poor postnatal mental health: what support do fathers receive to support their partner and their own mental health? // *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020. № 22. DOI:10.1186/s12884-020-03043-2
22. *Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R.* Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review // *J Affect Disord*. 2015. № 175 P. 34—52. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.041
23. *O'Hara M.W., Wisner K.L.*, Perinatal mental illness: definition, description and aetiology // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014. № 28(1). P. 3—12. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
24. *O'Hara M.W., McCabe J.E.* Postpartum depression: current status and future directions // *Annu Rev Clin Psychol*. 2013. № 9. P. 379—407. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
25. *Pope C.J., Mazmanian D.* Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research [Электронный ресурс] // *Depress Res Treat*. 2016. № 2016. e4765310. DOI:10.1155/2016/4765310
26. *Ramchandani P.G., Psychogiou L., Vlachos H.* Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period // *Depress Anxiety*. 2011. № 28(6). P. 471—477. DOI:10.1002/da.20814
27. *Räisänen S., Lehto S.M., Nielsen H.S.* Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland [Электронный ресурс] // *BMJ Open*. 2013. № 28. DOI:10.1136/bmjopen-2013-004047
28. *Rockicki S., McGovern M., Von Jaglinsky A.* Depression in the Postpartum Year and Life Course Economic Trajectories // *American Journal of Preventive Medicine*. 2022. № 62(2). P. 165—173. DOI:10.1016/j.amepre.2021.08.011
29. *Shorey S., Chee C.Y.I., Ng E.D.* Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis // *J Psychiatr Res*. 2018. № 104. P. 235—248. DOI:10.1016/j.jpsychires

30. *Stuart S., Koleva H.* Psychological treatments for perinatal depression // *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014. № 28(1). P. 61—70. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004
31. *Van der Zee-van den Berg A.I., Boere-Boonekamp M.M., Groothuis-Oudshoorn C.G.M.* Post-up study: postpartum depression screening in well-child care and maternal outcomes [Электронный ресурс] // *Pediatrics.* 2017. № 140 (4). DOI:10.1542/peds.2017-0110
32. *Vesga-López O., Blanco C., Keyes K.* Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States // *Arch Gen Psychiatry.* 2008. № 65(7). P. 805—815. DOI:10.1001/archpsyc.65.7.805
33. *Yakupova V.A., Suarez A.D.* Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women // *Midwifery.* 2022. № 112. e103385. DOI:10.1016/j.midw.2022.103385
34. *Yakupova V.A., Suarez A.D., Kharchenko A.A.* Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID-19 in Russia [Электронный ресурс] // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022. № 19. DOI:10.3390/ijerph19010335
35. *Yakupova V.A.* Validation Of Edinburgh Postnatal Depression Scale In A Sample Of Russian Mothers // *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences.* 2018. № 43. P. 676—679. DOI:10.15405/epsbs.2018.07.89
36. *Yonkers K.A., Vigod S., Ross L.E.* Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women // *Obstet Gynecol.* 2011. № 117(4). P. 961—977. DOI:10.1097/AOG.0b013e31821187a7

REFERENCES

1. Ozhiganova A.A. «Soznatel'nye» roditeli i pacienty: chto izuchayut na kursah podgotovki k rodam. *Zhurnal Issledovaniy Social'noj Politiki*, 2022, № 2, pp. 229—246. DOI:17323/727-0634-2022-20-2-229-246
2. Yakupova V.A. Diagnostika PTSR posle rodov. Adaptaciya shkaly poslerodovogo PTSR na rossijskoj vyborke. *Vestnik prakticheskoy psihologii*, 2020, № 2, pp. 110—16.
3. Yakupova V.A., Suarez A.D., SHrajbman L.A. Social'no-ekonomicheskie faktory riska razvitiya poslerodovoj depressii. *Rossijskij psihologicheskij zhurnal*, 2023, vol. 20, № 1, pp. 182—201. DOI:10.21702/rpj.2023.1.12
4. Depressivnyj epizod. Rekurrentnoe depressivnoe rasstrojstvo. Klinicheskie rekomendacii. Odobreno Nauchno-prakticheskim Sovetom Minzdrava Rossii [Elektronnyj resurs]. URL: <https://fzakon.ru/dokumenty-ministerstv-i-vedomstv/klinicheskie-rekomendatsii-depressivnyy-epizod,-rekurrentnoe-depressivnoe-rasstrojstvo/> (Accessed 21.08.2023).
5. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya i social'nogo razvitiya Rossijskoj Federacii ot 28 aprelya 2007 goda N 307 «O standarte dispansernogo (profilakticheskogo) nablyudeniya rebenka v techenie pervogo goda zhizni» [Elektronnyj resurs]. URL: <https://www.medkirov.ru/docs/id/3296EF> (Accessed 21.08.2023).
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*, 2015, № 125 (5), pp. 1268—1271. DOI:10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc

