

УДК 616.89-092+314.45]:616.89-008-06:618.7

Хвостова И.И.<sup>1</sup>, Бондарь К.А.<sup>1</sup>, Докукина Т.В.<sup>1</sup>, Шот И.А.<sup>1</sup>, Давидовский С.В.<sup>2</sup>, Ибрагимова Ж.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

<sup>3</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Hvostova I.<sup>1</sup>, Bondar K.<sup>1</sup>, Dokukina T.<sup>1</sup>, Shot I.<sup>1</sup>, Davidovsky S.<sup>2</sup>, Ibrahimova Zh.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Republican Scientific and Practical Center of Mental Health, Minsk, Belarus

<sup>2</sup> Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

<sup>3</sup> Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

## Клинико-психопатологические, социально-демографические и психологические особенности пациенток с тяжелыми психическими расстройствами послеродового периода

Clinical, Psychopathological, Socio-Demographic, and Psychological Characteristics of Patients with Severe Mental Disorders of the Postpartum Period

### Резюме

**Цель исследования:** изучить особенности клинических проявлений, социально-демографические и психологические характеристики пациенток с тяжелыми психическими расстройствами послеродового периода.

**Материалы и методы:** в период с 2012 г. по апрель 2019 г. в РНПЦ психического здоровья обследовано 58 женщин, которым был установлен диагноз тяжелого психического расстройства послеродового периода. Информация собиралась на основании клинического интервью, стандартизованных шкал и методик: депрессии Монтгомери – Асберга; депрессии Зунга; опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина и т. д.

**Результаты:** наиболее часто клиническая картина расстройств в исследованной выборке была близка острому полиморфному психотическому расстройству с симптомами шизофрении (48%) и тяжелому либо умеренному депрессивному эпизоду (36%). У пациенток с непсихотическим уровнем расстройств чаще отмечались серьезные соматические заболевания и осложнения во время беременности и родов, они чаще подвергались влиянию стрессовых факторов (86%) до родов. Пациентки с психозами в послеродовом периоде чаще имели в семейном анамнезе шизофрению, чаще имели опыт обращения к врачу – психиатру-наркологу или психотерапевту, чаще госпитализировались в психиатрический стационар ( $p=0,025$ ) до беременности. Для пациенток с психотическим уровнем расстройств были характерны более выраженные и частые нарушения в мышлении, чем у женщин с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств.

**Заключение:** представляется, что большинство тяжелых психических расстройств послеродового периода психотического уровня были дебютом хронического психического

расстройства шизофренического спектра. Лечащие врачи пациенток предпочитали использовать диагностическую рубрику F53.1 в связи со стигматизацией.

**Ключевые слова:** тяжелые психические расстройства послеродового периода, шизофрения, депрессивный эпизод.

---

### Abstract

---

**Purpose.** To study the features of clinical manifestations, socio-demographic and psychological characteristics of patients with severe mental disorders in the postpartum period.

**Materials and methods.** In the period from 2012 to April 2019, 58 women were examined at the Center of Mental Health, who were diagnosed with a severe mental disorder in the postpartum period. Information was collected on the base of clinical interview, standardized scales and methods: Montgomery – Asberg depression; Zung depression; questionnaire of situational and personal anxiety Spielberger – Khanin, etc.

**Results.** In the studied sample, the most common clinical picture of the disorders was close to acute polymorphic psychotic disorder with the symptoms of schizophrenia (48%) and severe or moderate depressive episode (36%). In patients with a non-psychotic level of the disorders, serious somatic diseases and complications during pregnancy and childbirth were more common, and they were often influenced by stress factors (86%) before delivery. Patients with psychosis in the postpartum period were more likely to have schizophrenia in the family history. They had more frequent experience in addressing a psychiatrist or psychotherapist and were hospitalized in a psychiatric hospital before pregnancy more often ( $p=0.025$ ). Patients with a psychotic level of the disorders were characterized by more pronounced and frequent disorders in thinking than women with the predominance of anxiety and depressive disorders.

**Conclusion.** It appears that the majority of post-partum mental illness presented the onset of a chronic mental disorder of the schizophrenic spectrum. Nevertheless, psychiatrists preferred to use the diagnostic unit F53.1 due to stigmatization.

