

## ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ НА МАТЬ И РЕБЕНКА

Щетинкина А.М., Павлова А.В., Сумкин Н.К., Родина Е.А.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова (428015 г. Чебоксары, Московский пр., 45)

e-mail: ds-anutapavlova@yandex.ru

---

Послеродовая депрессия (ПД), чаще всего развивается у 10 – 15 % женщин с 4 по 6 неделю после рождения младенца и представляет серьезную проблему послеродового периода.

Цель данной работы – анализ литературы по проблеме влияния ПД на мать и дитя.

Во время ПД у матери происходят изменения в эмоциональной сфере в виде снижения настроения, плаксивости, утраты радости и удовольствия, появляются болевые ощущения без определенной локализации, тревога, страх, беспокойство; в соматической – нарушение сна, снижение аппетита, слабость, адинамия; в когнитивной сфере – снижение ясности мышления, возникают трудности сосредоточения и принятия решения.

ПД матери оказывает непосредственное влияние на физическое и нервно-психическое развитие ребенка. У детей преобладают отрицательные эмоции и формируется депрессивный стиль реагирования, возникают трудности с адаптацией в социальной среде. Происходят изменения в длительности и скорости засыпания, качестве сна и его продолжительности. Материнская ПД способствует высокой заболеваемости ребенка, повышает риск возникновения хронических болезней, что влечет за собой увеличение детской смертности.

Депрессия у матери оказывает негативное влияние на ребенка. Исследование ПД заслуживает более пристального внимания для улучшения ее распознавания, лечения и предупреждения, смягчение последствий ПД на детей и семью в целом.

---

Ключевые слова: послеродовая депрессия, влияние, ребенок, проявления.

## EFFECTS OF POSTPARTUM DEPRESSION ON MOTHER AND CHILD

Shchetinkina A.M., Pavlova A.V., Sumkin N.K., Rodina E.A.

The Chuvash State University named after I.N. Ulyanov (428015, Cheboksary, Moskovsky prospect, 45)

e-mail: ds-anutapavlova@yandex.ru

---

Postpartum depression (PD) most often develops in 10–15% of women from 4 to 6 weeks after the birth of the infant and is a serious problem of the postpartum period.

The purpose of this work is to analyze the literature on the problem of the effect of PD on mother and child.

During PD, the mother undergoes changes in the emotional sphere in the form of a decrease in mood, tearfulness, loss of joy and pleasure, painful sensations without a certain localization, anxiety, fear, anxiety; in somatic - sleep disturbance, loss of appetite, weakness, weakness; in the cognitive sphere - reduced clarity of thinking, difficulties of concentration and decision-making arise.

Mother's PD has a direct impact on the physical and neuropsychic development of the child. In children, negative emotions prevail and a depressive style of reaction is formed, difficulties arise with adaptation in the social environment. There are changes in the duration and speed of falling asleep, the quality of sleep and its duration. Maternal PD contributes to a high incidence of the child, increases the risk of chronic diseases, which leads to an increase in infant mortality.

Depression in the mother has a negative effect on the child. The study of PD deserves more attention to improve its recognition, treatment and prevention, mitigate the effects of PD on children and the family as a whole.

---

Keywords: postpartum depression, influence, child, manifestations.

### Введение

ПД, чаще всего развивается у 10 – 15 % женщин с 4 по 6 неделю после рождения младенца и представляет серьезную проблему послеродового периода. Она характеризуется сниженным настроением, раздражительностью, нарушением концентрации внимания,

чувством вины и беспокойством. ПД меняет восприятие матери своего ребенка, ее манеру общения с ним [5, 9].

Период детства – самый уязвимый период для возникновения расстройств психического развития, который определяет начальный этап становления личности в конкретных социальных условиях. Для младенца общение с матерью является первым эмоциональным опытом, который влияет на психологическое и физическое здоровье малыша. Причем чем младше ребенок, тем сильнее это влияние. Нарушения в системе мать – дитя может стать причиной психосоматических расстройств у новорожденного [3, 4].

