

## Некоторые социально-демографические факторы, связанные с высоким психометрическим уровнем депрессии у женщин в послеродовом периоде

Гречаный С.В., Кошавцев А.Г.

Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет, Россия

### Оригинальная статья

**Резюме.** Обследовано 126 женщин после родов с использованием шкалы самооценки депрессии Бэка (Beck Depression Inventory, BDI). Выделено 2 группы: 1) группа риска послеродовой депрессии (ПРД) (27 чел., 21,4 %); 2) группа клинически выраженной послеродовой депрессии (ПРД) (99 чел., 78,6 %). Расчеты показали однородность дисперсий сравниваемых подгрупп (критерий однородности Ливина=1,900,  $p=0,154$ ) и значимого на уровне тенденции различия межгрупповой дисперсии ( $F=2,987$ ,  $p=0,054$ ). Исходя из показателя однородности дисперсий для межгруппового попарного апостериорного сравнения был выбран метод Шеффе. Среднее значение суммы шкалы Бэка (BDI) незамужних обследованных женщин оказалось выше на уровне тенденции по сравнению с обследованными с незарегистрированными отношениями ( $p=0,069$ ). Между обследованными с зарегистрированными/не зарегистрированными отношениями значимых различий получено не было ( $p=0,218$ ).

По результатам проведенного исследования значимым фактором, определяющим принадлежность к группе риска ПРД/группе, клинически выраженной ПРД, явился брачный статус обследованных. Отличием полученных результатов от предыдущих исследований заключается в том, что единственным фактором, предсказывающим принадлежность женщины к группе риска ПРД или клинически выраженной ПРД, является качество брачных отношений.

**Ключевые слова:** Послеродовая депрессия (постпартальная, пуэрпелальная депрессия) (ПРД); шкала самооценки депрессии Бэка (Beck Depression Inventory, BDI); предикторы послеродовой депрессии (ПРД); факторы риска послеродовой депрессии (ПРД); скрининговое выявление послеродовой депрессии (ПРД); логистическая регрессия; однофакторный дисперсионный анализ; брачный статус.

### Информация об авторах:

Гречаный Северин Вячеславович — e-mail: [svgrechany@mail.ru](mailto:svgrechany@mail.ru); <https://orcid.org/0000-0001-5967-4315>  
Кошавцев Андрей Гелиевич\* — e-mail: [mdspb@yandex.ru](mailto:mdspb@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0002-3861-4134>

**Как цитировать:** Гречаный С.В., Кошавцев А.Г. Некоторые социально-демографические факторы, связанные с высоким психометрическим уровнем депрессии у женщин в послеродовом периоде. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2026; 60:2:86-95. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-2-1144>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Some socio-demographic factors associated with high psychometric levels of depression in women in the postpartum period

Severin V. Grechany, Andrey G. Koshchavtsev  
Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

### Research article

**Summary.** A total of 126 postpartum women were examined using the Beck Depression Inventory (BDI). Two groups were identified: 1) the group at risk of postpartum depression (PPD) (27 people, 21.4%); 2) the group of clinically expressed postpartum depression (PPD) (99 people, 78.6%). The calculations showed the homogeneity of variances of the compared subgroups (Levine's homogeneity criterion = 1.900,  $p = 0.154$ ) and a significant difference in intergroup variance at the trend level ( $F = 2.987$ ,  $p = 0.054$ ). Based on the homogeneity of variances indicator, the Scheffe method was chosen for intergroup pairwise post hoc comparison. The

**Автор, ответственный за переписку:** Кошавцев Андрей Гелиевич — e-mail: [mdspb@yandex.ru](mailto:mdspb@yandex.ru)

**Corresponding author:** Andrey G. Koshchavtsev — e-mail: [mdspb@yandex.ru](mailto:mdspb@yandex.ru)



average value of the Beck Depression Inventory (BDI) sum of the unmarried examined women was higher at the trend level compared to those examined in unregistered relationships ( $p = 0.069$ ). There were no significant differences between those examined with registered/unregistered relationships ( $p=0.218$ ). According to the results of the study, the marital status of those examined was a significant factor determining belonging to the risk group for PPD/clinically expressed PPD group. The difference between the obtained results and previous studies is that the only factor predicting a woman's belonging to the risk group for PPD or clinically expressed PPD is the quality of her marital relationship.

**Key words:** Postpartum depression (PPD); Beck Depression Inventory (BDI); predictors of postpartum depression (PPD); risk factors for postpartum depression (PPD); screening for postpartum depression (PPD); logistic regression; one-way analysis of variance; marital status.

#### Information about the authors:

Severin V. Grechany — e-mail: svgrechany@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5967-4315>

Andrey G. Koshchavtsev\* — e-mail: mdsdpb@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3861-4134>

**To cite this article:** Grechany SV, Koshchavtsev AG. Some socio-demographic factors associated with high psychometric levels of depression in women in the postpartum period. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:2:1144. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-2-86-95>. (In Russ.)

