

Посттравматическое стрессовое расстройство после родов: обзор исследований

Якупова В.А.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com*

Аникеева М.А.

*Межрегиональная общественная организация содействия практической, информационной и психологической поддержке семьи в беременности, родах и послеродовой период «Ассоциация профессиональных доул», г. Южно-Сахалинск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3765-1783>, e-mail: tearra@rambler.ru*

Суарэз А.Д.

*Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com*

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) после родов — достаточно распространенное явление, имеющее долгосрочные негативные последствия для матери и ребенка. Согласно различным исследованиям, от 3% до 45,5% женщин воспринимают свой опыт родов как травматичный, и у 3,1–43% женщин впоследствии развивается послеродовое ПТСР. ПТСР после родов находится в поле внимания исследователей не так давно, поэтому необходима систематизация знаний, полученных на данный момент по этой теме. В работе представлен обзор зарубежных исследований, посвященных факторам риска ПТСР после родов, в том числе роли прошлого травматического опыта, а также негативным последствиям расстройства для психического здоровья женщины и развития ребенка. Поскольку задача общества и специалистов состоит в снижении распространенности расстройства, в статье описаны данные о протективных факторах, снижающих риски развития ПТСР после родов. Так, корректное взаимодействие между рожаящей женщиной и медицинским персоналом, немедицинская поддержка в родах и психологическая помощь после травматических родов могут существенно снизить вероятность развития расстройства.

Ключевые слова: послеродовой период, посттравматическое стрессовое расстройство, перинатальная психология, посттравматический стресс, опыт родов, акушерское насилие, немедицинская поддержка в родах, психологическая травма.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 22-18-00356 «ПТСР и послеродовая

депрессия у матерей как фактор риска для эмоционально-когнитивного развития ребенка».

Для цитаты: Якупова В.А., Аникеева М.А., Суарез А.Д. Посттравматическое стрессовое расстройство после родов: обзор исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 70–93. DOI: 10.17759/cpse.2023120204

Postpartum Posttraumatic Stress Disorder: A Review

Vera A. Yakupova

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

Maria A. Anikeeva

Professional Doulas Association (Interregional Non-Profit Organization for Advocating for Practical, Informational, and Psychological Support of Families During Pregnancy, Labor, Birth, and Postpartum Period), Yuzhno-Sakhalinsk, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3765-1783>, e-mail: tearra@rambler.ru

Anna D. Suarez

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Postpartum posttraumatic stress disorder (PP-PTSD) is quite common, with long-term adverse impact on mothers and their children. According to various studies, 3% to 45.5% of women perceive their childbirth experience as traumatic, and 3.1% to 43% further develop postpartum posttraumatic stress disorder. PP-PTSD is a relatively new field of study, therefore, there is a need in systematization of the data published on this topic so far. This is a review of studies on risk factors for PP-PTSD, including past traumatic experience, and its negative impact on mother's mental health and child's development. Since the society and specialists aim to reduce the prevalence of the disorder, our article also summarizes data on protective factors for PP-PTSD. For example, adequate interaction between laboring women and medical personnel, non-medical labour support, and psychological counseling after traumatic childbirth can significantly reduce the risk for developing PP-PTSD.

Keywords: postpartum period, posttraumatic stress disorder, perinatal psychology, posttraumatic stress, birth experience, obstetric violence, non-medical labour support, psychological trauma.

Funding. The study was funded by Russian Science Foundation (RSF), project No. 22-18-00356 ("Maternal PTSD and Postpartum Depression as a Risk Factor for Child Emotional and Cognitive Development").

