DOI: https://doi.org/10.17816/JOWD705480 EDN: DHECPU

Отношение к ребёнку и психическое здоровье женщины во время беременности и после родов как факторы послеродовой депрессии

М.Е. Блох[1,2], С.С. Савенышева[1], В.О. Аникина[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия;
[2] Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Распространённость послеродовых депрессивных переживаний и их негативное влияние на взаимодействие в диаде, состояние матери и ребёнка как в краткосрочной, так и в долговременной перспективе диктует необходимость изучения пре- и постнатальных факторов, оказывающих влияние на развитие послеродовой депрессии.
Цель исследования. Изучить характеристики психического здоровья женщины и её отношение к ребёнку во время беременности и после родов как предикторы послеродовых депрессивных переживаний.
Методы. В лонгитюдном исследовании приняли участие 430 беременных женщин, из них 105 — через 4–8 мес. после рождения ребёнка. Использовались шкала психологического функционирования Т. Ахенбаха ASEBA, тест отношений беременной, тест отношений матери, шкалы оценки пренатального и постнатального отношения к ребёнку, социально-демографическая анкета.
Результаты. 18,1% беременных имеют признаки депрессивных расстройств (в зоне риска — 11,3%, на уровне клинических проявлений — 6,8%). Выраженность депрессии выше у женщин в незарегистрированном браке (p=0,026), при незапланированной беременности (p=0,000), у женщин, которые сами воспитывались в неполной семье (p=0,013). В постнатальном периоде 15,4% женщин находятся в зоне риска и у 3,9% выявлен клинический уровень депрессивного расстройства. Регрессионный анализ показал значимое сочетанное влияние (R^2=0,426) депрессивного расстройства (β=0,419, p <0,01) и расстройств избегания (β=0,337, p <0,05) в период беременности на выраженность депрессивных переживаний матери в первый год жизни ребёнка. В постнатальном периоде предикторами депрессии выступают синдром замкнутости (R^2=0,54; β=0,735, p <0,001), депрессивный тип отношения к материнству и ребёнку (β=0,413, p <0,001) и показатель качества постнатальной привязанности (β=–0,320, p <0,01).
Заключение. Распространённость послеродовой депрессии, выявленные пре- и постнатальные предикторы послеродовых депрессивных расстройств подтверждают важность совместного наблюдения врачами и психологами женщин с момента беременности, значимость формирования круга социальной поддержки, позитивного отношения к материнству и ребёнку.

Ключевые слова: беременность; послеродовой период; послеродовая депрессия; психическое здоровье; отношение к ребёнку.

Как цитировать
Блох М.Е., Савенышева С.С., Аникина В.О. Отношение к ребёнку и психическое здоровье женщины во время беременности и после родов как факторы послеродовой депрессии // Журнал акушерства и женских болезней. 2026. Т. 75, № 2. С. 22–30. DOI: 10.17816/JOWD705480 EDN: DHECPU

Рукопись получена: 05.04.2026 **Рукопись одобрена:** 22.04.2026 **Опубликована online:** 30.04.2026

ЭКО • ВЕКТОР
Статья доступна по лицензии CC BY-NC-ND 4.0 International
© Эко-Вектор, 2026

DOI: https://doi.org/10.17816/JOWD705480 EDN: DHECPU

Maternal Attitude and Mental Health During Pregnancy and After Childbirth as Factors of Postpartum Depression

Mariya E. Blokh[1,2], Svetlana S. Savenysheva[1], Varvara O. Anikina[1]

[1] St. Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;
[2] The Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology named after D.O. Ott, Saint Petersburg, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: The prevalence of postpartum depressive experiences and their negative impact on mother–child dyad interactions in the short and long term necessitates an examination of pre- and postnatal factors of postpartum depression.
AIM: The aim of this study was to examine maternal mental health characteristics and attitudes toward the child during pregnancy and after childbirth as predictors of postpartum depressive experiences.
METHODS: This longitudinal study included 430 pregnant women, 105 of whom were interviewed 4–8 months after childbirth. The following instruments were used: the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA); the Pregnant Women's Attitude Test; the Maternal Attitude Test; the Maternal Antenatal and Postnatal Attachment Scales; and the socio-demographic questionnaire.
RESULTS: 18.1% of pregnant women showed signs of depressive disorders (11.3% were at risk, 6.8% had clinical manifestations). The severity of depression was higher in women in unregistered marriages ($p = 0.026$), in cases of unplanned pregnancy ($p = 0.000$), and in women who had been raised in a single-parent family ($p = 0.013$). In the postnatal period, 15.4% of women were at risk, and 3.9% had a clinical level of depressive disorder. Regression analysis revealed a significant combined effect ($R^2 = 0.426$) of depressive disorder ($\beta = 0.419$, $p < 0.01$) and avoidance disorders ($\beta = 0.337$, $p < 0.05$) during pregnancy on the severity of maternal depressive experiences in the first year of the child's life. In the postnatal period, depression was predicted by withdrawal syndrome ($R^2 = 0.54$; $\beta = 0.735$, $p < 0.001$), depressive attitudes towards motherhood and child ($\beta = 0.413$, $p < 0.001$), and the quality of postnatal attachment ($\beta = -0.320$, $p < 0.01$).
CONCLUSION: The prevalence and identified pre- and postnatal predictors of postpartum depressive disorders confirm the importance of joint monitoring of women by physicians and psychologists from the very moment of pregnancy, the significance of developing a social support network, and a positive attitude towards motherhood and child.

