

Короткова Н.А.

Этиология и патогенез послеродового стресса

ГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий

Основной возникновению у женщины послеродовых стрессовых расстройств, по данным большинства исследователей, является эмоциональный стресс [2,4,7]. Причины его возникновения условно можно разделить на следующие группы: физиологические и биологические, психологические, ятрогенные и социальные.

Беременность, роды и послеродовой стресс

При возникновении различных осложнений беременности на любом этапе есть возможность срыва адаптивных механизмов женщины с последующим формированием перинатального и/или постнатального патологического стресса.

По мнению ряда исследователей [2], важной психосоматической проблемой беременности являются токсикозы. Авторы связывают возникновение токсикоза первой половины беременности с функциональным состоянием вегетативной нервной системы и психологическим статусом. Пациентки с токсикозом первой половины беременности отличаются значительным полиморфизмом расстройств. Помимо рвоты и тошноты у них могут быть ознобы с гипертермией, головные боли, обмороки, лабильность артериального давления, гипергидроз. Часто встречаются аффективные нарушения, такие как тревога, беспредметное беспокойство, напряженность и страх. У многих возобновляются невротические и вегетативные расстройства, наблюдавшиеся ранее. Исследователи [2] считают, что психосоматическую природу раннего токсикоза у этой группы женщин определяет психогенный фактор, оказываясь в ряду патогенетических звеньев, а нередко выступая в качестве основного. Возможность развития послеродового стресса у этого контингента пациенток значительно выше.

Доказано, что гестоз беременных сопровождается значительным напряжением и определенной дисфункцией нейроэндокринной системы с нарушениями процессов циркуляторной адаптации, что может привести к развитию неадекватных реакций и нарушению адаптационных механизмов как во время родов, так и во время перестройки организма родильницы после его окончания [1,5].

По данным ряда исследователей, наличие стресса в конце беременности является предиктором возникновения у женщины стрессовых расстройств после родов. Так, S.F.Meikle [18] установила, что послеродовая дезадаптация чаще возникает у первобеременных женщин в возрасте 19–30 лет, с осложненным течением беременности. По данным E.Keogh et al. [15], наличие у женщин пренатальной тревоги ухудшает течение родов и является предиктором возникновения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в пуэрперии. J.S.Seng et al. [27] при обследовании американских женщин, имевших в конце беременности признаки ПТСР, в течение первого года после родов выявили у них симптомы искажения, реперезивания и избегания. Эти нарушения сочетались с соматизацией, диссоциацией сознания и межличност-

ной чувствительностью. У пациенток периодически отмечались онемение ног и/или рук, гиперактивность, беспорядочная еда, сексуальные нарушения. Часть женщин чувствовали себя беззащитными и/или жертвами. Некоторые из них злоупотребляли приемом различных веществ (алкоголь, наркотики и т.п.) и отмечали суицидальные мысли. До настоящего времени нет единого мнения о том, наличие каких аффективных расстройств во время беременности приводят к постнатальному стрессу. Одни авторы утверждают, что предиктором послеродового стресса является угнетенное состояние во время беременности, причем наиболее склонны к таким нарушениям первородящие женщины. Другие считают предиктором послеродового стресса любую эмоциональную напряженность во время беременности. Часть исследователей утверждает, что сочетание тревоги и депрессии приводит к возникновению послеродовой дезадаптации. При проведении проспективного исследования 8323 женщин V.Glover et al. [11] доказали, что наличие во время беременности тревоги и угнетенного состояния имеют положительную корреляцию с аналогичными нарушениями после родов. По данным M.-P. Austin et al. [6], антенатальная тревога обладает большим воздействием на развитие послеродового стресса. C. Rivares Pigeon et al. [22] согласны, что именно тревожные расстройства во время беременности являются одним из основных факторов риска возникновения ЭС после родов. Обнаружение тревожных расстройств у женщин через 1–2 дня после родов они считают предиктором психологического стресса, который возникнет в более поздние сроки пуэрперии. A.-L.Sutter-Dallay et al. [29] доказали, что тревожные расстройства во время беременности предсказывают случаи дезадаптации после родов, независимо от существования антенатальной материнской депрессии и других эмоциональных нарушений. Исследователи утверждают, что риск возникновения эмоционального стресса (ЭС) после родов у женщин с тревогой во время беременности выше в 2,6 раза. В то же время J.E.Graham et al. [12] выявили, что чувства гнева, агрессии у беременной и религиозные разногласия также могут приводить к послеродовой дезадаптации.