For citation: Yakupova V.A., Anikeeva M.A., Suarez A.D. Postpartum Posttraumatic Stress Disorder: A Review. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2023. Vol. 12, no. 2, pp. 70–93. DOI: 10.17759/cpse.2023120204 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

Согласно различным исследованиям, от 3% до 45,5% женщин воспринимают свой опыт родов как травматичный [57; 99; 124], и у 3,1–43% женщин [36; 58; 74; 143] впоследствии развивается послеродовое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которое характеризуется повторным переживанием травматического опыта в виде кошмаров, флешбэков (пугающих реалистичных воспоминаниях о травматическом событии, похожих на его повторное переживание), навязчивых воспоминаний; избеганием стимулов, связанных с травматическим событием; повышенной возбудимостью и нарушениями сна; негативными изменениями мышления и настроения, в комплексе причиняющими существенные страдания или создающими трудности в социальной жизни [2]. Эти симптомы значительно ухудшают качество жизни женщины и могут длиться месяцами или даже стать хроническими [9; 10; 45]. Качественные исследования показывают, что некоторые женщины продолжают страдать этим расстройством даже спустя 18 лет после родов [11]. В русскоязычной научной литературе тема ПТСР после родов только начала попадать в фокус внимания исследователей: на настоящий момент качественных обзоров по ней нет.

Цель данной работы — анализ мировых исследований ПТСР после родов, а именно факторов риска его развития, последствий для психологического благополучия матери и развития ребенка, а также изучение протективных факторов, служащих профилактикой данного расстройства.

Методы

Поиск статей по теме производился с помощью ресурсов PubMed, Google Scholar, Research Gate, Science Direct по ключевым словам: *postpartum PTSD, childbirth-related PTSD* в сочетании с *sexual abuse, childhood trauma, childhood neglect, history of trauma, obstetric violence, birth experience, labour support, incidence, predictors*, а также *postpartum PTSD / childbirth-related PTSD risk factors/protective factors*. Для обзора были отобраны исследования последних 13 лет. Критерии включения в обзор: публикация представлена на английском языке и опубликована не ранее 2010 года; публикация содержит указанные выше ключевые слова (хотя бы одно или сочетания), по типу — обзоры литературы и эмпирические исследования с выборкой, соответствующей описанным в статье статистическим критериям. Критерии исключения из обзора: публикация является аннотацией докладов; опубликована на других иностранных языках, кроме английского; в публикации отсутствует описание методов исследования; несоответствие ключевым словам.

Факторы риска ПТСР после родов

Согласно различным исследованиям, можно выделить три категории факторов риска послеродового ПТСР.

1. *Аntenатальные факторы риска* включают психическое заболевание (в том числе ПТСР) в анамнезе [71; 125; 134], предыдущий опыт травматичных родов [134], депрессию во время беременности [71; 125], неудовлетворительное состояние здоровья или осложнения во время беременности [71], опыт изнасилования, сексуального домогательства [58; 125; 134] или физического насилия в детстве [58], панический страх перед родами [71; 125; 134], насилие со стороны сексуального партнера во время беременности [4; 37; 134].

2. *Интранатальные факторы риска* включают экстренные акушерские вмешательства во время родов и осложнения со стороны новорожденного [125; 134], медицинские вмешательства в роды [3; 4; 120; 134], тяжелые осложнения у матери, особенно преэклампсию тяжелой степени [46; 134], преждевременные роды [125], инструментальные роды (наложение щипцов или вакуум-экстракцию плода) [44; 58; 67; 71; 134], кесарево сечение по выбору [88], экстренное кесарево сечение [26; 44; 58; 59; 71; 88; 125], сохранение сознания и болевой чувствительности во время общей анестезии [134], осложнения, связанные с анестезией [134], разрыв промежности III-IV степеней [67], субъективно негативную оценку опыта родов [71; 134], минимальную поддержку со стороны медперсонала и партнера во время схваток и потуг [3; 4; 71; 92; 120; 125; 134], боль, испытываемую женщиной во время родов [120; 134], диссоциацию (ощущение нереальности происходящего, нарушение контакта со своим телом) [3; 26; 71], ощущение утраты контроля над ситуацией [58; 134], вербальное [48; 88; 89] или психоэмоциональное акушерское насилие [88; 89], проявление неуважения со стороны медперсонала и несоблюдение индивидуального плана родов [88; 89], использование клизмы [90], прием Кристеллера или давление на дно матки во время родов [67; 90], требование постоянно лежать во время схваток и потуг [90], искусственный разрыв плодных оболочек без согласия женщины [90], применение искусственного окситоцина без согласия женщины [90], многочисленные вагинальные осмотры, выполняемые разными людьми [90], ручное отделение плаценты без обезболивания [90].

