



## ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Шадманова Л.Ш.

Хамдамова М.У.

Ташентский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20703022>

### ARTICLE INFO

Received: 11<sup>th</sup> June 2026

Accepted: 13<sup>th</sup> June 2026

Online: 15<sup>th</sup> June 2026

### KEYWORDS

невротическая депрессия,  
послеродовая депрессия,  
постнатальный период,  
провоцирующие факторы,  
перинатальные осложнения,  
дебют психического  
расстройства.

### ABSTRACT

*Послеродовый период является одним из наиболее уязвимых в психическом отношении этапов жизни женщины. Кардинальная перестройка гормонального фона, изменение социального статуса, возрастание ответственности и нередко нарушение сна создают условия для манифестации широкого спектра аффективных расстройств — от транзиторной постнатальной дисфории («baby blues») до тяжёлой послеродовой депрессии и психоза.*

### Введение

Невротическая депрессия (депрессивный эпизод лёгкой и умеренной степени с невротическими проявлениями, F32.0–F32.1, а также дистимия F34.1 в структуре пролонгированных форм) занимает особое место в данном континууме. В отличие от психотических форм, она нередко остаётся нераспознанной: пациентки скрывают симптомы из-за страха социального осуждения, а клиническая картина маскируется соматическими жалобами. [1,3,5,7,9]

Актуальность исследования обусловлена высокой распространённостью расстройства (по данным ВОЗ, 10–15% рожениц), недостаточной изученностью сроков и клинических паттернов дебюта, а также дефицитом отечественных систематических исследований в данной области. [2,4,6,8,10]

### Сроки появления симптомов после родов

Анализ литературных данных и клинических наблюдений позволяет выделить несколько характерных временных «окон» манифестации невротической депрессии в постнатальном периоде.

**Цель:** систематизировать данные о характере дебюта невротической депрессии в послеродовом периоде с анализом временных параметров.

### Материалы и методы

Обследовано 46 рожениц семейных поликлиник Алмазарского района в возрасте 26±9,7. Были использованы шкала самооценки тревоги Цунга и госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS

### 1. Ранний постнатальный период (1–5-е сутки)

В первые дни после родов у большинства женщин (50–80%) наблюдается физиологическая постнатальная дисфория. Это состояние является транзиторным состоянием, выражающаяся: эмоциональной лабильностью, плаксивостью, тревогой и раздражительностью. Оно обусловлено резким снижением уровня эстрогенов и прогестерона и, как правило, проходит самостоятельно в течение 7–10 дней.

Однако у части женщин (15–25% от имеющих «baby blues») симптоматика не редуцируется, а трансформируется в клинически очерченную невротическую депрессию. Раннюю трансформацию следует рассматривать как диагностически значимый маркер, требующий активного наблюдения.

## **2. Первые 4–6 недель (наиболее частый период манифестации)**

Манифестация невротической депрессии с развёрнутой клинической картиной наиболее часто приходится на 2–6-ю неделю после родов. Данный период совпадает с: окончанием естественной «психологической защиты» перинатального периода; нарастанием накопленного дефицита сна и физического истощения; выпиской из роддома и утратой медицинского сопровождения; первыми значимыми трудностями грудного вскармливания и ухода за ребёнком; осознанием изменения привычного уклада жизни.

В клинической картине на данном этапе преобладают гипотимия, анергия, ангедония, нарушения сна (трудности засыпания, ранние пробуждения), тревога за здоровье ребёнка, нередко — навязчивые мысли. Аффективный компонент нередко маскируется соматическими жалобами (головные боли, кардиалгии, диспепсия).

## **3. Отсроченный дебют (3–6-й месяц)**

У 10–15% пациенток дебют невротической депрессии приходится на 3–6-й месяц постнатального периода. Провоцирующими факторами являются завершение декретного отпуска, прекращение грудного вскармливания (с сопутствующим гормональным сдвигом), конфликты в семье. Данная форма нередко ошибочно расценивается как «усталость» или «невроз», что задерживает диагностику на 2–4 месяца.

## **4. Хронизация и дистимическое течение**

При отсутствии своевременного лечения невротическая депрессия у части пациенток (до 30%) хронизируется с переходом в дистимию (F34.1). Симптомы при этом редуцируются до субклинического уровня, однако стойко снижают качество жизни матери и нарушают формирование материнско-детской привязанности.

## **Результаты и обсуждение**

Дебют невротической депрессии в послеродовом периоде имеет ряд клинических особенностей, отличающих её от классических депрессивных эпизодов вне постнатального контекста.

### **5.1. Симптоматические особенности**

На этапе дебюта в клинической картине преобладают:

- Тревожный компонент: генерализованная тревога, тревога за здоровье ребёнка, страх «быть плохой матерью»; нередко — панические атаки.
- Ипохондрические фиксации: чрезмерный мониторинг состояния ребёнка, многократные обращения к педиатру, перфекционизм в уходе.

- Навязчивые мысли: эго-дистонные мысли о причинении вреда ребёнку (без суицидальной или агрессивной направленности) — клинически важный симптом, требующий дифференциации с психотическими расстройствами.

- Соматовегетативные нарушения: инсомния (трудности засыпания при возможности сна), астения, снижение аппетита, кардиалгии, головные боли.

- Анедония и амотивация: отсутствие радости от общения с ребёнком, переживание «эмоциональной пустоты», чувство вины за это.

### **Выводы**

На основании проведённого анализа сформулированы следующие выводы:

- Наиболее частым периодом манифестации невротической депрессии являются 2–6 недели после родов; отсроченный дебют (3–6 месяцев) встречается реже, но характеризуется более длительной диагностической задержкой.

- Ведущими провоцирующими факторами выступают: резкий постнатальный гормональный спад, хроническая депривация сна, тревожно-перфекционистские личностные черты и дефицит социальной поддержки.

- Клиническая картина дебюта характеризуется преобладанием тревожного компонента, ипохондрических фиксаций и соматических масок, что обуславливает позднюю диагностику.

### **Список литературы:**

1. Dennis C.L., Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013.
2. Gavin N.I. et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005; 106(5): 1071–1083.
3. Howard L.M. et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014; 384(9956): 1775–1788.
4. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011; 13(1): 89–100.
5. O'Hara M.W., McCabe J.E. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013; 9: 379–407.
6. Robertson E. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26(4): 289–295.
7. Wisner K.L. et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70(5): 490–498.
8. Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. — Женева: ВОЗ, 1994.
9. Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н. (ред.). Психиатрия: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
10. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов. — СПб., 2001.