

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: ПРОБЛЕМЫ ИНСТРУМЕНТАРИЯ И ИХ РЕШЕНИЕ

Коргожа М.А.

Коргожа Мария Александровна

*кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Литовская, д. 2, Санкт-Петербург, 194100, Россия.
Тел.: 8 (812) 596-34-00.*

E-mail: korgozha_m.a@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена актуальной проблеме раннего выявления психоэмоциональных нарушений у женщин в ситуации рождения ребенка. Увеличение частоты применения вспомогательных репродуктивных технологий, модернизация системы медицинской помощи женщинам по вопросам поддержки репродуктивного здоровья, а также введение ограничительных мер в ситуации пандемии играют важную роль в увеличении частоты развития нарушений психического здоровья и снижении показателей качества жизни женщин в перинатальном периоде. Для качественного развития системы медико-психологической помощи и поддержки семьи, ожидающей рождения ребенка, требуется разработка и внедрение в повседневную практику помогающих специалистов эффективных методов ранней диагностики дезадаптивных состояний. С позиций биопсихосоциального подхода в психологии репродуктивной сферы специфичность и уникальность переживаний у женщин в перинатальном периоде требует обособленного изучения факторов развития страхов и тревожно-депрессивной симптоматики. Представлен обзор современных методов психодиагностики и выявления симптомов тревоги, депрессии, а также астении и обсессивно-фобических нарушений у женщин в гестационном и послеродовом периодах.

Ключевые слова: психоэмоциональные нарушения; психодиагностика; тревожно-депрессивное расстройство; послеродовая депрессия; перинатальная психология; беременность.

УДК 159.9:618.2:616.89-055.2

Библиографическая ссылка

Коргожа М.А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-5

Поступила в редакцию: 29.12.2020 Прошла рецензирование: 18.01.2021 Опубликована: 15.03.2021

Актуальные показатели репродуктивного здоровья населения и изменения в состоянии здоровья новорожденных детей в нашей стране определяют важность совершенствования системы медицинской, социальной и психологической помощи семьям при рождении ребенка. Несмотря на то, что за последнее десятилетие модернизация системы здравоохранения включала в себя важные качественные изменения в системе родовспоможения, перспективное решение задач по профилактике факторов риска, влияющих на репродуктивное здоровье женщин, продолжает требовать введения современных комплексных мер. По данным отчета Федеральной службы государственной статистики о состоянии здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных за последние 5 лет на 23,5% сократилось общее количество женщин, беременность которых завершилась благополучными родами в срок [13]. За этот период