Мать является своеобразной социальной средой для младенца, именно поэтому необходимо исследовать влияние ПД на отношения матери и ребенка, а также на его рост и развитие. Многие ученые утверждают, что дети матерей с ПД чаще имеют отклонения в эмоциональном и когнитивном развитии. В дальнейшем эти дети будут более подвержены депрессивным расстройствам [7, 9].

Проблема изучения взаимодействия материнского поведения и психического развития детей является одной из актуальных в современной медицине, так как в настоящее время число родильниц, страдающих ПД, возрастает.

Цель данной работы – анализ литературы по проблеме влияния ПД на мать и дитя.

### **Изменения поведения матери при ПД**

Во время ПД у матери происходит изменение в эмоциональной сфере в виде снижения настроения, плаксивости, утраты радости и удовольствия, появляются болевые ощущения без определенной локализации, тревога, страх, беспокойство. В соматической сфере – нарушение сна, снижение аппетита, слабость, адинамия; в когнитивной сфере – снижение ясности мышления, возникают трудности сосредоточения и принятия решения.

Депрессивное состояние матери изменяет ее отношения с миром. В первую очередь, изменяется поведение в отношении собственного ребенка, так как именно с ним она проводит больше всего времени. Изменения в эмоциональной сфере сопровождаются снижением настроения, грустью, потерей интереса к любым занятиям, плаксивостью, утратой радости и удовольствия, появлением болевых ощущений без определенной локализации. Притупляются материнские чувства, при этом, женщины не могут понять, что с ними происходит и почему они не испытывают чувства любви к своему ребенку. Матери становятся менее эмоциональны в общении с ребенком, меньше разговаривают с ним и редко берут его на руки. Они долго реагируют на плач младенца. Появляется раздражительность и негативная реакция на любые его действия. Тогда женщина начинает испытывать чувства вины за свое поведение, что сочетается с чувством тревоги за здоровье малыша [2, 8].

При ПД происходят изменения в соматической сфере: нарушение сна, снижение аппетита, слабость, вялость, адинамия. Женщине трудно засыпать, сон становится беспокойным с ранним пробуждением. Пища употребляется без удовольствия, механически. Вследствие всего этого происходит психофизический упадок энергии, что затрудняет уход за ребенком. Женщина много времени проводит в постели, с жалобами на выраженную слабость. К тому же, данное депрессивное состояние может сказаться на снижении лактационной способности [2].

Нарушения в когнитивной сфере характеризуются снижением ясности мышления, появляются трудности сосредоточения и принятия решений. Возникает тревога, страх, беспокойство за ребенка. Возможно развитие чувства неполноценности [2, 4].

### **Влияние ПД на развитие ребенка**

ПД матери оказывает непосредственное влияние на физическое, когнитивное, нервно-психическое развитие ребенка.

При исследовании физического развития 12 месячных детей, матери которых страдали ПД, у младенцев выявили дисгармоничность, пониженное питание, микросоматический тип развития. Длительная депрессия матери сочеталась со снижением веса ребенка до двухлетнего возраста [4].

Кроме того, ученые выяснили, что нарушения сна способствует снижению синтеза соматотропного гормона (СТГ), отвечающего за рост и развитие детей, и интенсивно вырабатываемого во время сна в передней доле гипофиза. Недостаток СТГ приводит к замедленному росту и как следствие – нарушению физического развития. Таким образом, материнская ПД способствует подавлению секреции СТГ у детей и приводит к стойким нарушениям роста вплоть до карликовости [4, 9].

В другом исследовании была изучена связь пола младенцев, матери которых страдали ПД, с когнитивным развитием детей в возрасте до 18 месяцев. Дети матерей с ПД выполняли значительно меньше когнитивных задач в 18 месяцев, чем дети матерей без ПД, особенно данные показатели заметны среди мальчиков. У девочек отклонения в когнитивном развитии не выявлены [9].