**Keywords:** severe postpartum mental disorders, schizophrenia, depressive episode.

---

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Относительно легкие психические расстройства (тревожные, депрессии) встречаются приблизительно у 13% родивших женщин. Тяжелые психические расстройства послеродового периода (ТПРПП), в особенности расстройства психотического уровня, не относятся к числу наиболее часто встречаемых психических расстройств [1–4]. Однако значение их трудно переоценить в связи с теми серьезными последствиями и ущербом, которые они могут нанести как здоровью матери, так и новорожденному. Современная психиатрия не располагает точными данными о частоте ТПРПП в популяции. Она составляет от 0,89 до 2,6, а по некоторым исследованиям – до 5 случаев на 1000 родов [5–8]. Такая разница в данных, вероятнее всего, обусловлена тем, что существуют разные представления о сроках развития послеродовых психических расстройств. Часть клиницистов считает, что временные рамки развития послеродовых психических расстройств ограничены началом не позднее 4 недель после родов, другие ограничивают этот период 6 неделями, 3, 6 и даже 12 месяцами. Кроме того, группа ТПРПП клинически неоднородна. В нее входят как пуэперальные психозы,

**Таблица 1**
**Количество пациенток, получавших лечение в РНПЦ психического здоровья в связи с ТПРПП в 2012–2018 гг.**

Год	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Общее число пациентов, получавших лечение в РНПЦ психического здоровья	23 016	21 822	20 274	18 926	18 111	18 528	18 534
Число пациенток, получавших лечение в связи с ТПРПП	19	14	19	12	16	16	19
% от общего числа пациентов, получавших лечение в РНПЦ психического здоровья	0,08	0,06	0,09	0,06	0,08	0,08	0,1

так и состояния, клинически схожие с тяжелыми депрессиями, в том числе с психотическими симптомами, маниями, гипоманиями и смешанными аффективными эпизодами. К ТПРПП не относят обострения хронических психических расстройств, которыми женщина страдала до беременности и во время ее. Диагностическая рубрика F53 не рекомендована к широкому применению, в особенности при исследовательской работе. Ее предлагается использовать только в тех случаях, когда психическое расстройство, возникшее в послеродовом периоде, не соответствует в полной мере диагностическим критериям психических расстройств из других рубрик главы V МКБ-10. Перед специалистом, оказывающим помощь пациентке, недавно ставшей матерью, всегда стоит вопрос: связано ли переносимое ею состояние исключительно с послеродовым периодом, является ли оно обострением или дебютом пока еще не верифицированного хронического психического расстройства?

В связи с особенностями статистического учета психических расстройств точных данных о частоте тяжелых послеродовых психических расстройств в Республике Беларусь нет. Количество пациенток, получавших лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (РНПЦ психического здоровья) в связи с ТПРПП, в течение ряда лет остается стабильным (табл. 1) и не превышает 0,1% от всех пролеченных.

Проблема выявления, диагностики, лечения и прогноза ТПРПП, несмотря на малочисленность данной категории пациенток, имеет огромное значение.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клинико-психопатологических, психологических и социально-демографических особенностей пациенток, перенесших ТПРПП.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные собирались в период с 2012 г. по апрель 2019 г. на базе 4-го общего психиатрического отделения РНПЦ психического здоровья, где выделены койки для женщин с психическими расстройствами послеродового периода. В исследовании принимали участие пациентки с психическими расстройствами, начавшимися в пределах 6 недель после родов. В исследование не включались пациентки, имевшие в анамнезе

психические расстройства, характеризовавшиеся длительным (свыше 3 месяцев) или хроническим течением.

При обследовании пациенток, кроме клинического интервью, также использовались следующие стандартизованные шкалы и методики: шкала депрессии Монтгомери – Асберга; «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» (Жмурова); шкала депрессии Зунга; опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина; Стандартизированный многофакторный метод исследования личности Л.Н. Собчик; диагностика мышления (классификация предметов, исключение предметов, пиктограммы, методика опосредованного запоминания Леонтьева, методика определения сходства и различий). Статистическая обработка данных проводилась с помощью вычисления параметров описательной статистики, коэффициента ранговой корреляции Спирмена и  $\chi^2$ -критерия для распределения 2x2 для установления взаимосвязи, U-критерия Манна – Уитни для независимых выборок для выявления различий. В качестве методов математической обработки данных были выбраны непараметрические, так как большинство переменных были распределены по отличному от нормального распределению. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета Statistica 6.0.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Объем выборки составил 58 женщин. Возраст пациенток варьировался в пределах 19–40 лет, среднее значение по возрасту соответствовало 28–29 годам (Mode = 28, Std.Dev = 4,94), наиболее часто встречающийся возрастной период соответствовал 26–29 годам (25 человек, 44%) (рис. 1). Большинство выборки – 47 (81%) – были женщины, родившие впервые, для 7 (13%) роды были вторыми, и 4 женщины (6 %) родили в третий или четвертый раз.

