

## ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА КАК СОСТОЯНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ УГРОЗЫ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ НОВОРОЖДЕННОГО (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

© Е.В. Кожадей, С.В. Гречаный

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

*Для цитирования:* Кожадей Е.В., Гречаный С.В. Психотические расстройства послеродового периода как состояния потенциальной угрозы жизни и здоровью новорожденного (анализ клинического случая) // Педиатр. – 2018. – Т. 9. – № 5. – С. 109–114. doi: 10.17816/PED95109-114

Поступила в редакцию: 30.08.2018

Принята к печати: 11.10.2018

В статье описывается клиническая картина послеродовых психозов. В литературе, посвященной послеродовым психическим расстройствам у женщин, выделяют три основные их разновидности: послеродовой синдром «грусти рожениц» (послеродовой «блюз»), постпартальная депрессия и послеродовой психоз. Кроме того, в послеродовом периоде встречаются такие заболевания, как постпартальное паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматический стресс и др. Этиология послеродовых психотических расстройств различна. В психиатрической литературе с развитием постпартального психоза часто принято связывать дебют эндогенного процессуального заболевания с последующим пожизненным хроническим течением. Однако имеется немало упоминаний о возможности начала психоза вследствие экзогенных вредностей – после тяжелых продолжительных родов, сопровождающихся судорогами и высокой лихорадкой (более 40 °С). Устанавливается взаимосвязь со скрытыми инфантицидами. Инфантицид включает в себя случаи преднамеренного или непреднамеренного оставления младенца в ситуациях, угрожающих его жизни и здоровью. Риск послеродовых психозов, сопровождающихся инфантицидом, значительно возрастает при наличии суицидов у родственников первой линии. Приводится случай острого бредового психотического расстройства в послеродовом периоде у пациентки перинатального центра СПбГПМУ. Обсуждаются психопатологические симптомы расстройства. Подчеркивается отсутствие взаимосвязи патологических переживаний и причастности пациентки к конкретной религиозной конфессии. Обсуждается нозология представленного клинического случая.

**Ключевые слова:** послеродовой психоз; острое бредовое психотическое расстройство; инфантицид.

## PSYCHOTIC DISORDERS OF POSTPARTUM PERIOD AS STATES OF POTENTIAL THREAT TO NEWBORN'S LIFE AND HEALTH (CLINICAL CASE ANALYSIS)

© E.V. Kozhadey, S.V. Grechanyi

St. Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia

*For citation:* Kozhadey EV, Grechanyi SV. Psychotic disorders of postpartum period as states of potential threat to newborn's life and health (clinical case analysis). *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2018;9(5):109-114. doi: 10.17816/PED95109-114

Received: 30.08.2018

Accepted: 11.10.2018

This article describes clinical picture of postnatal psychoses. In literature devoted to women's postpartum mental disorders there are three variants: postpartum syndrome of "parturient sadness" (postpartum "blues"), postpartum depression and postpartum psychosis. Also, such diseases as postpartum panic disorders, obsessive-compulsive disorders, posttraumatic stress and others may occur. Etiology of postpartum mental disorders may differ. In psychiatric literature the beginning of endogenous processual disease (with further chronical lifetime course) is often connected with development of postpartum psychosis. However, there are a lot of mentions about a possible beginning of psychosis due to exogenous hazards – after tough and long delivery followed convulsions and fever (40 Celcius and above). Interrelation with hidden infanticide is carried out. Infanticide includes cases of unpurposed and purposed abandoning an infant in situations dangerous for its health and life. Risk of postpartum psychoses followed by infanticide significantly increases in case of first-line relatives' suicides. Case of severe delirious psychotic disorder during patient's postpartum period in SPbSPMU is given. Psychopathologic symptoms of disorder are discussed. Lack of interrelation between pathological feelings and patient's belonging to concrete religious denomination is emphasized. Nosology of the given clinical case is discussed.

Well-timed diagnostics of postpartum psychotic states is practically relevant. Postpartum psychoses are states that need evaluation from different perspectives.

**Keywords:** postnatal psychosis; severe delirious psychotic disorder; infanticide.

В литературе, посвященной послеродовым психическим расстройствам у женщин, выделяют три основные их разновидности: послеродовой синдром «грусти рожениц» (послеродовой «блюз»), постпартальная депрессия и послеродовой психоз [11, 12]. Кроме того, в послеродовом периоде нередко возникают такие заболевания, как постпартальное паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, постродовой посттравматический стресс и др. [13]. В последнее время большое значение придается описанию психических расстройств, возникающих у отцов во время беременности матерей, вынашивающих их детей, и после родов [9, 10]. Считается, что послеродовая депрессия у отцов провоцирует развитие аффективных нарушений у матери и негативно влияет на формирование эмоциональных привязанностей в системе отношений «мать–дитя–отец».