Биологические причины послеродового стресса

До настоящего времени не существует единой точки зрения по поводу биологических причин постнатального стресса. По данным одних исследователей, изменение содержания кортизола, серотонина, тиреоидного гормона, кальция и эндорфинов могут вызывать послеродовые стрессовые нарушения. Другие авторы отмечают, что резкое изменение уровня эстрогенов и прогестерона, наступающее вслед за беременностью, может вносить вклад в развитие постнатального стресса. Однако попытки лечения этими гормонами оказались неэффективными. Одни авторы связывают появление и степень снижения настроения после родов, как с абсолютным уровнем прогестерона, так и с относительным его умень-

шением, в то время как другие исследователи публикуют данные о «депрессогенности» прогестерона. В тоже время нет достоверных данных о том, что прогестерон имеет прямое отношение к возникновению угнетенных состояний при послеродовом стрессе [1]. Теоретически эстрогены являются антидепрессантами, а прогестерон способствует угнетенности [1]. По мнению исследователей [1,19], снижение уровня эстрогенов после родов может способствовать возникновению психоэмоциональных расстройств и нарушению функции иммунитета, особенно, если концентрация прогестерона относительно высока. Недавно возникла убедительная теория о том, что внезапное падение уровня эстрогенов инициирует у предрасположенных к эмоциональным нарушениям женщин гиперчувствительность D2-рецепторов, что может вызывать серьезные аффективные нарушения в последующем [8,10].

По мнению других исследователей, после родов прекращается влияние плацентарного кортикорилизинггормона (КРГ), в связи с чем наблюдается временный вторичный дефицит гипоталамического КРГ, что может приводить к различным психоэмоциональным и аутоиммунным расстройствам [1,33].

Многие авторы считают, что биологические изменения после родов не влияют на возникновение постнатального стресса. Так, L.E.Ross et al. [25] утверждают, что эти изменения в организме женщины способствуют возникновению постнатального стресса не прямо, а опосредованно, через психосоциальные стрессоры и тревогу. По их мнению, немаловажное значение имеет нарушение раннего взаимодействия матери с новорожденным. О принципиальном значении нарушений взаимоотношений между матерью и младенцем, как причине послеродовой дезадаптации говорят и другие исследователи. V. Glover et.al. [11], и M. Heinrichs [13] доказали, что выработка центрального окситоцина после родов способствует улучшению связи «мать-новорожденный», увеличивает пластичность нейронов гиппокампа, функции обучения и памяти. По мнению L. Torner [17], увеличение количества центрального пролактина и нейропептида γ повышает адаптационные возможности родившей женщины, оказывая антистрессовое действие путем активации стресс-лимитирующей системы.

При возникновении послеродового стресса A.Riecher-Rössler et.al. [21] на первое место по значимости ставят социально-экономические причины и неоправданные ожидания, что воспитание ребенка всегда будет приятным, не требующем помощи партнера или близких членов семьи. Биологические изменения исследователи не считают патологическими и относят к нормальной воспроизводительной биологии.

По мнению А.Ф. Изнака [3], большой интерес представляет мелатониновая теория эмоциональных нарушений. А М. Corral [8] установила, что у женщин существует прямая связь между возникновением постнатального стресса и наличием у них метеозависимости. По данным исследователя, постнатальный стресс развивался у 37% метеозависимых пациенток и у 18% – не имевших сезонных колебаний настроения.

В настоящее время многими авторами [1,4,23,32,33] доказана взаимосвязь эмоциональных, нейроэндокринных и нейрофизиологических расстройств, в том числе и после родов. Предполагается, что патогенез различных аффективных расстройств после родов при ЭС связан с дефицитом серотонинергической и дисрегуляцией норадренергической систем.