Наиболее часто клиническая картина ТПРПП в исследованной выборке была близка к острому полиморфному психотическому расстройству с симптомами шизофрении (28 пациенток; 48%), тяжелому либо умеренному депрессивному эпизоду (21; 36%), острому полиморфному

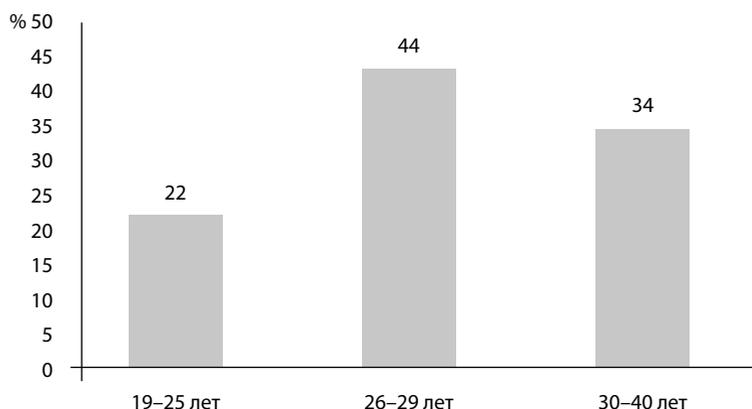


Рис. 1. Распределение пациенток по возрастным группам

психотическому расстройству без симптомов шизофрении (7; 12%), мании с психотическими симптомами (2; 4%).

Более половины выборки (51%) имели серьезное соматическое заболевание либо осложнения во время беременности и в родах: угроза прерывания, гестоз, преждевременное излитие околоплодных вод, гипертензия, частичная отслойка плаценты, гидронефроз, тромбоз воротной вены, маловодие, нарушения плацентарного кровообращения, гипотиреоз, тиреотоксикоз. Только у 8 рожденных детей (14%) наблюдались некоторые проблемы со здоровьем после родов.

За амбулаторной или стационарной помощью к врачам – психиатрам-наркологам и психотерапевтам до родов обращались 19 женщин (33%). Большая часть выборки (73%, 42 человека) были впервые госпитализированы в психиатрический стационар, повторно поступили на лечение 27% (16 женщин).

Наследственность была отягощена психическими заболеваниями у 15 женщин (26%). Наиболее часто встречающимся диагностированным психическим расстройством у родственников пациенток была шизофрения (11%), реже встречались депрессии (в т. ч. с суицидальными попытками) (7%), синдром зависимости от алкоголя (5%) и расстройства личности (3%).

Пациентки в выборке чаще имели высшее образование (35 человек, 60%), реже среднее (23, 40%). Значительная часть пациенток состояла в браке (53 женщины, 92%), 2 пациентки сожительствовали с отцом ребенка (3%), 3 (5%) – проживали в одиночестве. Благоприятные, теплые взаимоотношения с мужем наблюдались у большинства – в 47 семьях (81%).

Большая часть женщин с ТППП (35 человек, 60%) испытывала воздействие стрессовых факторов во время беременности: угроза прерывания беременности (18 случаев, 51%), конфликты с мужем и агрессия с его стороны (9 случаев, 26%), конфликты с родителями (5 случаев, 14%), смерть близких родственников, отсутствие семейной поддержки (3 случая, 9%).

Исследуемые женщины были разделены на две группы: с психотическим (сопровождавшимся бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением) (37 пациенток) и непсихотическим (21 пациентка) уровнем расстройств. Группы сравнивались по ряду социально-демографических, клинических и психологических признаков (табл. 2).

В группе женщин с непсихотическим уровнем расстройств большая доля (96%) пациенток были замужем, однако при этом конфликтные отношения с супругом отмечались чаще, чем в группе сравнения (29%). Статистически значимых взаимосвязей между семейным положением и уровнем послеродовых психических расстройств не было выявлено ( $p=0,2$ ).

Отмечалась некоторая статистически незначимая разница между группами в образовательном уровне: у женщин с психотическими расстройствами чаще регистрировалось среднее, а у женщин с тревожно-депрессивными расстройствами – высшее образование ( $U=382$ ;  $p=0,903$ ). Возможно, это косвенно свидетельствует в пользу незначительно более высокого уровня преморбидного функционирования в группе с непсихотическим уровнем расстройств.

