

Выраженность тревоги и депрессии у женщин в послеродовом периоде и материнско-детское взаимодействие

Кошавцев А.Г., Поздняк В.В., Гречаный С.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Целью исследования было изучение связи количественных показателей тревоги и депрессии у женщин в послеродовом периоде с типами материнско-детского взаимодействия. Основную группу составили 93 женщины в послеродовом периоде с суммарным баллом по Опроснику самооценки депрессии Бэка (BDI) 10 и выше. Группу сравнения составили 33 женщины с суммарным баллом BDI 9 баллов и ниже. Двухкратное тестирование с помощью шкалы личностной и ситуативной тревожности Спилбергера (STAI) проводилось на 5-7 день поступления и через 1 неделю после первичного тестирования. Использовался опросник материнской самооценки взаимодействия с ребенком (МСВР) и методика объективной оценки материнско-детского взаимодействия (ОМДВ) с 7 по 15 день пребывания. Результаты показали, что при отсутствии возрастных различий и сроков пребывания в стационаре, обследованные, чей суммарный балл BDI был 10 и выше, отличались достоверно более высокими значениями личностной и ситуативной тревожности при первичном и повторном обследовании.

Значение балла МСВР было также достоверно выше в основной группе, что говорит о том, что матери с высокими показателями депрессии склонны к недооценке уровня своего взаимодействия с ребенком, более самокритичны в отношении способности понимать новорожденного и владения навыками воспитательной компетенции. Динамики личностной и ситуативной тревожности выявила достоверное их снижение в основной группе и группе сравнения, что свидетельствует о редукции интенсивности аффективных переживаний. В основной группе достоверно преобладало количество женщин с формальным типом материнско-детских взаимодействий, а в группе сравнения — с гармоничным типом. Таким образом, переживание женщинами в послеродовом периоде со значениями BDI 10 и выше баллов недостаточной «материнской компетентности» является следствием не только высокого уровня самокритики, но и объективных трудностей взаимодействия с ребенком, что косвенно подтверждает позитивную роль педиатрического патронажа и психосоциальной поддержки при лечении послеродовых аффективных переживаний.

Ключевые слова: послеродовые расстройства настроения, типы материнско-детского взаимодействия, заболевания перинатального периода

Информация об авторах

Кошавцев Андрей Гелиевич — e-mail: mdspb@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-3861-4134>

Поздняк Вера Владимировна e-mail: egodoe@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-6191-2391>

Гречаный Северин Вячеславович — e-mail: svgrechany@mail.ru <https://orcid.org/0000-0001-5967-4315>

Как цитировать: Кошавцев А.Г., Поздняк В.В., Гречаный С.В. Выраженность тревоги и депрессии у женщин в послеродовом периоде и материнско-детское взаимодействие. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023; 57:4:57-65. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-772>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The severity of anxiety and depression in women in the postpartum period and mother-child interaction

Andrey G. Koshchavtsev, Vera V. Pozdnyak, Severin V. Grechanyi
St. Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

Research article

Summary. The purpose of the study was to study the relationship of quantitative indicators of anxiety and depression in women in the postpartum period with the types of mother-child interaction. The main group

Автор, ответственный за переписку: Поздняк Вера Владимировна e-mail: egodoe@yandex.ru

Corresponding author: Vera V. Pozdnyak egodoe@yandex.ru

consisted of 93 women in the postpartum period with a total score on the Beck Depression Self-Assessment Inventory (BDI) of 10 or higher. The comparison group consisted of 33 women with a total BDI score of 9 points or less. Double testing using the Spielberger Personal and Situational Anxiety Scale (STAI) was carried out on days 5-7 of admission and 1 week after the initial testing. The questionnaire of maternal self-assessment of interaction with the child (MSIR) and the method of objective assessment of maternal-child interaction (OMDV) from 7 to 15 days of stay were used. The results showed that in the absence of age differences and length of stay in the hospital, those examined, whose total BDI score was 10 or more, had significantly higher values of personal and situational anxiety during the initial and repeated examinations. The value of the HRMS score was also significantly higher in the main group, which indicates that mothers with high rates of depression tend to underestimate the level of their interaction with the child, are more self-critical about the ability to understand the newborn and the skills of educational competence. The dynamics of personal and situational anxiety revealed a significant decrease in the main group and the comparison group, which indicates a reduction in the intensity of affective experiences. In the main group, the number of women with a formal type of mother-child interactions significantly prevailed, and in the comparison group—with a harmonious type. Thus, the experience of women in the postpartum period with BDI values of 10 and above of insufficient “maternal competence” is a consequence not only of a high level of self-criticism, but also of objective difficulties in interacting with the child, which indirectly confirms the positive role of pediatric patronage and psychosocial support in the treatment of postpartum affective disorders. experiences.