Обе эти системы тесно взаимодействуют с дофаминергической, холинергической, глутаматергической и ГАМКергической системами. В условиях стресса возникает недостаточное количество моноаминов – серотонина, дофамина и норадреналина, которые играют первостепенную роль в нейроэндокринной регуляции [3,4,6,32].

Основные нарушения синаптической передачи, выявленные при аффективной психической патологии, в первую очередь относятся к серотонинергической и норадренергической нейротрансмиттерным системам. Согласно «серотониновой» гипотезе, в основе аффективных нарушений лежит дисфункция центральной серотонинергической нейротрансмиссии [2,3].

При тревожных и угнетенных состояниях нормальный режим взаимодействия нейронов в нервных сетях дезорганизуется. Среди многообразия феноменов нейрональной пластичности (функциональная перестройка организации нейронов) в плане патофизиологии аффективных расстройств в настоящее время рассматривают нарушения структуры и функции дендритов (их укорочение, снижение числа шипиков и синаптических контактов), а также гибель нервных и глиальных клеток [2,3,4,32].

Таким образом, ЭС у женщин может вызвать каскад внутриклеточных нейрональных механизмов, который увеличивает или снижает специфические нейротрофические факторы, необходимые для выживания и функционирования специфических нейронов головного мозга. Несомненную роль при этом играют генетические факторы и перенесенные ранее заболевания, приводящие к нейрональным повреждениям [3,32]. Именно эмоциональные расстройства, возникающие у женщин после родов, приводящие к нарушению гормональной оси стресса – НРА (она становится гиперактивной, или наступает ее истощение), обуславливают нарушение нормального функционирования надсегментарных структур мозга и вызывают синдром их дезинтеграции [2,4,7].

Э.К. Айламазян и С.А.Маркин [1], А.М. Вейн и соавт.[2], А.Ф. Изнак [3], М-Р.Austin и J. Lumley [6], J.C.Ingram et al.[14], L.E. Ross et al. [25] придерживаются мнения, что эндокринные сдвиги, отражающие изменения функции отдельных желез внутренней секреции и нарушения обмена стероидных гормонов имеют вторичную неспецифическую природу, в том числе стрессового происхождения, обусловленную влиянием внешних факторов. Вместе с тем авторы не могут исключить их более существенную роль в патогенезе аффективных расстройств.

Психологические и ятрогенные причины послеродового стресса

Конфликт между собственной личностью и формированием концепции материнства с приобретением новой социальной роли также может негативно влиять на эмоциональное состояние женщины. Чувства ярости, агрессии и гнева, которые переживала женщина при потере ребенка в предыдущие беременности, могут возобновляться при последующих и проявляться такими же аффектами в отношении к новорожденному и/или к самой себе. В случае слишком выраженного переживания «покинутости» собственной матерью в детстве у женщины после родов может возникать склонность к психологической защите в виде чувства грусти и/или ярости. Сами физиологические роды, по мнению авторов, не оказывают травмирующего действия [24].

Особого внимания заслуживает точка зрения K.Wijma [34]. Автор считает, что у женщин, испытывающих страх перед предстоящими родами, достаточно часто в послеродовом периоде может развиваться состояние соответствующее критериям ПТСР по DSM IV. Женщины данной категории часто не хотят беременеть. Причинами страха перед родами могут быть боязнь боли, рассказы о травматичных родах, перенесенных матерью пациентки, информация о тяжелых родах от подруг, знакомых и находящихся рядом беременных. Одним из источников беспокойства может стать муж. Отсутствие знаний вызывает у мужчины вполне понятную тревогу за благополучие жены, передающуюся супруге [5]. Кроме этого, женщина не может избежать влияния устоявшихся взглядов о родах в обществе, сформированных под влиянием средств массовой информации. В результате возникает мнение, что роды это суровое испытание, они болезненны и опасны для жизни матери [5]. Такие пациентки, как правило, преувеличивают значение отрицательной информации. Механизм развития послеродового ПТСР K.Wijma [34] объясняет тем, что у большинства людей, испытывающих чувство страха, есть возможность устранения его причины с последующим улучшением состояния. Беременная женщина, опасаясь родов, не может избежать того, чего боится. Пациентка попадает в ситуацию, при которой она медленно, в течение длительного периода вынуждена приближаться к родоразрешению, которое является неизвестным, неконтролируемым и неизбежным. В результате женщина испытывает нарастающее напряжение. В большинстве случаев единственным выходом в создавшейся ситуации такие беременные считают либо прерывание беременности, либо кесарево сечение. По мнению автора [34], это является одной из причин возрастания частоты операции кесарева сечения в Европейских странах в последние годы. Роды с последующим развитием ПТСР могут иметь тяжелые последствия для здоровья женщины, реализации ее роли как матери, а также для формирования внутрисемейных связей и отношений с партнером.

