**Содержание**

Введение

1. Общая характеристика послеродовых психозов

2. Причины послеродовых психозов

3. Решение проблемы послеродовых психозов

Заключение

Литература

**Введение**

В психиатрии рассматривается один вариант послеродовой депрессии (или уже, если быть совсем точными - послеродового психоза), имеющий интоксикационно-инфекционную природу. После родов внутренняя поверхность матки вся представляет собой открытую рану, и очень высока вероятность занесения туда инфекции, что вызывает так называемый подострый сепсис (в большинстве случаев не смертельный, хотя бывают и тяжелые случаи, называемые ранее родильной горячкой). Но всегда эта ситуация весьма проблемная, потому что наличие инфекции в крови женщины приводит к выработке токсинов (и даже процесс борьбы организма с этой инфекцией тоже нередко провоцирует их выработку). Токсины отравляют головной мозг (аналогично тому же алкогольному воздействию), и в результате нарушается состояние психики (в более тяжелых случаях у женщины вообще могут быть галлюцинации).

Но гораздо чаще после родов если и происходит инфицирование матки, то весьма незначительное (особенно в современных условиях). И напряженность женщины после родов частенько бывает вызвана другой причиной - резкой гормональной перестройкой организма "на старый лад", причем буквально в считанные часы после родов. И такие резкие внутренние изменения вполне могут спровоцировать неуравновешенность и нервозность. Кстати, аналогично "портится характер" и во время климакса (как мужского, так и женского), а уж более известный пример - это пресловутый "переходный", или "трудный", возраст подростков. В любом случае, одной из причин изменения характера не к лучшему становятся гормональные изменения в организме. А как раз после родов они идут наиболее выражено и быстро.

Но еще одна составляющая, о которой не стоит забывать - это, собственно, клубок тех социально-психологических проблем, которые испытывает женщина в семье. Ведь, строго говоря, гормональная перестройка после родов происходит у всех женщин. А вот стопроцентного явления послеродовой депрессии и послеродового психоза не наблюдается - если и меняется настроение, то у всех в разной степени. Посему психологические трудности женщины - и есть тот самый главный штрих, который, собственно, и формирует возникновение депрессии после родов в разных ее видах.

Цель работы - определить сущность послеродовых психозов.

1. **Общая характеристика послеродовых психозов**

До сих пор послеродовая депрессия, официально не признанная как клиническая единица, рассматривается в специальной литературе вместе с психическими расстройствами пуэрперального периода, поэтому длительное время ее относили либо к послеродовому унынию, либо к послеродовому психозу. Один из типичных признаков послеродовой депрессии — полное нежелание матерей обращаться за помощью. Это можно объяснить глубоким чувством виновности, которое они испытывают, сталкиваясь с трудностями. Ученые прекрасно описывают переживания женщин, страдающих депрессией и испытывающих не известное им ранее огромное беспокойство: оно буквально сваливается на голову молодой матери, парализует ее, вызывает медлительность и чувство непосильной тяжести, заставляет ее избегать каких бы то ни было социальных контактов и сосредоточиться на ребенке или порой, наоборот, просто отказаться от него.

По мнению ученных, образовавшийся порочный круг в отношениях мать -ребенок — один из факторов, способствующих хроническому течению депрессии у матери, которое усиливает неблагоприятное влияние на развитие ребенка.

Схематически можно выделить две группы матерей: • у первых либо были конфликтные отношения с собственной матерью, либо они ощутили на себе недостаток материнских чувств. Им трудно принять некоторые аспекты сексуальности и материнства; • вторым трудно избавляться от неприятных переживаний, либо они считают, что не способны контролировать жизненные события; часто у таких женщин в анамнезе перенесенная депрессия.

Событие, которым является рождение ребенка, как и любая другая стрессовая ситуация, повышает риск развития депрессии.