Keywords: postpartum mood disorders, types of mother-child interaction, diseases of the perinatal period

Information about the authors:

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

Vera V. Pozdnyak e-mail: egodoe@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-6191-2391>

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

To cite this article: Koshchavtsev AG, Pozdnyak VV, Grechanyi SV. The severity of anxiety and depression in women in the postpartum period and mother-child interaction. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023; 57:4:57-65. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-772>. (In Russ.)

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

Послеродовой период жизни женщины традиционно рассматривался в качестве фактора риска возникновения психической патологии. В настоящее время к послеродовым психическим расстройствам относится довольно широкий перечень нарушений, таких как синдром «грусти рожениц» («материнский блюз»), послеродовая депрессия [10], послеродовые паническое, обсессивно-компульсивное и посттравматическое стрессовое расстройства и др. [14]. Частота послеродовых расстройств настроения (ПРН) колеблется от 50-80% в случае послеродового «блюза», относящегося к физиологической адаптационной реакции, до 14-20% при постпартальной депрессии [29], которая при продолжительности более 2 недель отвечает диагностическим критериям депрессивного эпизода. В целом ПРН составляют до 60% в структуре психических расстройств, связанных с репродуктивным циклом женщин. Их наиболее распространенными проявлениями являются пониженное настроение (93,2%), ангедония (87,9%), чувство усталости (87,0%), чувство собственной бесполезности, переживание безысходности, невозможность заснуть, когда спит ребенок, снижение концентрации внимания, нарушения аппетита, чувство вины и мысли о суициде [27].

Одним из серьезных последствий послеродовых аффективных расстройств у женщин является их негативное влияние на эмоциональное и когнитивное развитие ребенка, социальное функционирование [24]. Это становится заметно

уже в первые дни и недели после родов в виде различных нарушений материнско-детского взаимодействия. Показано, что такие матери меньше проявляют эмпатию и заботу по отношению к детям, менее чувствительны и отзывчивы к их потребностям, чрезмерно назойливы или, наоборот, эмоционально отстранены в общении с ними [20, 22]. Для матерей с ПРН характерно недостаточное чувство когерентности, они более склонны оценивать темперамент своих детей как сложный [16]. Во время общения с ребенком они практически сразу испытывают трудности в понимании эмоциональных паттернов поведения младенца, сложно распознаются желания ребенка. Любые эмоциональные проявления младенцев скорее расцениваются как негативные [13, 16]. Женщины реже испытывают ощущение близости с ребенком и чувствуют неуверенность при взаимодействии с ним [18, 19]. Многие авторы указывают на трудности формирования материнской ролевой компетентности и родительской самоэффективности [15, 17, 23].

Все это негативно отражается на повседневном уходе за детьми, и нередко приводит к угрозе здоровью и жизни ребенка. В частности, женщины могут неправильно укладывать ребенка в кровать, реже используют ремень безопасности в машине, не контролируют температуру воды во время купания, используют для прикорма продукты, противопоказанные по возрасту [7, 25, 28]. Они чаще смотрят телевизор и меньше разговаривают со своими детьми [8].

Цель исследования — изучить связь количественных показателей тревоги и депрессии у женщин в послеродовом периоде с типом материнско-детского взаимодействия.