7. Ayers S., Eagle A., Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med*, 2006, № 11 (4), pp. 389—398. DOI:10.1080/13548500600708409
8. Ayers S., Wright D. B., Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Front Psychiatry*, 2018, № 9, pp. 1—8. DOI:10.3389/fpsy.2018.00409
9. Beck C.T. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res*, 2002, № 12(4), pp. 453—472. DOI:10.1177/104973202129120016
10. Caron J., Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*, 2010, № 30(3), pp. 84—94.
11. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10—item Edinburgh Postnatal Depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 1987, № 150, pp. 782—786. DOI:10.1192/bjp.150.6.782
12. Coates A.O., Schaefer C.A., Alexander J.L. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *J Behav Health Serv Res*, 2004, № 31(2), pp. 117—133. DOI:10.1007/BF02287376
13. Cuijpers P., Brännmärk J.G., van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *J Clin Psychol*, 2008, № 64(1), pp. 103—118. DOI:10.1002/jclp.20432
14. Dickmen-Yildiz P., Ayers S., Phillips L. Longitudinal trajectories of post—traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 2018, № 229, pp. 377—385. DOI:10.1016/j.jad.2017.12.074
15. Dicmen-Yildiz P., Ayers S., Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2017, № 208, pp. 634—645. DOI:10.1016/j.jad.2016.10.009
16. Freedman S.A., Reshef S., Weiniger C.F. Post—traumatic stress disorder and postpartum depression and their reported association with recent labor and delivery: a questionnaire survey cohort. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 2020, № 43, pp. 18—247. DOI:10.1016/j.ijoa.2020.04.009
17. Gaillard A., Le Strat Y., Mandelbrot L. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*, 2014, № 215(2), pp. 341—346. DOI:10.1016/j.psychres
18. Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C.L. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 2014, № 384, pp. 1775—1788. DOI:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
19. Kondirolli F., Sunder N. Mental health effects of education. *Health Economics*, 2022, № 2, pp. 22—39. DOI:10.1002/hec.4565
20. Larsen E.R., Damkier P., Pedersen L.H. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding [Электронный ресурс]. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2015, № 445, pp. 1—28. DOI:10.1111/acps.12479
21. Mayers A., Hambidge S., Bryant O. Supporting women who develop poor postnatal mental health: what support do fathers receive to support their partner and their own mental health? *BMC Pregnancy Childbirth*, 2020, № 22. DOI:10.1186/s12884-020-03043-2

22. Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*, 2015, № 175, pp. 34—52. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.041
23. O'Hara M.W., Wisner K.L., Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2014, № 28(1), pp. 3—12. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
24. O'Hara M.W., McCabe J.E. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*, 2013, № 9, pp. 379—407. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
25. Pope C.J., Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research [Электронный ресурс]. *Depress Res Treat*, 2016, № 2016, e4765310. DOI:10.1155/2016/4765310
26. Ramchandani P.G., Psychogiou L., Vlachos H. Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depress Anxiety*, 2011, № 28(6), pp. 471—477. DOI:10.1002/da.20814
27. Räisänen S., Lehto S.M., Nielsen H.S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland [Электронный ресурс]. *BMJ Open*, 2013, № 28. DOI:10.1136/bmjopen-2013-004047
28. Rokicki S., McGovern M., Von Jaglinsky A. Depression in the Postpartum Year and Life Course Economic Trajectories. *American Journal of Preventive Medicine*, 2022, № 62(2), pp. 165—173. DOI:10.1016/j.amepre.2021.08.011
29. Shorey S., Chee CYI., Ng ED. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 2018, № 104, pp. 235—248. DOI:10.1016/j.jpsychires
30. Stuart S., Koleva H. Psychological treatments for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2014, № 28(1), pp. 61—70. DOI:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004
31. Van der Zee-van den Berg A.I., Boere-Boonekamp M.M., Groothuis-Oudshoorn C.G.M. Post-up study: postpartum depression screening in well-child care and maternal outcomes [Электронный ресурс]. *Pediatrics*, 2017, № 140 (4). DOI:10.1542/peds.2017-0110
32. Vesga-López O., Blanco C., Keyes K. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 2008, № 65(7), pp. 805—815. DOI:10.1001/archpsyc.65.7.805
33. Yakupova V.A., Suarez A.D. Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*, 2022, № 112, e103385. DOI:10.1016/j.midw.2022.103385
34. Yakupova V.A., Suarez A.D., Kharchenko A.A. Birth Experience, Postpartum PTSD and Depression before and during the Pandemic of COVID—19 in Russia [Электронный ресурс]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, № 19. DOI:10.3390/ijerph19010335
35. Yakupova V.A. Validation Of Edinburgh Postnatal Depression Scale In A Sample Of Russian Mothers. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 2018, № 43, pp. 676—679. DOI:10.15405/epsbs.2018.07.89

36. Yonkers K.A., Vigod S., Ross L.E. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol*, 2011, № 117(4), pp. 961—977. DOI:10.1097/AOG.0b013e31821187a7

Информация об авторах

Харченко Анна Андреевна, аспирант факультета психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4002-3722>, e-mail: an.an.kharchenko@gmail.com

Юрьева Виктория Сергеевна, психолог, Ассоциация специалистов в сфере контекстуально-поведенческой науки (АКПН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5059-5547>, e-mail: ikoritza@gmail.com

Якупова Вера Анатольевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник факультета психологии, Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

Суарэз Анна Дмитриевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник факультета психологии, Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Information about the authors

Anna A. Kharchenko, PhD student, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4002-3722> e-mail: an.an.kharchenko@gmail.com

Victoria S. Yurieva, Psychologist, Association of Specialists in the Field of Contextual Behavioral Science (ACPN), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5059-5547>, e-mail: ikoritza@gmail.com

Vera A. Yakupova, PhD in Psychology, Researcher, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

Anna D. Suarez, PhD in Psychology, Researcher, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Получена 22.08.2023

Received 22.08.2023

Принята в печать 26.06.2024

Accepted 26.06.2024