3. *Постнатальные факторы риска* включают хирургическое вмешательство в послеродовом периоде [89], послеродовое кровотечение [133; 134], повторное поступление в стационар [89], поступление в отделение реанимации [88], искусственное вскармливание ребенка на момент выписки из роддома [88; 89], осложнения со стороны новорожденного [125; 134], поступление ребенка в отделение интенсивной терапии новорожденных [88], сложную адаптацию, стресс и депрессию [71], неудовлетворенность женщины уровнем социальной поддержки [26]. Также в качестве рисков развития ПТСР после родов исследователи выделяют послеродовую депрессию и нарушения сна [43; 84].

Существует как минимум две перспективы для концептуализации послеродового ПТСР: это может быть уже имеющееся ПТСР, возникшее после предыдущих травматических событий, таких как изнасилование, сексуальные домогательства в детстве или физическое насилие, которое реактивируется в результате родов. Либо это может быть началом заболевания в отсутствие каких-либо предшествующих симптомов ПТСР или предрасполагающих факторов [37; 58]. Кроме того, это может быть ПТСР, коморбидное пренатальной или послеродовой депрессии [34; 59; 71; 84; 87; 125].

Одним из наиболее значимых предикторов ПТСР является опыт родов, субъективно переживаемый женщиной как негативный [54]. При этом субъективное восприятие серьезности события женщиной более важно, чем фактическая серьезность объективного стрессора [35; 37; 123; 134]. Как это определяет Ш.Т. Бек, «травма — в глазах смотрящего» [8]. Роды без каких-либо осложнений могут восприниматься женщиной как негативный или даже травматичный опыт, и, наоборот, роды с серьезными осложнениями могут в целом восприниматься положительно [53].

ПТСР после родов и опыт насилия

Поскольку опыт насилия является одним из самых серьезных факторов риска ПТСР после родов [126], в данной работе мы остановимся на нем подробнее. По данным Всемирной организации здравоохранения [139] многие женщины по всему миру — в странах как с низким, так и высоким уровнем дохода, — подвергаются акушерскому насилию, которое зачастую становится одной из основных причин послеродового ПТСР [110]. Независимо от культурного контекста и места ведения родов женщины по всему миру вспоминают, что во время родов ощущали себя «куском мяса на конвейере», который просто «обрабатывали механически» [18; 92], и используют одни и те же слова при описании своего опыта травматичных родов: что их не слышали, что к ним не проявляли уважения [18; 26; 66], что они не получили никакого сочувствия, эмоциональной поддержки или человеческого отношения со стороны медперсонала [4; 25; 42; 58; 65; 71; 131].

Многие женщины подвергались многократным болезненным вагинальным осмотрам на пике схваток, которые они считают излишними и жестокими [18]. Они пережили объективацию их тел медицинским персоналом как унижение человеческого достоинства, особенно когда их заставляли вставать на четвереньки или выставляли их тела на обозрение многочисленных медицинских работников [18]. Присутствие практикантов повышало риск развития послеродового ПТСР [17; 58; 62].