Keywords: pregnancy; postpartum period; postpartum depression; mental health; attitudes towards the child.

To cite this article
Blokh ME, Savenysheva SS, Anikina VO. Maternal Attitude and Mental Health During Pregnancy and After Childbirth as Factors of Postpartum Depression. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases.* 2026;75(2):22–30. DOI: 10.17816/JOWD705480 EDN: DHECPU

Submitted: 05.04.2026 **Accepted:** 22.04.2026 **Published online:** 30.04.2026

ECO • VECTOR
The article can be used under the CC BY-NC-ND 4.0 license
© Eco-Vector, 2026

ОБОСНОВАНИЕ

Беременность и первые годы материнства являются не только крайне важными для психического и физического здоровья самой женщины и её ребёнка, но и потенциально травматичными критическими периодами, характеризующимися значительными изменениями в жизни женщины, ставшей матерью. Особое внимание специалисты уделяют послеродовой депрессии (ПД), что связано с её высокой распространённостью и негативными последствиями для матери и ребёнка. Мировая распространённость послеродовых депрессивных расстройств составляет около 20% [1], метаанализ 565 исследований по 80 странам указывает на 17,22%, при этом существуют значительные различия между регионами, достигая 40% в развивающихся странах [2, 3]. В Российской Федерации распространённость ПД достигает 30% [1, 4], а по данным метаанализа, включившего 51 отечественную работу за последние 5 лет (с 2020 по 2024 г.) с общим числом участниц 12 800, — 43,50% [5]. Наличие депрессивной симптоматики в период беременности и после родов напрямую связано с риском самоповреждающего и суицидального поведения женщины, в том числе расширенного суицида [6], а длительность симптоматики у матери до двух- и даже трёхлетнего возраста её ребёнка ещё больше усугубляет этот риск [7].

Аффективные расстройства женщины в перинатальном периоде развития её ребёнка напрямую связаны с наличием проблем в эмоциональном, когнитивном, социальном развитии ребёнка как в краткосрочной, так и в долговременной перспективе. Так, результаты лонгитюдных исследований продемонстрировали, что именно симптомы материнской депрессии с младенчества до 3 лет предсказывали повышенную детскую тревожность в 5 лет, увеличивали риск её возникновения при стрессовых событиях в раннем возрасте [8], приводили к нарушению регуляторных функций ребёнка [4, 9].

При всей значимости исследований, посвящённых ПД, её патогенез до сих пор остаётся до конца не ясен. Изучение факторов, участвующих в возникновении и развитии данного заболевания, рассматривает биологические и социально-психологические аспекты. К биологическим относят наследственную предрасположенность, в том числе связанную с полиморфизмом гена рецептора окситоцина [10]; наличие психических заболеваний как в собственном, так и в семейном анамнезе женщины [11]; отягощённый акушерско-гинекологический анамнез, включающий анемию во время беременности и после родов [12]; дефицит витамина D [13], селена [14]; нарушения сна в виде бессонницы [15]; эндокринные заболевания щитовидной железы (гипо- и гипертиреоз, аутоиммунный тиреоидит), дебютирующие или обострившиеся во время беременности [16, 17]. Также выявлено, что к ПД предрасположены женщины с выраженным предменструальным синдромом [18], синдромом поликистозных яичников [19, 20], наличием преэклампсии [21], в том числе в связи с негативными последствиями для беременности и ребёнка (плацентарной недостаточностью, преждевременными родами, мертворождением, задержкой роста плода), остро переживаемыми матерью. Установлена двунаправленная связь гестационного сахарного диабета и депрессивного состояния женщин во время и после родов: например, в исследовании C. Atuhaire и соавт. у матерей с ПД сахарный диабет встречался в 28% случаев, а у женщин без ПД — только в 13,6% [22]. Характер родовспоможения также влияет на аффективное состояние женщины в послеродовом периоде: так, женщины, родившие путём кесарева сечения, чаще испытывают депрессивные и тревожные симптомы [23–25]; агрессивное ведение родов (стимуляция схваток, вскрытие плодных оболочек, эпизиотомия без показаний), некорректные и грубые высказывания медицинского персонала, игнорирование жалоб пациенток повышают риск развития ПД [26–28]. К социально-психологическим предикторам психических нарушений в послеродовом периоде в первую очередь относят отсутствие или недостаточность социальной поддержки: проблемы в семье, конфликтность отношений, недостаточную вовлечённость партнёра в помощь женщине по уходу за ребёнком. Так, в исследовании с участием 2579 женщин выявлено, что риск развития ПД выше у женщин, не имеющих партнёра, переживающих развод или находящихся в гражданском браке [23]. Среди других факторов авторы также выделяют отсутствие грудного вскармливания [29], незапланированную беременность, которая часто связана с мыслями об аборте, употреблением сигарет и/или алкоголя, психическими расстройствами, включая депрессию во время беременности и после неё [30, 31], доступность медицинского обслуживания, наличие и продолжительность отпуска по уходу за ребёнком, финансовую стабильность, уровень образования матери [32].

