

УДК 159.97, 159.98

DOI: 10.34670/AR.2023.75.14.007

## Психодиагностика и психокоррекция постнатальных психоэмоциональных расстройств

**Приходченко Мирослав Валерьевич**

Медицинский психолог женской консультации,  
Радужнинская городская больница,  
628464, Российская Федерация, Радужный, 1 микрорайон, с. 42/1;  
e-mail: prihodchenko.mir@yandex.ru

### Аннотация

Актуальность данной статьи обусловлена расширением практики оказания психологической помощи в рамках лечебно-профилактических учреждений, а именно увеличением числа медицинских психологов задействованных в функционировании кабинетов медико-социальной помощи на базе женских консультаций. Возникновение подобных новых форматов услуг медицинских организаций первичного звена требует переработки и структурирования накопленных данных о различных сторонах психологического сопровождения различных категорий получателей данных услуг. Анализ и обобщение стратегий выявления и лечения наиболее распространенных расстройств и состояний, характерных для одной из наиболее многочисленных категорий пациентов женских консультаций – женщин, наблюдающихся по поводу вынашивания беременности, позволяет систематизировать накопленный опыт и наблюдения в сфере психодиагностики и психокоррекции. Результатом проделанной работы выступит краткий обзор всех этапов взаимодействия психолога и пациента в рамках оказания первичной амбулаторной психологической помощи, а также отдельные аспекты обследования, коррекции и профилактики послеродовых психоэмоциональных расстройств. В статье также представлены данные о распространенности тех или иных послеродовых психических расстройствах и состояниях, диагностические критерии и виды коррекционных и терапевтических методов медицинского психолога при оказании психологической помощи при данных состояниях.

### Для цитирования в научных исследованиях

Приходченко М.В. Психодиагностика и психокоррекция постнатальных психоэмоциональных расстройств // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2023. Т. 12. № 2А. С. 47-55. DOI: 10.34670/AR.2023.75.14.007

### Ключевые слова

Послеродовая депрессия, послеродовой психоз, психодиагностика, психокоррекция, медицинская психология.

## Введение

Беременность и следующие за ней роды являются сложным испытанием в жизни многих женщин, прошедших через эти события. Ответственность за благополучие ребенка вызывает эмоциональный отклик в виде тревоги у будущей матери. Необходимость определенного нервного напряжения в таком процессе столь же понятна и необходима для физического и психического тонуса, сколь и очевидным представляется результат в виде истощение внутренних ресурсов. При благоприятном стечении обстоятельств женщина находит для себя возможность восполнить эти затраты – переключить внимание, расслабиться, отдохнуть. В другом случае беспокойство о различных аспектах беременности может превратиться в ситуацию хронического дистресса и привести к характерным изменениям в психическом статусе.

Родоразрешение представляется в некотором смысле «кульминацией» беременности, в процессе которой нервнопсихическое и физическое напряжение достигают своего пика, а энергозатраты выходят на максимальный уровень.

Тем не менее, «развязка» наступает немного позднее, когда женщина, прошедшая этот нелегкий путь, оказывается в роли матери, что предполагает существенные изменения в образе жизни, особенно в первые полгода жизни младенца, когда он фактически полностью в своем физическом и психическом развитии зависит от нее. Закономерно, женщины впервые столкнувшись с новой для себя социальной ролью – ролью матери, ухаживающей за новорожденным, сталкиваются с определенными трудностями. Освоение навыков кормления, ухода и обеспечения безопасной и здоровой среды для ребенка требует обучения и практики, и естественных для этого процесса проб и ошибок, также сопровождающихся эмоциональным напряжением.

Итак, имеющиеся самые общие сведения о происходящем во время беременности, родов, и после них, свидетельствуют о высоком уровне эмоциональных нагрузок для женщин даже на фоне полного благополучия ее социальной и семейной жизни, и без учета иных факторов, таких как состояние здоровья и личностные особенности.

Однако, социально-экономическая реальность в которой мы находимся говорит о том, что ситуация полного материального, семейного и физического благополучия – это исключение, а не норма. И в конечном счете, наши пациенты не могут абстрагироваться от их «жизненной ситуации», а мы не можем игнорировать эти факторы, так как они представляют собой факторы риска для развития психоэмоциональных расстройств.