**Conflict of interests:** the authors declare no conflicts of interest.

**Актуальность.** Послеродовая депрессия (синонимы: постпартальная, пуэрперальная депрессия) (ПРД) в настоящее время является признанной проблемой общественного здравоохранения, которая негативно влияет на психическое и физическое здоровье женщин в краткосрочный и отдаленный период после родов, характер взаимоотношений ребенка и матери, уровень эмоционального и когнитивного развития ребенка [19]. основополагающие представления о факторах риска послеродовой депрессии были сформированы еще в начале 2000-х годов. Они обобщены в известном метаанализе Ch. T. Beck (2001), сделанном на основании анализа 84 источников литературы, собранных в период с 1990 по 2000 год с расчетом размера эффекта Козна [10]. Было обнаружено 13 значимых предикторов послеродовой депрессии — пренатальная депрессия (0.44-0.46), самооценка (0.45-0.47), переживаемый в связи с уходом за ребенком стресс (0.45-0.46), пренатальная тревога (0.41-0.45), жизненный стресс (0.38-0.40), социальная поддержка (0.36-0.41), супружеские отношения (0.38-0.39), депрессии в анамнезе (0.38-0.39), темперамент ребенка (0.33-0.34), послеродовый «блюз» (0.25-0.31), супружеский статус (0.21-0.35), социально-экономический статус (0.19-0.22), незапланированная/нежелательная беременность (0.14-0.17).

Спустя 3 года был опубликован метаанализ E. Robertson с соавт. (2004) [28], обобщивший источники литературы по факторам риска послеродовой депрессии, опубликованные в период с 1990 по 2002 гг., но ограниченные лишь проспективными исследованиями. Информация по факторам риска была собрана только в период беременности, что позволило избежать ретроспективных различий в состоянии пациенток. На основании расчета  $d$  Козна были выявлены факторы риска: сильно-умеренные (депрессия во время беременности — 0.75, тревога во время беременности — 0.68, недавние стрессовые жизненные события — 0.61, депрессии в анамнезе — 0.58),

умеренные (невротизм — 0.39, супружеские отношения — 0.39) и слабые (осложнения течения беременности и акушерская патология — 0.26, социо-экономический статус женщины — 0.14). Показано, что такие факторы, как этническая принадлежность, возраст матери, уровень образования, пол ребенка не влияют на возникновения послеродовых колебаний настроения. Описанные модели предикторов ПРД оказались устойчивыми и воспроизводимыми в других исследованиях.

Изучение литературы по изучаемой проблеме последних лет выявило в целом схожие с представленными ранее положениями. Так, по принятому нами запросу в базе данных PubMed с 1996 по 2023 гг. по критериям включения (ключевые слова «risk factors for postpartum depression», период — все годы, метаанализы и систематические обзоры) было найдено 173 результата. Обнаружено, что такие факторы ПРД, как депрессия во время беременности и в анамнезе жизни, устойчиво, как и ранее, присутствуют в большинстве современных метаанализов [21, 26].

Как и в метаанализах 2000-х годов, наиболее распространенными факторами риска в современных исследованиях были высокий жизненный стресс, отсутствие социальной поддержки, жестокое обращение в настоящее время или в прошлом, пренатальная депрессия и неудовлетворенность супругом или партнером. Двумя наиболее сильными факторами риска развития ПРД были признаны пренатальная депрессия и жестокое обращение в настоящее время [18]. Среди психосоциальных факторов наиболее сильными предикторами считаются тяжелые жизненные события, некоторые формы хронического напряжения, качество отношений и поддержка со стороны партнера и матери [32]. Несколько меняются взгляды на роль пола ребенка в развитии ПРД. Ряд источников пишет о неудовлетворенности полом ребенка как устойчивом факторе риска аффективных нарушений у женщин после родов [22]. В частности, показано, что относительный риск

(ОР) ПРД при рождении мальчиков, составляет 1,62. Высокий ОР (2,71) обнаружен для гестационного сахарного диабета как предиктора ПРД [21].

В настоящее время при изучении предикторов и факторов риска ПРД акцент делается на таких явлениях, как насилие и жестокое обращение, иммиграционный статус, гестационный диабет, кесарево сечение, депрессивный анамнез, дефицит витамина D, ожирение и избыточный вес, нарушение послеродового сна, отсутствие социальной поддержки, многоплодные роды, недоношенные дети и младенцы с низкой массой тела при рождении, послеродовая анемия, отрицательный опыт родов. Роль некоторых факторов, таких как, например, уровень кортизола в сыворотке крови и концентрация аутоантител к тиреоидной пероксидазе являются противоречивыми [2, 33]. Исследования, проведенные в разгар эпидемии COVID-19, показали, что коронавирус 2-го типа, проявляющийся тяжелым острым респираторным синдромом, связан с более выраженными проявлениями депрессии у женщин в послеродовом периоде, что повлияло на рост ее распространенности за время пандемии (34%) [27]. Среди факторов риска развития ПРД, наряду с традиционно выделяемыми, рассматривается информационный фактор, проявляющийся патогенным воздействием информации о распространении заболевания [29].