Участницы исследования и их отбор. В исследование 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 согласия участника исследования; 2) понимание матерью смысла вопросов предлагаемых методик; 3) матери новорожденных с наиболее часто встречающимися заболеваниями перинатального периода, требующими в течение первых 2-3 недель стационарного наблюдения и лечения, но отличающимися благоприятным краткосрочным прогнозом, связанным с редукцией симптомов и возможность выписки ребенка в срок до 28 дней. К таким заболеваниям отнесены: 1) недоношенность легкой и средней степени (срок больше 35 недель), не сопровождающаяся грубыми нарушениями развития внутренних органов, не влияющие на жизнеобеспечивающие функции и не требующие неотложного оперативного вмешательства или курации ребенка в условиях интенсивной терапии; [1] 2) желтуха новорожденных при показателях билирубина в пуповинной крови менее 136,9 мкмоль/л (легкая и средняя степень гемолитической болезни новорожденного) [5]; 3) последствие 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; 4) пневмония новорожденных (только небактериальной формы) в стадии клинической субкомпенсации.

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.

Объединение в одну группу женщин, чьи новорожденные страдали разными по клинике и

этиологии заболеваниями, мотивировано не нозологическим сходством, а относительно сходной степенью тяжести патологии (взяты только легкие и умеренные случаи), а. следовательно, относительно равным влиянием заболевания ребенка на психическое состояние матерей, что определяет относительную однородность исследуемой группы. Заключение о легко-умеренном характере заболевания новорожденного, а следовательно, решение вопроса о возможности включения его матери в исследование, делалось лечащим врачом-неонатологом (экспертная оценка).

Методы исследования:

1) шкала самооценки депрессии Бэка (Beck Depression Inventory, BDI) [9] в русскоязычной адаптации [4];

2) методика оценки личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера (State-trait-anxiety-inventory, STAI) в адаптации Ю.П. Ханина [6];

3) опросник материнской самооценки взаимодействия с ребенком (МСВР) [3]. Опросник направлен на выявление количественных показателей вовлеченности матери в жизнь ребенка, включая владение приемами ухода, способами общения и использование средств эмоциональной экспрессии, понимание потребностей ребенка и др. Таким образом, женщина оценивает степень соответствия своих действий «идеальному образу матери». Согласно методике, суммарный балл до 50 оценивается как высокий уровень взаимодействия, 50-100 баллов — средний уровень взаимодействия, свыше 100 баллов — низкий уровень взаимодействия;

4) методика объективной оценки материнско-детского взаимодействия (ОМДВ) [12]. Процедура представляет собой экспертную оценку специалистом взаимодействия матери и ребенка на основании просмотра видеозаписи процедуры кормления. Согласно методике, выделяют следующие типы материнско-детских интеракций: гармоничный (1). Характеризуется согласованной реципрокностью, то есть поочередной сменой интерактивных действий матери и ребенка, их точностью и синхронностью. В эксперименте наблюдения за кормлением данный тип устанавливается при совпадении 7 интеракций. Асимметричный тип характеризуется лидерством в интеракции одного из партнеров. Если подобную функцию выполняет мать, то тип называется асимметричным материнским (2). Он устанавливается, если мать более чем в 7 из 10 итераций берет на себя инициативу во взаимодействии, жестко регламентируя режимные мероприятия, не учитывая потребностей и темперамента ребенка. Асимметричный детский тип (3) характеризуется тем, что ребенок в более чем 7 из 10 интеракций берет инициативу на себя, например, отказывается от груди и требует рожка, а мать уступает ему, заявляя, что не переносит беспокойства ребенка. Формальный тип (4) отмечается в случае, когда мать во взаимодей-

ствии с ребенком ориентируется не на собственную интуицию, а на формальные предписания. Дисгармонический (5) тип устанавливается, если действия матери и ребенка не координированы, например, когда мать пытается вовлечь ребенка во взаимодействия, а он занят чем-то другим.

Этапы исследования. 1-й этап заключался в тестировании участниц исследования с помощью BDI на 2-4 день с момента поступления в стационар. Предварительно проводилась оценка соматоневрологического состояния детей, поскольку диагноз ребенка, согласно принятым критериям, служил основанием для включения/невключения их матерей в исследовательскую группу. На 2-м этапе все участницы дважды тестировались с помощью STAI — на 5-7 день поступления и через 1 неделю после первичного тестирования. Исследование с помощью МСВР и ООМДВ проводилось с 7 по 15 день пребывания.