## Основная часть

Наиболее распространенным психическим расстройством в мире является депрессия [Institute of Health Metrics and Evaluation, [www](http://www.who.int)]. Эта тенденция повсеместна, и не является исключением для женщин, прошедших через рождение ребенка. Послеродовая депрессия является наиболее распространенным психическим расстройством, развивающимся у женщин после родов [O'Hara M, Swain, 1996].

Депрессия – это психическое расстройство, сопровождающееся «депрессивной триадой»: стойко сниженный фон настроения, снижение физического и психического тонуса, длящееся >2 недель [Mental and behavioural disorders, [www](http://www.who.int)]. Послеродовая (постнатальная) депрессия включает все те же диагностические критерии, и отличается лишь тем, что развивается

непосредственно после родоразрешения у женщин.

Распространенность послеродовой депрессии довольно велика, охват достигает 13% от всех матерей после родов [O'Hara, Swain, 1996]. Характерными специфическими симптомами этого расстройства по МКБ-10 являются:

- сниженный фон настроения (большую часть дня или весь день);
- ангедония (неспособность получать удовольствие);
- упадок сил;
- нарушение концентрации внимания;
- сниженная самооценка (утрата ощущения своей значимости);
- чрезмерное чувство вины;
- пессимизм (мышление с преобладанием безнадежности);
- суицидальные тенденции (могут включать не только активные попытки, но и мысли и побуждения уйти из жизни);
- нарушения сна;
- нарушения аппетита.

Для постановки диагноза необходимо сочетание 2-х основных симптома (сниженное настроение и ангедония) + 3 дополнительных из перечня. Кроме того, это состояние должно беспокоить пациента не менее 2-х недель. Однако, для временных рамок есть исключение – это степень тяжести состояния: если в картине расстройства наблюдаются все вышеперечисленные симптомы, больной не встает с постели, не вступает в контакт с окружающими, на лице гримасса скорби – речь идет о тяжелой степени депрессии, и в таком случае длительность течения не учитывается.

Вариативность симптомов нарушений сна и аппетита различается при классическом и атипичном варианте депрессивного расстройства. Так, при картине классической депрессии наблюдается снижение аппетита и потеря веса больным, а нарушения сна проявляются бессонницей, либо прерывистым поверхностным сном, ранними пробуждениями. При атипичном варианте мы наблюдаем обратную ситуацию: повышенная сонливость, усиление аппетита, сопровождающееся набором веса, а также отличительной особенностью является эмоциональная реактивность – положительная реакция больного на позитивные стимулы.

Необходимо отметить, что диагноз «депрессия» является диагнозом только тогда (имеет юридическую силу), когда выставлен врачом психиатром. Тем не менее, заподозрить и выявить такое расстройство у своего клиента может и обычный практикующий психолог. На базе же медицинских учреждений как правило задействованы медицинские (клинические) психологи, имеющие дополнительную подготовку в рамках дисциплин, находящихся на стыке медицины и психологии, и имеющие достаточную квалификацию для патопсихологического обследования пациентов и констатации наличия тех или иных патопсихологических симптомокомплексов (синдромов), включая аффективный (в психиатрии соответствует аффективным расстройствам – депрессии различного генеза, биполярное аффективное расстройство) и психогенно-невротический (в психиатрии соответствует тревожным расстройствам, включая смешанное тревожно-депрессивное) [Блейхер, 2009].

Одной из основных функций медицинского психолога женской консультации является психологическое сопровождение вынашивающих беременность и уже родивших женщин, состоящих на соответствующем диспансерном учете, или получающих послеродовую медицинскую помощь.

Психологическое сопровождение подразумевает осуществление обследования и

мониторинга тех сторон жизни пациентов, которые имеют непосредственное или косвенное отношение к психологическому состоянию личности и качеству их жизни.

Психолог во время первичного амбулаторного приема осуществляет сбор анамнеза, включающий сведения о социальной жизни обследуемой, включая внутрисемейные отношения, уровень достатка и материального благополучия ее семьи, медицинских аспектах здоровья (прохождения лечения или наблюдения у специалистов разного профиля: эндокринолог, невролог, психиатр, нарколог), предшествующих обследованию фактах обращения за психологической помощью, количестве беременностей и родов, особенностях протекания текущей беременности и послеродовых периодов в прошлом.