Изучение личностных черт женщин с ПРД показало, что невротизм и связанные с ним уязвимый личностный стиль и личностная тревожность, определяют повышенный ОР ПРД (1,37), также, как и интровертированные женщины с зависимым типом личности [31, 20]. Развитие аффективных нарушений у таких женщин опосредуется отсутствием теплых отношений с супругами и их матерями [22, 26]. Так, нескладывающиеся отношения между супругами как повышенный риск ПРД, выявлено в 13 исследованиях «случай-контроль» и 4 ретроспективных когортных исследованиях с отношением шансов (ОШ) — 3,56 [26]. В 7 исследованиях «случай-контроль» и 2 ретроспективных когортных исследованиях плохие отношения между свекровью и невесткой были связаны с ПРД и ОШ — 2,89 [26]. Важно отметить, что основным условием проведения всех упомянутых работ является проспективное исследование беременных в условиях организованной системы клинико-психологического сопровождения женщин в дородовом и послеродовом периоде. Именно в рамках такой сложившейся системы возможно длительная курация пациентов, формирование доверительных отношений между специалистом и беременной/роженицей, в силу чего возможно получить объективную картину складывающейся семейно-психологической ситуации, материально-бытового уровня, значимых анамнестических сведений, позволяющих уверенно говорить об их вкладе в развитии послеродовых аффективных расстройств.

В реальной практике работы послеродовых отделений родильных домов/отделений патологии новорожденных детских стационаров врачи

зачастую не располагают возможностями детального ознакомления с информацией, имеющей отношение к оценке риска послеродовых расстройств, а полученные в режиме одноразовой беседы сведения часто оказываются субъективно искаженными и предвзятыми. Здесь также следует упомянуть о психологической «закрытости» женщины в период до и после родов, связанной с повышенной чувствительностью к обсуждению тем личной жизни, отношений с супругом и его семьей, материального и социального положения семьи, истории предшествующих депрессивных состояний и пр. Все это снижает возможности оценки всех вышеперечисленных факторов риска ПРД и прогнозирования ее развития у конкретной пациентки. Как следствие, врачи-психиатры вызываются на консультацию в роддома только по факту наличия у родильницы «грубых» психопатологических симптомов чаще в рамках т. н. «послеродового психоза», а легкие случаи психических расстройств, в том числе, синдром «грусти родильниц» оказываются не распознанными.

Исходя из всего сказанного, мы в настоящей работе сосредоточились на изучении только тех потенциальных факторов риска послеродовых расстройств, которые подлежат строгой объективизации, то есть могут быть почерпнуты из медицинских сведений и других объективных источников и не подвержены субъективному искажению. К таковым были отнесены: возрастная группа, образование, брак, порядковый номер беременности, порядковый номер родов. Для их обозначения больше всего подходит термин «социально-демографические факторы», поскольку речь идет лишь о формальной констатации того или иного признака без учета содержательного психологического его наполнения. Понимая некоторую ограниченность подобного подхода и в целом ограниченную прогностическую значимость выбранных для изучения факторов послеродовых депрессий (ПРД) (по данным метаанализов все они относятся к факторам легко-умеренного влияния по Robertson E. et al. (2004)) [28], мы все же выражаем надежду на то, что это может иметь определенную клиническую пользу для скринингового выявления женщин с послеродовыми расстройствами.

**Цель исследования** — оценить ряд социально-демографических факторов, значимо связанных с психометрическими показателями уровня депрессии у женщин в послеродовом периоде.

**Участники исследования и их отбор.** В исследовании включены матери новорожденных, проходивших стационарное лечение в отделении неонатальной патологии СПбГБУЗ ДГБ № 22 в 2018-2019 гг., поступившие из СПбГБУЗ «Родильный дом № 16», СПбГБУЗ «Родильный дом № 9» и родильного отделения СПбГБУЗ ГБ № 33. Всем участникам были разъяснены цель, временные рамки исследования, проведено ознакомление с опросниками и другими методиками оценки состояния.

**Критерии включения** в исследование: 1) подписание добровольного информированного со-

гласия участника исследования; 2) понимание матерью смысла вопросов предлагаемых методик; 3) матери новорожденных с заболеваниями перинатального периода с благоприятным прогнозом, требующими стационарного наблюдения и лечения в период не более 3 недель: недоношенность легкой и средней степени (гестационный срок более 35 недель) [1]; желтуха новорожденных при показателях билирубина в пуповинной крови менее 136,9 мкмоль/л (легкая и средняя степень гемолитической болезни новорожденного) [6]; последствия гипоксического и/или травматического поражения головного мозга легко-умеренной степени, не сопровождающиеся клинически выраженной гидроцефалией, симптомами угнетения нервной системы и др. синдромами, требующими условий интенсивной терапии; пневмония новорожденных (только не бактериальной формы) в стадии клинической субкомпенсации; 4) отсутствие у матери на момент обследования клинически значимой соматической, эндокринной патологии, в том числе гестационного сахарного диабета, а также актуальных соматических жалоб; 5) женщины, родившие путем естественного зачатия (не ЭКО); 6) отсутствие перидуральной анестезии в родах. Объединение в одну группу женщин, чьи новорожденные страдали разными по этиопатогенезу и клинике заболеваниями, объясняется критерием благоприятности их исхода, следовательно, более или менее одинаковым влиянием факта болезни ребенка на психическое состояние матерей.

Заключение о благоприятном течении перинатальной патологии ребенка, а, значит, решении вопроса о включения женщины в исследование, делалось врачом-неонатологом на основании экспертной оценки.