вдвое увеличилось количество беременностей, достигнутых с применением вспомогательных репродуктивных технологий [14]. Российские беременные женщины стали чаще страдать анемией, сахарным диабетом и гестационными венозными осложнениями, а у младенцев все чаще возникают нарушения физического и психического здоровья, связанные с факторами раннего развития [13]. Важное значение для системы медицинской помощи женщинам по вопросам поддержки репродуктивного здоровья имеет увеличение потенциала амбулаторной помощи пациенткам на фоне сокращения возможностей стационарной помощи (сокращение количества коек для беременных, рожениц и родильниц на 18 % с 2014 по 2019 гг.) [13; 16]. В 2020 году введение дополнительных мер по снижению риска распространения COVID-19 в учреждениях родовспоможения привело к некоторым изменениям: введен ограничительный режим по выписке родильниц (один сопровождающий), определена обязательная процедура предоставления результатов обследования на COVID-19 (сроком не ранее недели до госпитализации), установлен новый порядок дистанционной отборочной комиссии для родоразрешения в специализированные роддома и перинатальные центры, родственникам и близким запрещено посещать женщину с ребенком во время нахождения в учреждении. Ужесточение или ослабление данных мер носит локальный характер, учитывающий эпидемиологическую ситуацию региона и возможности конкретного медицинского учреждения. Как следствие, соблюдение нового установленного порядка требует соответствующих действий от пациенток при подготовке документов к родам, а также дополнительных усилий и ресурсов, чтобы адаптироваться ко всем этим изменениям [23]. В данном контексте клиническая психология призвана содействовать решению этих актуальных задач перинатального периода. В течение последних десятилетий изучение особенностей психоэмоциональных нарушений у женщин в период беременности и послеродовом периоде является предметом повышенного интереса специалистов в области акушерства, гинекологии, клинической психологии и психиатрии. Несмотря на большое количество научных исследований перинатальных аффективных расстройств и влияния на их развитие течения беременности, родов и послеродового периода динамика эмоциональных состояний и их проявлений у женщин слабо изучена. Ведущие специалисты в данной области рассматривают нарушения психоэмоциональной сферы у женщин в качестве этиологического фактора развития акушерско-гинекологических осложнений разной степени тяжести. Данные исследований демонстрируют, что на фоне устойчивых нарушений эмоциональной сферы и низкого качества жизни до 50 % психически здоровых матерей не могут выработать адекватного отношения к ребенку на первом году его жизни [2]. Проблеме качества жизни сегодня уделяется большое внимание в перинатальной медицине и психологии, поскольку оценка качества жизни женщины на различных этапах беременности и в послеродовом периоде позволяет проследить взаимосвязи объективных показателей здоровья женщины с особенностями ее восприятия своего актуального состояния в аспектах физического, психологического и социального благополучия [5]. Биопсихосоциальный подход, используемый в перинатальной психологии, позволяет рассматривать актуальное состояние женщины через призму ее физического, психологического и социального функционирования в течение дородового и послеродового периодов.

Формирование психологической готовности женщины к рождению ребенка, к уходу за ним и кормлению подчинено определенной динамике изменений в эмоциональной сфере и физиологическом состоянии в период беременности и после родов [22; 24]. Рождение ребенка рассматривается большинством специалистов как критический период в личностном развитии женщины, как этап серьезного пересмотра жизненных перспектив, который может сопровождаться внутриличностными конфликтами, оказывающими неблагоприятное влияние на развитие ребенка [1]. Нарушение психического здоровья у женщин в перинатальном периоде может быть связано с большим количеством факторов. На течение перинатального периода, несомненно, влияют особенности онтогенеза материнской сферы у женщин, начиная с ее детского возраста, актуальная жизненная и семейная ситуация [18]. Формирование готовности к

рождению ребенка также тесно связано с психофизиологическим течением гестационного периода, с последовательно сменяющимися доминантными состояниями этого периода [4]. Важное значение приобретает развитие диадических отношений в системе «мать — дитя», которое возникает в пренатальном периоде и видоизменяется на разных этапах существования диады в постнатальном периоде. Ранний послеродовой период взаимосвязан с особенностями родоразрешения и спецификой адаптации женщины к рождению ребенка и определяется процессам кормления и ухода за ребенком. В позднем послеродовом периоде особенности психоэмоционального состояния женщины во многом зависят от состояния здоровья и благополучия ребенка.

Несмотря на все многообразие важных этапов перинатального периода для женщины и ее семьи с позиции психологии репродуктивной сферы, в контексте обсуждаемой темы важно более подробно остановиться на гестационном и послеродовом периодах. Такой акцент обоснован важностью междисциплинарности задач, которые необходимо решать комплексно для поддержания психического здоровья и качества жизни матерей и их детей. Тесная взаимосвязь значительных физиологических изменений в организме женщины с психологическими аспектами ее готовности к рождению ребенка определяет необходимость комплексного системного подхода к оказанию медико-психологической помощи.

Как правило, в общей массе в поле зрения специалистов женщина попадает на этапе подготовки к беременности или в гестационном периоде. Раннее выявление психоэмоциональных нарушений позволяет не только оказать своевременную помощь женщине, но и не допустить вторичных осложнений для матери и ребенка.