Таким образом, данные современной литературы демонстрируют многофакторность этиологии депрессивных расстройств в послеродовом периоде, однако исследований, посвящённых изучению отношения матери к своему ребёнку, беременности и материнству в контексте возможного влияния на возникновение и развитие ПД, практически нет. Имеются научные данные, свидетельствующие, что позитивное отношение матери к ребёнку может являться протективным фактором, улучшающим эмоциональное состояние женщин в период беременности [33]. Необходимы исследования, которые изучают несколько переменных в лонгитюде для определения наиболее существенных и специфичных факторов риска депрессивных расстройств матери после рождения ребёнка. Текущее исследование направлено на изучение пре- и постнатальных характеристик психического здоровья матери и отношения к ребёнку как предикторов её послеродового депрессивного состояния в лонгитюдном дизайне исследования. Такие исследования могут стать основой разработки целевых подходов к ранней идентификации

и вмешательству для лечения и профилактики аффективных расстройств женщины уже с периода беременности и до раннего возраста её ребёнка, что напрямую будет оказывать влияние не только на состояние женщины, но и на качество её взаимодействия с младенцем и, следовательно, на психическое здоровье ребёнка.

Цель исследования

Изучить характеристики психического здоровья женщины и её отношение к ребёнку во время беременности и после родов как предикторы послеродовых депрессивных переживаний.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено проспективное исследование респондентов в двух временны́х измерениях: на первом этапе в нём приняли участие 430 беременных женщин на сроке 8–39 нед., у которых среднее (*M*) составило 30,6 нед., стандартное отклонение (SD) — 7 нед., в возрасте 18–46 лет, *M* (SD) — 31 (5) лет, на втором этапе — 105 женщин из этих же участниц через 4–8 мес. после рождения ребёнка.

Условия проведения исследования

Набор участников исследования проводился на базах женских консультаций Санкт-Петербурга с мая 2022 г. по декабрь 2024 г. Участницы заполняли онлайн-формы опросников дважды: на первом этапе в период беременности и на втором — через 4–8 мес. после рождения ребёнка.

Критерии соответствия (отбора)

Критериями включения считались совершеннолетний возраст, наличие беременности, желание сохранить ребёнка в семье, подписанное информированное согласие.

Целевые показатели исследования

На первом этапе (беременность) для оценки психического здоровья, эмоционального состояния женщины, адаптивного и неадаптивного поведения в зонах нормального функционирования, риска или клинических значений применялись шкала психологического функционирования Т. Ахенбаха ASEBA (Achenbach, Rescorla, 2003; русскоязычная версия предоставлена правообладателем Е.Р. Слабодской) [34]; для изучения отношения к беременности и ребёнку — тест отношений беременной, выделяющий оптимальный, эйфорический, тревожный, гипогестогнозический, депрессивный типы психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) [35], и шкала оценки пренатального отношения к ребёнку Дж. Кондона (Maternal Antenatal Attachment Scale, MAAS) в адаптации С.С. Савенышевой и соавт., оценивающая уровень, качество и интенсивность пренатальной привязанности беременной женщины к ребёнку [36]. Для сбора социально-демографических данных (возраст, семейное положение, образование, запланированность беременности, особенности протекания беременности) использовалась соответствующая анкета. На этапе после рождения ребёнка для этих же респондентов были использованы шкала психологического функционирования Т. Ахенбаха для оценки психического здоровья [34]; тест отношений матери, выделяющий оптимальное, эйфорическое, тревожное, игнорирующее, депрессивное материнское отношение, для изучения отношения к материнству и ребёнку [37]; шкала оценки постнатального отношения к ребёнку Дж. Кондона (Maternal Postnatal Attachment Scale, MPAS) в адаптации С.С. Савенышевой и соавт. [37], включающая показатели эмоциональной близости, удовольствия от взаимодействия с ребёнком и отсутствия враждебности. Дополнительно учитывалась субъективная оценка родов матерью.

Статистические процедуры

Запланированный размер выборки

Размер выборки предварительно не рассчитывали.

Статистические методы

Статистическая обработка данных произведена с использованием программного обеспечения SPSS Statistica 23 (IBM 6, США). Для проверки распределения количественных показателей на нормальность проведён анализ асимметрии и эксцесса данных. Для изучения взаимосвязей между показателями применялся корреляционный анализ (по Спирмену), для выявления предикторов послеродового депрессивного состояния — регрессионный анализ. В регрессионном анализе в качестве зависимой переменной использовался параметр уровня ПД, а в качестве предикторов (независимой переменной) — показатели отношения к беременности и ребёнку и психического здоровья женщин в период беременности, а также показатели отношения к ребёнку и психического здоровья женщин в послеродовом периоде. В первом случае показатели отношения и психического здоровья в период беременности выбраны как независимые переменные, так как предшествовали во времени ПД. Во втором случае показатели отношения к ребёнку и психического здоровья женщин в послеродовом периоде выбраны как независимые переменные для ПД, поскольку, как показывают исследования, ПД во многом зависит от отношения к ребёнку и материнству и общего состояния психического здоровья женщины.