**Критерии не включения:** 1) первоначальный отказ от участия в исследовании (неподписание добровольного информированного согласия); 2) женщины, детям которых в процессе первичного обследования были поставлены диагнозы «пороки развития систем и/или органов», «генетический синдром»; 3) женщины, у детей которых были выявлены состояния, требующие неотложных оперативных вмешательств или нахождения в условиях реанимации и интенсивной терапии; 4) женщины детей с тяжелой и глубокой недоношенностью.

**Критерии исключения:** 1) отказ от продолжения исследования, выраженный в письменной форме; 2) непонимание или трудности понимания участницей исследования вопросов предлагаемых методик, выявленных в процессе заполнения анкет.

**Методы исследования:** клиничко-психопатологический, анамнестический опросник, шкала самооценки депрессии Бэка (Beck Depression Inventory, BDI) [9] в русскоязычной адаптации [3].

**Этапы исследования.** Тестирование участниц исследования после подписания добровольного согласия с помощью BDI проводилось на 2-4 день с момента поступления в отделение неонатальной патологии. Учитывая, что до этого жен-

щины в течение нескольких дней пребывали в роддоме, обследование проводилось на 7-11 день после родов, то есть во временной период, соответствующий, с одной стороны, редукции клинических проявлений «синдрома грусти родильниц» («блюз-синдром»), а, с другой стороны, при условии сохранения депрессивных проявлений, риску формирования послеродовой (постпартальной) депрессии.

Длительность депрессивного состояния в указанные сроки обследования пока не позволяла установить диагноз «депрессивный эпизод» по МКБ-10, поскольку не выходила за рамки 2-х недель [7]. Ввиду крайне неопределенных диагностических критериев рубрики «Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и неклассифицируемые в других разделах» (F 53.0) мы отказались от постановки этого диагноза на данном этапе исследования. Предварительно перед тестированием по BDI проводилась оценка соматоневрологического состояния детей, поскольку диагноз ребенка, согласно принятым критериям, служил основанием для включения/невключения их матерей в исследовательскую группу.

**Характеристика респондентов и отбор в группы.** В качестве критерия отбора в группы были взяты численные значения шкалы самооценки депрессии Бэка, а именно психометрические диапазоны, соответствующие показателям риска депрессии и показателям клинически выраженной депрессии. Согласно данным адаптации методики BDI [4], первому диапазону соответствует суммарное значение упомянутой шкалы 9 баллов и ниже, второму — 10 и выше. На основании этого было выделено 2 группы: 1) группа риска ПРД (27 чел., 21,4 %); 2) группа психометрически выраженной ПРД (99 чел., 78,6 %).

**Статистический анализ.** Для описания качественных (категориальных) переменных использовались показатели абсолютного значения (n) и % в группе. Для сравнения качественных переменных на основе таблиц сопряженности использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона. Описание количественных параметрических переменных проводилось на основании среднего значения (M) и стандартного отклонения (sd), непараметрических переменных — медианы (Me) и 25% и 75% квартилей. Для проверки нормальности распределения использовались значения асимметрии (As) и эксцесса (Ex) и их стандартных ошибок (p).

Выборка считалась соответствующей нормальному распределению, если абсолютные значения асимметрии и эксцесса не превышают своих стандартных ошибок [3]. Сравнение параметрических выборок проводилось на основании t-критерия Стьюдента (две выборки) или однофакторного дисперсионного анализа (две и более выборки). Для прогностической оценки факторов ПРД применялась логистическая регрессия, представляющей собой вариант множественной регрессии, при которой в качестве зависимой переменной используется дихотомическая величина, имею-

шая 2 возможных значения, определяющих принадлежность или непринадлежность объекта к определенной группе. В данном случае в качестве дихотомической переменной была взята принадлежность к группе риска ПРД или группе, клинически выраженной ПРД.

Группы выделены на основании психометрической характеристики — суммы баллов BDI. Независимыми переменными (предикторами) явились следующие характеристики, представленные в качественной (категориальной) градации: 1) возрастная группа: 1 — до 20 лет; 2 — 20-29 лет; 3 — 30 лет и старше; 2) образование: 1 — среднее; 2 — среднее специальное; 3 — высшее; 3) брак: 1 — не замужем; 2 — брак не зарегистрирован; 3 — брак зарегистрирован; 4) порядковый номер беременности: 1 — первая; 2 — вторая; 3 — третья и более; 5) порядковый номер родов: 1 — первые; 2 — вторые; 3 — третьи и более. Формула преобразованного уравнения логистической регрессии имеет следующий общий вид [9]:

$$P = 1 / ((1 + e^{-B_0} \cdot e^{B_1 \cdot x_1} \cdot e^{B_2 \cdot x_2} \cdot \dots \cdot e^{B_n \cdot x_n}) (1), \text{ где}$$

$P$  — вероятность принадлежности к группе (от 0 до 1);

$e$  — натуральный логарифм (значение = 2,718281828)

$B_0$  — константа регрессионного уравнения;

$B_1, B_2, \dots, B_n$  — коэффициенты регрессии;

$x_1, x_2, x_n$  — значения номинативных переменных.

**Результаты.** Предварительно для обоснования корректности применения методов параметрической статистики предварительно была проведена оценка статистических показателей суммарного балла по шкале BDI на предмет нормальности распределения. Для этого использовались значения асимметрии ( $A_s$ ) и эксцесса ( $E_x$ ) и их стандартных ошибок ( $p$ ) [3]. В нашем случае значение асимметрии было 0,479, а стандартная ошибка асимметрии 0,216. Значение эксцесса составило 0,445, а стандартная ошибка эксцесса 0,428, что позволило рассматривать выборку как соответствующую нормальному распределению.