Процедура психопрофилактического обследования помогает специалисту оценить риски развития эмоциональных состояний, квалифицируемых как патологические, осуществить своевременное вмешательство, направленное на снижение патогенности факторов риска, либо полного их устранения. В случае обращения уже родившей женщины за психологической помощью перед специалистом встает задача оценки актуального психоэмоционального состояния пациентки, в том числе решение вопроса о дифференциальной диагностике. Среди наиболее распространенных явлений изменения психического статуса у родивших женщин, кроме послеродовой депрессии, описанной ранее, выделяются еще как минимум два.

Одно из них – это состояние, именуемое в англоязычной литературе как «baby blues», наиболее подходящим эквивалентом которого в русском языке будет «послеродовая хандра» или «послеродовая меланхолия». Это состояние встречается гораздо чаще, и по некоторым данным частота доходит до 70-80% среди всех родивших женщин. Характерными признаками «baby blues» являются эмоциональная лабильность, сопровождаемая раздражительностью, плаксивостью, тревогой за ребенка, беспокойством о соответствии «эталону» роли матери и возможности вернуться к прежнему образу жизни. Это состояние может длиться от нескольких дней до двух недель после родов. Беспокоящие симптомы проходят самостоятельно и не требуют вмешательства специалиста. Это явление можно условно назвать нормальным для восстановительного периода после родов.

Другим примером патологического психоэмоционального состояния после рождения ребенка является «послеродовой психоз». При этом расстройстве мы наблюдаем классическую картину психотического расстройства, симптомами которого являются психопатологические феномены, не встречаемые у здоровых людей ни в каком виде (бред, галлюцинации, реже нарушения сознания). Галлюцинаторные проявления при данном расстройстве встречаются, однако, значительно реже, чем бредовые компоненты мышления. Наиболее опасным представляется бред виновности (самообвинения, несостоятельности), который, кроме того, вполне может сочетаться с послеродовой депрессией (фабула данного вида бреда конгруэнтна аффекту депрессивного состояния). Опасность этого состояния заключается в том числе в утрате больным критики к своему состоянию и высоком риске действий, опасных как для самой женщины, так и для ее ребенка. Это состояние требует немедленного обращения за медицинской психиатрической помощью и стационарного наблюдения больной. В то же время, встречается это расстройство гораздо реже – всего 0,1-0,2% от всех родивших женщин (одна-две из тысячи) [Valdimarsdóttir et al., 2009].

Среди инструментов психодиагностики медицинского психолога основным традиционно остается опрос пациента на предмет беспокоящих его симптомов. К экспериментальным методам исследования можно отнести анкетирование. Наибольшую валидность на практике имеют такие распространенные диагностические опросники как Эдинбургская шкала

послеродовой депрессии, шкала депрессии А. Бека и шкала депрессии У. Занга. Дополнительному исследованию могут быть подвергнуты отдельные сферы психики человека (восприятие, внимание, память, мышление, эмоционально-волевая и мотивационная сферы) характерными изменениями в которых сопровождается течение депрессии.

После выявления специфических признаков депрессивного синдрома медицинский психолог оценивает степень тяжести его проявлений и принимает решение о необходимости или отсутствии таковой для направления пациента на консультацию к врачу-психиатру. Накопленный опыт лечения аффективных депрессивного спектра говорит о необходимости медикаментозной терапии депрессивных эпизодов тяжелее средней степени тяжести, в то время как легкий депрессивный эпизод может быть разрешен психотерапевтическими методами лечения. Для принятия решения о направлении к психиатру для получения медикаментозного лечения психолог оценивает не только выраженность симптоматики, но и длительность течения расстройства. Длительность терапии тесно коррелирует с длительностью пребывания больного в подобном угнетенном состоянии. Специалисту стоит помнить о том, что депрессия сопровождается биохимическими изменениями в организме пациента, в частности в структурах мозга, чья работа тесно связана с нейромедиаторами (серотонин, дофамин, норадреналин), поэтому длительное стойкое, или рекуррентное течение расстройства могут повлиять на угнетение отделов мозга ответственных за выработку этих веществ. В целом, стоит отметить, возвращение больного к нормальному уровню функционирования, даже в ситуации легкого депрессивного эпизода, происходит значительно быстрее при сочетании адекватного медикаментозного лечения и психокоррекционном (психотерапевтическом) сопровождении пациента [Терапия антидепрессантами..., 2008].