**Таблица 2**  
**Некоторые социально-демографические, клинические и психологические характеристики женщин с психотическими и непсихотическими ТПРПП**

Характеристики	Психотические расстройства (%)	Непсихотические расстройства (%)	Уровень значимости
Замужем	89	96	p>0,05
Первые роды	76	90	p>0,05
Вторые роды	14	10	p>0,05
Третьи роды	5	0	p>0,05
Четвертые роды	5	0	p>0,05
Наличие стрессовых факторов	46	86	p<0,05
Угроза прерывания беременности	42	60	p>0,05
Наличие соматических заболеваний, осложненных во время беременности и родов	43	67	p>0,05 (p=0,08)
Синдром алкогольной зависимости у мужа	12	6	p>0,05
Конфликты со старшим поколением	24	6	p<0,05
Отсутствие семейной поддержки	12	6	p>0,05
Конфликтные отношения с мужем	14	29	p<0,05
Психическое расстройство в семейном анамнезе	29	24	p>0,05
Шизофрения в семейном анамнезе	18	5	p<0,05
Алкогольная зависимость в семейном анамнезе	3	5	p>0,05
Депрессии с суицидами в семейном анамнезе	8	9	p>0,05
Расстройство личности в семейном анамнезе	0	5	p<0,05
Опыт обращения к специалисту	41	19	p<0,05
Первичная госпитализация	62	90	p<0,05
Повторная госпитализация	38	10	p<0,05

ТПРПП чаще всего возникали после первых родов вне зависимости от уровня симптоматики заболевания ( $U=327$ ,  $p=0,145031$ ). В изученной выборке ТПРПП возникло после первых родов у 90% женщин с тревожно-депрессивной симптоматикой и у 76% женщин с психозами (табл. 2). При этом нарушения психического состояния после третьей и четвертой беременности наблюдались только у пациенток с психотическим уровнем расстройств.

Женщины с непсихотической симптоматикой чаще подвергались влиянию стрессовых факторов (86%) до родов, чем пациентки с психотическим уровнем расстройств (46%) ( $\chi^2=9,96$ ;  $p=0,0016$ ). Среди стрессовых факторов авторами чаще всех встречался такой фактор, как угроза прерывания беременности. Статистически значимой разницы в частоте возникновения угрозы прерывания беременности между группами не было. Конфликты с супругом во время беременности чаще отмечались у пациенток с непсихотическим уровнем ТПРПП, а стрессоры в виде конфликтов со старшим поколением чаще наблюдались у женщин с психотическим уровнем ТПРПП. У пациенток с непсихотическим уровнем расстройств незначительно чаще отмечались соматические заболевания и осложнения во время беременности и родов (67%), чем у женщин, переносивших психозы (43%).

У значительной части выборки отсутствовала наследственная отягощенность психическими расстройствами. Однако пациентки с психозами в послеродовом периоде чаще имели в семейном анамнезе шизофрению, а пациентки с тревожно-депрессивной симптоматикой – расстройство личности ( $p < 0,05$ ).

Женщины с психотическим уровнем ТПРПП до беременности достоверно чаще имели опыт обращения к врачу – психиатру-наркологу или психотерапевту ( $p = 0,049$ ), а также чаще имели опыт госпитализации в психиатрический стационар ( $p = 0,025$ ). Значения ранговых сумм указывают на то, что большее количество госпитализаций в психиатрический стационар чаще отмечалось у пациенток с клинической картиной ТПРПП, близкой полиморфному психическому расстройству ( $U = 280$ ,  $p = 0,025$ ). С данной клинической картиной женщины поступали в психиатрический стационар еще до беременности, что дает основания рассматривать подобные случаи не как самостоятельный эпизод, а как обострение ранее развившегося психического заболевания.

Для группы женщин с ТПРПП непсихотического уровня был характерен высокий уровень депрессии, а для пациенток с психотическим уровнем расстройств – низкий или минимальный уровень депрессивных переживаний ( $U = 105,5$ ,  $p = 0,002$ ). Для пациенток с непсихотическим уровнем ТПРПП, имевших осложнения во время беременности и родов, была характерна высокая ситуативная тревожность в послеродовом периоде при свойственной высокой тревожности как черте характера в сравнении с женщинами из этой группы, не имевшими осложнений ( $p = 0,022$ ). Подобных различий у женщин с преобладанием психотической симптоматики в послеродовом периоде не было выявлено ( $p = 0,51$ ).

