

DOI: 10.56871/RBR.2023.84.68.009

УДК 618.6-092+159.942+159.972+616.89-07-08-092.12-06+618.2/.7

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО, СВЯЗАННОЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И РОДАМИ: ДЕФИНИЦИИ, СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, ДИАГНОСТИКА

© Екатерина Викторовна Кожадей, Андрей Глебович Васильев

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Екатерина Викторовна Кожадей — врач-психиатр, врач-психотерапевт, аспирант кафедры патологической физиологии с курсом иммунопатологии. E-mail: ekaterinakozhadey@gmail.com ORCID ID: 0009-0005-7552-8533 SPIN: 8727-9660**Для цитирования:** Кожадей Е.В., Васильев А.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с беременностью и родами: дефиниции, современные представления, патофизиологические механизмы, факторы риска, диагностика // Российские биомедицинские исследования. 2023. Т. 8. № 4. С. 74–84. DOI: <https://doi.org/10.56871/RBR.2023.84.68.009>

Поступила: 22.09.2023

Одобрена: 01.11.2023

Принята к печати: 20.12.2023

Резюме. Обзор посвящен посттравматическому стрессовому расстройству, связанному с беременностью и родами. В литературе существует понятие посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, которое описывает психические нарушения у родителей в период от начала беременности до 12 месяцев после родов. В отличие от классического понятия посттравматического стрессового расстройства данный термин употребляется в большинстве случаев по отношению к матери, реже по отношению к отцу ребенка, при наличии травмирующих событий, связанных с беременностью и родами, начиная от начала беременности и включительно до 1 года после родов. Подчеркивается уникальность данного термина с позиции психических нарушений у родителей, что связано с травмирующими событиями на протяжении беременности, родов и дальнейшей судьбой и прогнозом для недоношенного ребенка и/или ребенка с патологией. Приводятся данные о сложностях терминологии, используемой для описания травмирующих событий от начала беременности до 12 месяцев после родов. Изложена информация о распространенности стрессовых состояний в период, связанный с беременностью и родами, у родителей, подробно описываются факторы риска, в том числе акушерские, социально-экономические, патофизиологические, психиатрические. Отдельно описываются стрессовые состояния родителей, чьи дети находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии, с описанием реакции родителей при различном исходе госпитализации ребенка. Освещаются варианты профилактики стрессовых состояний у родителей, а также приводятся рекомендации по выявлению пациентов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством, связанным с беременностью и родами, взаимодействию с данной группой пациентов работников родовспомогательных учреждений.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство; послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство; перинатальная утрата; послеродовой период; травматичные роды.

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER ASSOCIATED WITH PREGNANCY AND CHILDBIRTH: DEFINITIONS, MODERN CONCEPTS, PATHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS, RISK FACTORS, DIAGNOSIS

© Ekaterina V. Kozhadey, Andrei G. Vasiliev

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

Contact information: Ekaterina V. Kozhadey — Psychiatrist, Psychotherapist, Postgraduate Student Department of Pathological Physiology with the Course of Immunopathology. E-mail: ekaterinakozhadey@gmail.com ORCID ID: 0009-0005-7552-8533 SPIN: 8727-9660**For citation:** Kozhadey EV, Vasiliev AG. Post-traumatic stress disorder associated with pregnancy and childbirth: definitions, modern concepts, pathophysiological mechanisms, risk factors, diagnosis // Russian biomedical research (St. Petersburg). 2023;8(4):74-84. DOI: <https://doi.org/10.56871/RBR.2023.84.68.009>

Received: 22.09.2023

Revised: 01.11.2023

Accepted: 20.12.2023



Abstract. The review focuses on post-traumatic stress disorder associated with pregnancy and childbirth. In the literature, there is the concept of post-traumatic stress disorder associated with pregnancy and childbirth, which describes mental disorders in parents during the period from the beginning of pregnancy to 12 months after childbirth. In contrast to the classical concept of post-traumatic stress disorder, this term is used in most cases in relation to the mother, less often in relation to the father of the child, in the presence of traumatic events associated with pregnancy and childbirth, starting from the beginning of pregnancy and up to 1 year after childbirth. The uniqueness of this term is emphasized from the perspective of mental disorders in parents associated with traumatic events during pregnancy, childbirth and the subsequent fate and prognosis for a premature child and/or a child with pathology. Data is provided on the complexities of terminology used to describe traumatic events from the beginning of pregnancy to 12 months after childbirth. Information is presented on the prevalence of stressful conditions during the period associated with pregnancy and childbirth in parents, risk factors are described in detail, including obstetric, socio-economic, pathophysiological, and psychiatric. The stressful conditions of parents whose children are in the intensive care unit are described separately, with a description of the parents' reactions to different outcomes of the child's hospitalization. Options for the prevention of stressful conditions in parents are highlighted, and recommendations are provided for identifying patients suffering from post-traumatic stress disorder associated with pregnancy and childbirth, and for the interaction of maternity workers with this group of patients.

Key words: post-traumatic stress disorder; postpartum post-traumatic stress disorder; perinatal loss; postpartum period; traumatic birth.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) определяют как «комплекс соматических, когнитивных, аффективных и поведенческих последствий психологической травмы» [19, 20]. ПТСР, связанное с беременностью и родами (P-PTSD), представляет собой разновидность ПТСР, но является уникальной разновидностью последнего и имеет общие черты с классическим ПТСР, которому подвержены в среднем от 4 до 8% общей популяции в любой момент времени. Чаще классическое ПТСР встречается у женщин [6, 13, 17, 38].

ПТСР, связанное с беременностью и родами, возникает после пережитого травматического события у женщин в любое время после зачатия и до 6–12 месяцев после родов, длится дольше 1 месяца и оказывает крайне негативное влияние на здоровье матери и ребенка [8]. От 3 до 15% женщин сталкиваются с ПТСР в период беременности и родов [8]. Приблизительно 3,3% беременных женщин страдают ПТСР и 4% женщин — послеродовым ПТСР [3]. По ряду данных частота ПТСР, связанного с беременностью, у женщин колеблется от 2,3 до 24% [13]. Таким образом, данные о распространенности ПТСР в период беременности и родов неодинаковы.

В настоящее время количество исследований, посвященных ПТСР в период беременности и родов, ограничено. В 1990-х годах начали появляться первые исследования, прицельно изучающие послеродовое ПТСР, однако ни одна из матерей не соответствовала критериям классического ПТСР [3, 6].