В традиционных обществах молодая мать и ее ребенок являются объектом постоянного внимания и систематической заботы, чаще всего со стороны бабушки или пожилых женщин, тогда как в западном обществе период медицинской помощи и наблюдения ограничен 45 днями пребывания в родильном отделении. Таким образом, в рамках ритуала перехода практически упразднена функция интроекции, утверждения нового статуса, которая превращает женщину без ребенка в мать. Отсутствие статуса, точки отсчета, структуры провоцирует развитие депрессии, вызывая чрезмерные ожидания, снижая самооценку у молодых матерей, уменьшая социальную поддержку, которой они пользовались.

Многие матери ожидают, что «материнская любовь», которой они будут охвачены после родов, решит проблемы адаптации к ребенку, тогда как процесс образования этой связи зависит от длительного (несколько месяцев) взаимного научения. У матерей появляется разочарование, которое может вызвать чувство виновности, составляющее основу депрессии. Кроме того, некоторые матери считают, что за ребенка отвечают только они. Ежедневные заботы требуют от них физических и душевных сил и вызывают чувство беспомощности, усиливающееся изолированностью.

Мы считаем, что основным диагностическим критерием, характеризующим появление послеродовой депрессии, является отсутствие интереса или удовольствия (ангедония), которые должны были бы возникать в процессе повседневных занятий, во время развлечений, в сексуальных отношениях.

1. **Причины послеродовых психозов**

Наблюдение показывает, что матери, страдающие послеродовой депрессией, подвержены повышенному риску развития депрессивного расстройства. Соматические симптомы послеродовой депрессии ослабевают, зато постепенно развиваются признаки нарушения когнитивных функций. Такая симптоматика стабильна в течение длительного периода. Методы множественного регрессионного анализа позволили определить факторы (демографические, уязвимость, стресс), которые способствуют развитию послеродовой депрессии. К ним относятся депрессия в анамнезе, количество баллов по «Шкале для оценки депрессии Beck» во второй половине беременности, психотравмирующие события и осложнения во время родов.

Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что послеродовая депрессия повышает риск возникновения депрессии в будущем, поэтому она может быть маркером общей подверженности депрессии.

Было установлено у женщин наличие связи между депрессией, перенесенной в прошлом, депрессией во время беременности, послеродовой хандрой, алкоголизмом, депрессией в настоящее время и депрессией у их матерей. Показана связь между послеродовой депрессией, количеством депрессивных эпизодов в прошлом и низкими показателями как по «Шкале адаптации диады» (Dyadic Adjustement Scale), так и по «Шкале оценки жизненных событий» (Pilkonis Life Event Scale).

Вместе с тем он не выявил у матерей взаимосвязи между гормональными факторами и послеродовой депрессией; кроме того, как это ни странно, у женщин, отец или мать которых умерли, через 9 недель после родов психопатологическая симптоматика была выражена гораздо слабее. По мнению О'Нага, полученные им данные указывают на то, что психопатологическая симптоматика в анамнезе повышает риск развития послеродовой депрессии. Одна из гипотез, подтверждающих эти исследования, основывается на том, что материнство — стрессовое событие, повышающее риск развития депрессии.

Таким образом, если послеродовой период сам по себе не является тем событием, которое провоцирует развитие депрессии после родов, то совокупность различных психотравмирующих факторов (как связанных с материнством, так и не связанных) повышает риск возникновения послеродовой депрессии.

Вместе с тем между депрессией, возникающей в какой либо период жизни женщины, и депрессией, совпадающей с периодом материнства, существенного различия нет, как нет и высокого показателя возникновения депрессии после родов. Однако Troutman и Cutrona обнаружили более высокую распространенность послеродовой депрессии у матерей -подростков в возрасте от 14 до 18 лет по сравнению с подростками такого же возраста, но не имеющими детей [89].

Прогностические факторы периода беременности, позволяющие предсказать развитие послеродовой депрессии

По мнению О'Нага и его коллег, к прогностическим факторам развития послеродовой депрессии относятся низкий социально-экономический статус, перенесенная в прошлом депрессия или депрессия у кого либо из членов семьи, алкоголизм, слабая поддержка со стороны семьи и тяжелое течение беременности. Эти факторы являются причиной снижения самооценки. В другой модели прогнозирования развития симптомов послеродовой депрессии выделены четыре фактора, которые влияют непосредственно, а именно: степень тяжести депрессии во время беременности; низкий социально экономический статус; отрицательные жизненные события; предшествующие эпизоды аффективных расстройств.