У пациенток с непсихотическим уровнем ТПРПП была выявлена статистически значимая умеренная обратная взаимосвязь ( $R = -0,5$ ,  $p = 0,027$ ) между уровнем образования и ситуативной тревожностью. Для пациенток, имеющих более низкий уровень образования, было характерно более интенсивное повышение тревожности, беспокойства, напряженности, озабоченности как реакция на непредвиденные обстоятельства, стрессовые и фрустрирующие ситуации. Данной взаимосвязи у женщин с преобладанием психотической симптоматики в послеродовом периоде не было выявлено.

Анализ показал, что более выраженные нарушения в мышлении были характерны для пациенток с психотическим уровнем ТПРПП. Реже всего наблюдались нарушения в мышлении у женщин с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств в послеродовом периоде (табл. 3).

У пациенток с непсихотическим уровнем ТПРПП чаще встречались психастенический, шизоидный, депрессивный типы личности с некоторым повышением интроверсии (рис. 2). Данные преморбидные особенности личности могут являться одним из условий для развития послеродовых тревожно-депрессивных расстройств. У пациенток с психотическим уровнем расстройств чаще встречался паранойяльный тип личности ( $U = 50,5$ ,  $p = 0,033$ ). Для паранойяльного типа личности характерна аффективная захваченность доминирующей идеей, касающейся, как правило, конфликтной ситуации. Данный тип личности встречается при

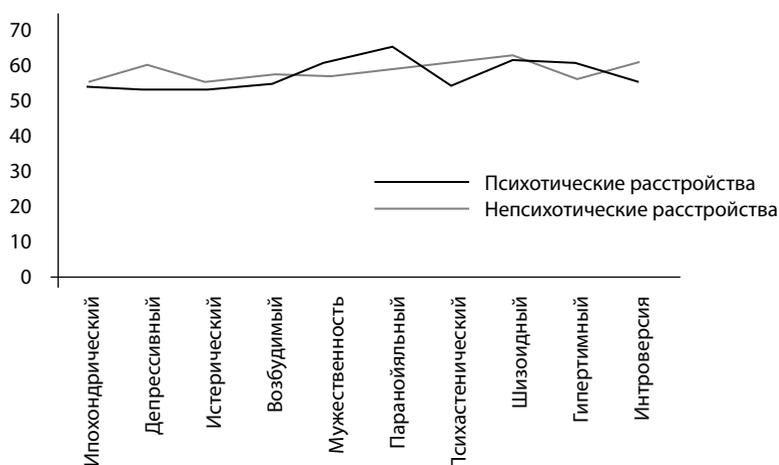
**Таблица 3**  
**Нарушения мышления у женщин с психотическим и непсихотическим уровнем ТПРПП**

	Ранговая сумма		U-критерий Манна – Уитни	Уровень значимости
	Психотические расстройства	Непсихотические расстройства		
Эмоционально-мотивационная сторона	1330,5	380,5	149,5	0,000077
Искажения	1264,5	446,5	215,5	0,002527
Критика	1262	449	218	0,003835

наличии в паттерне эмоционально-динамической predisпозиции ведущего фактора ригидности, способствующего закреплению негативного опыта. Наличие психического расстройства с преобладанием брезово-галлюцинаторной симптоматики может либо усилить ранее имеющиеся параноидные черты, либо деформировать личностную структуру в сторону нарастания черт паранойяльности.

Следует отметить, что в целом более дисгармоничная личность была характерна для пациенток с преобладанием психотической симптоматики в клинической картине послеродового периода, в то время как личность пациенток с ТПРПП чаще имела более сглаженный, однородный профиль с лучшим прогнозом адаптации.

Большинство женщин (81%) перенесли ТПРПП после первых родов. Более половины пациенток (51%) имели серьезные соматические заболевания и осложнения во время беременности и в родах. Наиболее часто клиническая картина ТПРПП в исследованной выборке была близка острому полиморфному психотическому расстройству с симптомами шизофрении (48%) и тяжелому либо умеренному депрессивному эпизоду (36%). За амбулаторной или стационарной помощью к психиатрам и психотерапевтам до родов обращалось около трети женщин (33%). Для 60% женщин с ТПРПП были характерны воздействия стрессовых факторов во время беременности, среди которых лидирующим была



**Рис. 2. Личностный профиль женщин с психотическими и непсихотическими уровнями ТПРПП по показателю среднearифметического значения**