ПТСР в период беременности и после родов может быть продолжением ранее существовавшего посттравматического стресса или реактивацией посттравматического стресса, находящегося в ремиссии [17].

Посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с беременностью и родами, вплоть до выраженных клиниче-

ских проявлений, может также наблюдаться у медицинских работников родовспомогательных учреждений в случае оказания медицинской помощи в сложных ситуациях, связанных с риском для женщины и ребенка, а также при сочетании данных факторов и личной психологической травмы [32].

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И РОДАМИ, И РЕАКЦИИ НА СТРЕСС

При перинатальной потере одним из факторов развития посттравматического стрессового расстройства является прерывание химически опосредованной связи, осуществляемой между матерью и ребенком путем репродуктивных гормонов [8].

Посттравматическое стрессовое расстройство во время беременности связывают с нарушением регуляции кортизола, вазопрессина и окситоцина. Нарушение регуляции последнего может вызывать осложнения в родах [9, 16, 26].

Исследования посттравматического стресса показали, что воспоминания о травмирующем событии активируют миндалевидное тело и стимулируют появление реакции страха у человека по типу реакции «бей или беги», увеличивая частоту дыхания и сердечных сокращений, повышая артериальное давление и способствуя смещению кровотока от висцеральных мышц к скелетным [14]. При адаптации к опасным ситуациям реакция «бей или беги» может стать преобладающей по умолчанию с активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, сохраняясь вне опасных ситуаций при воздействии триггера [14].

Существует поливагальная теория стресса, она же теория блуждающего нерва Стивена Поргеса, в которой в случае стрессовых событий задействованы симпатическая нервная

система через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось путем высвобождения катехоламинов и парасимпатическая система — путем высвобождения окситоцина, вследствие чего человек старается снизить уровень стрессовых проявлений, ищет партнерства с другим человеком, который не испытывает реакцию «бей или беги» [14].

Предстоящие роды могут способствовать активации реакции «бей или беги», изменять функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и уровень катехоламинов [14]. Поиск поддержки среди окружения и персонала, взаимная регуляция симпатической и парасимпатической систем могут являться терапевтическим ответом на стрессовые события путем антистрессовых свойств окситоцина [14].

Одной из теорий посттравматического стрессового расстройства является неспособность угасания реакции страха [14]. При действии триггера, вызывающего реакцию страха, продолжается активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, поскольку гиппокамп и префронтальная кора (которые обычно редуцируют реакцию страха при отсутствии реальной опасности) не реагируют обычным образом. Триггер-специфичная реакция при посттравматическом стрессовом расстройстве недостаточно модулирована [14]. Возможна гипермодулированная реакция, похожая на замирание или обморок. Для прерывания реакции страха необходимо задействовать когнитивные процессы, управляющие триггером, и преобразовать провоцирующие автоматические повторные переживания и реакции гипо- и гипервозбуждения [14, 17, 25, 36]. Современные исследования показывают, что использование когнитивно-поведенческой терапии работает через тормозящее обучение, когда человек понимает, что он может переносить триггеры, тем самым ослабляются привычные реакции страха и избегания на напоминания о травмирующем событии [14, 25, 27, 36].

Кроме того, стресс во время беременности приводит к подавлению плацентарного фермента 11- β -гидроксистероиддегидрогеназы типа 2, выполняющей защитную функцию путем блокировки избытка кортизола, что способствует выживанию в сложных условиях, но оказывает негативное влияние на дальнейшее развитие ребенка [14].

При посттравматической дисрегуляции окситоцина возможно возникновение болевого синдрома, который является вторичным по отношению к дисрегуляции перистальтики гладкой мускулатуры у пациентов с тазовой болью, синдромом раздраженного кишечника, болями мочевого пузыря. Существует каскадная теория, согласно которой травматические переживания в детском возрасте, например жестокое отношение, приводят к каскаду адаптационных функций окситоцина, катехоламинов и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, которые могут сохраняться во взрослом возрасте [14].

Таким образом, существуют отдельные теории возникновения послеродовых аффективных расстройств, таких как послеродовая депрессия и послеродовой психоз. Однако, если говорить о посттравматическом стрессовом расстройстве и стрессовых реакциях, связанных с беременностью и родами,

то изменение уровня гормонов, генетических механизмов, изменения нейроиммунной системы не объясняют полностью стрессовые реакции в период беременности и после родов, что, несомненно, требует дополнительного изучения патофизиологических механизмов стресса в эти периоды, отсюда — возможные сложности в клинических критериях и лечении посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами [26, 27].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И РОДАМИ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Через 1–2 месяца после родов 33% женщин испытывали так называемые *intrusion symptoms* (навязчивые воспоминания, ночные кошмары, соматические проявления), связанные с перенесенным стрессом в период беременности и родов, 33% женщин сообщали о постоянном нервном напряжении, возбуждении [6]. Посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с беременностью и родами, характеризуется депрессивными симптомами, суицидными мыслями, чувством вины, гнева, непосредственно стрессовыми реакциями, переживанием горя, навязчивыми мыслями и воспоминаниями (часто воспоминания яркие), чувством заторможенности, чувством эмоционального онемения, избеганием напоминаний о рождении или других событий, связанных с ребенком, повышенной раздражительностью, ощущением потери контроля над своей жизнью, чувством нахождения в ловушке [4, 17, 36]. Значительно снижается концентрация внимания, нарушается ежедневное нормальное функционирование пациентов, могут заметно ухудшаться внутрисемейные взаимоотношения и отношения с окружающими [4, 12].

В настоящий момент разными исследователями предпринимаются попытки выделения и обобщения критериев послеродового посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, однако врачи продолжают руководствоваться основными критериями посттравматического стрессового расстройства.

В действующей международной классификации болезней посттравматическое стрессовое расстройство отнесено к рубрике F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации». Непосредственно посттравматическое стрессовое расстройство кодируется шифром F43.1. Диагностическими критериями, согласно МКБ-10, являются: исключительно сильное, но непродолжительное (в течение часов, дней) травматическое событие, угрожающее психической или физической целостности личности, резкое изменение социального статуса или окружения [1].

В DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) также описываются основные симптомы посттравматического стрессового расстройства: повторение навязчивых мыслей и снов, связанных с травмирующим событием, постоянное избегание любых напоминаний о травме, нарушения сна, раздражительность, вспышки гнева

и агрессии, негативные изменения настроения и мыслей [2, 5, 18].