David и Borgeat показали, что на четвертом месяце беременности те женщины, которые будут находиться в подавленном состоянии через 711 месяцев, медленнее идентифицируют пять стимулов, имеющих отношение к беременности, сексуальности или родительскому образу. По данным Saucier и его коллег, наиболее значимыми прогностическими факторами невротической послеродовой депрессии являются сложности восприятия воображаемого ребенка (надежный, неуверенный и трудный). Итак, эти авторы предлагают многомерную прогностическую модель, включающую демографические характеристики, психиатрические аспекты, психопатологическую симптоматику, биографические данные и экологические факторы.

Учитывая то, что в большинстве случаев послеродовую депрессию не выявляют и не лечат, и то, что женщины во время материнства постоянно контактируют со специалистами, послеродовой период дает более благоприятные возможности для выявления и лечения этого заболевания. Послеродовая депрессия мало отличается от невротической депрессии, хотя сверх представлены такие симптомы, как усталость и раздражительность. Но важно точно диагностировать послеродовую депрессию; она действительно связана с рождением ребенка и мешает процессу его воспитания.

Огромную роль играют социальные, психологические, межличностные и биологические факторы. Меняющиеся отношения между супругами и уязвимая личность — психосоциальные факторы, которые встречаются чаще всего. Акцентируется внимание на связи между обсессивным типом личности и эндогенной депрессией.

В «Международной шкале оценки сенситивности» (International Sensitivity Measurement) выделяется пять основных особенностей личности: боязнь отношений; желание постоянно получать одобрение своих действий; страх разлуки. Если послеродовая депрессия не диагностируется и соответственно не лечится, она может приобрести хроническое течение, при этом у матери резко снижается самооценка. В таком случае ее охватывает стойкое чувство беспомощности и отчаяния.

Факторы, предрасполагающие к возникновению депрессии у матери, таковы: возраст старше 40 лет, принадлежность к этническим группам африканского происхождения, отсутствие профессионального образования, недостаточная активность супруга, полное прекращение работы перед родами, раннее прекращение работы в первом или втором триместре беременности, временное прекращение работы после выхода из непродолжительного отпуска по уходу за ребенком. Была установлена достоверная связь между разлукой матери с ребенком сразу же после родов по медицинским показаниям (вследствие несколько сниженного показателя APGAR) и развитием депрессии через три месяца после родов. Кроме того, матери, страдающие депрессией, считают своих детей слишком требовательными.

У женщин с низким социально экономическим статусом материнство, по -видимому, является тем событием, которое часто сопровождается депрессией. Приблизительно у трети матерей с низким уровнем доходов, не испытывающих очевидных трудностей с детьми, и у двух третей имеющих проблемы с детьми, наблюдаются выраженные симптомы депрессии.

1. **Решение проблемы послеродовых психозов**

Материнская депрессия оказывает большее влияние на развитие ребенка в первые месяцы его жизни, чем в любом другом возрасте. Исходя из этого, можно считать, что существует инициальный период восприимчивости, когда ребенок чувствителен к нарушению различных типов регуляторного поведения. Поэтому нам было интересно применить раннее вмешательство, чтобы повлиять на взаимодействие в диаде, начиная с первых месяцев жизни ребенка.

На основании опыта, полученного в Великобритании, выделили три группы:

• первые нуждались только в поддержке и психологическом консультировании, предполагающем выслушивание того, о чем они хотят рассказать; эту помощь можно оказывать на дому. Наше вмешательство было направлено преимущественно на эту группу женщин,

• вторые нуждались в большем участии врача и назначении антидепрессантов в необходимой дозе и в течение достаточно продолжительного времени, учитывая то, что послеродовая депрессия плохо поддается лечению антидепрессантами,

• в третью группу входят женщины с наиболее тяжелыми формами депрессии, нуждающиеся в специализированной психиатрической помощи.