Характеристика участия в исследовании. По результатам 1 этапа исследования было отобрано 2 группы: основная группа (10 и выше баллов по BDI) и группа сравнения (9 баллов по BDI и ниже). В первую группу вошло 100 участниц (32,1%), 7 из которых выбили из дальнейшего исследования в связи с переводом ребенка в другой стационар (1 чел.), отказом от дальнейшего заполнения опросников по неизвестным причинам при условии первоначального согласия (2 чел.) и по причине некорректного заполнения тестового материала (4 чел.). В итоге основная группа составила 93 чел. Из 212 матерей, набравших по BDI 9 баллов и ниже, генератором случайных чисел была отобрана 33 участницы, составивших в итоге группу сравнения.

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 χ^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 As и Ex не превышают своих стандартных ошибок [2]. Параметрическое сравнение групп проводилось на основании t -критерия Стьюдента, непараметрическое — на основании критерия U Манна-Уитни. Корреляционные связи параметрических переменных рассчитывались на основании критерия r Пирсона, непараметрических — ρ Спирмена (ранговая корреляция).

Результаты. Различия изучаемых характеристик основной группы (93 чел.) и группы сравнения (33 чел.) представлены в таблице 1. Из таблицы видно, что, при отсутствии возрастных различий и сроков пребывания в стационаре,

обследованные, чей суммарный балл BDI был 10 и выше, отличались достоверно более высокими значениями личностной и ситуативной тревожности как при первичном, так и повторном обследовании. Значение балла МСВР было также достоверно выше в основной группе (Табл.1), что говорит о том, что матери с высокими показателями депрессии склонны к недооценке уровня своего взаимодействия с ребенком, более самокритичны в отношении способности понимать новорожденного и владения навыками воспитательной компетенции.

Оценка динамики личностной и ситуативной тревожности выявляет достоверное снижение этих показателей в основной группе и группе сравнения (Табл.2), что свидетельствует об обратном развитии в большинстве случаев интенсивности аффективных переживаний. Причем если в основной группе медианные значения личностной тревожности при первичном обследовании находились в диапазоне высокого уровня (выше 45 баллов), то в динамике этот показатель снизился до среднего значения (30-44 баллов).

Ранговый корреляционный анализ изучаемых характеристик помимо очевидных взаимосвязей суммарного балла BDI с личностной и ситуативной тревожностью выявил слабую положительную корреляцию этого показателя с уровнем оценки матери ее взаимодействия с ребенком (Табл.3).

Различие типов детско-материнского взаимодействия согласно методике ООМДВ в разных клинических группах представлено в Табл.4. Из таблицы видно, что в группе сравнения достоверно чаще встречается гармоничный тип детско-материнского взаимодействия ($\chi^2=12,557$, $p=0,0001$), а в основной группе — формальный ($\chi^2=10,591$, $p=0,001$).

Обсуждение

Полученные в настоящей работе данные о том, что женщины в раннем послеродовом периоде с суммарным баллом BDI 10 и выше (цифры, соответствующие риску развития депрессивного состояния и клинически выраженной депрессии) отличаются достоверно более высокими значениями личностной и ситуативной тревожности совпадают с результатами известного метаанализа, обобщившего влияние антенатальных факторов риска развития послеродовых депрессивных переживаний [26]. Так, по-видимому, наличие у ребенка перинатальной патологии и его госпитализация вместе с матерью в отделение неонатальной патологии можно рассматривать как «недавно возникшее событие в жизни» (иначе ситуационно спровоцированная реакция), имеющие, согласно упомянутому источнику, сильно-умеренное влияние на факт появления послеродовой депрессии (эффект Коэна 0,61). Высокая личностной тревожность является скорее всего причиной переживаемого на протяжении беременности тревожного состояния, что также отнесено к сильно-умеренным факторам влияния (эффект Коэна 0,68).