Рассказывая о своем опыте травматичных родов, женщины часто используют формулировки, которые обычно ассоциируются с изнасилованием [13], и описывают акушерскую агрессию словосочетанием «роды как изнасилование» [42]. Ш. Китцинджер [75] отмечает, что женщины, пережившие травматичные роды, испытывают симптомы, схожие с симптомами жертв изнасилования. Предыдущий опыт травматичных событий может повышать риск развития ПТСР, это касается и послеродового ПТСР [3].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, каждая пятая женщина по всему миру подверглась сексуальному домогательству в детстве в возрасте от 0 до 17 лет [138], а каждая третья женщина за свою жизнь пережила сексуализированное насилие со стороны человека, являющегося или не являющегося ее сексуальным партнером [113]. Согласно исследованию А.Г. Oliveira и коллег [103], среди женщин, у которых развилось послеродовое ПТСР, 30,2% сообщали о сексуальном домогательстве в детстве, а 92,5% и 45% соответственно пережили психологическое или физическое насилие со стороны своего партнера во время беременности. J.S. Seng и др. [115] зафиксировали опыт изнасилования в детстве у беременных женщин с ПТСР в пять раз чаще, чем у беременных женщин без ПТСР. Множество других

исследований также подтверждают, что у женщин, переживших насильственные действия сексуализированного характера или сексуальные домогательства в детстве, чаще развивается послеродовое ПТСР [3; 6; 16; 28; 36; 80; 81; 102; 116; 134; 140]. Для женщин, переживших насильственные действия сексуализированного характера или ненадлежащее обращение в детстве, выше риск невынашивания беременности, акушерских осложнений, преждевременных родов и экстренного кесарева сечения в сравнении с женщинами без подобного опыта насилия [1; 16; 121].

В своем систематическом обзоре 49 исследований A.J. Souch и соавторы [121] рассмотрели, как пережитое женщиной в детстве ненадлежащее обращение (включая безнадзорность и отсутствие заботы со стороны родителей, эмоциональное и/или физическое насилие, сексуализированное насилие, коммерческую и прочую эксплуатацию) может повлиять на исход ее беременности и родов. Хроническое ненадлежащее обращение родителей, пережитое женщиной в детстве, коррелирует с нейроэндокринными отклонениями, такими как нарушение выработки кортизола и окситоцина [14; 21; 24], которые могут способствовать развитию акушерских осложнений, таких как преждевременные роды [22] и низкий вес новорожденного [7; 40]. Опыт ненадлежащего обращения в детстве в значительной мере коррелирует с депрессией [73], а материнская депрессия — с повышенным риском акушерских осложнений, включая внутриутробную задержку развития, преждевременные роды и низкий вес новорожденного [82; 94; 146], которые представляют собой дополнительные риски развития послеродового ПТСР.

У людей, переживших травматичный опыт в детстве, чаще наблюдаются посттравматические когниции и чувство стыда (например, негативное мировоззрение и самобичевание) [15; 55; 100], которые связаны с депрессивной симптоматикой [101; 118] и являются предикторами хронического течения ПТСР [101; 118] и депрессии [147]. Среди женщин, переживших травматичный опыт в детстве, ПТСР и депрессия в послеродовом периоде зачастую коморбидны [98; 100; 117]. Исследование К.А. Yonkers и др. [144] показало, что для женщин, переживающих эпизод большого депрессивного расстройства, коморбидный с ПТСР, риск преждевременных родов почти в четыре раза выше, чем для общей популяции. Предполагаемый механизм данного явления включает дисрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, которая приводит к повышенной выработке кортизола у матери и плода. Повышенный кортизол стимулирует выработку эстриола надпочечниками эмбриона, который, как предполагается, влияет на факторы, запускающие схватки. Кроме того, предродовое ПТСР матери, вызванное пережитым опытом насилия, коррелирует с курением [86] и неблагоприятным исходом для новорожденного, включая преждевременные роды, более короткую гестацию [83; 114; 144] и низкий вес при рождении [83; 114].

Симптомы депрессии и посттравматического стресса снижают чувство уверенности в себе у беременных женщин, переживших межличностное насилие или травму, что может мешать им доносить свои предпочтения до сведения акушеров-гинекологов. В результате такие женщины подвергаются инвазивным акушерским осмотрам и вмешательствам чаще, чем это рекомендуется [122]. Таким образом, женщины, которые с большей вероятностью испытают острый дистресс во время акушерских процедур, наименее способны сообщить медицинским работникам об испытываемом ими состоянии.