Стоит отметить, что такие критерии посттравматического стрессового расстройства, как реальная угроза жизни, травма, насилие не могут быть применимы к посттравматическому стрессовому расстройству, связанному с беременностью и родами, поскольку у большей части женщин не было реальной угрозы жизни ни для самой пациентки, ни для новорожденного [5].

Таким образом, основные отличительные особенности посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами, связаны с такими событиями, как травматичные роды, смерть ребенка или его нахождение в отделении реанимации.

В клинической картине посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, типичными проявлениями являются повторные переживания психотравмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), например навязчивые воспоминания экстренного кесарева сечения или кровотечения, кошмарные сновидения, фантазии и представления; в качестве фона повторных переживаний психотравмы наблюдаются чувство «оцепенения» и уплощение аффекта, социальной отчужденности, сниженной реакции на окружающих людей и события, ангедония, избегание ситуаций, напоминающих о психотравме, избегание места, где произошли психотравмирующие события; в редких случаях женщина может избегать своего ребенка, стараясь меньше времени проводить с ним, временами могут наблюдаться острые эпизоды страха, паники, агрессии, вызванные неожиданными воспоминаниями о психотравме или реакции на нее, состояние повышенного нервного напряжения, которое, например, проявляется вздрагиванием при плаче ребенка, бессонницей. Отмечаются также повышенная вегетативная возбудимость, повышенный уровень бодрствования с бессонницей, выраженные реакции испуга. Начало расстройства после латентного периода — от нескольких недель до шести месяцев [1, 2, 6, 8, 36].

В клинике посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, существует понятие интернального и экстернального дистресса. Экстернализация дистресса заключается в негативных реакциях, направленных на других людей. Такие реакции, по-видимому, вызываются чувством отчаяния или же мести. Реакции интернального дистресса, по-видимому, встречаются у лиц, ранее травмированных в детском возрасте. Однако данные проявления возникают далеко не у всех лиц, переживающих стресс в период беременности и после родов. Пациенты с нарушениями поведения, проявляющие агрессию в родовспомогательных учреждениях, должны находиться под постоянным наблюдением медицинского персонала [6].

При интернализации дистресса в период беременности и после родов пациенты склонны во всех произошедших событиях винить себя, отмечаются психосоматические

проявления, ухудшение общего самочувствия, обострение хронических заболеваний, возможно краткосрочное проявление данных явлений или же долгосрочное, вплоть до нескольких месяцев или лет. Отмечаются проявления тревоги и депрессии, возможно развитие пищевых расстройств, таких как нервная анорексия, переедание и др. [6, 22]. Длительное течение материнской депрессии негативно влияет на диадку мать–ребенок, нарушается привязанность (ненадежная привязанность), что также негативно влияет на последующие поколения [3].

Таким образом, посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с беременностью и родами, хоть и схоже с классическим посттравматическим стрессовым расстройством, но имеет свои уникальные критерии в связи с беременностью и родами, что необходимо учитывать при диагностике, лечении и работе с данной группой пациентов.

ФАКТОРЫ РИСКА

Выявление факторов риска дает возможность предотвратить или уменьшить клинические проявления посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами [8, 17].

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕССА РОДОВ

К факторам риска относят травматичные роды. Женщины, имея в виду процесс травматичных родов, подразумевают потерю ребенка в перинатальном периоде, использование щипцов или вакуум-экстрактора, экстренное кесарево сечение, родовую боль, страх эпидуральной анестезии, страх самих родов, недостаточное обезболивание, послеродовое кровотечение, постгеморрагическую анемию, преждевременные роды, многоплодную беременность, тяжелый токсикоз, чувство потери своего достоинства или унижительные для женщины переживания в процессе родов [5, 8, 17–19]. К группе риска относят также пациенток, переживших преждевременные роды, страдающих преэклампсией и гиперемезисом беременных [5, 8].

Через 6 недель после родов частота посттравматического стрессового расстройства варьирует от 2,8 до 5,6%. После процесса травматичных родов распространенность посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, варьирует от 3,1 до 15,9% у матерей из групп высокого риска. Около 50% женщин сообщают, что пережили травматичные роды [8]. В одном из первых исследований было обнаружено, что 75% женщин в течение нескольких дней после экстренного кесарева сечения считали это травмирующим событием, 48% женщин отмечали у себя навязчивые воспоминания о родах, а 24% сообщали о постоянном нервном напряжении [6]. Женщины, считающие роды травматичными, чаще соответствуют критериям посттравматического стрессового расстройства [15]. Данная группа пациенток может не соответствовать всем критериям посттравматического стрессового расстройства, однако

возможно развитие посттравматического синдрома после родов, значительно ухудшающего качество жизни [15, 17].

Родовая боль является одним из предрасполагающих факторов к развитию посттравматического стрессового расстройства, что подчеркивает важность вовремя определить потребность женщины в обезболивании [19, 20]. Страх родовой боли и процесса родовой деятельности может действовать как фактор, вызывающий развитие симптомов ПТСР, связанного с беременностью и родами, даже при благополучном завершении родовой деятельности, а также способствовать негативной субъективной оценке процесса родовой деятельности независимо от объективных характеристик [13, 15]. Страх перед родовой деятельностью и родовой болью увеличивает запросы женщин на проведение кесарева сечения и является важным и уникальным предиктором развития посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами [15, 17].

Таким образом, страх перед родовой деятельностью, пережитый женщиной опыт в процессе рождения ребенка, как субъективный, так и объективный, могут служить маркером возможного развития психопатологии в послеродовом периоде, что важно, по нашему мнению, учитывать при клиническом наблюдении таких пациенток [15].

Фактором риска является субъективный дистресс во время родов, включающий в себя наличие отрицательных эмоций, потерю контроля над происходящим, развитие такого состояния, как диссоциация, характеризующаяся потерей выраженности эмоций, временная потеря ощущения реальности [8, 17]. Отсутствие поддержки во время родов от медицинского персонала или родственников снижает чувство контроля у женщины в период родов, что увеличивает риск развития послеродовых психических расстройств. Через 4 недели после родов субъективное восприятие женщиной родового процесса связано с посттравматическим синдромом, однако уже через 8 недель после родов эта связь менее выражена [15]. Данные показатели связывают с тем, что субъективное восприятие родов женщиной носит временный характер, ослабевая с течением времени от момента родов [15, 17]. Неудовлетворенность процессом родов также увеличивает риск развития психической патологии в послеродовом периоде [17]. Однако после родов увеличивается значимость других факторов, которые могут оказать влияние на развитие и поддержание психопатологических симптомов, например трудности с грудным вскармливанием, трудности в уходе за ребенком, проблемы в браке и др. [15, 17].