Психоэмоциональные состояния и их проявления у женщин в перинатальном периоде по модальности, выраженности и длительности имеют особую специфику и отличаются от подобных проявлений в другие значимые периоды жизни. Негативные эмоциональные состояния этого периода могут варьироваться от легких кратковременных тревожно-депрессивных проявлений, связанных с переживанием стрессовых ситуаций во время беременности, до выраженных психотических полиморфных нарушений и достигать уровня аффективных расстройств [9]. Разнообразная типология эмоциональных состояний в целом может быть сведена к разделению их на адаптивные и дезадаптивные состояния, отражающие субъективное переживание человеком значимой ситуации, способствующие или препятствующие удовлетворению его актуальных потребностей. В данном контексте целесообразно выделять дезадаптивные эмоциональные состояния у женщин в перинатальном периоде, влияющие на их психическое здоровье, с целью оказания им своевременной специализированной помощи.

Первое место по распространенности психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде занимает тревожно-депрессивное расстройство с симптоматикой разной степени выраженности. Пренатальная тревога рассматривается отечественными и зарубежными исследователями как сложное комплексное понятие, включающее в себя генерализованную тревогу, отягощенную физическими аспектами беременности. Уровень тревоги является главным фактором, разграничивающим физиологически нормальную и осложненную беременность [17]. Симптомы тревоги хотя бы однократно могут наблюдаться более чем у 50% беременных женщин, устойчивые тревожные состояния могут испытывать более 17% женщин в период подготовки к родам. Большинство исследователей в области перинатальной психологии считают оптимальным умеренный уровень тревожности беременной женщины, который необходим для адаптации к ситуации беременности, родов и появлению ребенка [15; 20].

В течение нескольких лет нами было проведено масштабное лонгитюдное исследование динамики эмоциональных состояний у женщин в перинатальном периоде. На разных этапах в исследовании приняли участие от 300 до 1500 беременных женщин и рожениц. Было выявлено, что высокий уровень тревожных состояний до родов у женщин ведет к возникновению психофизиологических проблем с грудным

вскармливанием ребенка в первый месяц жизни. Ярко выраженные тревожные состояния для матери повышают риск нарушения длительности течения родов, а для ребенка — повышают риск дисстресса плода, замедление моторного и когнитивного развития в течение первого года жизни [8].

Наряду с тревогой в период беременности появляются специфические страхи у женщин, связанные с физиологическим течением беременности, благополучием и нормальным внутриутробным развитием ребенка, формированием готовности к появлению ребенка и выполнению роли матери, а также необратимостью изменений в семейной системе и жизни в целом. На более поздних сроках беременности переживание страха может усиливаться, приобретая иррациональный и навязчивый характер в связи с невозможностью прогнозирования и контроля результата разрешения беременности. Иррациональное чувство вины и страхи, связанные с ухудшением собственного здоровья, болью в родах и неблагополучием ребенка после рождения, могут отягощать психофизиологическое состояние матери. В нашем исследовании было установлено, что у первородящих и повторнородящих женщин ситуативность и интенсивность переживания страха разная, а также в послеродовом периоде смещается акцент переживания от собственного здоровья к благополучию ребенка [3; 7]. В отсутствие адекватной профессиональной психологической помощи до родов переживание иррациональных страхов за течение и исход беременности принимает навязчивый характер и не только ухудшает психоэмоциональный статус роженицы в раннем послеродовом периоде, но и может влиять на течение родов. Перинатальный период может также сопровождаться устойчивым состоянием астении у женщин. Высокий уровень астении у женщин в дородовом периоде взаимосвязан с задержкой внутриутробного развития ребенка, с большим количеством показателей физического и социального функционирования в данный период как компонентов качества жизни, а также связан развитием послеродовой депрессии [3].

Несмотря на то, что уже несколько десятилетий проблема послеродовой депрессии интересует специалистов в области перинатологии, перинатальной медицины, психиатрии и психологии, этиология и динамика депрессивных состояний остается слабо изученной.