Задержка когнитивного развития младенцев достоверно связана с родительскими симптомами депрессии и стресса. Нервно-психическое развитие большинства (68%) младенцев 1-го года жизни, матери которых страдали ПД, отставало от эпикризного на 1–2 срока. ПД матери негативно сказывается на речевом развитии, когнитивных способностях ребенка. У таких детей низкий словарный запас, снижено количество понимаемых слов, речь бедная, слоговая [4, 6].

Наблюдалась связь ПД матери с полом ребенка и социальным классом по показателям активности, отвлекаемости, а также нарушениям поведения. В частности, мальчики, матери которых страдали ПД, имели более высокие показатели по шкале активности, в то время как у девочек показатели были аналогичны показателям детей здоровых матерей. Наконец, что касается нарушений поведения, то у мальчиков матерей с ПД чаще выявляются такие отклонения, в то время как у девочек матерей с ПД они не прослеживаются [9].

Исследование показало, что мальчики матерей с ПД имели значительно более низкие показатели по перцептивным, моторным и вербальным шкалам, чем девочки, или дети матерей без ПД. Данный результат был характерен для мальчиков, матери которых находились в депрессии в первый год после родов.

Повторный анализ этих данных подтвердил связь между ПД и задержкой когнитивных функций у мальчиков. Было выявлено, что дети с низкой массой тела при рождении, и дети менее образованных матерей в наибольшей степени подвержены риску задержки когнитивного развития [9].

Матери с ПД более часто отмечают нарушения поведения у детей (невротического и антисоциального характера), чем матери, не страдающие ПД. В школе дети матерей с ПД значительно чаще предпочитают заниматься физическими упражнениями, чем творческими, по сравнению с детьми здоровых матерей [3, 9].

### **Влияние ПД на эмоциональное реагирование**

ПД матери оказывает значительное влияние на эмоциональную сферу ребенка. В целом эмоциональное развитие детей, матери которых страдали ПД, менее благоприятно, чем у детей здоровых матерей [7, 9].

В Великобритании провели исследование, в ходе которого обследовали ЭЭГ 38 матерей (18 матерей с ПД) и их 10-месячных детей во время переживания различных эмоций. У матерей была выявлена фронтальная активность мозга (измеренная электроэнцефалографом; ЭЭГ), что может быть биологическим маркером симптомов, связанных с депрессией. Кроме того, у младенцев матерей, находящихся в депрессии, во время игры наблюдалась большая относительная правая фронтальная асимметрия ЭЭГ по сравнению с младенцами матерей, не страдающих ПД.

Затем детей посадили перед видеомонитором и показывали песню с тремя 10-секундными фрагментами, в которых актриса выглядела счастливой, грустной или не выражали никаких эмоций. Потом, мать попросили поиграть в прятки со своими детьми, а после в комнату зашел незнакомец. Все эмоции детей были записаны на видео [9].

В ходе спонтанных взаимодействий, младенцы матерей с ПД вели себя менее активно, выглядели не удовлетворенными, постоянно суеились. При контакте с матерью у детей преобладали отрицательные эмоции, они отводили взгляд, плакали, были пассивны, выглядели подавленными по сравнению с детьми матерей без ПД. Многомерный дисперсионный анализ показал, что в целом, для детей матерей с ПД характерно отсутствие комплекса «оживления» в ответ на эмоциональное общение, у них значительно больше отрицательных и меньше положительных эмоций, чем у 10-месячных детей матерей без депрессии [2, 9].

Известно, женщины с ПД иначе относятся к своему ребенку: воспринимают его как более надоедливого, беспокойного. При помощи видеоаппаратуры установлено нарушение отношений «мать-дитя», что в свою очередь приводит к дисгармоничному развитию ребенка, проявляющемуся в виде негативизма [2]. Впоследствии такие дети испытывают затруднения в выражении чувств, жалуются на постоянную тревожность, чувство страха, имеют склонность к развитию депрессии или любого другого психического заболевания [3, 6].

Из обсуждаемых работ видно, что у младенцев матерей, страдающих ПД, также развивается депрессивный стиль реагирования.

### **Влияние ПД на социальное функционирование**

М. Эйнсворт разработала процедуру, известную как «странная ситуация». В ходе эксперимента мать и ребенка вводили в игровую комнату, в которой ребенок мог свободно передвигаться. Затем, ребенок взаимодействовал с незнакомым взрослым сначала в присутствии матери, затем без неё [9].