Известно, что профилактикой посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, является наличие плана родов, когда женщина подготовлена психологически ко всем этапам родов, использование эпидуральной анестезии и кожный контакт матери и младенца, а также возраст матери 35 лет и старше. Применение приема Кристлера, инструментальные роды или роды путем кесарева сечения, разрывы промежности III и IV степени, а также использование общего наркоза, ручного отделения плаценты

являются факторами риска развития посттравматического стрессового расстройства [19, 20].

Материнская оценка качества общения с медицинским персоналом родовспомогательных учреждений также является фактором риска развития посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами. К данным факторам риска относят отсутствие поддержки от медицинского персонала, отсутствие проявлений сочувствия, неполучение информации о состоянии своего здоровья и/или состоянии здоровья ребенка, негативное общение персонала с пациентами [8, 19, 20]. Например, матери, чьи дети находятся в отделении интенсивной терапии, часто не имеют полной картины реального состояния здоровья ребенка и считают, что ребенок более здоров, чем есть на самом деле [24]. Таким образом, у родителей, чьи дети находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии, к основным факторам риска посттравматического стрессового расстройства добавляются факторы, связанные с тяжестью состояния ребенка и восприятием этого состояния самим родителем [24, 28]. Такие когнитивно-поведенческие факторы, как негативное когнитивное восприятие процесса родов, характер воспоминаний о психотравмирующем факторе, избегающее поведение, закрепляющее психотравмирующее событие, способствуют развитию посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами [9, 21].

Таким образом, в процессе родов существует большое количество факторов, способных оказать влияние на развитие посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, начиная от страха родов, объективными и субъективными характеристиками самого процесса родов и заканчивая общением женщины с медицинским персоналом, что, по нашему мнению, важно учитывать при работе в родовспомогательных учреждениях.

НАЛИЧИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У МАТЕРИ И ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ В АНАМНЕЗЕ. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПОТЕРЯ

Существуют данные, что психиатрическая заболеваемость может являться ведущей причиной материнской смертности в послеродовом периоде [3]. Известно о 80-кратном увеличении самоубийств у женщин, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, в течение 1 года после родов [3].

К риску развития посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, относят наличие психиатрического анамнеза у матери, тревогу и депрессию во время беременности и после родов, неблагоприятный акушерский анамнез, пережитое травматическое событие или несколько травматических событий, пережитая перинатальная потеря, сексуальное насилие и личностные особенности [5, 6, 8, 10, 13, 19, 20, 23].

Женщины, у которых нет других детей, после перинатальной потери испытывают более выраженные симптомы горя и стрес-

са [21]. Женщины с посттравматическим стрессовым расстройством, ассоциированным с беременностью и родами, имеют пятикратный риск большого депрессивного расстройства и трехкратный риск генерализованного тревожного расстройства [11].

Обнаружено, что наличие предыдущего травматического опыта оказывает умеренное влияние на вероятность развития посттравматического стресса, обусловленного новым травмирующим опытом. Чаще всего дополнительные травматические воздействия дают возможность прогнозировать развитие стрессовых переживаний у определенных групп населения. К таким предикторам относятся множественные травматические воздействия, наличие межличностной травмы (*Interpersonal trauma*). Отмечается ухудшение клинического прогноза при переживании нескольких стрессовых событий в течение короткого промежутка времени [6].

Повышенному риску развития посттравматического стрессового расстройства, в том числе ассоциированного с беременностью и родами, подвержены пациенты с подтвержденными или подозреваемыми расстройствами личности, такими как пограничное расстройство личности, нарциссическое расстройство личности и диссоциальное расстройство личности [6]. Наличие невротических расстройств увеличивает риск развития посттравматического стрессового расстройства, в том числе связанного с беременностью и родами. Полностью оценить влияние невротических состояний на развитие посттравматического стрессового расстройства в послеродовой период возможно после выяснения наличия травматического события в процессе непосредственного клинического осмотра в послеродовом периоде [6].

Женщины, страдающие аффективными расстройствами, подвержены риску рецидива в период беременности и после родов, особенно если не принимают лекарственную терапию [3, 36]. Такие психические расстройства, как большое депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с беременностью и родами, имеют общие факторы риска, часто являются коморбидными друг с другом, однако каждое из данных заболеваний представляет отдельную нозологию [15, 33, 34]. Частое сочетание послеродовой депрессии и посттравматического стрессового расстройства затрудняет выделение уникальных характеристик посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами, таких как *traumatic intrusions* и *avoidance* [15, 17].

Известно, что риск рецидива биполярного расстройства (хотя бы одного) во время беременности составляет 71%, риск увеличивается в 2 раза у женщин, прекративших прием стабилизаторов настроения [3]. У пациенток с большим депрессивным эпизодом частота рецидивов во время беременности, прекративших прием медикаментозной поддерживающей терапии, составляет 68%, относительно 26% женщин, принимающих терапию [3]. Очень важно принимать поддерживающую терапию во время беременности, поскольку у женщин с биполярным аффективным расстройством в анамнезе может в 300 раз увеличиваться частота послеродовых психозов,

у женщин с предыдущим эпизодом послеродового психоза частота рецидива составляет более 50% [3, 26].

Распространенность посттравматического стрессового расстройства в послеродовой период значительно увеличивается при мертворождении, госпитализации ребенка в отделение реанимации и интенсивной терапии, смерти ребенка в отделении реанимации от 25 до 35% [8, 28]. В семейных парах, переживающих перинатальную потерю, отмечено, что увеличение уровня стресса у мужчины способствует увеличению уровня стресса у женщины и наоборот [4]. Перинатальная потеря является травмирующим опытом, негативно влияющим не только на физическое состояние пациентов, но и на психическое состояние и социальную жизнь [12]. По мнению ряда авторов, при перинатальной потере, особенно ранней, родителям не уделяется должного внимания, поскольку последствия ранней перинатальной потери также могут достигать значительной выраженности, как и при других тяжелых травмирующих событиях [12]. По данным статистики, до 25% беременностей заканчиваются перинатальной потерей, после которой 50–80% женщин имеют повторную беременность. Однако такие семьи не получают достаточной специализированной помощи. До 25% женщин могут иметь клинические проявления посттравматического стрессового расстройства в первый месяц после перинатальной потери [12]. Возможно появление симптомов посттравматического стрессового расстройства в последующей беременности после перинатальной потери, а у 4% женщин развивается хроническое посттравматическое стрессовое расстройство [12]. Женщины с симптомами посттравматического стресса, связанного с беременностью и родами, в последующем с меньшей вероятностью беременеют, имеют более длительный интервал между беременностями, качество жизни ухудшается как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе [7, 19, 20]. Через год после рождения здорового ребенка в беременности после перинатальной потери распространенность посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами, составляет от 4 до 6% [12]. При перинатальной потере дополнительными отягощающими факторами являются переживание чувства вины и стыда, дополнительный стресс при нахождении в отделении реанимации, что также усугубляется нарушением сна и нейроэндокринными изменениями, нарушением взаимоотношений в родительской паре [8].