С точки зрения законодательства РФ в области здравоохранения, психотерапевтическое вмешательство в первую очередь компетентен осуществлять врач-психотерапевт (врач-психиатр с дополнительной подготовкой в области психотерапии). В то же время к задачам медицинского психолога относят и психокоррекционное воздействие. Понятия психотерапии и психокоррекции разделены в медицинском законодательстве, однако мало чем отличаются друг от друга по сути. Так, «психотерапия», согласно Национальному стандарту Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Услуги по психологической реабилитации инвалидов» определяется как: *«Психотерапевтическая помощь — это система психологических воздействий, направленных на перестройку систем отношений личности, деформированных вследствие ранения, боевой травмы, контузии или заболевания, и решающих задачи по изменению отношений инвалида как к социальному окружению, так и к своей собственной личности»*. А «психокоррекция» имеет следующее определение: *«Психологическая коррекция — активное психологическое воздействие, направленное на преодоление или ослабление отклонений в интеллектуально-мнестической сфере, эмоциональном состоянии и поведении, наступивших вследствие заболевания или участия в боевых действиях и получения военной травмы»* [Национальный стандарт Российской Федерации..., www].

Существенным сходством и психотерапии, и психокоррекции является психологическое воздействие, направленное на нормализацию или улучшение психической деятельности и невросоматических функций человеческого организма. В то же время одно и то же психологическое воздействие в рамках законодательства РФ чаще всего называют психотерапией, если его осуществляет врач, и психокоррекцией, если применение осуществляет психолог. Подобное разделение этих понятий в отечественной психологии связано не с особенностями работы, а с укоренившимся и узаконенным положением о том, что психотерапия

– это сфера людей, имеющих специальное медицинское образование. Это ограничение является искусственным, поскольку психотерапия подразумевает немедикаментозное, т.е. психологическое воздействие [Кабанов, 2014; Карвасарский, 1998].

Среди направлений психотерапевтического (психокоррекционного) лечения депрессии можно выделить «когнитивно-поведенческую терапию» и «интерперсональную терапию». Оба метода имеют научно доказанную эффективность в лечении депрессивного расстройства [Каган, 2003]. На наш субъективный взгляд, методы когнитивно-поведенческой терапии заслуживают чуть большего внимания в контексте лечения послеродовой депрессии, так как являются универсальными, применимыми к широкому спектру ситуаций и позволяют повысить стрессоустойчивость пациента, что значительно снижает риск рецидива депрессивного расстройства.

Основополагающий метод когнитивно-поведенческой терапии – «когнитивная реструктуризация» направлен на рационализацию когнитивных (мыслительных) процессов больного. Характерными особенностями мышления больных депрессией являются пессимистическое прогнозирование, безнадежность, самообвинения. Основоположник когнитивной терапии Аарон Бек сформулировал концепцию названную «депрессивной триадой Бека», которая гласит, что депрессивные больные имеют негативные представления о себе, негативные представления об окружающем их Мире, и негативные представления о будущем. Эти мыслительные конструкции не только связаны между собой, но и поддерживают друг друга, образуя замкнутый круг. Когнитивная реструктуризация призвана дать пациенту возможность научиться смотреть на происходящее в его жизни более объективно и рационально. В первую очередь, пациенту нужно объяснить принцип работы «когнитивной модели»: ситуация > мысли > эмоции > поведение; и научить обращать внимание на собственные «мысли», ведь именно наши оценочные суждения (представления) и являются спусковым крючком для эмоционального отклика, который в свою очередь призван изменить поведение. Даже при самом общем и поверхностном описании очевидно, что мышление, проникнутое пессимизмом, беспомощностью и безнадежностью, будет откликаться печалью, одиночеством и переживанием чувства утраты значимости и полноценности. Такой аффект непременно будет деморализует человека, изменяя его поведение в сторону социальной изоляции, утрате интересов и доминированию руминаций самообвиняющего характера, что мы и наблюдаем у депрессивных больных. В то время как когнитивные методы помогают человеку подвергнуть критическому переосмыслению свои привычные паттерны мышления и оценки, поведенческие методы, ведущим среди которых безусловно является поведенческий эксперимент, предлагают больному проверить на практике истинность своих прежних убеждений, их соответствие или несоответствие окружающей действительности.