Для сравнительного анализа показателей уровня дородовой и послеродовой депрессии в разных группах женщин (выделенных в зависимости от типа зачатия, запланированности беременности, типа семьи, заболеваний и госпитализаций в период беременности) использовали критерий для независимых выборок (непараметрический *U*-критерий Манна–Уитни), для анализа различий значимости изменений от беременности к послеродовому

периоду — критерий для зависимых выборок (критерий Вилкоксона). Уровень значимости при проверке статистических гипотез зафиксирован на уровне p <0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Формирование выборки

Исследование проводилось лонгитюдным методом. На первом этапе в нём приняли участие 430 беременных на сроке 8–39 нед., M(SD) — 30,6 (7) нед., в возрасте 18–46 лет, M(SD) — 31 (5) лет.

Характеристики выборки

84% участниц исследования состоят в зарегистрированном браке, 94% имеют высшее образование, 63% работают в настоящий момент, 79% планировали беременность, у 84,5% беременность спонтанная, у 15,4% — с помощью экстракорпорального оплодотворения. По данным анкетирования, у 29% в анамнезе были перинатальные потери, у 40,7% — госпитализации в текущей беременности. На втором этапе из этих женщин участвовали 105 через 4–8 мес. после рождения ребёнка.

Основные результаты исследования

Изучение уровня депрессии в период беременности с помощью шкалы психологического функционирования показало, что у 18,1% беременных выявлены депрессивные расстройства, которые классифицируются в соответствии с Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) (в зоне риска — 11,3%, на уровне клинических проявлений — 6,8%). Выраженность депрессии выше у женщин в незарегистрированном браке (p=0,026), при незапланированной беременности (p=0,000), у женщин, которые сами воспитывались в неполной семье (p=0,013). Беременные, использовавшие экстракорпоральное оплодотворение, продемонстрировали более благополучное эмоциональное состояние (p=0,038) в сравнении с женщинами со спонтанной беременностью. В постнатальном периоде 15,4% женщин находятся в зоне риска и у 3,9% выявлен клинический уровень депрессивного расстройства. Анализ динамики уровня депрессии выявил её незначительное снижение после рождения ребёнка (p=0,05). Показатели пре- и постнатальной депрессии имеют тесную прямую связь (p <0,001).

Исследование взаимосвязей постнатальной депрессии с пренатальными показателями нарушений психического здоровья выявило тесную связь со всеми изучаемыми показателями (тревожность / депрессивность, соматические жалобы, замкнутость, агрессивное поведение, назойливость / демонстративность, проблемное поведение, проблемы мышления и внимания, а также DSM-ассоциированные расстройства — депрессивные, тревожные, соматические, избегающие, расстройства дефицита внимания и гиперактивности, антисоциальные расстройства личности) (p <0,01). Регрессионный анализ показал значимое сочетанное влияние (R^2=0,426) депрессивного расстройства (β=0,419, p <0,01) и расстройства избегания (β=0,337, p <0,05) в период беременности на выраженность депрессивных переживаний в постнатальный период.

Анализ взаимосвязей уровня выраженности постнатальной депрессии с показателями отношения к беременности и ребёнку у женщин в период беременности показал слабую отрицательную связь с качеством пренатальной привязанности (p <0,05) и положительную связь с тревожным типом ПКГД (p <0,05). Регрессионный анализ показал, что предиктором низкого уровня депрессии выступает высокий уровень качества пренатальной привязанности (R^2=0,081; β=–0,284, p <0,05). Анализ совместного влияния показателей психического здоровья и отношения к ребёнку обнаружил влияние (R^2=0,426) только показателей DSM-ассоциированных расстройств депрессии (β=0,419, p <0,001) и избегания (β=0,337, p <0,05) у женщин в период беременности на уровень постнатальных депрессивных переживаний.

Исследование взаимосвязи постнатальных показателей отношения к беременности и ребёнку и показателей депрессии выявило тесные отрицательные связи всех значений постнатальной привязанности с показателями депрессии (p <0,001), а также отрицательную связь с эйфорическим типом (p <0,001) и положительную — с тревожным (p <0,05) и депрессивным (p <0,001) типами отношения к ребёнку и материнству. Предикторами депрессии среди показателей отношения выступили (R^2=0,35) депрессивный тип отношения к материнству и ребёнку (β=0,413 p <0,001) и показатель качества постнатальной привязанности (β=–0,320, p <0,01).

Анализ взаимосвязи постнатальных показателей психического здоровья и депрессии выявил их тесную связь (p <0,001). Регрессионный анализ показал, что предиктором выступает синдром замкнутости (R^2=0,54; β=0,735, p <0,001).