Необходимо уточнить, что под невротической депрессией понимают психогенно-обусловленное состояние снижения настроения, возникающее под влиянием нарушения особо значимых отношений личности, она может являться также этапом любого невроза [25; 26]. Предвестники данного состояния представляются в виде преневротических расстройств с повышенной утомляемостью, раздражительностью, слезливостью и обостренной чувствительностью к нагрузкам. Невротическую депрессию необходимо рассматривать в континууме через призму ситуационных психогенных реакций. В основе депрессивного внутриличностного конфликта лежит слабая способность человека устанавливать гибкие и в то же время четкие личностные границы. Исходя из этого, мы понимаем, что особо значимым становится осуществление психокоррекции депрессивного эмоционального состояния у женщин в перинатальном периоде, нарушающего построение устойчивых диадических отношений с новорожденным ребенком [3]. Послеродовая или постнатальная депрессия определяется как устойчивое нарушение психоэмоциональной сферы женщины, возникающее в послеродовом периоде и характеризующееся выраженным тоскливым настроением, снижением жизненной активности и утратой интереса к ребенку [6]. Последнее уточнение является крайне важным для дифференциации психоэмоциональных нарушений у женщин в данном периоде. Послеродовые депрессивные расстройства у женщин принято условно разделять по степени выраженности на три основные категории: послеродовая меланхолия («бейби-блюз») или синдром грусти рожениц, послеродовая депрессия и послеродовые психозы. Последнее из них в психиатрической практике встречается крайне редко.

Наиболее распространенными считаются явления послеродовой меланхолии, однако существуют различные точки зрения на этиологию и периоды ее проявления у женщин после родов. Всемирной организацией здравоохранения неврозоподобное

расстройство в виде послеродовой меланхолии определяется как самопроизвольно купирующееся нарушение психоэмоционального статуса женщины в раннем послеродовом периоде [12; 19]. Большинство зарубежных и отечественных исследователей считают явление бейби-блюза нормальной биологической и психосоциальной корректирующей реакцией на стрессовую ситуацию родов, которую способны испытывать до 80% первородящих и повторнородящих матерей [11; 30]. Частота развития послеродовой депрессии (ПРД) в разных странах варьируется от 3 до 30%. Такой разброс данных связан не только с особенностями разных культур и актуальных жизненных условий, но и с разрозненностью и несовершенством диагностического инструментария.

Таким образом, этиология и распространенность психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде определяют острую необходимость в совершенствовании методов диагностики и дифференциации этих состояний с целью своевременного оказания комплексной медико-психологической помощи женщинам и их семьям. Диагностический инструментарий, используемый для выявления особенностей психоэмоциональной сферы у женщин в перинатальном периоде, должен соответствовать целому ряду общих и специфических требований. Методики должны быть валидными, надежными и устойчивыми, как это требуется для стандартного психодиагностического инструментария. Для глубокого исследования наличия и степени выраженности психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде целесообразно использовать стандартизированные методы с добавлением проективных методов, выявляющих индивидуальный контекст значимой ситуации рождения ребенка. Для сбора клиничко-анамнестических данных в дополнение к анализу доступной медицинской документации психологу необходимо использовать элементы клинического интервью и беседы с женщиной. Также важным критерием для выбора психодиагностического инструментария являются показатели чувствительности и прогностичности. Ввиду критичности, значимости и динамичности этапов перинатального периода для диады «мать—дитя» остро стоит необходимость своевременного выявления симптоматики негативных эмоциональных состояний с целью оказания специализированной помощи женщинам. С этой целью особое значение приобретают скрининговые методы выявления тревожно-депрессивной, фобической, истерической и астенической симптоматики у женщин для определения группы риска развития устойчивых нарушений. Специфичность методов для перинатального периода заключается в необходимости исследовать актуальные ситуации для данного периода. Широко используемые в клинической психологии методы диагностики психоэмоциональной сферы человека включают в себя изучение жизненных ситуаций, которые могут быть не актуальны для перинатального периода. Специализированных методов изучения психоэмоциональных нарушений у женщин во время беременности и после родов крайне мало. Важным критерием применимости диагностических методов в практике перинатального психолога также является лаконичность и однозначность. Так в силу объективных особенностей психофизического состояния беременных женщин объемные и перегруженные вопросами методики неудобны в использовании и в конечном итоге могут быть непоказательными. Наконец, важным критерием является понятность результатов диагностики для смежных специалистов. В рамках комплексного сопровождения семьи, ожидающей рождения ребенка, важно, чтобы особенности физического, психологического и социального функционирования пациента были известны и понятны для ведущего акушер-гинеколога, неонатолога и педиатра раннего развития. Необходимо, чтобы эти специалисты имели представление о критериях разных психоэмоциональных нарушений у их пациенток в перинатальном периоде, чтобы своевременно направить их для получения необходимой помощи клинического психолога или психиатра.