В многочисленных источниках указывается, что многие психические расстройства родителей, сформированные в процессе беременности и родов, могут представлять непосредственную опасность для здоровья и жизни новорожденного. В последнее время серьезное внимание как в медицинской, так и в юридической литературе уделяется описанию инфантицида как разновидности убийства ребенка, совершенного родителями в течение первого года его жизни [4]. Различают явный и скрытый инфантицид [3, 4]. Последний включает в себя случаи преднамеренного или непреднамеренного оставления младенца в ситуациях, угрожающих его жизни и здоровью. К ним относятся: 1) отказ от ребенка без своевременного помещения его в медицинское учреждение, в том числе «бэби-бокс», или передачи ребенка заинтересованным лицам (например, родственникам); 2) неоказание помощи в случае болезни, страданий, в том числе отказ от обращения за медицинской помощью; 3) осознанная или неосознанная провокация несчастных случаев; 4) отсутствие должного ухода (например, отказ кормить, одевать), приводящее к фатальным последствиям; 5) оставление ребенка одного в угрожающей его жизни ситуации (на холоде, на жаре); 6) повреждающие действия, направленные на ребенка, и др. Актуальность проблемы обусловлена тем, что дети первого года жизни в 2 раза чаще становятся жертвами убийств и в 3–4 раза чаще подвергаются риску причинения вреда здоровью по сравнению с другими возрастными группами [7].

Относительно этиологии, клинических проявлений, динамики и прогноза послеродовых психотических расстройств в настоящее время в литературе нет единой точки зрения [8]. Согласно имеющимся описаниям для типичного послеродового психоза характерны: спутанность мышления, аффективные колебания настроения, отрывочные и систематизированные бредовые идеи, галлюцинаторные переживания и др. Специфика послеродовых материнских психотических переживаний заключается в искаженной оценке состояния новорожденного, в том числе представлений о физиологических потребностях ребенка, содержании ухода за ним, эмоциональных запросах новорожденного, опасных для здоровья состояний. Таким образом складываются предпосылки для недостаточного удовлетворения нутритивных потребностей ребенка. Ребенок часто оказывается не ухожен. Мать в психотическом состоянии не может оказать своевременную помощь в случае остро возникших заболеваний, угрожающих жизни новорожденного. То есть речь идет о скрытых инфантицидных действиях. Встречаются случаи и явного инфантицида, в том числе в рамках так называемого расширенного суицида (вначале мать посягает на жизнь новорожденного, а затем и на собственную жизнь). Риск послеродовых психозов, сопровождающихся инфантицидом, значительно возрастает при наличии суицидов у родственников первой линии [6].

Типичный послеродовой психоз обычно начинается в первые 2 недели после родов, длится в течение нескольких недель и даже месяцев. В большинстве случаев требуется психиатрическое освидетельствование пациентки, в том числе с неотложной недобровольной госпитализацией в психиатрический стационар для осуществления динамического наблюдения с целью предотвращения угрожающих жизни состояний и проведения курсового медикаментозного лечения. Частота послеродовых психозов составляет 0,1–0,2 % случаев [11, 12].

Этиология послеродовых психотических расстройств различна. В психиатрической литературе с развитием постпартального психоза часто принято связывать дебют эндогенного процессуального заболевания с последующим пожизненным хроническим течением [5]. Однако имеется немало упоминаний о возможности начала психоза вследствие экзогенных вредностей — после тяжелых

продолжительных родов, сопровождающихся судорогами и высокой лихорадкой (более 40 °С) [6]. Описан постабортный психоз. Приводятся случаи развития психотических приступов через два месяца после операции по поводу внематочной беременности [6]. Послеродовые психозы могут иметь экзогенно-органическую природу вследствие повреждения нервной системы во время тяжело протекавшей беременности и родов.

## ОПИСАНИЕ И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В отделение патологии новорожденных и детей грудного возраста Перинатального центра СПбГПМУ на лечение с совместным пребыванием с матерью поступил мальчик М. в возрасте 2 месяцев 17 дней. Мать ребенка Н. сразу же привлекла внимание персонала своим необычным поведением. Она постоянно молилась, привезла с собой большое количество икон, настороженно общалась с медицинским персоналом, не доверяла решениям врачей, часто отлучалась в неизвестном направлении (в последующем выяснилось, что уходила в церковь). Через 20 дней после госпитализации обратилась к медицинской сестре, сообщив, что вызвала такси и собирается через час отвезти ребенка в церковь. При этом заявила, что не верит врачам и их лечению и «только в церкви он излечится». В этот момент ребенок находился в послеоперационном периоде, получал инфузионную терапию. Мать попросила медсестру не сообщать лечащему врачу о ее намерениях, обещав вернуться с ребенком на отделение «в скором времени». В известность был поставлен дежурный врач и охрана Перинатального центра.