Таблица 1. Различия изучаемых характеристик основной группы и группы сравнения
Table 1. Differences in the studied characteristics of the main group and the comparison group

Характеристика	M(sd), Me [Q25; Q75], min-max			Достоверность различий
	Все пациенты (n=126)	Основная группа (n=93)	Группа сравнения (n=33)	
Возраст	25,24 (4,767) 25,00 [21,00; 28,00] 18-40	25,54 (4,878) 25,00 [21,00; 29,00] 18-40	24,39 (4,401) 24,00 [21,00; 27,00] 18-37	t=1,186, p=0,238 (по Стьюденту)
Длительность пребывания в стационаре, дни	17,98 (2,584) 17,00 [16,00; 20,00] 15-24	18,25 (2,644) 18,00 [16,00; 20,00] 15-24	17,21 (2,274) 16,00 [15,00; 18,50] 15-22	t=1,978, p=0,059 (по Стьюденту)
BDI	14,67 (6,522) 14,00 [10,00; 19,00] 1-33	16,86 (5,926) 17,00 [14,00; 20,00] 10-33	8,52 (3,492) 9,00 [6,00; 11,00] 1-15	p=0,001* (по Манну-Уитни)
STAI, личностная тревожность (первичное обследование)	43,80 (8,593) 46,00 [37,00; 50,00] 22-64	46,63 (7,271) 47,00 [45,00; 51,00] 25-64	35,82 (6,885) 35,00 [32,00; 40,50] 22-51	0,001* (по Манну-Уитни)
STAI, личностная тревожность (повторное обследование)	41,64 (8,716) 44,00 [34,75; 48,00] 18-60	44,86 (7,010) 46,00 [43,00; 50,00] 28-60	32,58 (6,374) 32,00 [28,00; 37,00] 18-46	0,001* (по Манну-Уитни)
STAI, ситуативная тревожность (первичное обследование)	39,66 (8,939) 42,00 [32,00; 47,00] 17-57	41,98 (8,127) 44,00 [38,50; 48,00] 22-57	33,12 (7,909) 33,00 [28,00; 39,00] 17-50	0,001* (по Манну-Уитни)
STAI, ситуативная тревожность (повторное обследование)	36,87 (7,974) 38,00 [29,75; 43,00] 19-52	39,12 (7,594) 40,00 [35,50; 45,00] 21-52	30,52 (5,124) 30,00 [27,00; 34,00] 19-41	0,001* (по Манну-Уитни)
MCBP	101,44 (24,568) 102,00 [85,00; 117,25] 36-168	104,03 (25,003) 105,00 [89,00; 120,50] 36-168	94,15 (22,051) 91,00 [75,00; 102,50] 63-168	0,005* (по Манну-Уитни)

* — различия статистически достоверны на уровне $p < 0,01$.

* — differences are statistically significant at $p < 0.01$.

Редукция высоких значений личностной и ситуативной тревожности, наблюдаемая в динамике от первого к повторному обследованию, является косвенным подтверждением влияния «недавно возникших событий», в данном случае перинатального заболевания детей, на аффективный психический статус обследованных женщин. Поскольку критерием отбора в исследование изначально было наличие у новорожденных обратимой перинатальной патологии с относительно благоприятным краткосрочным прогнозом (положительная динамика с возможностью дальнейшей выписки), то и снижение цифр личностной и ситуативной тревожности у матерей являются очевидным следствием нормализации состояния новорожденных и в целом свидетельствует об обратном развитии послеродовых аффективных переживаний.

Что касается непосредственно цели исследования, то выявленная нами более низкая оценка

взаимодействия с ребенком в основной группы (BDI 10 и выше), соответствующая высоким значениям суммарного балла MCBP, свидетельствует о критической настроенности женщин в отношении своих «материнских» способностей (или так называемых «навыков воспитательной компетенции»), заключающихся в умении правильно понять своего ребенка и позитивно влиять на его поведения. По данным Besser A с соавт., высокая самокритика в целом является фактором риска развития депрессивных симптомов [11].

Большинство здоровых женщин в послеродовом периоде вступает во взаимодействие с ребенком интуитивно. Это и есть то самое «материнское чувство», естественная составляющая любого материнско-детского общения, трудно вербализуемое, но очевидно ослабленное у женщин с послеродовыми аффективными расстройствами. Обычно женщине сложно объяснить, каким образом это обрести. Понимание, что выработка

Таблица 2. Динамика показателей личностной и ситуативной тревожности
Table 2. Dynamics of indicators of personal and situational anxiety