Подобным образом мы наблюдаем характерные изменения и в мышлении женщин, страдающих от послеродовой депрессии. При стечении обстоятельств (особенности ЦНС, низкий уровень стрессоустойчивости, особенности воспитания и культурно-религиозных норм и т.д.) ряд провоцирующих, вызывающих состояние дистресса факторов (ошибки, неудачи, завышенные ожидания) могут привести к формированию собственного негативного образа в роли матери у женщины. Разочарование и чувство собственной несостоятельности чаще всего лишь укрепляют этот негативный образ (эмоциональное мышление, понятие «доминанты» в физиологии ВВД). Такой цикл переживаний, помноженный на время нахождения в нем, то есть приобретая характер повседневности, неизменно приведет к деморализации и стойко сниженному фону настроения, постоянной нехватке сил, утрате интересов и радости, что и

наблюдается в картине депрессивного расстройства.

Тактика психологической интервенции медицинского психолога в такой ситуации будет по большей части аналогична той, что применяется при лечении иных видов депрессивного расстройства, с учетом особенностей жизненной ситуации женщины и роли матери новорожденного. Основные усилия будут направлены на изменения негативных представлений о себе, повышение критике к собственным суждениям о происходящем, изменении привычных паттернов поведения, повышению осознанности и развитию новых, более рациональных и адаптивных стратегий мышления и поведения, приводящих к формированию реалистичного позитивного отношения к себе и окружающим.

### Заключение

Согласно статистике, послеродовая депрессия представляет собой наиболее часто развивающееся психоэмоциональное расстройство у родивших женщин. Несомненно, это состояние требует оказания психологической и медицинской помощи, и его своевременная диагностика является одной из основных задач специалистов, оказывающих послеродовую помощь женщинам, в особенности медицинских психологов. Не менее важной задачей является своевременное выявление факторов риска развития послеродовой депрессии. Так, по имеющимся данным, в 50% случаев послеродовых депрессий у женщин наблюдались депрессивные эпизоды в анамнезе, а от 40 до 60% женщин, страдающих послеродовой депрессией, сталкиваются с домашним насилием. Адекватный комплекс профилактических мер способен многократно снизить риск развития депрессии и сохранить благополучие матери, а значит и благополучие ребенка и семьи.

### Библиография

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. М., 2009. 624 с.
2. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 2014. 311 с.
3. Каган В.Е. Психотерапия депрессии // Независимый психиатрический журнал. 2003. № 4. URL: <http://npar.ru/vypusk-4-2003-g/#otk>
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 1998. 448 с.
5. Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Услуги по психологической реабилитации инвалидов»: ГОСТ Р 53872-2021 утвержден и введен в действие Приказом Госстандарта от 17 сентября 2010 г.
6. Некомерческая организация «Марш десятицентовиков». URL: <https://www.marchofdimes.org/find-support/topics/postpartum/baby-blues-after-pregnancy>
7. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»: закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (с изм. и доп.).
8. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств: Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. М., 2008. 216 с.
9. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
10. Mental and behavioural disorders: Mood affective disorders. World Health Organization. URL: <http://https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
11. O'Hara M., Swain A. Rates and risks of postpartum depression – meta analysis // International Review of Psychiatry. 1996. № 8. P. 3-14.
12. Valdimarsdóttir U. et al. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study // PLoS Med. 2009. Vol. 6. No. 2. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19209952>

## Psychodiagnostics and psychocorrection of postnatal psychoemotional disorders

**Miroslav V. Prihodchenko**

Medical Psychologist of the Antenatal Clinic,  
Raduzhninsk City Hospital,  
628464, 42/1, Microdistrict 1, Raduzhninsk, Russian Federation;  
e-mail: prihodchenko.mir@yandex.ru