Спустя некоторое время Н. пришла на пост сестринского наблюдения и попыталась тихо вывезти кроватку с ребенком. Была остановлена персоналом. При этом с криком набросилась на медсестру, заявила, что «во-первых, Вы не имели права рассказывать врачу о моих намерениях... если мой сын не попадет в церковь, то он не излечится, а во-вторых, это мой ребенок, и что хочу, то с ним и делаю». В связи с этим был вызван психиатр СПбГПМУ.

Из анамнеза известно немного: Н., 31 год, уроженка Приволжского федерального округа. Образование среднее специальное, окончила колледж. На момент поступления в Перинатальный центр СПбГПМУ нигде не работает, домохозяйка.

Ребенок родился от третьей беременности. Первая беременность замершая, вторая беременность закончилась преждевременными родами на сроке 33–34 недели. Данная беременность протекала

на фоне раннего токсикоза, нарастания титра анти-Rh-антител с 12-й недели (1 : 1014), артериальной гипертензии, хронического пиелонефрита, диффузной нетоксической струмы, полинейропатии, мочекаменного диатеза, варикозной болезни нижних конечностей, группы риска по сахарному диабету. В родах — кесарево сечение, рубец на матке, гипоксия плода, ретроплацентарная гематома. В состоянии матери описывалась преэклампсия средней степени. Вес ребенка при рождении составил 1080 г, длина тела — 37 см, окружность головы — 28 см. Оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. Состояние мальчика при рождении было оценено как тяжелое, ребенок переведен на ИВЛ. Основной диагноз: «Ретинопатия недоношенных, 3-я стадия (2-я зона), активного периода обоих глаз». Сопутствующий диагноз: «Перинатальное гипоксическое ишемическое поражение ЦНС, подострый период. Синдром двигательных нарушений. Частичная релаксация правого купола диафрагмы. Функциональное нарушение ЖКТ. Период дезадаптации. Врожденный порок сердца: открытый артериальный проток, гемодинамически незначимый. Недоношенность — 29 недель. Постконцептуальный возраст — 45 недель. Бронхолегочная дисплазия недоношенных. Капиллярная гемангиома левой боковой поверхности грудной клетки и правой щеки (внутриротовая). Гемолитическая болезнь новорожденных по Rh-фактору, желтушная форма, тяжелое течение, состояние после заменного переливания крови. Паховая дистопия обоих яичек. Грыжа пупочного кольца вне ущемления». Операция: транссклеральная лазерокоагуляция сетчатки глаз.

Психический статус: на момент осмотра сознание у пациентки ясное, в месте, времени, собственной личности ориентирована верно. Напряжена, подозрительна, раздраженно реагирует на попытку с ней заговорить, узнать мотивы ее поступка. При общении порывисто жестикулирует, на большинство вопросов отвечает быстро, резко. При ответе на вопрос о случившемся с ней накануне настораживается, замолкает, не может дать вразумительного ответа. Периодически повышает голос на врача. Успокаивается лишь спустя 10 мин после начала беседы. Уверенно заявила, что «только в церкви ее мальчика могут исцелить». Повторяет эту фразу несколько раз. Рассуждает на религиозную тему, как бы пытаясь убедить врача в своей правоте. Рассказывает, что слышала много историй, читала в интернете про случаи «божественного исцеления от различных недугов». Затронув тему религии, вспоминает свои предыдущие беременности. Причинами первой замершей беременности и последующего рождения недоношенных детей