STAI	Me [Q25; Q75] (min-max)		Достоверность различий по критерию Вилкоксона
	Первичное обследование (7-15 день пребывания в стационаре)	Повторное обследование (через 1 нед после первичного обследования)	
Выборка в целом			
Личностная тревожность	46,00 [37,00; 50,00] (22-64)	42,00 [32,00; 47,00] 17-57	Z=-5,127, p=0,0001*
Ситуативная тревожность	42,00 [32,00; 47,00] (18-60)	38,00 [29,75; 43,00] (19-52)	Z=-5,913, p=0,0001*
Основная группа			
Личностная тревожность	47, 00 [45,00; 51,00] 25-64	46, 00 [43,00; 50,00] 28-60	Z=-3,785, p=0,01*
Ситуативная тревожность	44,00 [38,50; 48,00] 22-57	40,00 [35,50; 45,00] 21-52	Z=-5,413, p=0,001*
Группа сравнения			
Личностная тревожность	35, 00 [32,00; 40,50] 22-51	32, 00 [28,00;37,00] 18-46	Z=-3,446, p=0,001*
Ситуативная тревожность	33,00 [28,00; 39,00] 17-50	30, 00 [27,00; 34,00] 19-41	Z=-2,589, p=0,010*

* — различия статистически достоверны $p < 0,05$.

* — differences are statistically significant p.

Таблица 3. Корреляционные взаимосвязи изучаемых характеристик (ранговая корреляция Спирмена)
Table 3. Correlation relationships of the studied characteristics (Spearman's rank correlation)

	2	3	4	5	6	7
1	$\rho=0,192^*$	$\rho=0,035$	$\rho=0,080$	$\rho=0,121$	$\rho=0,099$	$\rho=0,053$
	$\rho=0,032$	$\rho=0,696$	$\rho=0,376$	$\rho=0,176$	$\rho=0,270$	$\rho=0,557$
2	$\rho=1,000$	$\rho=0,395^{**}$	$\rho=0,458^{**}$	$\rho=0,413^{**}$	$\rho=0,467^{**}$	$\rho=0,245^{**}$
		$\rho=0,001$	$\rho=0,001$	$\rho=0,001$	$\rho=0,001$	$\rho=0,006$
3		$\rho=1,000$	$\rho=0,841^{**}$	$\rho=0,671^{**}$	$\rho=0,614^{**}$	$\rho=0,018$
			$\rho=0,001$	$\rho=0,001$	$\rho=0,001$	$\rho=0,840$
4			$\rho=1,000$	$\rho=0,621^{**}$	$\rho=0,706^{**}$	$\rho=0,166$
				$\rho=0,001$	$\rho=0,001$	$\rho=0,063$
5				$\rho=1,000$	$\rho=0,814^{**}$	$\rho=0,002$
					$\rho=0,001$	$\rho=0,980$
6					$\rho=1,000$	$\rho=0,076$
						$\rho=0,400$

Условные обозначения: 1 — возраст; 2 — BDI; 3 — личностная тревожность (первичное обследование); 4 — личностная тревожность (повторное обследование); 5 — ситуативная тревожность (первичное обследование); 6 — ситуативная тревожность (повторное обследование); 7 — MCBP.

* — различия статистически достоверны на уровне $p < 0,01$

Legend: 1 — age; 2 — BDI; 3 — personal anxiety (primary examination); 4 — personal anxiety (re-examination); 5 — situational anxiety (primary examination); 6 — situational anxiety (re-examination); 7 — MSIC.

* — differences are statistically significant at the level of $p < 0.01$

Таблица 4. Типы детско-материнского взаимодействия по методике ООМДВ и клинические группы
Table 4. Types of child-maternal interaction according to the method of OAMCI and clinical groups

Типы материнско-детского взаимодействия	Все пациенты (n=126)	Основная группа (n=93)	Группа сравнения (n=33)	Достоверность различия по критерию χ^2 Пирсона, p (риск ошибки)
Гармоничный, чел. (%)	35 (27,8%)	18 (19,4%)	17 (51,5%)	$\chi^2=12,557$, p=0,0001*
Асимметричный материнский, чел. (%)	13 (10,4%)	7 (7,5%)	6 (18,2%)	$\chi^2=2,988$, p=0,084
Асимметричный детский, чел. (%)	35 (27,8%)	28 (30,1%)	7 (21,2%)	$\chi^2=0,961$, p=0,327
Формальный, чел. (%)	40 (31,8%)	37 (39,8%)	3 (9,1%)	$\chi^2=10,591$, p=0,001*
Дисгармоничный, чел. (%)	3 (2,4%)	3 (3,2%)	0 (0,0%)	$\chi^2=1,090$, p=0,296
Всего, чел. (%)	126 (100,0%)	93 (100,0%)	33 (100,0%)	-