Несмотря на большое количество отечественных методов диагностики системы отношений женщины к ситуации рождения ребенка, по сути единственным узкоспециализированным и стандартизированным методом диагностики нарушений

эмоциональной сферы в перинатальном периоде является русскоязычная версия Эдинбургской шкалы послеродовой (постнатальной) депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale, J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky) [6; 10]. Данная шкала способна выявить разные уровни депрессивной симптоматики у женщин, как в период беременности, так и в послеродовом периоде. Помимо данной шкалы для указанных выше целей чаще всего используются стандартные методы клинической психологии — шкала самооценки депрессии У. Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale), шкала тревоги А. Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI), шкала тревоги Ч. Д. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory — STAI, в адаптации Ю. Л. Ханина). В одном из наших исследований особенностей психоэмоциональной сферы беременных женщин стояла задача подбора методов оценки аффективных состояний чувствительных для данной категории респондентов [8]. Результаты показали, что для этих целей успешно можно использовать клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича. Данный опросник включает в себя шкалы тревоги, депрессии, астении, истерического типа реакции на стресс, вегетативных и обсессивно-фобических нарушений, по которым возможно определить уровень развития невротической симптоматики у испытуемых.

Зарубежные эксперты в области перинатальной психологии используют более современный и расширенный комплекс психодиагностического инструментария. Так, широко используется метод полуструктурированного интервью послеродового дистресса (DIPD-PP: Diagnostic Interview of Psychological Distress — Postpartum), выявляющий симптоматику депрессивного и тревожного расстройств, риск развития панического расстройства, наличие навязчивых страхов и уровень суицидального риска [21; 28; 29]. Наряду с Эдинбургской шкалой, которая является самой популярной среди исследователей за рубежом и в нашей стране, для оценки уровня антенатальной и постнатальной депрессии используется также шкала послеродового депрессии (PDSS: Postpartum Depression Screening Scale), разработанной на базе шкалы депрессии А. Бека. Для изучения уровня пренатальной тревоги у женщин, специфики симптомов и оценки ее динамики в течение года после рождения ребенка используется скрининговая шкала перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale — PASS) [27]. Шкала широко используется за рубежом для выявления женщин группы риска развития тревожного расстройства в перинатальном периоде. Скрининговая методика содержит несколько субшкал, выявляющих симптомы генерализованной тревоги и панического расстройства, обсессивно-компульсивные симптомы, социальную тревогу и специфические страхи, характерные для перинатального периода. В период с 2020 г. по 2021 г. на базе Перинатального центра ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» нами осуществляется разработка и апробация русскоязычной версии данной шкалы (процедура и методы исследования одобрены решением Этического комитета при ФГБОУ ВО СПбГПМУ (протокол №3/13 от 23.03.2020 г.) для ее дальнейшего широкого использования при сопровождении семьи, ожидающей рождения ребенка.