Часто женщины, перенесшие перинатальную потерю, не включаются в исследования о посттравматическом стрессовом расстройстве, связанном с беременностью и родами, поскольку диагностика данного состояния может быть осложнена выраженным компонентом утраты [13].

Симптомы посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, наблюдаются и у отцов, активно участвующих в наблюдении беременности, видящих своего ребенка на УЗИ [4].

Снижение проявления симптомов посттравматического стресса быстрее происходило у работающих женщин, а также у мужчин, не употребляющих алкоголь, с хорошим уровнем

образования и доходов, поскольку повышались психологические защитные механизмы [4]. Употребление алкоголя и психоактивных веществ увеличивает у мужчин риск развития посттравматического стрессового расстройства. При употреблении психоактивных веществ вдвое увеличиваются проявления посттравматического стрессового расстройства среди общей популяции [4, 6]. Значительно ухудшается состояние психического здоровья при одновременном возникновении посттравматического стрессового расстройства и начале употребления психоактивных веществ [6, 31].

В исследовании, посвященном изучению уровня стресса после потери ребенка, было обнаружено, что уровень стресса у женщин, чьи беременности закончились потерей между 22-й и 29-й неделями и после 38-й недели, оказался выше, чем у тех женщин, у кого беременность закончилась между 30-й и 37-й неделями. Считается, что повышенный уровень стресса при потере ребенка между 22-й и 29-й неделями связан с неожиданными патологическими причинами. Таким образом, преждевременные роды являются одним из важных факторов развития посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами [4]. Матери воспринимают преждевременные роды как угрожающее событие, и часто родители опасаются, что ребенок может умереть [6]. После 38-й недели беременности при перинатальной потере повышенный уровень посттравматического стрессового расстройства связывают с тем, что чаще всего женщина с нетерпением ожидает увидеть своего ребенка и готовится к нормальному исходу беременности [4]. Также уровень симптомов посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами, был ниже у тех мужчин, кто видел своих детей после рождения [4].

В исследовании родителей, чьи новорожденные находились в отделении реанимации, на момент выписки более половины отцов и более 60% матерей сообщили, что опасались смерти ребенка. Реакция горя родителей с выжившими младенцами были сходны с эмоциональными переживаниями родителей, столкнувшихся с перинатальной утратой [6]. Из 94 матерей, чьи младенцы находились в отделении реанимации, 89 матерей после выписки детей сообщили, что сталкиваются с непроизвольными травмирующими воспоминаниями, самое частое из которых — это переживание воспоминания о возможной смерти ребенка [6].

В некоторых случаях родители не давали имя своему ребенку из-за страха того, что он может не выжить. Такие проявления вначале косвенно могут облегчить эмоциональное состояние родителей, чьи дети находятся в отделении реанимации, но также могут помешать развитию детско-родительской привязанности, развитию избегающего типа привязанности [3, 6]. В некоторых случаях матери предпочитали не посещать отделения реанимации и не видеть своего ребенка [6]. Чувство любви к своему ребенку в течение первых 24 часов после родов испытывают 76% матерей, родивших доношенных новорожденных, и 31% матерей, родивших недоношенных новорожденных. У половины матерей недоношенных

новорожденных на 2 месяца задерживалось развитие чувства любви к своему ребенку [6]. У обоих родителей ребенка с очень низкой массой тела выше уровень послеродового посттравматического стресса, чем у родителей доношенных детей [18].

У матерей, чьи дети родились с очень низкой массой тела, повышен риск острого стрессового расстройства (ASD — acute stress disorder) и субсиндромальные уровни посттравматического стресса одинаково высокие у обоих родителей, чьи дети родились с очень низкой массой тела. Уменьшение количества визитов в отделение реанимации и интенсивной терапии может быть связано с реакцией на травматическое событие — рождение ребенка с очень низкой массой тела [18]. Травматический стресс может ограничить восприятие родителями информации о состоянии ребенка, лечебных мероприятиях [18]. Согласно данным литературы, после перинатальной потери женщины имеют больший риск развития посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами, чем мужчины [4, 10]. Известно, что от 18 до 78% матерей, чьи дети родились недоношенными, испытывают хотя бы один симптом ПТСР [24].

Таким образом, наличие психиатрического анамнеза у матери, а также травматические события жизни играют важную роль в развитии ПТСР, связанного с беременностью и родами, являясь его предиктором. При наличии уже подтвержденного психического заболевания требуется строгий контроль приема терапии, что необходимо учитывать при работе с данными пациентами.

Отдельно следует выделять в группу риска родителей, чьи дети родились недоношенными, возможно, с соматической патологией и находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии, что, по нашему мнению, необходимо учитывать специалистам в отделениях перинатального профиля и разрабатывать меры по уменьшению развития посттравматического стрессового расстройства у данной группы пациентов.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И НАЛИЧИЕ СОЦИАЛЬНОЙ И СЕМЕЙНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Необходимо отметить ряд важных социально-экономических факторов, которые могут дополнительно усиливать уровень стресса в период беременности и после родов: молодой возраст, низкий уровень дохода, низкий уровень образования, отсутствие работы, плохое качество жилья, проживание в неблагополучных районах [4, 8, 10, 17, 30].

В редких случаях отягощать проявление послеродовых аффективных расстройств может рождение ребенка определенного пола, что важно для некоторых культур [30].