После родов женщин условно можно разделить на две группы: «помогающие» и «регулирующие» матери. У «помогающих» матерей стресс может возникнуть в том случае, если они считают, что не способны эффективно осуществлять материнские функции. При разлуке с ребенком у них может возникнуть психозомоциональная дисфункция. «Регулирующие» матери предпочитают работу и карьеру и хотят ребенка для того, чтобы соответствовать своему стилю жизни. Они склонны к эмоциональному стрессу из-за невозможности объединить карьеру с уходом за ребенком и ощущения потери независимости и социального статуса [25]. O.Rosenblum [24] постнатальный ЭС объясняет тем, что спокойное существование женщины постоянно нарушается настойчиво выражаемыми ребенком потребностями. При этом мать стремится передать другому свои роль и статус. Если эти состояния становятся навязчивыми, то могут полностью утрачиваться материнские чувства и остаются только обязанности. Автор выделяет пять основных личностных особенностей матери, предрасполагающих к возникновению стресса после родов: боязнь отношений; желание постоянно получать одобрение своих действий; страх разлуки; застенчивость; ощущение хрупкости «Я».

Немаловажное значение имеет внешнее окружение женщины во время родов и в ранний пуэрперий, а также опыт пе-

реживания родов. Даже в случае если мать была счастлива в связи с рождением ребенка, отрицательные эмоции, такие как страх, чувство вины и гнева, могут доминировать в воспоминаниях о родах. По мнению Е.А.Чернухи [5] и М-Р Austin [6], если женщина не знает, какого рода медицинское вмешательство будет осуществляться, и ее ожидания от персонала роддома не совпадают с действительной ситуацией, возникновение стресса более вероятно. Тяжелые роды, обманутые ожидания, когда по субъективной оценке самой женщины их характер и течение оказались сложнее, чем она предполагала, могут провоцировать постнатальный стресс.

Физическое состояние после родов также может рассматриваться как один из стрессорных факторов: женщины переживают за состояние фигуры, болезненно реагируют на появление обвисшего живота, переживают, что никогда не удастся восстановить прежние формы [1,5,6].

Социальные причины стресса после родов

Социальные причины, приводящие к ЭС после родов, частично уже описаны выше. Одни исследователи придают значение социально-экономической государственной поддержке, положительной общественной оценке и помощи медицинского персонала после выписки из роддома. Другие – низкому социально-экономическому статусу и уровню образования [30,31]. По данным C.Zlotnic et al. [35], ЭС после родов у бедняков возникает в 2 раза чаще. Наиболее уязвимым периодом исследователи считают первые 3 месяца пуэрперия. Однако, нельзя исключить, что у родивших женщин с низким социально-экономическим уровнем стресс просто продолжается в результат их плохого финансового положения до беременности.

Отсутствие поддержки со стороны членов семьи, особенно мужа, семейные неурядицы также способствуют развитию постнатального стресса [31]. Многие авторы особое значение придают опасениям женщины не справиться с заботой о новорожденном [20]. Пациентки, испытывающие только идеальные представления о материнстве, часто не готовы к первым трудностям и реальному уходу за ребенком, что становится причиной негативных состояний [21,25].