Таким образом, важность и актуальность комплексной диагностики психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде определяет перспективные задачи для профессионального сообщества клинических психологов. Важно учитывать успешный опыт зарубежных коллег с целью рассмотрения возможности использования психодиагностических методов в отечественной практике с учетом их адаптации под потребности женщин и их семей в перинатальном периоде. Остро стоит необходимость в увеличении научно-исследовательского потенциала в проведении исследований особенностей диады «мать — дитя» с учетом наличия и степени выраженности психоэмоциональных нарушений у женщин. Также важной перспективной задачей является разработка алгоритма междисциплинарного взаимодействия специалистов родовспоможения, перинатального психолога, неонатолога и педиатра раннего развития с целью содействия комплаенсу и сотрудничеству в системе «врач — пациент». Совершенствование процедуры своевременного выявления нарушений психоэмоциональной

сферы у женщин в перинатальном периоде позволит специалистам оказывать необходимую комплексную медико-психологическую помощь и не допустить развития устойчивых аффективных расстройств в послеродовом периоде.

Литература

1. Гарнизов Т., Хаджиделева Д. Послеродовая депрессия // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2015. – № 3. – С. 58–69.
2. Голубых А.И., Савенышева С.С. Эмоциональные особенности беременных женщин и отношение к будущему ребенку и супругу // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. – 2014. – Т. 2. – С. 72–78.
3. Горьковая И.А., Коргожа М.А. Влияние течения беременности и качества жизни женщин на развитие послеродовой депрессии // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2018. – Т. 7, № 4 (25). – С. 293–296.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.
5. Золотых И.В., Налобина А.Н., Желистова Л.В. Исследование качества жизни у женщин в III триместре физиологически протекающей беременности // Мать и дитя в Кузбассе. – 2015. – № 2. – С. 28–33.
6. Ивашиненко Д.М., Култыгина С.В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, № 3. – С. 233–234.
7. Коргожа М.А. Динамика тревожных проявлений у женщин в послеродовом периоде // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 5, № 2(16) [Электронный ресурс]. – URL: http://www.medpsy.ru/climp/2017_2_16/article11.php (дата обращения: 13.09.2018).
8. Коргожа М.А. Динамика эмоциональных состояний у женщин в послеродовом периоде: дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2019.
9. Крамаренко Е.А. Эмоциональное состояние женщины в течение беременности // Научные тенденции: Педагогика и психология. Сборник научных трудов по материалам международной научной конференции (Москва, 04 ноября 2016 г.). – М.: ЦНК МНИФ «Общественная наука», 2016. – Ч. 2. – С. 26–29.
10. Мазо Г.Э., Вассерман Л.И., Шаманина М.В. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 2. – С. 41–50.
11. Мищенко А.Н. Мищенко М.М. Послеродовые психозы – значительная проблема современной медицины // Современные научные исследования и разработки. – 2017. – № 8(16). – С. 360–362.
12. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушерок и врачей. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2000 [Электронный ресурс]. – URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42644/9241545879R.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1> (дата обращения 13.11.2020).
13. Отчет о показателях здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения Федеральной службы государственной статистики от 30.11.2020 [Электронный ресурс]. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения: 15.12.2020).
14. Отчет регистра ВРТ Российской ассоциации репродукции человека за 2018 год [Электронный ресурс]. – URL: http://www.rahr.ru/registr_otchet.php (дата обращения: 20.12.2020)
15. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности / К.С. Карташова, И.Л. Шелехов, М.Н. Мытникова [и др.] // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2010. – № 2. – С. 103–106.
16. Руководство по перинатологии / под ред. Д.О. Иванова. – СПб.: Информ-Навигатор, 2015. – 1214 с.