* — различия статистически достоверны на уровне $p < 0,01$

* — differences are statistically significant at $p < 0.01$

«материнской интуиции» требует детальной и кропотливой работы, безусловно необходима организация психотерапевтической помощи в отделениях патологии новорождённых.

Особенность настоящего исследования в том, что материнско-детское взаимодействие в послеродовом периоде изучено разносторонне, как на основании субъективной самооценки женщин (тест МСВР), так и с помощью объективной методики оценки (ООМДВ). Результаты, полученные путем самоопроса, совпали с данными объективного наблюдения за совместным поведением матери и ребенка, то есть количественным преобладанием в группе с BDI 10 и выше формального типа материнско-детского взаимодействия и более низкой представленностью гармоничного взаимодействия. Следовательно, переживание женщиной недостаточной «материнской компетентности» при послеродовых расстройствах настроения, вызванное когнитивной депрессивной растерянностью, не только критически осознается, но и подтверждается объективными трудностями взаимодействия с ребенком. Выявленные закономерности, видимо, уже априорно используются при оказании помощи женщинам с послеродовой депрессией, включающая в первую очередь методы сестринского патронажа и психосоциальной поддержки [22].

Заключение.

Настоящее исследование выявило значимые закономерности между показателями тревоги и депрессии у женщин в послеродовом периоде и типом материнско-детского взаимодействия. Актуальность и новизна полученных результатов связана с тем, что в работе наряду с субъективной оценкой аффективного состояния женщин (в

аспекте взаимодействия матери с ребенком) был использован и экспериментальный метод, уточняющий особенности тревожных и депрессивных переживаний и отчасти объективизирующий их.

Ограничения: 1) в рамках настоящей работы обследованным не ставился диагноз послеродовой депрессии (по МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом...» F53). Мы сознательно избежали этого, учитывая противоречивость взглядов профессионального психиатрического сообщества на этиологию, клинику и течение данного расстройства. В основную группу отбирались женщины с суммарным баллом опросника самооценки депрессии в диапазоне риска и выше (психометрический критерий отбора). Сроки наблюдения за обследованными не превышали 14 дней, что позволило избежать решения вопроса о наличии/отсутствии у обследованных легкого депрессивного эпизода; 2) исследовались матери детей с легкими и умеренными формами перинатальной патологии, пребывающие в стационарных условиях. Высокие цифры шкал тревоги и депрессии у обследованных основной группы не подлежат однозначной интерпретации. Скорее всего — это суммарного эффекта влияния послеродового аффективного колебания настроения и реальных психотравмирующих переживаний, связанных с беспокойством матери за состояние ребенка. Выявленные в нашем исследовании результаты должны ограничиться обследованным контингентом, и их нельзя экстраполировать на популяцию женщин со здоровыми детьми.

Настоящая работа является фрагментом более объемного клинико-динамического исследования послеродовых аффективных расстройств у женщин в краткосрочной и отделенной перспективе.