видит совершение «плохих поступков». Рассказывает, что стала по своей воле посещать церковь, помогать людям для того, чтобы «искупить свои грехи». На вопрос о том, в чем грешна, конкретного ответа не дает. Продолжает упорно настаивать, что только в церкви ее ребенок может излечиться. Еще до родов была сильно озабочена состоянием будущего ребенка, продолжала ходить в церковь и молиться, считая, что таким образом способствует «появлению здорового ребенка». Госпитализации в Перинатальный центр СПбГПМУ добилась письмом в Министерство здравоохранения с настойчивым требованием о помощи больному ребенку, после чего и получила официальное направление. После слов врача о невозможности в данный момент забрать мальчика с отделения стала агрессивной, громко кричала, угрожала. В процессе беседы удалось выяснить, что пациентка была лишена должного внимания со стороны отца ребенка в течение всего периода беременности. Кроме того, муж неоднократно обвинял ее в том, что она «виновата во всем содеянном». Н. признается, что после первой замершей беременности постоянно находилась (и продолжает находиться) в состоянии эмоционального напряжения, не может расслабиться, ощущает необъяснимый страх за свое будущее и здоровье ребенка, начала испытывать приступы гнева и агрессии, которые исчезают после посещения церкви. Считает, что если она искупит все свои грехи, то ее жизнь резко наладится. Все аргументы в пользу необходимости соблюдения медицинских рекомендаций игнорирует, продолжая требовать отпустить ее с ребенком в церковь (несмотря на то, что ее сын находится в тяжелом состоянии), без критической оценки своих высказываний и поступков. Убеждена в собственной правоте. Планирует довести до конца задуманное. Готова добиваться этого любыми способами («Вы меня еще не знаете!»). Категорически не согласна с тем, что ее сын нуждается в постоянном наблюдении и интенсивном лечении.

Обманы восприятия не выявляются, галлюцинирующей не представляется. Отвергает попытки врачей и медсестер разъяснить суть состояния сына с помощью медицинских терминов. Любые объяснения игнорирует, в связи с чем продуктивному контакту малодоступна

Эмоциональное состояние больной и аффективные реакции определяются высказываемыми идеями и умозаключениями. Умственное развитие представляется на уровне низкой границы нормы, однако детальная оценка интеллектуально-мнестического статуса невозможна в связи с текущим психическим состоянием.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Психическое состояние Н. можно квалифицировать как острое бредовое психотическое расстройство F 23.3 (по критериям МКБ-10) [1], или острая паранойя (согласно академическим представлениям) в послеродовом периоде. Идеи и установки Н. в целом правдоподобны и реалистичны, отчасти соответствуют распространенным житейским представлениям. В иной ситуации они были бы условно допустимы (если не принимать во внимание тяжелое состояние ребенка в послеоперационном периоде). Однако в силу односторонности, не критичности идеи Н. грубо искажают реальность, неадекватны ситуации, несут высокую опасность здоровью и жизни сына, поэтому однозначно могут быть квалифицированы как бредовые. Степень систематизации идей ограничивается паранойяльным уровнем, на что указывает их относительная «правдоподобность» (уже упомянутое соответствие примитивным представлениям), отсутствие нелепых персекуторных переживаний дистантного воздействия («облучение», «энергетическое влияние», переживание психического автоматизма и др.), галлюцинаций. Содержание бредовых идей также типично для паранойяльного бредообразования. Данные идеи можно условно отнести к разновидности идей «целительства», хотя, вопреки типичным случаям, источником «исцеления» ребенка пациентка считает не саму себя, а совершение религиозных ритуалов в церкви. Присутствуют также идеи греховности, поскольку причину недоношенности и болезни ребенка Н. видит в совершенных «плохих поступках». Возможно, имеет место также бред физического ущерба здоровью ребенку вследствие получаемой медицинской помощи, поскольку наблюдается категорическое недоверие врачам и их советам. Однако данная линия переживаний не получила полного развития. Бесспорным является малый размах высказываемых суждений, отсутствие их генерализации и парафренизации, что высоковероятно квалифицирует данные высказывания как паранойяльные [2].

Следует отметить, что бредовые установки Н. отличаются от ошибочных житейских представлений невозможностью их критического осмысления, устойчивостью, безуспешностью разубеждения. Вопреки традиционным медицинским рекомендациям, суть которых была неоднократно разъяснена врачами и медперсоналом, у нее сложилась своя система воззрений на здоровье сына, сделаны собственные выводы о возможных причинах недуга, найдены свои пути «исцеления от болезни» («сумудрие»). В этом отношении высказывания Н. представляют собой идеи, возникшие на болез-

ненной (патологической) почве, что напрямую отвечает клиническим критериям бреда. Значимое в данном случае в диагностическом плане бредовое поведение внешне выражается в недоверчивости, скрытности, подозрительности к окружающим, невозможности хотя бы частично принять их точку зрения, враждебности и готовности к открытому противостоянию [2].

Необходимо особо отметить, что формальное отнесение тематики переживаний пациентки к религиозной не несет никакого диагностического значения, никоим образом не указывает на обусловленность патологического состояния больной причастностью к конкретной религиозной конфессии. Переживания пациентки не имеют причинно-следственной связи с убеждениями ее веры.