Одним из основных факторов риска и предикторов развития посттравматического стрессового расстройства, связанного с беременностью и родами, является отсутствие социальной и семейной поддержки, проблемы в браке, вынашива-

ние беременности в одиночестве, отсутствие положительной реакции на беременность со стороны отца ребенка и близких, отсутствие медицинского работника рядом, который мог бы ответить на интересующие вопросы, наличие хронических соматических заболеваний во время беременности [17, 30]. Причем отсутствие социальной поддержки является более сильным предиктором посттравматического стрессового расстройства, чем предыдущие травматические события [6, 8]. Недостаточная супружеская поддержка, так же как и недостаточная социальная поддержка, способствует усилению симптомов [23]. Социальная поддержка может оказывать stress-buffering effect (уменьшать влияние стрессовых факторов на человека) путем подавления стрессовых реакций, таких как воспалительная реакция на стрессоры и ослабление активности симпатической и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Женщины с недостаточной социальной поддержкой чаще испытывают опасения по поводу родов и оценивают процесс родов как негативный [15].

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Важным является уточнение анамнестических данных о психопатологически отягощенной наследственности и наличии психотравмирующих факторов и ситуаций как в периоде беременности, так и на протяжении жизни пациентов, проведение скрининга для выявления групп риска, поскольку посттравматическое стрессовое расстройство, ассоциированное с беременностью и родами, может быть не диагностировано или диагностировано неправильно [8, 13, 35, 37], что ухудшает качество жизни пациентов, функционирование диады мать–ребенок и благополучие семьи в целом [7, 13, 39, 40].

Для выявления посттравматического стрессового расстройства медицинский персонал родовспомогательных учреждений должен уделять особое внимание пациентам с подтвержденным психиатрическим заболеванием, в том числе расстройствами личности. Важно выявлять пациентов с нарушениями поведения, проявляющих выраженные негативные эмоции. У родителей, переживающих стресс в связи с рождением ребенка и его состоянием, важно поощрять проявление доброжелательности и положительных эмоций [6].

Для выявления посттравматического стрессового расстройства в период беременности и после родов медицинский персонал родовспомогательных учреждений должен внимательно наблюдать за родителями со сниженным настроением, агрессивными тенденциями. Возможно применение специальных опросников, используемых для выявления классического посттравматического стрессового расстройства, а также различных модификаций данных опросников для периода беременности и послеродового периода [6].

Перспективной задачей является создание новых опросников целенаправленно для посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами. Данные опросники могут заполняться самим пациентом или же

специалистом по психическому здоровью. Возможна также адаптация и валидизация некоторых зарубежных опросников [9].

При выявлении выраженных нарушений со стороны психического здоровья матери необходима консультация врача-психиатра и в редких случаях госпитализация в психиатрический стационар [13]. Тяжесть клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства, а также других психических расстройств в период беременности и после родов может по-разному восприниматься пациентом и персоналом, поэтому в каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход в оценке тяжести симптомов [14].

Показано, что психообразование в период беременности, проведение когнитивной психотерапии, посещение групп, обучающих релаксации при родах, значительно снижает страх перед родами и уменьшает количество операций кесарева сечения [15, 25, 27]. Одним из факторов риска посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами, является отсутствие медицинского работника, который мог бы ответить на интересующие вопросы о беременности, нахождение ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии [17]. Таким образом, существует необходимость разработки специальных мер по снижению тревоги у родителей, чьи дети находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии, наличие специально обученного персонала или возможность более частого общения с врачами для получения ответа на интересующие родителей вопросы [23]. Доказана эффективность спокойной невербальной музыки для родителей, испытывающих стрессовые переживания, на фоне госпитализации ребенка в отделение реанимации и интенсивной терапии, что также может быть использовано в клинической практике [29].

При своевременно оказанной качественной медицинской помощи, включающей в себя, в том числе, доступность консультации с врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом, значительно снижаются риски развития и проявления посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами, а также других психических расстройств послеродового периода [17]. Очень важно изучать благополучие психического состояния матери, и также важно благополучное развитие отношений в диаде мать–ребенок [3].

Таким образом, посттравматическое стрессовое расстройство, связанное с беременностью и родами, является уникальной разновидностью классического посттравматического стрессового расстройства и требует дальнейшего подробного изучения данной нозологии, выработки четких диагностических критериев, проведения грамотной дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами послеродового периода, а также периода беременности. По нашему мнению, необходимо привлекать специалистов разных профилей для более детального изучения посттравматического стрессового расстройства, ассоциированного с беременностью и родами, с целью создания профилактических мероприятий, а также разработки плана маршрутизации пациентов при выявлении психопатологии в период беременности и после родов, поскольку от грамотно и своевременно

оказанной медицинской помощи зависит благополучие диады мать–ребенок, благополучие семьи и в дальнейшем благополучие будущих поколений.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нуллер Ю.Л., Циркин. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике. СПб.: Адис; 1994.
2. American Psychiatric Association Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 5th Edition DSM 5. Washington. American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Austin M.P. Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. Arch Womens Ment Health. 2010; 1(1): 41–4. DOI: 10.1007/s00737-009-0110-5.
4. Baransel E.S., Uçar T. Posttraumatic stress and affecting factors in couples after perinatal loss: A Turkish sample. Perspect Psychiatr Care. 2020; 56(1): 112–20. DOI: 10.1111/ppc.12390.
5. Beck C.T. Posttraumatic Stress Disorder After Birth: A Metaphor Analysis. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016; 41(2): 76–83. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000211.
6. Callahan J.L., Borja S.E. Psychological outcomes and measurement of maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period. J Perinat Neonatal Nurs. 2008; 22(1): 49–9. DOI: 10.1097/01.JPN.0000311875.38452.26.
7. Çankaya S., Dikmen H.A. The relationship between posttraumatic stress symptoms of maternity professionals and quality of work life, cognitive status, and traumatic perinatal experiences. Arch Psychiatr Nurs. 2020; 34(4): 251–60. DOI: 10.1016/j.apnu.2020.04.002.
8. Cirino N.H., Knapp J.M. Perinatal Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. Obstet Gynecol Surv. 2019; 74(6): 369–76. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000680.
9. Cook N., Ayers S., Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. J Affect Disord. 2018; 225(1): 18–31. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.045.
10. Daugirdaite V., van den Akker O., Purewal S. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A Systematic Review. Journal of Pregnancy. 2015: 1–14. DOI: 10.1155/2015/646345.
11. Erickson N., Julian M., Muzik M. Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother-infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. Int Rev Psychiatry. 2019; 31(3): 245–63. DOI: 10.1080/09540261.2018.1563529.
12. Fernández-Ordoñez E., González-Cano-Caballero M., Guerra-Marmolejo C. et al. Perinatal Grief and Post-Traumatic Stress Disorder in Pregnancy after Perinatal Loss: A Longitudinal Study Protocol. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(6): 1–6. DOI: 10.3390/ijerph18062874.
13. Geller P.A., Stasko E.C. Effect of Previous Posttraumatic Stress in the Perinatal Period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2017; 46(6): 912–22. DOI: 10.1016/j.jogn.2017.04.136.
14. Granner J.R., Seng J.S. Using Theories of Posttraumatic Stress to Inform Perinatal Care Clinician Responses to Trauma Reactions. J Midwifery Womens Health. 2021; 66(5): 567–78. DOI: 10.1111/jmwh.13287.
15. Grekin R., O'Hara M.W., Brock R.L. A model of risk for perinatal posttraumatic stress symptoms. Arch Womens Ment Health. 2021; 24(2): 259–70. DOI: 10.1007/s00737-020-01068-2.
16. Habersaat S., Borghini A., Nessi J. et al. Effects of perinatal stress and maternal traumatic stress on the cortisol regulation of preterm infants. J Trauma Stress. 2014; 27(4): 488–91. DOI: 10.1002/jts.21939.
17. Harrison S.E., Ayers S., Quigley M.A. et al. Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England. J Affect Disord. 2021; 279: 749–56. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.102.
18. Helle N., Barkmann C., Ehrhardt S., Bindt C. Postpartum post-traumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study. J Affect Disord. 2018; 235: 467–73. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.013.
19. Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro J., Molina-Alarcón M. et al. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. J Affect Disord. 2019; 249: 143–50. DOI: 10.1016/j.jad.2019.01.042.
20. Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro J., Molina-Alarcón M. et al. Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1-5 years following birth. Women Birth. 2020; 33(2): 129–35. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.03.008.
21. Krosch D.J., Shakespeare-Finch J. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. Psychol Trauma. 2017; 9(4): 425–33. DOI: 10.1037/tra0000183.
22. Liu C.H., Erdei C., Mittal L. Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic. Psychiatry Res. 2021; 295: 1–18. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113552.