Безусловно влияние на эмоциональное состояние женщин в пуэрперии социальных и культурных особенностей протекания беременности и родов. Постнатальный стресс чаще возникает среди этнических меньшинств и эмигранток. L.S.Segre [26] доказала, что, по сравнению с Европейскими женщинами, послеродовому стрессу более подвержены афро-американки, а наиболее устойчивы испанки и азиатки. Для Западной культуры характерна изолированность женщин в послеродовой период, их одиночество. С другой стороны, молодые матери часто не имеют возможности находиться в отпуске по уходу за ребенком, тяжело воспринимают разлуку с ребенком. На плечи женщины ложится двойная нагрузка: выполнение материнской роли и достижение успехов в профессиональной сфере, что достаточно сложно, особенно в первый год жизни ребенка [16]. М-Р.Austin [6] и O.Rosenblum et al. [24] также доказали, что первый год после родов является самым сложным в жизни семьи.

Многие исследователи указывают мультифакторные причины возникновения у женщин постнатального стресса. Большое значение придается первым родам и наследственным факторам. Первые роды, боязнь проблем при уходе за ребенком, каждодневные конфликтные ситуации, низкая пе-

ринатальная и постнатальная поддержка и отрицательная оценка после родов со стороны близких способствуют началу стрессовых нарушений после родов. M.Steiner [28] к факторам риска по развитию послеродовой дезадаптации относит наличие стресса после предыдущих родов, психиатрические проблемы в анамнезе (большой депрессивный эпизод, нарушения адаптации с симптомами депрессии, биполярные нарушения I-го или II-го типа, шизоаффективные расстройства) угнетенность во время беременности, психиатрические заболевания у родственников, личностные особенности (гиперисполнительность, беспокойство, пароксизмальная тревога), социальные и экономические стрессоры, а также неблагоприятные исходы прошедших беременностей. P.Garfield et al. [10] выявили рецидив стрессовых пuerперальных расстройств после повторных родов при их наличии после предыдущих в 27,3% случаев. Нормально протекающие беременность и роды оказывают благоприятное действие на течение преморбидно существующих неврозов, приводят к их компенсации, что с физиологических позиций может быть объяснено формированием гестационной доминанты. Наличие беременности и ожидание родов изменяют также и существующую у некоторых женщин психотравмирующую ситуацию в семье, повышают их самооценку, обуславливают более бережное отношение к ним родственников и окружающих. Ситуация резко меняется в тех случаях, когда в послеродовом периоде у таких пациенток на картину компенсированного невроза наслаивается психотравма, воздействие которой приводит к возобновлению и дальнейшему развитию преморбидной невротической симптоматики. Нередко обращает на себя внимание несоответствие внешнего провоцирующего повода глубине развивающегося вслед за этим невротического состояния. Авторы считают послеродовой период критическим в плане возможного рецидива преморбидно существующего невроза [1,2,4]. Тяжелое течение беременности, низкий социально-экономический статус, перенесенная в прошлом депрессия или депрессии у родственников, алкоголизм, слабая поддержка со стороны семьи являются причиной заниженной самооценки женщины. По мнению исследователей, можно выделить четыре фактора, которые непосредственно влияют на возникновение ЭС после родов: степень выраженности угнетенности во время беременности, низкий социально-экономический статус, отрицательные жизненные события и предшествующие эпизоды аффективных расстройств. Также значимыми прогностическими факторами невротических расстройств после родов являются сложности восприятия воображаемого ребенка на пятом месяце беременности [28]. К факторам, способствующим развитию послеродового стресса относится и пережитый женщиной стресс за 1–2 года до наступления беременности (большие проблемы со здоровьем, конфликты с партнером, родственниками, друзьями).

Такие акушерские факторы, как затянувшиеся роды с наложением акушерских щипцов, кесарево сечение, кровотечение и получение больного ребенка, способствуют развитию послеродовой дезадаптации. У этих женщин нередко наблюдается астения (слабость, утомляемость, нарушения сна). Частота возникновения таких расстройств выше у первородящих женщин [5,24]. Вместе с тем, M. Eberhard-Gran, et al.[9] отмечают, что если нет отягощенного преморбидного фона, то достоверной разницы в частоте постнатального

стресса между первородящими и повторнородящими женщинами нет. Исследователи [9] доказали, что симптомы стресса у женщин в пuerперии превышают таковые у нормальных женщин в 1,6 раза, лишь при наличии различных факторов риска. При их отсутствии достоверного различия между родившими и не рожавшими пациентками не установлено.