В Табл.1 представлена распространенность изучаемых факторов в двух сравниваемых группах. Процент обследованных в группах разного возраста различался, но не достигал уровня значимости ( $\chi^2=5,698$ ,  $(df)2$ ,  $p=0,058$ ). Достоверные различия были получены по фактору «Брак» ( $\chi^2=6,853$ ,  $(df)2$ ,  $p=0,033$ ).

Результаты логистической регрессии. При проведении логистической регрессии использовался метод «принудительного включения», предполагающий введение в уравнение всех указанных предикторов независимо от того, имеют ли они значимое влияние на зависимую переменную.

Результаты расчета показали, что значимое влияние оказывает только одна переменная — «Брак» ( $p=0,045$ ) (Табл.2).

Итоговое уравнение логистической регрессии представлено ниже:

$$P = 1 / (1 + e^{-0,390} \cdot e^{-1,071 \cdot x}), \text{ где}$$

$P$  — вероятность принадлежности к группе (принимает значения в диапазоне от 0 до 1);

1,036 — константа регрессионного уравнения;

1,210 — коэффициент регрессии для переменной «Брак»;

$x=1$  (не замужем)

$x=2$  (брак не зарегистрирован)

$x=3$  (брак зарегистрирован)

В Табл.3 представлен результат классификации обследованных на основании введенного в уравнение логистической регрессии рассчитанного предиктора. Для 81,0% пациентов прогноз, построенный на модели логистической регрессии, оказался верным.

**Результаты однофакторного дисперсионного анализа.** В таблице 3 представлены результаты однофакторного дисперсионного анализа суммарного значения шкалы Бэка по фактору «брак». Предварительные расчеты показали однородность дисперсий сравниваемых подгрупп (критерий однородности Ливина = 1,900,  $p=0,154$ ) и значимого на уровне тенденции различия межгрупповой дисперсии ( $F=2,987$ ,  $p=0,054$ ). Исходя из показателя однородности дисперсий для межгруппового попарного апостериорного сравнения был выбран метод Шеффе. Среднее значение суммы BDI незамужних обследованных женщин оказалось выше на уровне тенденции по сравнению с обследованными с незарегистрированными отношениями ( $p=0,069$ ). Между обследованными с зарегистрированными/не зарегистрированными отношениями значимых различий получено не было ( $p=0,218$ ) (Табл.4).

**Обсуждение.** По результатам проведенного исследования единственным значимым фактором, определяющим принадлежность к группе риска ПРД/группе клинически выраженной ПРД явился брачный статус обследованных. Обсуждая полученный результат, следует отметить, что подавленность в послеродовом периоде обычно возникает в ответ на чувство несостоятельности при реализации материнской функции, что в свою очередь тесно связано с представлением об устойчивости и целостности брака как первичного микросоциального пространства, в котором существует женщина-мать [28]. Таким образом, полученные нами данные о значимой роли брачных отношений как предиктора развития ПРД укладываются в механизмы развития послеродовых аффективных нарушений и в целом совпадают с существующими данными литературы.

В систематических обзорах статус брака как предиктор ПРД обычно рассматривается в кластере объединенных факторов риска, относящихся к социальной поддержке и супружеским отношениям [11, 12]. Отдельных публикаций, изолированно посвященных влиянию статуса замужества женщины на послеродовые аффективные нарушения, в доступных базах данных не было обнаружено. Существуют немногочисленные публикации, где наличие брачных отношений, как таковых, рассматривается в числе социально-демографических

Таблица 1. Распространенность факторов в группе риска ПРД и клинически выраженной ПРД Table 1. Prevalence of factors in the at-risk group for PPD and clinically expressed PPD					
№	Характеристики	Всего, n=126	Группа риска ПРД (100,0%) n=27	Группа психометрически выраженной ПРД (100,0%) n=99	Уровень статистической значимости различий
1	Возраст обследованных, лет M (sd) min-max	25,24 (4,767) 18-40	23,19 (4,591) 18-37	25,80 (4,682) 18-40	критерий Стьюдента F=0,050, t=-1,305, p=0,194
3	Длительность пребывания в стационаре, в днях M (sd) min-max	17,98 (2,584) 15-24	17,93 (2,480) 15-22	17,99 (2,624) 15-24	критерий Стьюдента F=0,474, t=-0,114 p=0,910
4	Возрастная группа: 1— до 20 лет 2— 20-29 лет 3— 30 лет и старше	10 (7,9%) 90 (71,4%) 26 (20,6%)	5 (18,5%) 19 (70,4%) 3 (11,1%)	5 (5,1%) 71 (71,7%) 23 (23,2%)	$\chi^2=5,698$ , (df)2, p=0,058
5	Образование: 1— среднее 2— среднее специальное 3— высшее	0 (0,0%) 75 (59,5%) 46 (36,5%)	5 (5,1%) 15 (55,6%) 12 (44,4%)	5 (4,0%) 60 (60,6%) 34 (34,3%)	$\chi^2=2,047$ , (df)2, p=0,359
6	Брак: 1— не замужем 2— брак не зарегистрирован 3— брак зарегистрирован	18 (14,3%) 34 (27,0%) 74 (58,7%)	1 (3,7%) 12 (44,4%) 14 (51,9%)	17 (17,2%) 22 (22,2%) 60 (60,6%)	$\chi^2=6,853$ , (df)2, p=0,033
7	Количество беременностей: 1- первая 2— вторая 3— третья и более	59 (46,8%) 38 (30,2%) 29 (23,0%)	15 (55,6%) 7 (25,9%) 5 (18,5%)	44 (44,4%) 31 (31,3%) 24 (24,2%)	$\chi^2=1,065$ , (df)2, p=0,587
8	Роды: 1— первые 2— вторые 3— третьи и более	110 (87,3%) 14 (11,1%) 2 (1,6%)	24 (88,9%) 2 (7,4%) 1 (3,7%)	86 (86,9%) 12 (12,1%) 1 (1,0%)	$\chi^2=1,404$ , (df)2, p=0,496