Совместное влияние постнатальных показателей психического здоровья и отношения к беременности и ребёнку показало, что предиктором депрессии выступает синдром замкнутости (R^2=0,571; β=0,692, p <0,001).

Далее мы выделили группу женщин с высоким уровнем выраженности депрессии (клинический уровень и группа риска) в послеродовом периоде и провели сравнительный анализ показателей психического здоровья и отношения к ребёнку в период беременности и после рождения ребёнка в группах с высоким уровнем выраженности симптомов депрессии и с нормативным уровнем. Сравнительный анализ изучаемых характеристик в период беременности показал, что женщины с высоким уровнем выраженности симптомов депрессии отличаются от женщин нормативной группы более высоким уровнем всех показателей нарушений психического здоровья (p <0,01), кроме синдрома замкнутости, более

высоким уровнем депрессивного типа ПКГД (p=0,016), а также более низким уровнем оптимального типа ПКГД (p=0,021), более низким качеством пренатальной привязанности (p=0,02), в том числе эмоционального и поведенческого компонентов пренатальной привязанности (p=0,003).

После рождения ребёнка женщины с высоким уровнем выраженности симптомов депрессии характеризуются также более высоким уровнем всех показателей нарушений психического здоровья (p <0,01), более высоким уровнем депрессивного (p <0,001) и тревожного типов психологического компонента материнской доминанты (p <0,05) и более низким уровнем компонентов постнатальной привязанности и её общего уровня (p <0,01).

Дополнительно мы проанализировали взаимосвязи значений субъективной оценки женщиной родов и показателей депрессии после рождения ребёнка: была выявлена отрицательная связь дородовой депрессии с общей оценкой родов, как психологического, так и физиологического состояния в родах (p <0,01). Анализ роли социально-демографических факторов не выявил связи значений ПД с возрастом, уровнем образования, количеством детей, сроком родов и запланированностью беременности.

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме основного результата исследования

К пренатальным факторам послеродовых депрессивных переживаний матери относятся депрессивные расстройства и расстройства избегания в период беременности. В постнатальном периоде предикторами депрессии выступают синдром замкнутости, депрессивный тип отношения к материнству и ребёнку и качество постнатальной привязанности. К группе риска по развитию депрессивных переживаний во время беременности относятся женщины с незапланированной беременностью, не состоящие в зарегистрированном браке, имеющие опыт воспитания в неполной семье. Наличие депрессии во время беременности тесно связано с более негативной субъективной оценкой психологической и физиологической составляющих процесса родов.

Интерпретация результатов исследования

Полученные нами данные о распространённости симптомов депрессивного расстройства во время беременности (18,1%, из которых 11,3% — зона риска и 6,8% — клинический уровень) и после рождения ребёнка (19,2%, из которых 15,4% — зона риска и 3,9% — клинический уровень) в целом соотносятся с данными других исследователей [1–3], при этом важно учитывать диагностические критерии и методы оценки. Основная масса зарубежных и отечественных исследователей используют Эдинбургскую шкалу ПД, в нашем исследовании мы использовали шкалу адаптивного функционирования Ахенбаха. Несмотря на разные методы диагностики, соотносимость полученных результатов может свидетельствовать о возможности применения этого метода на выборке женщин во время беременности и после родов. Наличие тесной связи (p <0,001) показателей постнатальной депрессии со всеми пренатальными показателями нарушений психического здоровья, как синдромами, так и DSM-ассоциированными расстройствами, подтверждает значимость наличия психических расстройств в анамнезе женщины, в том числе и во время беременности, как фактора аффективных нарушений после родов [6, 11]. При этом регрессионный анализ показал сильное влияние сочетания депрессивных переживаний и расстройств избегания на выраженность ПД, то есть социальная изолированность, снижение контактов, недостаточность социального взаимодействия, характерные для расстройств избегания, в сочетании с депрессивными переживаниями значимо влияют на выраженность ПД, что соответствует представлению о важности социальной поддержки для беременных с целью профилактики аффективных расстройств [23]. Отношение к ребёнку, беременности в структуре ПКГД и пренатальной привязанности могут быть протективными факторами в профилактике постнатальной депрессии. Так, в нашем исследовании беременные женщины без депрессивных симптомов в сравнении с беременными с высокими показателями дородовой депрессии чаще демонстрируют оптимальный тип ПКГД (p <0,05), более высокий уровень пренатальной привязанности (p <0,05), как эмоционального, так и поведенческого её компонентов (p <0,05), значительно реже — депрессивный тип ПКГД (p <0,05). Эти результаты следует иметь в виду при оказании медико-психологической помощи беременным женщинам, формируя у них позитивные представления о беременности, материнстве и ребёнке, навыки пренатального контакта и материнской чувствительности, что будет способствовать нормализации эмоционального состояния после рождения ребёнка. При анализе связей уровня выраженности симптомов постнатальной депрессии и показателей психического здоровья и отношения к ребёнку и материнству у женщин после рождения ребёнка мы получили тесные отрицательные связи всех показателей постнатальной привязанности, эйфорического материнского отношения со склонностью к депрессии (p <0,001), а также положительную связь депрессии с тревожным (p <0,05) и депрессивным (p <0,001) материнскими типами отношения. То есть удовольствие от взаимодействия с ребёнком, отсутствие враждебности по отношению к нему, эмоциональная близость и позитивные представления о ребёнке и материнстве способствуют нормализации эмоционального состояния матери и отсутствию у неё ПД, в то же время тревога и беспокойство в отношении материнства, негативные представления о младенце и собственной материнской роли увеличивают риск депрессивных расстройств. Регрессионный анализ позволил выделить депрессивный тип отношения к материнству и ребёнку (β=0,413, p <0,001) и показатель качества постнаталь-