23. Liu Y., Zhang L., Guo N., Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1): 1–11. DOI: 10.1186/s12888-021-03432-7.
24. Malin K.J., Johnson T.S., McAndrew S. et al. Infant illness severity and perinatal post-traumatic stress disorder after discharge from the neonatal intensive care unit. *Early Hum Dev*. 2020; 140: 1–18. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2019.104930.
25. Matsumoto K., Sato K., Hamatani S. et al. Cognitive behavioral therapy for postpartum panic disorder: a case series. *MC Psychol*. 2019; 7(1): 1–14. DOI: 10.1186/s40359-019-0330-z.
26. Meltzer-Brody S., Howard L.M., Bergink V. et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018; 4: 1–18. DOI: 10.1038/nrdp.2018.22.
27. Nillni Y.I., Mehralizade A., Mayer L., Milanovic S. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2018; 66: 136–48. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.004.
28. Nillni Y.I., Shayani D.R., Finley E. et al. The Impact of Posttraumatic Stress Disorder and Moral Injury on Women Veterans' Perinatal Outcomes Following Separation From Military Service. *J Trauma Stress*. 2020; 33(3): 248–56. DOI: 10.1002/jts.22509.
29. Pourmovahed Z., Yassini Ardekani S.M., Roozbeh B., Ezabad A.R. The Effect of Non-verbal Music on Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Premature Neonates. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2021; 26(2): 150–3. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_37_20.
30. Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26(4): 289–95. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006.
31. Seng J.S., Kohn-Wood L.P., McPherson M.D., Sperlich M. Disparity in posttraumatic stress disorder diagnosis among African American pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14(4): 295–306. DOI: 10.1007/s00737-011-0218-2.
32. Sheen K., Spiby H., Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(2): 578–87. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006.
33. Shivakumar G., Anderson E.H., Suris A.M. Managing posttraumatic stress disorder and major depression in women veterans during the perinatal period. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015; 24(1): 18–22. DOI: 10.1089/jwh.2013.4664.
34. Speisman B.B., Storch E.A., Abramowitz J.S. Postpartum obsessive-compulsive disorder. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011; 40(6): 680–90. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01294.x.
35. Thomas J.L., Cleveland S., Pietrzak R.H. et al. Elucidating post-traumatic stress symptom dimensions and health correlates among postpartum women. *J Affect Disord*. 2021; 294: 314–21. DOI: 10.1016/j.jad.2021.07.025.
36. Thomson M., Sharma V. Pharmacotherapeutic considerations for the treatment of posttraumatic stress disorder during and after pregnancy. *Expert Opin Pharmacother*. 2021; 22(6): 705–14. DOI: 10.1080/14656566.2020.1854727.
37. Vignato J., Connelly C.D., Bush R.A. et al. Correlates of Perinatal Post-Traumatic Stress among Culturally Diverse Women with Depressive Symptomatology. *Issues Ment Health Nurs*. 2018; 39(10): 840–9. DOI: 10.1080/01612840.2018.1488313.
38. Vignato J., Georges J.M., Bush R.A., Connelly C.D. Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *J Clin Nurs*. 2017; 26(23–24): 3859–68. DOI: 10.1111/jocn.13800.
39. Yildiz P.D., Ayers S., Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017; 208: 634–45. DOI: 10.1016/j.jad.2016.10.009.
40. Zhang D., Zhang J., Gan Q. et al. Validating the Psychometric Characteristics of the Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) in a Chinese Context. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018; 32(1): 57–61. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.09.016.

REFERENCES

1. Nuller Yu.L., Tsirkin. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney 10-go peresmotra. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Klinicheskoye opisanie i ukazaniya po diagnostike. [International Classification of Diseases, 10th revision. Classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guidelines]. Sankt-Peterburg: Adis Publ.; 1994. (in Russian).
2. American Psychiatric Association Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 5th Edition DSM 5. Washington. American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Austin M.P. Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. *Arch Womens Ment Health*. 2010; 1(1): 41–4. DOI: 10.1007/s00737-009-0110-5.
4. Baransel E.S., Uçar T. Posttraumatic stress and affecting factors in couples after perinatal loss: A Turkish sample. *Perspect Psychiatr Care*. 2020; 56(1): 112–20. DOI: 10.1111/ppc.12390.
5. Beck C.T. Posttraumatic Stress Disorder After Birth: A Metaphor Analysis. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2016; 41(2): 76–83. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000211.
6. Callahan J.L., Borja S.E. Psychological outcomes and measurement of maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008; 22(1): 49–9. DOI: 10.1097/01.JPN.0000311875.38452.26.
7. Çankaya S., Dikmen H.A. The relationship between posttraumatic stress symptoms of maternity professionals and quality of work life, cognitive status, and traumatic perinatal experiences. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020; 34(4): 251–60. DOI: 10.1016/j.apnu.2020.04.002.
8. Cirino N.H., Knapp J.M. Perinatal Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. *Obstet Gynecol Surv*. 2019; 74(6): 369–76. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000680.
9. Cook N., Ayers S., Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018; 225(1): 18–31. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.045.
10. Daugirdaitė V., van den Akker O., Purewal S. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A Systematic Review. *Journal of Pregnancy*. 2015: 1–14. DOI: 10.1155/2015/646345.
11. Erickson N., Julian M., Muzik M. Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother-infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *Int Rev Psychiatry*. 2019; 31(3): 245–63. DOI: 10.1080/09540261.2018.1563529.