Таким образом, до настоящего времени единого мнения относительно причин возникновения у женщин послеродового стресса нет. Большинство авторов предлагают многомерную прогностическую модель, включающую демографические характеристики, психиатрические аспекты, психопатологическую симптоматику, биографические данные и экологические факторы. Причиной послеродовых психических беспорядков могут быть психосоциальные, ятрогенные и нейроэндокринные нарушения. Длительное и/или очень сильное воздействие стрессорных факторов может привести к переходу периода нарушения приспособления в состояние, сопровождающееся включением эндогенных механизмов. При отсутствии коррекции, генетической предрасположенности и/или отягощенного преморбидного фона стрессорные расстройства могут трансформироваться в нейроэндокринные и нейрофизиологические нарушения с последующим нарушением гомеостаза и нейропластичности головного мозга [2,3,4,7,24].

Литература

1. Айламазян Э.К., Маркин С.А. Белье страницы практического акушерства.–М.,Медиздат, 2003. – 344 с.
2. Вейн А.М., Судаков К.В., Левин Я.И. и др. Психосоматические соотношения в условиях хронического эмоционального стресса и методы повышения адаптивных возможностей человека; //Стресс и поведение.– М.,2003.– с. 126–127.
3. Изнак А.Ф. Нейрональная пластичность и терапия аффективных расстройств //Научный центр психического здоровья РАМН.–М.,2004.
4. Пшенникова М.Г.Феномен стресса, эмоциональный стресс и его роль в патологии // Патол. физиол.и эксперимент. терапия (продолжение).– 2001.– № 1.– с. 26–30; № 2.– с. 26–31; № 3.– с. 28–32; № 4.– с. 28–40
5. Чернуха Е.А. Родовой блок.–2003.– 440 с.
6. Austin M-P., J. Lumley. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review // Acta Psychiatrica Scandinavica.– 2003.–Vol.107., N 1.–p.10–17.
7. Bitzer Joannes.How does stress during pregnancy influence the physical and mental health of a mother in the fetus // 2nd World Congress on Women's Mental Health –.Washington,DC,USA ,2004.
8. Corral Maria. Seasonality of Symptoms in Women with Postpartum Depression // 2nd World Congress on Women's Mental Health –.Washington,DC,USA ,2004.
9. Eberhard-Gran M.,Eskild A.,Tambis K.,Samuelsen S. O, Opjordsmoen S.Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors // Acta Psychiatrica Scandinavica.– 2002.– Vol. 106., N 6.– p.426.
10. Garfield P.,Kent A.,Paykel E. S.,Creighton F. J., Jacobson R. R.Outcome of postpartum disorders: a 10 year follow-up of hospital admissions// Acta Psychiatrica Scandinavica.– 2004.–Vol.109., N 6.– p.434–439.
11. Glover Vivette et al. Antenatal anxiety: why we need to intervene // 2nd World Congress on Women's Mental Health – Washington,DC,USA ,2004.