ной привязанности (β=–0,320, p <0,01) как предикторы склонности к депрессии; также предиктором выступает синдром замкнутости матери (R^2=0,54; β=0,735, p <0,001). Замкнутость является состоянием сниженной межличностной коммуникативной активности, что ограничивает возможность получения помощи при уходе за ребёнком, отчуждает от близких, может быть как следствием усталости, что естественно для матери младенца, так и усиливать усталость и истощаемость, поскольку женщина не ориентирована на внешний мир и не ищет поддержки и помощи при ПД. К сожалению, подобная ситуация приводит к недостаточной и несвоевременной диагностике послеродовых расстройств, диктуя необходимость включения скрининговых диагностических программ в течение беременности и первого года жизни ребёнка, что может быть осуществлено акушерами-гинекологами, а также на педиатрических приёмах в поликлиниках с применением кратких и простых в интерпретации методик, например Эдинбургской шкалы ПД, и позволит при необходимости своевременно направить женщину к профильному специалисту в области психического здоровья.

В нашем исследовании мы не установили статистически значимых связей значений депрессии в послеродовом периоде с возрастом, уровнем образования, количеством детей, сроком родов и запланированностью беременности, что расходится с данными других исследований, в которых факторами риска ПД являются низкое образование и незапланированность беременности (Степанова, 2023; Qiu, 2020), однако нами была выявлена тесная отрицательная связь пренатальной депрессии с физиологической, психологической и общей оценкой родов (p <0,01), что можно объяснить тем, что беременная женщина, испытывающая симптомы депрессивного расстройства, не имеет достаточного уровня готовности к родам и ресурсов для этой готовности. В связи с этим при планировании программ подготовки к родам необходимо учитывать эмоциональное состояние женщины, формулируя направленность психологического вмешательства на стабилизацию аффективной сферы, формирование позитивного отношения к беременности и ребёнку, а не только на развитие поведенческих навыков в родах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты показали достаточно высокую распространённость послеродовых депрессивных расстройств у женщин, что диктует необходимость пристального внимания специалистов к этой проблеме, включение скрининговых инструментов ранней диагностики аффективных нарушений и своевременное направление к профильным специалистам в области психического здоровья, а также важность совместного наблюдения врачами и психологами женщин с момента беременности (особенно относящихся к группе риска). Обнаруженное влияние расстройств избегания и замкнутости женщины на выраженность постнатальной депрессии доказывает значимость формирования круга социальной поддержки (со стороны семьи, специалистов) начиная с периода беременности. На эмоциональное состояние женщины после родов также влияют факторы материнского отношения к ребёнку, беременности и собственной роли матери, что показывает важность формирования позитивного отношения к материнству и ребёнку.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. М.Е. Блох — определение концепции, проведение исследования, анализ данных, написание черновика рукописи; С.С. Савенышева — определение концепции, проведение исследования, анализ данных, пересмотр и редактирование рукописи; В.О. Аникина — определение концепции, проведение исследования, пересмотр и редактирование рукописи. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты настоящей работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Этическая экспертиза. Проведение исследования рассмотрено и одобрено Комитетом по этике Санкт-Петербургского государственного университета (протокол № 02-226 от 06.04.2022). Все участники добровольно подписали форму информированного согласия на участие в исследовании. Исследование и его протокол не регистрировали.

Источники финансирования. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках проекта № 25-28-00699 «Предикторы и динамика материнского отношения к ребёнку от периода беременности до раннего возраста» (режим доступа: https://rscf.ru/en/project/25-28-00699/).

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими организациями), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При проведении исследования и создании настоящей статьи авторы не использовали ранее полученные и опубликованные сведения.

Доступ к данным. Все данные, полученные в настоящем исследовании, представлены в статье.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внутренних рецензента.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: M.E. Blokh: conceptualization, investigation, formal analysis, writing—original draft; S.S. Savenysheva: conceptualization, investigation, formal analysis, writing—review & editing; V.O. Anikina: conceptualization, investigation, writing—review & editing. All the authors approved the version of the manuscript to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Ethics approval: The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of St. Petersburg State University (Protocol № 02-226 dated April 6, 2022). All participants provided written informed consent to participate in the study. The study and its protocol were not registered.