12. Fernández-Ordoñez E., González-Cano-Caballero M., Guerra-Marmolejo C. et al. Perinatal Grief and Post-Traumatic Stress Disorder in Pregnancy after Perinatal Loss: A Longitudinal Study Protocol. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(6): 1–6. DOI: 10.3390/ijerph18062874.
13. Geller P.A., Stasko E.C. Effect of Previous Posttraumatic Stress in the Perinatal Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017; 46(6): 912–22. DOI: 10.1016/j.jogn.2017.04.136.
14. Granner J.R., Seng J.S. Using Theories of Posttraumatic Stress to Inform Perinatal Care Clinician Responses to Trauma Reactions. *J Midwifery Womens Health*. 2021; 66(5): 567–78. DOI: 10.1111/jmwh.13287.
15. Grekin R., O'Hara M.W., Brock R.L. A model of risk for perinatal posttraumatic stress symptoms. *Arch Womens Ment Health*. 2021; 24(2): 259–70. DOI: 10.1007/s00737-020-01068-2.
16. Habersaat S., Borghini A., Nessi J. et al. Effects of perinatal stress and maternal traumatic stress on the cortisol regulation of preterm infants. *J Trauma Stress*. 2014; 27(4): 488–91. DOI: 10.1002/jts.21939.
17. Harrison S.E., Ayers S., Quigley M.A. et al. Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England. *J Affect Disord*. 2021; 279: 749–56. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.102.
18. Helle N., Barkmann C., Ehrhardt S., Bindt C. Postpartum posttraumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study. *J Affect Disord*. 2018; 235: 467–73. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.013.
19. Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro J., Molina-Alarcón M. et al. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord*. 2019; 249: 143–50. DOI: 10.1016/j.jad.2019.01.042.
20. Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro J., Molina-Alarcón M. et al. Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1-5 years following birth. *Women Birth*. 2020; 33(2): 129–35. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.03.008.
21. Krosch D.J., Shakespeare-Finch J. Grief, traumatic stress, and post-traumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychol Trauma*. 2017; 9(4): 425–33. DOI: 10.1037/tra0000183.
22. Liu C.H., Erdei C., Mittal L. Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Res*. 2021; 295: 1–18. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113552.
23. Liu Y., Zhang L., Guo N., Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1): 1–11. DOI: 10.1186/s12888-021-03432-7.
24. Malin K.J., Johnson T.S., McAndrew S. et al. Infant illness severity and perinatal post-traumatic stress disorder after discharge from the neonatal intensive care unit. *Early Hum Dev*. 2020; 140: 1–18. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2019.104930.
25. Matsumoto K., Sato K., Hamatani S. et al. Cognitive behavioral therapy for postpartum panic disorder: a case series. *MC Psychol*. 2019; 7(1): 1–14. DOI: 10.1186/s40359-019-0330-z.
26. Meltzer-Brody S., Howard L.M., Bergink V. et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018; 4: 1–18. DOI: 10.1038/nrdp.2018.22.
27. Nillni Y.I., Mehralizade A., Mayer L., Milanovic S. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2018; 66: 136–48. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.004.
28. Nillni Y.I., Shayani D.R., Finley E. et al. The Impact of Posttraumatic Stress Disorder and Moral Injury on Women Veterans' Perinatal Outcomes Following Separation From Military Service. *J Trauma Stress*. 2020; 33(3): 248–56. DOI: 10.1002/jts.22509.
29. Pourmovahed Z., Yassini Ardekani S.M., Roozbeh B., Ezabad A.R. The Effect of Non-verbal Music on Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Premature Neonates. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2021; 26(2): 150–3. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_37_20.
30. Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26(4): 289–95. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006.
31. Seng J.S., Kohn-Wood L.P., McPherson M.D., Sperlich M. Disparity in posttraumatic stress disorder diagnosis among African American pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14(4): 295–306. DOI: 10.1007/s00737-011-0218-2.
32. Sheen K., Spiby H., Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(2): 578–87. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006.
33. Shivakumar G., Anderson E.H., Surís A.M. Managing posttraumatic stress disorder and major depression in women veterans during the perinatal period. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015; 24(1): 18–22. DOI: 10.1089/jwh.2013.4664.
34. Speisman B.B., Storch E.A., Abramowitz J.S. Postpartum obsessive-compulsive disorder. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011; 40(6): 680–90. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01294.x.
35. Thomas J.L., Cleveland S., Pietrzak R.H. et al. Elucidating posttraumatic stress symptom dimensions and health correlates among postpartum women. *J Affect Disord*. 2021; 294: 314–21. DOI: 10.1016/j.jad.2021.07.025.
36. Thomson M., Sharma V. Pharmacotherapeutic considerations for the treatment of posttraumatic stress disorder during and after pregnancy. *Expert Opin Pharmacother*. 2021; 22(6): 705–14. DOI: 10.1080/14656566.2020.1854727.
37. Vignato J., Connelly C.D., Bush R.A. et al. Correlates of Perinatal Post-Traumatic Stress among Culturally Diverse Women with Depressive Symptomatology. *Issues Ment Health Nurs*. 2018; 39(10): 840–9. DOI: 10.1080/01612840.2018.1488313.
38. Vignato J., Georges J.M., Bush R.A., Connelly C.D. Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *J Clin Nurs*. 2017; 26(23–24): 3859–68. DOI: 10.1111/jocn.13800.
39. Yildiz P.D., Ayers S., Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017; 208: 634–45. DOI: 10.1016/j.jad.2016.10.009.
40. Zhang D., Zhang J., Gan Q. et al. Validating the Psychometric Characteristics of the Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) in a Chinese Context. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018; 32(1): 57–61. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.09.016.