угроза прерывания беременности (51%). Обнаружены некоторые различия между группами пациенток с психотическим и непсихотическим уровнем ТПРПП. У пациенток с непсихотическим уровнем расстройств чаще отмечались серьезные соматические заболевания и осложнения во время беременности и родов, эти женщины также чаще подвергались влиянию стрессовых факторов (86%) до родов, чем пациентки с психотическим уровнем расстройств (46%). Пациентки с психозами в послеродовом периоде чаще имели в семейном анамнезе шизофрению, чаще имели опыт обращения к врачу – психиатру-наркологу или психотерапевту, а также чаще имели опыт госпитализации в психиатрический стационар ( $p=0,025$ ) до беременности. Большее количество госпитализаций в психиатрический стационар до беременности чаще отмечалось у пациенток с клинической картиной ТПРПП, соответствующей полиморфному психотическому расстройству, что дает основания рассматривать подобные случаи не как самостоятельный эпизод, а как обострение ранее развившегося психического заболевания. Для пациенток с психотическим уровнем ТПРПП были характерны более выраженные и частые нарушения в мышлении, чем у женщин с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств. У пациенток с психотическим уровнем расстройств чаще встречался паранойяльный тип личности ( $U=50,5$ ,  $p=0,033$ ). Для пациенток с непсихотическим уровнем ТПРПП были характерны психастенический, шизоидный, депрессивный типы личности. Для пациенток с преобладанием психотической симптоматики был характерен более дисгармоничный личностный профиль, в то время как личностный профиль пациенток с ТПРПП непсихотического уровня чаще был более сглаженный, однородный, с лучшим прогнозом адаптации. С учетом изложенного у авторов сложилось впечатление, что большинство ТПРПП психотического уровня у изученных пациенток были ничем иным как дебютом хронического психического расстройства шизофренического или аффективного спектра. Лечащие врачи пациенток из изученной выборки предпочитали использовать диагностическую рубрику ТПРПП, несмотря на относительную ясность клинической картины, во многом из-за чувства грандиозной ответственности за судьбу молодой матери и ее ребенка в связи с опасениями, что иной диагноз может повлечь трудности с возвращением ребенка матери по окончании стационарного лечения. Вместе с тем авторы не столь решительны, чтобы полностью отрицать существование особых послеродовых психозов. Среди изученных особенно запоминающимся был случай пациентки Н., трижды демонстрировавшей после каждых родов психотические нарушения, сопровождавшиеся мутностью, ложными узнаваниями, нелепыми ответами, отрывочными галлюцинаторными переживаниями. Н. была полностью адаптирована в социальном и профессиональном плане, никогда не получала поддерживающего лечения, не демонстрировала никаких психических нарушений за пределами болезненных эпизодов, возникавших исключительно в послеродовом периоде.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представляется, что только многолетнее катamnестическое исследование внесет ясность в вопрос обоснованности существования

диагностической рубрики ТПРПП. В настоящее время существование данной нозологической единицы необходимо хотя бы в связи с высокой стигматизацией психических расстройств в современном обществе и социальной уязвимостью диады мать – дитя.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

---

## ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Sit D., Rothschild A.J., Wisner K.L. (2006) A Review of Postpartum Psychosis. *J. Women's Health*, vol. 15, pp. 352–358.
2. Astrid M. Kamperman, Mariam J. Veildman–Hoek, Richard Wesseloo, Emma Robertson Blackmore, Veerle Bergink (2017) Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar Disorders*, vol. 19 (6), pp. 1–8.
3. Florio A.D., Munk-Olsen T., Bergink V. (2016) The birth of a psychiatric orphan disorder: postpartum psychosis. *Lancet Psychiatry*, vol. 3, p. 502.
4. Klompenhouwer J., van Hulst A., Tulen J., Jacobs M., Jacobs B., Segers F. (1995) The clinical features of postpartum psychoses. *Eur Psychiatry*, vol. 10, pp. 355–367.
5. Brockington I.F., Cernik K.F., Schofield E.M., Downing A.R., Francis A.F., Keelan C. (1981) Puerperal psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 38, pp. 829–833.
6. Wisner K.L., Peindl K., Hanusa B.H. (1994) Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *J Affect Disord*, vol. 30, pp. 77–87.
7. Dean C., Kendell R.E. (1981) The symptomatology of puerperal illnesses. *Br J Psychiatry*, vol. 139, pp. 128–133.
8. Bergink V., Burgerhout K.M., Koorengel K.M. (2015) Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry*, vol. 172, pp. 115–123.

---

Поступила/Received: 20.05.2019  
Контакты/Contacts: i\_khvost@mail.ru