Funding sources: The research was carried out with the financial support of the Russian Science Foundation within the project No. 25-28-00699,

the project topic is "Predictors and dynamics of maternal attitude to the child from pregnancy to early age", https://rscf.ru/en/project/25-28-00699/.
Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.
Statement of originality: No previously obtained or published material (text or data) was used in this study or article.
Data availability statement: All data obtained in this study are available in the article.
Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this article.
Provenance and peer-review: This article was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer-review process involved two in-house reviewers.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Korolyova DV, Yakunina SA, Shemyakin VV, et al. Risk factors for postpartum depression. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2024;11(3):280–292. doi: 10.17816/aog628811 EDN: ADLAGY
2. Wang Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*. 2021;1(11):1–13. doi: 10.1038/s41398-021-01663-6 EDN: UETEDV
3. Nael-Prupes MV, Kharkova OA, Soloviev AG, Nefedova SS. The dynamics of depression in women in the antenatal and postnatal period. *Clinical Psychology and Special Education*. 2024;13(3):205–215. doi: 10.17759/cpse.2024130310 EDN: UHCETQ
4. Yakupova VA, Anikeeva MA, Suarez AD. Maternal depression and development of child executive functions: foreign literature review. *Theoretical and experimental psychology.* 2024;17(1):123–142. doi: 10.11621/TEP-24-07 EDN: WNRAYB
5. Fedaka AA, Avxentyeva MV. Prevalence of postpartum depression in the Russian Federation: a systematic review and meta-analysis. *Medical Technologies. Assessment and Choice.* 2025;47(2):74–87. doi: 10.17116/medtech20254702174 EDN: GJDTFE
6. Blokh ME, Grandilevskaya IV, Savenysheva SS, Anikina VO. Suicidal risks of women during pregnancy and after delivery. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2023;31(2):84–98. doi: 10.17759/cpp.2023310204 EDN: VJZITA
7. Putnick DL, Sundaram R, Bell EM, et al. Trajectories of maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*. 2020;5(146):e20200857. doi: 10.1542/peds.2020-0857 EDN: KCAORT
8. Valdes V, Craighead LW, Nelson CA, Bosquet Enlow M. Longitudinal interactions between maternal depression symptoms and familial stressful life events on child anxiety symptoms at 5 years of age. *Infancy*. 2025;30(1):e12628. doi: 10.1111/infa.12628 EDN: EFRBBN
9. Yan J, Feng X, Shoppe-Sullivan SJ, et al. maternal depressive symptoms predict girls' but not boys' emotion regulation: a prospective moment-to-moment observation study. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2021;49(9):1227–1240. doi: 10.1007/s10802-021-00806-z EDN: KNYYNB
10. Rudzinskas SA, Goff AC, Mazzu MA, et al. Intrinsically dysregulated cellular stress signaling genes and gene networks in postpartum depression. *Mol Psychiatry*. 2023;28(7):3023–3032. doi: 10.1038/s41380023019855 EDN: BYBJJT
11. Zacher Kjeldsen MM, Bricca A, Liu X, et al. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review and metaanalysis. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(10):1004–1013. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.2400 EDN: GUUANT
12. Kang SY, Kim HB, Sunwoo S. Association between anemia and maternal depression: a systematic review and metaanalysis. *J Psychiatr Res*. 2020;122:88–96. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.01.001 EDN: GIVIJP
13. Guzek D, Kołota A, Lachowicz K, et al. Effect of vitamin D supplementation on depression in adults: a systematic review of randomized controlled trials (RCTs). *Nutrients*. 2023;15(4):951. doi: 10.3390/nu15040951 EDN: YRCSIL
14. Sajjadi SS, Foshati S, Haddadian Khouzani S, Rouhani MH. The role of selenium in depression: a systematic review and meta analysis of human observational and interventional studies. *Sci Rep*. 2022;12(1):1045. doi: 10.1038/s41598-022-05078-1 EDN: XULDCE
15. Li H, Li H, Zhong J, et al. Association between sleep disorders during pregnancy and risk of postpartum depression: a systematic review and metaanalysis. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26(2):259–267. doi: 10.1007/s00737023012953 EDN: LLXUCX
16. Minaldi E, D'Andrea S, Castellini C, et al. Thyroid autoimmunity and risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Endocrinol Invest.* 2020;43(3):271–277. doi: 10.1007/s40618019011208 EDN: TBMOBZ
17. Tatarova NA, Shamanina MV, Sokhadze HS, Savina LV. Endocrine risk factors of anxiety and depressive conditions in women in the postpartum period. *Gynecology*. 2013;15(6):74–78. EDN: RVFUOH
18. Pereira D, Pessoa AR, Madeira N, et al. Association between premenstrual dysphoric disorder and perinatal depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2022;25(1):61–70. doi: 10.1007/s00737021011776 EDN: TJVFMG
19. Schoretsanitis G, Gastaldon C, Kalaitzopoulos DR, et al. Polycystic ovary syndrome and postpartum depression: a systematic review and metaanalysis of observational studies. *J Affect Disord.* 2022;299:463–469. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.044 EDN: LTYKQC
20. Koric A, Singh B, VanDerslice JA, et al. Polycystic ovary syndrome and postpartum depression symptoms: a population based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(6):591.e1–591.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2020.12.1215 EDN: UZNPNR
21. Caropreso L, de Azevedo Cardoso T, Eltayebani M, Frey BN. Preeclampsia as a risk factor for postpartum depression and psychosis: a systematic review and metaanalysis. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23(4):493–505. doi: 10.1007/s00737019010101 EDN: AHHIOU
22. Atuhaire C, Taseera K, Atukunda EC, et al. Prevalence of postpartum depression and its association with Diabetes mellitus among mothers in Mbarara, southwestern Uganda. *medRxiv* [Preprint]. 2023;2023:10.23.23297392. doi: 10.1101/2023.10.23.23297392
23. Yakupova VA, Suarez AD, Shraibman LA. Socioeconomic risk factors for postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder. *Russian psychological journal*. 2023;20(1):182–201. doi: 10.21702/rpj.2023.1.12 EDN: FHZWEM
24. Svaridze DS, Boluchevskaya VV. Postpartum depression in women with different delivery options. *Original research*. 2022;12(12):188–196. EDN: GIQIBQ
25. Makarova MA, Tikhonova YuG, Avdeeva TI, et al. Postpartum depression — risk factors, clinical and treatment aspects. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(4):75–80. doi: 10.14412/2074-2711-2021-4-75-80 EDN: BZHLPD
26. Çetin SA, Ergün G, Işık I. Obstetric violence in southwestern Turkey: Risk factors and its relationship to postpartum depression. *Health Care Women Int.* 2024;45(2):217–235. doi: 10.1080/07399332.2023.2172411 EDN: BNRMKM
27. Martinez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez Almagro J, et al. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*. 2022;108:103297. doi: 10.1016/j.midw.2022.103297 EDN: FBGCPE
28. Blokh ME, Anikina VO, Savenysheva SS. Stress in pregnant women and childbirth amid the COVID-19 pandemic. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2021;70(6):25–32. doi: 10.17816/JOWD72326 EDN: ANWCZY
29. Gorkova DO, Kitarova EV, Lyubtsova AE, Otvagina NM. Breastfeeding and artificial feeding — effects of a woman's emotional background. *Smolensk Medical Almanac*. 2023;(2):75–77. doi: 10.37903/SMA.2023.2.22 EDN: YVTQXS
30. Qiu X, Zhang S, Sun X, et al. Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case control studies.