12. Graham Jennifer E., Lobel Marci, Robyn Stein DeLuca. Anger After Childbirth: An Overlooked Reaction To Postpartum Stressors // *Psychology of Women Quarterly*.— 2002.— Vol.26., N3.— p.222–233.
13. Heinrichs Markus. Psychobiology of stress coping in women: role of oxytocin // 2nd World Congress on Women's Mental Health - .Washington,DC,USA ,2004.
14. Ingram J. C., Greenwood R. J., Woolridge M. W. Hormonal predictors of postnatal depression at 6 months in breastfeeding women // *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.— 2003.—Vol.21., N 1.— p. 61 – 68.
15. Keogh Edmund, Ayers Susan, Francis Harriet. Does Anxiety Sensitivity Predict Post-Traumatic Stress Symptoms Following Childbirth? A Preliminary Report // *Cognitive Behaviour Therapy*.— 2002.—Vol.31., N 4.— p.145 – 155.
16. Marsia Gruis Killien, Habermann Barbara, Jarrett Monica. Influence of employment characteristics on postpartum mothers' health // *Women Health*.— 2001.— Vol.33., N 1–2.—p.:63–81.
17. Luz Torner. Behavioral and Neuroendocrine Adaptations During Lactation: Contribution of Brain Prolactin // 2nd World Congress on Women's Mental Health – .Washington,DC,USA ,2004.
18. Susan F. Meikle. Characterization of Antepartum Hospitalizations Associated with Depressive Diagnoses // 2nd World Congress on Women's Mental Health – .Washington,DC,USA ,2004.
19. Payne J. L. The role of estrogen in mood disorders in women // *International Review of Psychiatry*.—2003.—Vol.15., N 3.— p. 280 – 290.
20. Persson Eva K. and Dykes Anna-Karin. Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden // *Midwifery*. 2002.— Vol.18—p 53–60.
21. A. Riecher-Roessler. Postpartum depression – do we still need this diagnostic term // World Psychiatric Association (WPA) Integration Conference: «Diagnosis in Psychiatry: Integrating the Sciences» Vienna (Austria), 2003.—p.12.
22. Catherine des Rivares Pigeon, Marie Josephe Saurel Cubizolles and Nathalie Lelong. Considering a Simple Strategy for Detection of Women at Risk of Psychological Distress after Childbirth // *Birth*.— 2004.—Vol.31., N 1.— p. 34.
23. Romans Sarah. Ways of Conceptualizing Postpartum Depression // 2nd World Congress on Women's Mental Health – Washington,DC,USA ,2004.
24. Rosenblum Ouriel. Prenatal specific psychopathological conditions and disorders, pregnancy outcome // 2nd World Congress on Women's Mental Health – .Washington,DC,USA ,2004.
25. L. E. Ross, E. M. Sellers, S. E. Gilbert, M. K. Romach. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model // *Acta Psychiatrica Scandinavica*.— 2004.—Vol.109., N 6.—p.457–466.
26. Lisa S. Segre. Predictors of Postpartum Sadness: Examining Demographic Variables and Separating Ethnicity from SES // 2nd World Congress on Women's Mental Health – Washington, DC, USA, 2004.
27. Julia S. Seng, Lisa Kane Low, Kathleen J. H. Sparbel, Cheryl Killion. Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year // *Journal of Advanced Nursing*.— 2004.—Vol. 46., N 6.—p. 604–613.
28. Meir Steiner. Postnatal depression: a few simple questions // *Family Practice*.— 2002.— Vol.19.— p. 469–470.
29. A-L. Sutter-Dallay, V. Giaconne-Marcasche, E. Glatigny, H. Verdoux. Anxiety Disorders During Pregnancy and Postnatal Depression at 6 Weeks Postpartum // 2nd World Congress on Women's Mental Health – Washington, DC, USA , 2004.
30. A. Symon, Anna MacKay, Danny Ruta. Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index // *Journal of Advanced Nursing*.— 2003.—Vol. 42, N 1.— p.21.
31. Tammentie Tarja, Marja-Terttu Tarkka, Paivi Astedt-Kurki, Eija Paaivilainen, P. Pekka Laippala. Family dynamics and postnatal depression // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.— 2004.—Vol.11., N 2.— p.141–149.
32. Tauscher Johannes. Neuroimaging of the serotonin system in psychosis and affective disorders – implications for neuropsychopharmacology // World Psychiatric Association (WPA) Integration Conference: «Diagnosis in Psychiatry: Integrating the Sciences» Vienna (Austria), 2003— p.15..
33. L. A. M. Welberg, J. R. Seckl. Prenatal Stress, Glucocorticoids and the Programming of the Brain; *Journal of Neuroendocrinology*.— 2001.— Vol.13., N 2.—p.113–128.
34. K. Wijma. Why focus on «fear of childbirth»? // *J Psychosom Obstet Gynecol*.— 2003.— Vol.24.— p.141–143.
35. Zlotnick Caron, Sheri L. Jonson, Ivan W. Miller, Trei Pearlstein, Margaret Howard. Postpartum Depression in Women on Public Assistance: Pilot Study of an Interpersonally-Oriented Group Intervention // Butler Hospital, Rhode Island, 2004.