На основании этого исследования были выявлены три типа привязанности:

1. Безопасная привязанность – ребенок перестает изучать игрушки при появлении незнакомца, идет на контакт, быстро успокаивается, затем в случае необходимости легко переходит к игре.

2. Тревожно-амбивалентная привязанность – характеризуется сочетанием отрицательных эмоций при разлуке с матерью и реакции "наказания" при появлении матери. Поведение ребенка по отношению к незнакомому человеку может быть, как чрезмерно доверительным, так и игнорирующим.

3. Игнорирующая привязанность характеризуется отсутствием интереса у ребенка к другим людям, новым ситуациям, активное избегание контактов, предложенных матерью.

В литературе подтверждается влияние ПД на привязанность младенцев. В частности, младенцы матерей с ПД чаще проявляют неуверенность (игнорирующую или тревожно-

амбивалентную привязанности), тогда как младенцы матерей, не страдающих ПД, чаще – безопасную привязанность [3, 9].

Дети матерей с ПД испытывают больше негативных эмоций, они не проявляют интереса к окружающим людям, незнакомым предметам, не синхронизируют своё поведение с поведением матери, в её отсутствие не выражают недовольство [3]. Более того, дети часто плачут при общении с матерью, стараются избегать контакта. Такое же поведение проявляется при взаимодействии с незнакомыми взрослыми, не имеющими депрессию [2, 9].

Пониженная чувствительность матери к ребенку, эмоциональная холодность, тревожность, характерные для ПД, оказывают отрицательное влияние на взаимодействие матери с ребенком, особенно в течение 1 года жизни. У многих женщин симптомы ПД длятся в течение 2 лет, что является значимым фактором риска для формирования «интернализации» и «экстернализации» поведения ребенка в возрасте 2 и 3,5 лет. Экстернализационные проблемы заключаются в агрессивном поведении, гиперактивности, непослушании, а проблемы интернализации включают в себя тревожность, депрессию [4, 9].

У 1/4 детей появляются трудности в общении, они в 2–5 раз чаще склонны к дезориентированному поведению [4].

Дети матерей, имеющих ПД, по сравнению с детьми здоровых матерей, значительно чаще проявляют протест, при общении отводят взгляд, мало играют, не могут сконцентрироваться на чем-либо. Депрессивный стиль поведения проявляется не только при взаимодействии с матерью, но и при общении с другими людьми [3, 7].

### **Влияние ПД на сон**

Материнская ПД оказывает значительное влияние на нарушение сна младенцев, особенно в возрасте до 24 недель.

Длительность, скорость засыпания, характер сна, а также количество пробуждений и продолжительность спокойного дневного и ночного сна у детей, матери которых имеют ПД, сильно отличаются от аналогичных показателей у детей здоровых матерей. Уровень содержания в крови младенцев кортизола и норадреналина соответствует уровню тяжести материнской ПД. Во время глубокого сна в передней доле гипофиза синтезируется СТГ, отвечающий за рост и развитие организма. Нарушение сна приводит к снижению данного гормона и, как следствие, уменьшению длины тела [4, 9].

Материнская ПД влияет на состояние вегетативной нервной системы младенца, приводит к высокой частоте сердечных сокращений при низкой вагусной модуляции, что говорит о преобладании симпатикотонической реактивности организма. В свою очередь, гиперсимпатикотоническая реактивность способствует развитию у младенца обструктивного апноэ во время сна и может привести к формированию синдрома внезапной смерти [4, 6].

Данный синдром представляет собой одну из основных причин летальных исходов у детей, родившихся живыми и считающихся здоровыми.

Тесная взаимосвязь между материнской психопатологией и младенческими вегетативными дисфункциями говорит о значимости ранней диагностики и лечения материнской ПД.

### **Влияние ПД на заболеваемость**

Известно, что ПД матери способствует высокой заболеваемости ребенка, увеличивает риск возникновения хронических болезней.