J Psychosom Res. 2020;138:110259. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110259 EDN: FQEEKY
31. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*. 1996;45(5):297–303. doi: 10.1097/00006199-199609000-00008
32. Stepanova IV, Kharkova OA. Social prerequisites for the development of postpartum depression: a review of literature. *Innovation Science*. 2023;(1–1):93–97. EDN: YDKLUG
33. Golubykh AI, Savenysheva SS. Emotional characteristics of pregnant women and their attitude towards the future child and spouse. *Scientific research of graduates of the Faculty of Psychology of St. Petersburg State University*. 2014;(2):72–78. EDN: SMLZWL
34. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA adult forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2003.
35. Dobryakov IV. Perinatal Psychology. 2nd ed. Saint Petersburg: Piter; 2015. (In Russ.)
36. Savenysheva SS, Anikina VO, Blokh ME. Translation and adaptation of the inventory "Maternal prenatal attachment" (MAAS). *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2022;30(3):92–111. doi: 10.17759/cpp.2022300306 EDN: LGIVUE
37. Savenysheva SS, Vasilenko VE, Deeva AA. Attitude toward the child, maternal mental health, and infant mental development during a pandemic. *Problems of Modern Pedagogical Education*. 2022;75(2):393–397. EDN: IDKBDU

ОБ АВТОРАХ

*** Блох Мария Евгеньевна**, канд. мед. наук;
адрес: Россия, 199034, Санкт-Петербург. наб. Макарова, д. 6;
ORCID: 0000-0001-8609-6936;
eLibrary SPIN: 4884-5561;
e-mail: blohme@list.ru

Савенышева Светлана Станиславовна, канд. психол. наук;
ORCID: 0000-0002-7529-1493;
eLibrary SPIN: 8934-2944;
e-mail: owlsveta@mail.ru

Аникина Варвара Олеговна, канд. психол. наук;
ORCID: 0000-0003-0028-6806;
eLibrary SPIN: 4066-8790;
e-mail: v.anikina@spbu.ru

AUTHOR INFO

*** Mariya E. Blokh**, MD, Cand. Sci. (Medicine);
address: 6 Makarova Emb, Saint Petersburg, 199034, Russia;
ORCID: 0000-0001-8609-6936;
eLibrary SPIN: 4884-5561;
e-mail: blohme@list.ru

Svetlana S. Savenysheva, Cand. Sci. (Psychology);
ORCID: 0000-0002-7529-1493;
eLibrary SPIN: 8934-2944;
e-mail: owlsveta@mail.ru

Varvara O. Anikina, Cand. Sci. (Psychology);
ORCID: 0000-0003-0028-6806;
eLibrary SPIN: 4066-8790;
e-mail: v.anikina@spbu.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author