### Abstract

The relevance of this article is due to the expansion of the practice of providing psychological assistance within the framework of medical institutions, namely the increase in the number of medical psychologists involved in the functioning of medical and social care offices based on women's clinics. The emergence of such new formats of services of primary care medical organizations requires processing and structuring the accumulated data on various aspects of psychological support for various categories of recipients of these services. Analysis and generalization of strategies for identifying and treating the most common disorders and conditions that are characteristic of one of the most numerous categories of patients in antenatal clinics - women who are observed for pregnancy, allows us to systematize the accumulated experience and observations in the field of psychodiagnostics and psychocorrection. The result of the work done will be a brief overview of all stages of interaction between a psychologist and a patient in the provision of primary outpatient psychological care, as well as certain aspects of the examination, correction and prevention of postpartum psychoemotional disorders. The article also presents data on the prevalence of certain postpartum mental disorders and conditions, diagnostic criteria and types of corrective and therapeutic methods of a medical psychologist in providing psychological assistance in these conditions.

### For citation

Prihodchenko M.V. (2023) Psikhodiagnostika i psikhokorreksiya postnatal'nykh psikhoemotsional'nykh rasstroistv [Psychodiagnostics and psychocorrection of postnatal psychoemotional disorders]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 12 (2A), pp. 47-55. DOI: 10.34670/AR.2023.75.14.007

### Keywords

Postpartum depression, postpartum psychosis, psychodiagnostics, psychocorrection, medical psychology.

### References

1. Bleikher V.M. (2009) *Klinicheskaya patopsikhologiya* [Clinical pathopsychology]. Moscow.
2. *Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx)*. Available at: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> [Accessed 03/03/2023]
3. Kabanov M.M. (2014) *Metody psikhologicheskoi diagnostiki i korreksii v klinike* [Methods of psychological diagnostics



- 
- and correction in the clinic]. Moscow: Meditsina Publ.
4. Kagan V.E. (2003) Psikhoterapiya depressii [Psychotherapy of depression]. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal* [Independent psychiatric journal], 4. Available at: <http://npar.ru/vypusk-4-2003-g/#otk> [Accessed 03/03/2023]
  5. Karvasarskii B.D. (1998) *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* [Psychotherapeutic encyclopedia]. St. Petersburg: Piter Publ.
  6. *Mental and behavioural disorders: Mood affective disorders*. World Health Organization. Available at: <http://https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [Accessed 03/03/2023]
  7. *Natsional'nyi standart Rossiiskoi Federatsii «Reabilitatsiya invalidov. Uslugi po psikhologicheskoi reabilitatsii invalidov»: GOST R 53872-2021 utverzhden i vveden v deistvie Prikazom Gosstandarta ot 17 sentyabrya 2010 g.* [National standard of the Russian Federation “Rehabilitation of the disabled. Services for the psychological rehabilitation of the disabled”: GOST R 53872-2021 approved and put into effect by the Order of the State Standard of September 17, 2010].
  8. *Nekomercheskaya organizatsiya «Marsh desyatitsentovikov»* [March of Dimes]. Available at: <https://www.marchofdimes.org/find-support/topics/postpartum/baby-blues-after-pregnancy> [Accessed 03/03/2023]
  9. O'Hara M., Swain A. (1996) Rates and risks of postpartum depression – meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, pp. 3-14.
  10. «*O psikhiatricheskoi pomoshchii garantiyakh prav grazhdan pri ee okazanii*»: zakon RF ot 02.07.1992 № 3185-1 (s izm. i dop.) [“On psychiatric care and guarantees of the rights of citizens in its provision”: Law of the Russian Federation of July 2, 1992 No. 3185-1 (as amended and supplemented)].
  11. (2008) *Terapiya antidepressantami i drugie metody lecheniya depressivnykh rasstroistv: Doklad Rabochei gruppy CINP na osnove obzora dokazatel'nykh dannykh* [Antidepressant therapy and other treatments for depressive disorders: Report of the CINP Working Group based on a review of the evidence]. Moscow.
  12. Valdimarsdóttir U. et al. (2009) Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *PLoS Med*, 6, 2. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19209952> [Accessed 03/03/2023]
-