предикторов послеродовой депрессии и подробно изучается, прежде всего, в странах и культурах с влиянием традиционных семейных устоев. Так, в одном из иранских исследований было показано, что именно слишком молодой возраст вступления в брак связан с повышенным риском послеродовых аффективных расстройств [8].

Очевидно, что сам по себе замужний статус женщины не является однородным понятием. Он может рассматриваться в аспекте наличия/отсутствия эмоциональной, информационной, материальной и бытовой помощи. В силу этого объективная оценка наличия/отсутствия брака как предиктора ПРД в силу его многомерного понятия. В данном случае влияние семьи может проследиваться напрямую — как помощь, исходящая от супруга, так и косвенно — как поддержка со стороны других членов семьи и родственников. В последнее время появилось также немало публикаций, посвященных послеродовым аффективным нарушениям у отцов детей как фактору, значимо влияющему на психическое состояние женщины и новорожденного [24]. К сожалению, подробно

раскрыть понятие замужество, в том числе, исследовать содержательную сторону характера супружеских отношений и взаимодействий с родственниками в рамках настоящей работы не позволил скрининговый характер исследования.

Результаты нашего исследования не выявили также различий в рейтинговой выраженности проявлений послеродовой депрессии у женщин с разным числом перенесенных беременностей и предыдущих родов. Упомянутый в некоторых работах данный фактор как предиктор ПРД имеет значение лишь в контексте переживаемых в период беременности и родов аффективных расстройств, а не в рамках констатации предшествующих беременностей/родов как таковых [23]. История имевших место ранее неблагоприятно протекающих антенатальных и постнатальных тревожных и депрессивных состояний действительно повышает риск развития ПРД в текущий момент, что следует рассматривать как рецидив психического аффективного расстройства, связанного с женским репродуктивным циклом. Также имеется тесная связь репродуктивного анамнеза

**Таблица 2. Переменные, включенные в уравнение логистической регрессии**  
**Table 2. Variables entered into the logistic regression equation**

Шаги, на которых была включена переменная	Переменные, включенные в уравнение логистической регрессии	Коэффициенты регрессии, В	m, средне-квадратичная ошибка	Критерий Вальда	df	Уровень значимости	Exp (B)
Шаг 1	Возрастная группа			6,885	2	0,032	
	Возрастная группа (1)	2,953	1,146	6,636	1	0,010	19,169
	Возрастная группа (2)	1,257	0,866	2,105	1	0,147	3,514
	Образование			2,306	2	0,316	
	Образование (1)	-21,017	16554,281	,000	1	0,999	0,000
	Образование (2)	-0,780	0,514	2,306	1	0,129	0,458
	Брак			6,135	2	0,047	
	Брак (1)	-1,137	1,096	1,075	1	0,300	0,321
	Брак (2)	1,071	0,534	4,021	1	0,045	2,918
	Порядковый номер беременности			1,461	2	0,482	
	Порядковый номер беременности (1)	0,713	0,716	0,991	1	0,320	2,040
	Порядковый номер беременности (2)	0,179	0,773	0,053	1	0,817	1,196
	Порядковый номер родов			3,110	2	0,211	
	Порядковый номер родов (1)	-3,153	1,789	3,106	1	0,078	0,043
	Порядковый номер родов (2)	-2,764	1,778	2,418	1	0,120	0,063
Константа	0,390	1,464	0,071	1	0,790	1,477	

**Таблица 3. Классификационная таблица объектов на основании предикторов уравнения логистической регрессии**

**Table 3. Classification table of cases based on predictors from the logistic regression equation**

Фактические	Предсказанные		
	группа риска ПРД	группа клинически выраженной ПРД	% правильных
группа риска ПРД	7	20	25,9%
группа клинически выраженной ПРД	4	95	96,0%
Общая процентная доля	-	-	81,0%

**Таблица 4. Результаты попарного апостериорного сравнения групп, различающихся по переменной «Брак» (метод Шеффе)**

**Table 4. Results of pairwise post-hoc comparisons of groups differing on the variable «Marriage» (Scheffé method)**

№ сравниваемой группы M (sd) min-max	№ сравниваемой группы M (sd) min-max	Средняя разность (I-J)	Стандартная ошибка	Значимость	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
Различие между группами по фактору «брак» (I-J)						
Группа 1 17,06 (3,765) 9-23	Группа 2 12,68 (6,777) 2-30	4,379	1,872	0,069*	-0,26	9,02
	Группа 3 15,01 (6,739) 1-33	2,042	1,688	0,483	-2,14	6,22
Группа 2 12,68 (6,777) 2-30	Группа 3 15,01 (6,739) 1-33	-2,337	1,330	0,218	-5,63	0,96