Вызывает сложности оценка этиологии послеродового психоза больной. Отсутствует подробный анамнез ее жизни, который в силу психического состояния не представляется возможным собрать. Упомянутая в анамнезе заболевания в период родов преэклампсия средней степени указывает на возможную экзогенно-органическую причину расстройства. Однако для описываемого бредового регистра психического страдания она не является исчерпывающей, а скорее играет роль триггерного (пускового) фактора. В то же время установленный по критериям МКБ-10 диагноз F 23.3 допускает возможность развития острого бредового расстройства как «паранойяльной реакции» или «психогенного паранойяльного психоза» (состояния, включающиеся в рубрику F 23.3). В этом случае состояние пациентки можно понимать в рамках декомпенсации паранойяльного расстройства личности, сформированного еще до воздействия пускового патологического фактора, или же как патохарактерологическую паранойяльную реакцию, возникшую в условиях тяжелых психотравмирующих обстоятельств — переживания в связи с рождением больного и недоношенного ребенка. Трудным и спорным на данном этапе заболевания является отнесение психотического расстройства пациентки Н. к дебюту эндогенного процессуального заболевания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременная диагностика послеродовых психотических состояний имеет большое практическое значение. Несмотря на многочисленные описания в литературе послеродовых психозов, в повседневной работе клинические симптомы психического заболевания врачи перинатальных центров часто расценивают как бытовую конфликтность пациен-

ток с тяжело болеющим ребенком, бредовое поведение — как упрямство и конфронтацию. Недооцениваются последствия психического расстройства для здоровья и жизни детей.

Таким образом, послеродовые психозы представляют собой состояния, требующие разносторонней оценки. Их отнесение к эндогенным психическим заболеваниям возможно лишь в случае анализа разных этапов жизни в условиях динамического психиатрического наблюдения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб.: Адис, 1994. [Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney 10-go peresmotra. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Klinicheskoe opisanie i ukazaniya po diagnostike. Ed by Y.L. Nuller, S.Y. Tsirkin. Saint Petersburg: Adis; 1994. (In Russ.)]
2. Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Курс общей психопатологии. — М.: Сотис, 2008. [Mikirtumov BE, Il'ichev AB. Kurs obshchey psikhopatologii. Moscow: Sotis; 2008. (In Russ.)]
3. Amon S, Putkonen H, Weizmann-Henelius G, et al. Potential predictors in neonaticide: the impact of the circumstances of pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(3):167-174. doi: 10.1007/s00737-012-0268-0.
4. Barr JA, Beck CT. Infanticide secrets: qualitative study on postpartum depression. *Can Fam Physician*. 2008;54(12):1716-1717.e1715.
5. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 2004;363(9405):303-310. doi: 10.1016/s0140-6736(03)15390-1.
6. Pichler WJ. Delayed Drug Hypersensitivity Reactions. *Ann Intern Med*. 2003;139(8):683. doi: 10.7326/0003-4819-139-8-200310210-00012.
7. Brookman F, Nolan J. The dark figure of infanticide in England and Wales: complexities of diagnosis. *J Interpers Violence*. 2006;21(7):869-889. doi: 10.1177/0886260506288935.
8. Chessick CA, Dimidjian S. Screening for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(3):233-248. doi: 10.1007/s00737-010-0151-9.
9. Helle N, Barkmann C, Bartz-Seel J, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord*. 2015;180:154-161. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.001.

10. Mehler K, Mainusch A, Hucklenbruch-Rother E, et al. Increased rate of parental postpartum depression and traumatization in moderate and late preterm infants is independent of the infant's motor repertoire. *Early Hum Dev.* 2014;90(12):797-801. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2014.09.008.
11. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):289-295. doi: 10.1016/j.genhosp-psych.2004.02.006.
12. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, et al. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto; 2003.
13. Thurgood S, Avery DM, Williamson L. Postpartum depression (PPD). *Am J Clin Med.* 2009;6(2):17-22.

---

◆ Информация об авторах

*Екатерина Викторовна Кожадей* – клинический ординатор, кафедра психиатрии и наркологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: ekaterinakozhadey@gmail.com.

*Северин Вячеславович Гречаный* – д-р мед. наук, доцент, заведующий, кафедра психиатрии и наркологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: svgrechany@mail.ru.

---

◆ Information about the authors

*Ekaterina V. Kozhadey* – Clinical Resident, Department of Psychiatry and Narcology. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: ekaterinakozhadey@gmail.com.

*Severin V. Grechanyi* – MD, PhD, Dr Med Sci, Assistant Professor, Head, Department of Psychiatry and Narcology. St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: svgrechany@mail.ru.