Изменение регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у матерей с ПД способствует угнетению иммунитета, что приводит к иммунной и эндокринной патологии у детей. У младенцев матерей с ПД отмечается несостоятельность клеточного звена врожденного и приобретенного иммунитета, пониженная иммунологическая реактивность, депрессия иммунного статуса [4, 9].

Доказано, что общая заболеваемость детей, матери которых страдали ПД, на 1-м году жизни выше на 69%. Чаще всего встречаются патологии органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, болезни кожи, анемия. Известно, что у таких детей болезни желудочно-кишечного тракта встречаются на 40% чаще, нижних дыхательных путей – на 27% по сравнению с детьми здоровых матерей [5, 6].

Исследована взаимосвязь между ПД матери и травматизмом детей: высокий риск приобретения травмы сохраняется до 3-летнего возраста [4].

Материнская ПД способствует развитию бронхиальной астмы (БА) и других аллергических заболеваний. Длительная ПД матери (более года) приводит к понижению уровня кортизола в крови у детей. Тяжесть БА у детей коррелирует со степенью тяжести депрессии матери. До 7 летнего возраста риск развития БА остается высоким [4, 5].

Известно, что женщины во время беременности часто страдают железодефицитной анемией, это приводит к изменениям качества жизни, эмоциональной нестабильности, депрессии, снижению когнитивных способностей. Существует связь между ПД и нехваткой железа в организме женщины. Исследователи выявили, что дети, родившиеся от матерей, страдающих ПД, имеют меньшее количество депонированного железа и уже после первых 3 месяцев жизни склонны к развитию железодефицитной анемии [6, 9].

В связи с вышеизложенными данными можно сделать вывод о том, что предотвращение ПД матери поможет привести к снижению заболеваемости детей и смертности.

### **Заключение**

Депрессия у матери оказывает негативное влияние на ребенка. В частности, оно отражается на физическом, нервно-психическом, когнитивном развитии, воздействует на эмоциональное поведение, социальное функционирование, сон ребенка. Причем, эти изменения проявляются не только в младенчестве и детском возрасте, но и в дальнейшем развитии человека. ПД приводит к повышению заболеваемости, что влечет за собой увеличение детской смертности.

Данная проблема актуальна для развития психически, физически здорового населения, и снижения показателей смертности. Исследование ПД заслуживает более пристального внимания для улучшения ее распознавания, лечения и предупреждения, смягчения последствий ПД на детей и семью в целом.

### **Литература**

1. Голенков А.В., Гартфельдер Д.В., Филоненко А.В., Родионова В.А., Филоненко В.А. Выявление послеродовой депрессии у женщин, имеющих малолетних детей, с использованием шкальных оценок // Психическое здоровье. 2016. №11. С. 53-57.

2. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень сибирской медицины. 2015. Т. 14, № 6. С. 5–24.

3. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002. № 3. С 7-14.

4. Филоненко А.В. Влияние послеродовой депрессии родильницы на показатели психосоматического здоровья младенца // Медицинская сестра. 2013. №7. С. 33-37.

5. Филоненко А.В., Голенков А.В. Влияние послеродовой депрессии на семью // Психическое здоровье. 2011. Т. 9 №6(61). С. 71-76.

6. Filonenko A.V., Filonenko V.A., Golenkov A.V. The importance of factor loadings of puerperae with postpartum depression for newborns with hypoxic-ischemic encephalopathy in comprehensive rehabilitation: a randomized controlled trial // Transylvanian Review. 2017. Т. 25, № 18. P. 4796-4799.

7. Hiltunen P. Materna lpostnatal depression, causes and consequences// Academic Dissertation Department of Paediatrics, University of Oulu. 2003. 108 p.

8. Hübner-Liebermann B., Hausner H., Wittmann M. Recognizing and Treating Peripartum Depression // Medicine. 2012. Vol. 109, №24. P. 419–424.

9. Stewart D.E., Robertson E., Dennis C-L., Grace S. L., Wallington T. Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions // University Health Network Women's Health Program. 2003. 287 p.