Примечание: \* — различие на уровне  $p < 0,1$

Note: \* — significant at the  $p < 0.1$  level

женщины с ПРД в случае предшествующих перинатальных потерь (неудачные попытки зачатия, внутриутробная гибель эмбриона или плода, мертворождение и др.) [15]. Так, о симптомах депрессии сообщали 28,6% женщин, имевших опыт предыдущего неудачного вынашивания [14]. Скрининговый характер предпринятого в нашей работе изучения факторов риска послеродовой депрессии, к сожалению, не позволил объективно оценить факт наличие/отсутствие аффективных расстройств у обследованных женщин в период предыдущих беременностей и после предыдущих родов, а также отдельно рассмотреть подгруппу обследованных с пережитыми перинатальными потерями.

В нашей работе не выявлено связи возраста женщины со значением суммы баллов по шкале BDI, хотя в ряде источников об этом последовательно сообщается [17]. В частности, утверждается, что слишком молодой возраст женщины или, наоборот, возраст старше 35 лет предрасполагает к развитию послеродовой депрессии [5]. Отмеченная закономерность опосредуется фактором первых родов, который играет роль в случае молодого возраста матери, что также совпадает с представлением о том, что молодой возраст матери повышает риск ПРД в силу отсутствия у женщины материнского опыта, переживанием тревоги и растерянности из-за проблем и трудностей по уходу за ребенком [17].

**Заключение.** В целом, анализируя полученные нами результаты, необходимо еще раз подчеркнуть особенность исследования, а именно, сосредоточенность на изучении предикторов послеродовой депрессии (ПРД), подлежащих строго-формальной объективизации. Именно такой подход в условиях практической работы дородовых и послеродовых отделений может обеспечить объективную скрининговую оценку риска развития послеродовых психических расстройств. Отличием полученных результатов от предыдущих исследований заключается в том, что единственным фактором, предсказывающим принадлежность женщины к груп-

пе риска ПРД или клинически выраженной ПРД является качество брачных отношений.

**Ограничения:** 1) учитывая одномоментный характер исследования при изучении фактора брака на факт появление ПРД нами не принималось во внимание качество отношений между супругами, а также влияние других членов семьи; 2) обследованные нами женщины в послеродовом периоде — это не сплошная выборка, а матери детей, находившихся в отделении патологии новорожденных. Это могло повлиять на более высокие цифры суммарного балла по шкале BDI, так как наряду с переживаниями послеродового аффективного расстройства у женщин могли отмечаться еще и ситуационная подавленность и тревожность в связи с перинатальной патологией у ее ребенка (выявленный в данном случае единственно значимый предиктор ПРД — брак возможно отражает возрастающую значимость супружеских отношений в условиях рождения у женщины детей с патологическими состояниями перинатального периода); 3) как уже отмечалось в разделе «Этапы исследования», мы отказались от диагностической квалификации состояния обследованных женщин по МКБ-10 (в виду неопределенности критериев диагноза F 53.0 и недостаточной продолжительности переживаний для установления диагноза из рубрики F 32), оценив их только психометрически. Психометрический принцип также лег в основу разделения респондентов на группы; 4) в исследование были включены женщины, родившие досрочно на сроке гестации 35 недель и выше. Несмотря на то, что в ряде источников говорится о значимом риске развития послеродовой депрессии в случае недоношенности ребенка [13, 25], в качестве опосредующего предиктора влияния, скорее, рассматривается все же такое явление, как маловесность детей (low-birth-weight infants), что обычно сопряжено с глубокими и тяжелыми степенями недоношенности, в нашем случае исключенными [30]; 5) отсутствием результатов проспективного обследования, из-за чего о риске развития депрессии на момент обследования можно говорить с осторожностью.