17. Ушкалова А.В., Ушкалова Е.А. Тревожные расстройства и беременности // Врач. – 2013. – № 4. – С. 9–12.
18. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие для академического бакалавриата. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2018. – 212 с.
19. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study / A.F. Bell, C.S. Carter, J.M. Davis [et al.] // Archives of Women's Mental Health. – 2016. – Vol. 19, № 2. – P. 219–227.
20. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review / C. Nilsson, E. Hessman, H. Sjöblom [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2018. – Vol. 18, № 1. – P. 28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7
21. Maurer D.M., Raymond T.J., Davis B.N. Depression: Screening and Diagnosis // American Family Physician. – 2018. – Vol. 98, № 8. – P. 508–515.
22. Miller M.L., Kroska E.B., Grekin R. Immediate postpartum mood assessment and postpartum depressive symptoms // Journal of Affective Disorders. – 2017. – Vol. 207. – P. 69–75.
23. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities / R.K. Dagher, H.E. Bruckheim, L.J. Colpe [et al.] // Journal of Women's Health. – 2021. – Vol. 30, № 2. – P. 154–159.
24. Pregnancy-related anxiety: evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study / E.R. Blackmore, H. Gustafsson, M. Gilchrist [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 2016. – Vol. 197. – P. 251–258.
25. Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women / M. Bassi, A.D. Fave, I. Cetin [et al.] // Journal of Reproductive and Infant Psychology. – 2017. – Vol. 35, № 2. – P. 183–195.
26. Psychometric properties of the postpartum depression screening scale beyond the postpartum period / J.M. Vogeli, S.A. Hooker, K.D. Everhart [et al.] // Research in Nursing and Health. 2018. – Vol. 41, № 2. – P. 185–194.
27. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation / S. Somerville, K. Dedman, R. Hagan [et al.] // Archives of Women's Mental Health. – 2014. – Vol. 17, № 5. – P. 443–454.
28. The postpartum specific anxiety scale: development and preliminary validation / V. Fallon, J.C.G. Halford, K.M. Bennett [et al.] // Archives of Women's Mental Health. – 2016. – Vol. 19, № 6. – P. 1079–1090.
29. The risk factors for postpartum depression: a population based study / M.E. Silverman, A. Reichenberg, D.A. Savitz [et al.] // Depression and Anxiety. – 2017. – Vol. 34, № 2. – P. 178–187.
30. Zauderer C. Postpartum Depression: How Childbirth Educators Can Help Break the Silence // The Journal of Perinatal Education. – 2009. – Vol. 18, № 2. – P. 23–31.

Complex diagnostics of psychoemotional disorders in women during the perinatal period: problems of tools and their solution

Korgozha M.A.¹
E-mail: korgozha_m.a@mail.ru

¹ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University
2 Litovskaya str., Saint-Petersburg, 194100, Russia
Phone: +7 (812) 596-34-00

Abstract. The article is devoted to the current problem of early detection of psychoemotional disorders in women in the situation of childbirth. Increasing the frequency of assisted reproductive technologies, modernizing the system of medical care for women in matters of reproductive health support, as well as the introduction of restrictive measures in the situation of a pandemic play an important role in increasing the frequency of mental health disorders and reducing the quality of life of women during the perinatal period. For the qualitative development

of the system of medical and psychological care and support for a family expecting the birth of a child, it is necessary to develop and implement effective methods of early diagnosis of maladaptive conditions by helping specialists in everyday practice. From the standpoint of the biopsychosocial approach in the psychology of the reproductive sphere, the specificity and uniqueness of experiences in women in the perinatal period requires a separate research of the factors of the development of fears and anxiety-depressive symptoms. The article presents a review of modern methods of psychological assessment and detection of symptoms of anxiety, depression, as well as asthenia and obsessive-phobic disorders in women in the gestational and postpartum periods.

Key words: psychoemotional disorders; psychological assessment; anxiety and depressive disorder; postpartum depression; perinatal psychology; pregnancy.

For citation

Korgozha M.A. Complex diagnostics of psychoemotional disorders in women during the perinatal period: problems of tools and their solution. *Med. psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 2, p. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-5 [in Russian, abstract in English].