Литература / References

1. Иванов Д.О., Суслова Г.А., Суренкова И.Н. Исследование моторного развития недоношенных детей в условиях амбулаторно-поликлинической службы. *Педиатр*. 2021;12(1):43–50. Ivanov DO, Suslova GA, Surenkova IN. Study of the motor development of premature babies in the outpatient service. *Pediatr*. 2021;12(1):43–50. <https://doi.org/10.17816/PED12143-50> (In Russ.).
2. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие, 3-е изд., стереотип. — СПб.: Речь, 2008. Nasledov A.D. *Matematicheskiye metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh*. Uchebnoye posobiye, 3-ye izd., stereotip. — SPb.: Rech', 2008. (In Russ.).
3. Соболева М.В., Батуев А.С. Влияние семейного конфликта на психомоторное развитие ребенка первых полутора лет жизни. *Вопросы психологии*. 2004;5:11. Soboleva MV, Batuev AS. Influence of family conflict on the psychomotor development of a child in the first year and a half of life. *Voprosy psihologii*. 2004;5:11 (In Russ.).
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. SPb: Piter, 2001. (In Russ.).
5. 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. *Zheltukhi neonatal'nogo perioda: uchebno-metodicheskoye posobiye* Minsk: BGMU, 2017. (In Russ.).
6. Ханин Ю.П. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. М.: ЛМИИТЕК, 1976. Khanin Yu.P. *Kratkoye rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti Ch.D. Spilberga*. M.: LMIITEK, 1976. (In Russ.).
7. Balbierz A, Bodnar-Deren S, Wang JJ, et al. Maternal depressive symptoms and parenting practices 3-months postpartum. *Matern Child Health J*. 2015;19(6):1212–1219. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1625-6>
8. Bank AM, Barr R, Calvert SL, et al. Maternal depression and family media use: a questionnaire and diary analysis. *J Child Fam Stud*. 2012;21(2):208–216. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9464-1>
9. Beck AT, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561–571.
10. Beck CT. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *J Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 2002;31:394–402 <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>
11. Besser A, Priel B, Flett G, Wiznitzer A. Linear and nonlinear models of vulnerability to depression: personality and postpartum depression in a high-risk population. *Individ Differ Res*. 2007;5:1–29.
12. Fogel A. *Developing Through Relationships*. Chicago: University of Chicago Press. 1993.
13. Gil S, Teissedre F, Chambres P, et al. The evaluation of emotional facial expressions in early postpartum depression mood: a difference between adult and baby faces. *Psychiatry Res*. 2011;186(2–3):281–286 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.015>
14. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016;203:292–331 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
15. Hibino Y, Takaki J, Kambayashi Y, et al. Relationship between the Noto-Peninsula earthquake and maternal post-natal depression and child-rearing. *Environ Health Prev Med*. 2009;14(5):255–260 <https://doi.org/10.1007/s12199-009-0090-0>
16. Kerstis B, Engstrom G, Edlund B, et al. Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scand J Public Health*. 2013;41(3):233–239 <https://doi.org/10.1177/1403494812472006>
17. Kohlhoff J, Barnett B. Parenting self-efficacy: links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Hum Dev*. 2013;89(4):249–256. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008>
18. Lanzi RG, Bert SC, Jacobs BK. Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2009;22(4):194–202. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00199.x>
19. Lilja G, Edhborg M, Nissen E. Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(2):245–253 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00925.x>
20. Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of postpartum depression on mothering. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35:652–658. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00087>
21. McDonagh M, Matthews A, Phillipi C. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;3(124):526–534
22. Milgrom J, Ericksen J, McCarthy R, Gemmill AW. Stressfull impact of depression on early mother-infant relations. *Stress Healt*. 2006;22:229–38 <https://doi.org/10.1002/smi.1101>
23. Ngai F-W, Wai-Chi Chan S and Ip WY. Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. *Nurs Res*. 2010;59(3):185–193.

- <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181dbb9ee>
24. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65:1258–1269 <https://doi.org/10.1002/jclp.20644>
25. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behaviour. *Pediatrics*. 2006;118:659–668. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2948>
26. Robertson E, Grace Sh, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26:289–295.
27. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V. et al. Characterization of depressed mothers in the postpartum. *Rev. Med. Chil*. 2010;138 (5):536–542.
28. Taaffe McLearn K, Minkovitz CC, Strobino DM, et al. The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatrics practice. *Pediatrics*. 2006;118:174–82. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1551>
29. Yamashita H, Yoshida K. Screening and intervention for depressive mothers of new-born infants. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003;105(9):1129–1135.

Сведения об авторах

Кошавцев Андрей Гелиевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2. E-mail: mdsppb@yandex.ru

Поздняк Вера Владимировна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: egodoe@yandex.ru

Гречаный Северин Вячеславович - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: svgrechany@mail.ru

Поступила 09.02.2023

Received 09.02.2023

Принята в печать 20.06.2023

Accepted 20.06.2023

Дата публикации 20.12.2023

Date of publication 20.12.2023