## Литература/References

1. Иванов Д.О., Сулова Г.А., Суренкова И.Н., Филиппова В.Н. Исследование моторного развития недоношенных детей в условиях амбулаторно-поликлинической службы. *Педиатр*. 2021;12(1):43–50.  
Ivanov DO, Suslova GA, Surenkova IN, Filippova VN. The Research Of Motor Development Of Premature Infants In An Outpatient-Polyclinic Service. *Pediatr*. 2021;12(1):43–50. (In Russ.).  
<https://doi.org/10.17816/PED12143-50>
2. Кошачев А.Г., Поздняк В.В., Гречаный С.В. Выраженность тревоги и депрессии у женщин в послеродовом периоде и материнско-детское взаимодействие. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2023;57(4):57–65.  
Koshchavtsev AG, Pozdnyak VV, Grechanyi SV. The severity of anxiety and depression in women in the postpartum period and mother-child interaction. *Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2023;57(4):57–65. (In Russ.).  
<https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-772>
3. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2004.  
Nasledov A.D. *Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretaciya dannyh*. Uchebnoe posobie. — SPb.: Rech', 2004. (In Russ.).
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001.  
Tarabrina N.V. *Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa*. — SPb: Piter, 2001. (In Russ.).
5. Терехов М.А., Евтушенко В.П., Ермакова Н.Н. Профилактика послеродовых депрессий. *Молодой учёный*. 2014;2(61):361–366.  
Terekhov MA, Evtushenko VP, Ermakova NN. Prevention of postpartum depression. *Molodoy uchyonyj*. 2014;2(61):361–366. (In Russ.).
6. Ткаченко А.К., Устинович А.А., Романова О.Н., Ключарева А.А., Новак Л.В. Желтухи неонатального периода: учебно-методическое пособие. — Минск: БГМУ, 2017.  
Tkachenko A.K., Ustinovich A.A., Romanova O.N., Klyuchareva A.A., Novak L.V. *Zhelтуhi neonatal'nogo perioda: uchebno-metodicheskoe posobie*. — Minsk: BGMU, 2017. (In Russ.).
7. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М.: МегаПро, 2010.  
Churkin A.A., Martyushov A.N. *Prakticheskoe rukovodstvo po ispol'zovaniyu MKB-10 v psihiatrii i narkologii*. — M.: MegaPro, 2010. (In Russ.).
8. Abdollahi F, Sazlina SG, Zain AM, Zarghami M, Asghari Jafarabadi M, Lye MS. Postpartum depression and psycho-socio-demographic predictors. *Asia Pac Psychiatry*. 2014;6(4):425–34.  
<https://doi.org/10.1111/appy.12152>
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.  
<https://doi.org/10.1001/arch-psyc.1961.01710120031004>
10. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275–85.  
<http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
11. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62–77.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
12. Brugha TS, Sharp HM, Cooper SA, Weisender C, Britto D, Shinkwin R, Sherrif T, Kirwan PH. The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychol Med*. 1998;28(1):63–79.
13. Storm L. Nurturing touch helps mothers with postpartum depression and their infants. Interview by Deb Discenza. *Neonatal Netw*. 2011;30(1):71–2.
14. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, et al. Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. 2007;19(3):243–260.
15. Gaudet C, Séjourné N, Camborieux L, Rogers R, Chabrol H. Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010;28(3):240–251.  
<https://doi.org/10.1080/02646830903487342>
16. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;203:292–331.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
17. Hiltunen P. Maternal postnatal depression, causes and consequences. — OULU UNIVERSITY PRESS, 2003.
18. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *J Midwifery Womens Health*. 2020;65(1):96–108.  
<https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
19. Johannsen BM, Larsen JT, Laursen TM, Ayre K, Howard LM, Meltzer-Brody S, Bech BH, Munk-Olsen T. Self-harm in women with postpartum mental disorders. *Psychol Med*. 2020;50(9):1563–1569.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291719001661>
20. Li M, Deng H. Study on correlation between personality characteristics and postpartum depression in primiparous women in Beijing city. *Matern Child Health Care China*. 2013;28:760–3.
21. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022;31(19–20):2665–2677.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16121>

22. Liu SX, Xia WA. A Meta-analysis of risk factors of postpartum depression. *Shanxi Med. J.* 2014;24:2847-9.
23. Nelson DB, Doty M, Mcintire DD, Leveno KJ. Rates and precipitating factors for postpartum depression following screening in consecutive births. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(14):2275-9. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1083004>.
24. Orsolini L, Yilmaz-Karaman IG, Bottaro M, Bellagamba S, Francesconi G, Volpe U. Preconception paternal mental health history as predictor of antenatal depression in pregnant women. *Ann Gen Psychiatry.* 2025;24(1):18. <https://doi.org/10.1186/s12991-025-00554-0>
25. Piyasil V, Pichaiyut P. Postpartum depression in the mothers of preterm infants at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J Med Assoc Thai.* 2011;94(3):91-4.
26. Qi W, Zhao F, Liu Y, Li Q, Hu J. Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):174. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03657-0>
27. Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and Risk Factors Associated with Postpartum Depression during the COVID-19 Pandemic: A Literature Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2219. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042219>
28. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):289-95. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
29. Usmani S, Greca E, Javed S, Sharath M, Sarfraz Z, Sarfraz A, Salari SW, Hussaini SS, Mohammadi A, Chellapuram N, Cabrera E, Ferrer G. Risk Factors for Postpartum Depression During COVID-19 Pandemic: A Systematic Literature Review. *J Prim Care Community Health.* 2021;12:21501327211059348. <https://doi.org/10.1177/21501327211059348>
30. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG.* 2010;117(5):540-50. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>
31. Wang D, Hong C. Chinese «openness» Western «Open» Personality Dimension and Chinese Personality. *J. Southwest University (Humanities and Social Sciences Edition).* 2006;6:1-10.
32. Yim IS, Stapleton LRT, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Schetter C.D. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev. Clin. Psychol.* 2015;11:99-137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>
33. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr.* 2020;53:102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>.

### Сведения об авторах

**Гречаный Северин Вячеславович** — д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Россия, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2). E-mail: svgrechanu@mail.ru

**Кощавцев Андрей Гелиевич** — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: mdsppb@yandex.ru

Поступила 28.04.2025

Received 28.04.2025

Принята в печать 25.09.2025

Accepted 25.09.2025

Дата публикации 30.04.2026

Date of publication 30.04.2026