После проведенного лечения (психологическое консультирование и когнитивнобихевиоральная терапия) у 77% матерей, страдающих депрессией, через пять месяцев после родов психопатологическая симптоматика заметно редуцировалась, а 40% женщин выздоровели спонтанно.

При изучении трех групп матерей, страдающих депрессией и имеющих детей в возрасте от 8 до 18 недель. Одна группа (контрольная) матерей, страдающих депрессией, лечение не получала. В каждой группе соответственно применялись следующие методы терапии: • недирективное психологическое консультирование; • когнитивнобихевиоральная терапия, направленная на отношения с ребенком; • краткосрочная динамическая психотерапия.

Из всех методов лечения женщины предпочли когнитивную терапию.

В результате лечебного вмешательства ремиссия наступала в среднем через 4,5 месяца после рождения ребенка, тогда как такой же результат в контрольной группе (матери, страдавшие депрессией, но не получавшие лечения) был отмечен только через 18 месяцев. Однако и по истечении 18 месяцев лечебные вмешательства не оказали особого влияния ни на качество взаимодействия матери и ребенка, ни на развитие когнитивных функций и особенности привязанности ребенка.

О'Нага рекомендует отдавать предпочтение интерперсональной, а не когнитивной терапии, поскольку он придает исключительно важное значение контексту межличностных отношений. Вероятно, последние — основная надежда при депрессии у матери, имеющей ребенка. Курс интерперсональной терапии состоит из 1220 сеансов, в основном они ориентированы на исполнение родительской роли и на решение супружеских конфликтов. По данным О'Нага, этот метод психотерапии приводит к редуцированию симптомов депрессии у матерей. Обзор исследований, нацеленный на анализ эффективности различных профилактических мер, принимаемых среди маленьких детей, показывает, что раннее вмешательство в функционирование семьи результативно, а если в ходе вмешательства в течение трех месяцев происходит, по меньшей мере, 11 встреч, то можно получить более длительный и стойкий эффект.

**Заключение**

В послеродовом периоде, по мнению матери ребенка, ее муж — не женщина, ее мать — недостаточно большой специалист, а специалист — недостаточно заботлив.

Отличительной особенностью женской филиации является возврат фундаментальной амбивалентности. Когда мать не может реализовать свои конкретные ожидания, связанные с материнством. Но до тех пор, пока мать продолжает соотносить себя с идеалом, она постоянно разочаровывается. Степень ее разочарования напрямую зависит от сформировавшихся представлений нашего общества о роли матери.

D. Brim говорит о неразрывной связи с матерью в ходе лечения. Психоаналитик может подробно рассмотреть эпизод, в котором «матери — всего лишь схемы, колеблющиеся формы... Время мучительного ожидания — это и время невыразимой тревоги и тоски, которая означает разрыв связи со своею матерью».

Психическая деятельность новых родителей состоит в обратной аналогии (зеркальной) процесса скорби. Именно во время этого процесса субъект должен избавиться от прежних ролей, тогда как после рождения ребенка он должен создать новые.

Послеродовая депрессия может возникнуть тогда, когда у матери блокирован процесс познания ребенка вследствие повторяющихся конфликтных репрезентаций, которые актуализируют прежние конфликты, поддерживающиеся неспособностью навсегда расстаться с подсознательными значимыми детскими образами. Kristeva так ставит вопрос: «Женская меланхолия возникает вновь и вновь не оттого ли, а может даже и благодаря тому, что она не может встретить — удовлетворить — другую женщину?».

Но исчезнет ли эта меланхолия после встречи с другой женщиной, как только эту другую женщину можно будет представить как любимую спутницу. Послеродовой период — это момент рождения матери.

**Список литературы**

1. Быстровский В.Ф. Предмет и принципы семейной медицины. // Русский врач. - 2003. - №3.

2. Вильсон Д.Т. Поведенческая терапия. //Журн. практической психологии и психоанализа. - 2000. - № 3. - С. 1 - 41.

3. Общепрактическая и семейная медицина. /Под ред. М.Кохен. - Минск, 2006.

4. Кича Д. И. Здоровье и потребность семьи в медико-социальной помощи. - М.: Логос, 2001.

5. http://www.naritsyn.ru