Если женщина в прошлом пережила насильственные действия сексуализированного характера [16; 63; 134; 140; 145] и/или сексуальные домогательства [78; 130; 140], то боль, инвазивные вагинальные осмотры и ситуации, когда она вынуждена подчиняться указаниям медперсонала, не получив разъяснений, зачем нужна та или иная процедура во время схваток и потуг, могут вызвать у нее флешбэки (пугающие реалистичные воспоминания о травматическом событии, похожие на его повторное переживание), ощущение объективации, утраты контроля над ситуацией, острые стрессовые реакции и диссоциацию (ощущение нереальности происходящего, нарушение контакта со своим телом), которые могут привести к затяжным родам и ретравматизации. Е. Montgomery и соавторы [93] установили, что воспоминания о насилии запускаются не столько медицинскими вмешательствами, сколько тем, как эти вмешательства выполняются. Женщина воспринимает их как повторение пережитого насилия, если действия и слова медперсонала подрывают веру женщины в себя и лишают ее чувства контроля над ситуацией.

Женщины, пережившие насильственные действия сексуализированного характера и/или сексуальные домогательства в детстве, имеют уникальные потребности в перинатальном периоде. В попытке сохранить хоть какую-то степень контроля над ситуацией они могут просить, чтобы на родах отсутствовал медперсонал мужского пола, составлять пространственные планы родов, просить, чтобы для родов им предоставили тихое место, сменили освещение, одежду или ольфакторный фон во избежание любых ассоциаций с пережитой ими травмой [111; 115; 119; 134].

Последствия ПТСР после родов

Послеродовое ПТСР может оказывать колоссальное негативное воздействие на эмоциональное, физическое и социальное благополучие женщины [5], поставить под угрозу грудное вскармливание [9; 12; 29; 30; 50], негативно сказаться на формировании привязанности между матерью и новорожденным [5; 37; 61; 76; 107; 112] и привести к нарушениям сна [51], поведения [132], физического, социального, психологического и эмоционального развития ребенка [30; 49].

В исследованиях типа «случай–контроль» и качественных исследованиях женщины сообщали о том, что послеродовое ПТСР негативно повлияло на их отношения с партнером и привело к взаимным обвинениям за события во время родов, к ссорам, недопониманию и сексуальной дисфункции [5; 38; 96], которая зачастую была вызвана страхом женщины забеременеть снова. Согласно исследованию S. Garthus-Niegel и коллег, симптомы послеродового ПТСР являются предиктором признаков депрессии, которые, в свою очередь, являются предиктором низкой удовлетворенности взаимоотношениями в паре спустя два года после родов [52].

Негативный опыт родов может повлиять на дальнейшее воспроизведение потомства. Исследование, проведенное в Италии С. Ravaldi и коллегами, показало, что после травматичных родов некоторые женщины приняли решение не заводить больше детей [108]. По результатам проспективного когортного исследования, в котором приняли участие 617 женщин в Швеции, 38% женщин, переживших негативный опыт родов, больше не заводили детей, в сравнении с 17% женщин

с предыдущим положительным опытом родов. Среди женщин, которые все же завели еще детей, интервал между рождением предыдущего и нового ребенка для женщин с травматичным опытом родов был продолжительнее, чем для женщин с положительным опытом родов [56]. Практически все женщины в качественном исследовании S. Ayers и др. рассказали, что травматичный опыт родов изменил их планы заводить еще детей, и испытывали чувство утраты по поводу нерожденных детей, которых они изначально хотели завести, если бы не пережили травматичные роды [5].

У женщин с послеродовым ПТСР может развиваться панический страх перед родами (вторичная токофобия) [70], который повышает риск кесарева сечения в последующих родах [97; 105; 136; 137] со всеми вытекающими рисками.

Если последующая беременность все-таки наступает, для женщины с послеродовым ПТСР она может стать эмоционально непростым опытом: в качественном исследовании С.Т. Beck и S. Watson женщины описывают волны «зашкаливающей» тревоги, ужаса и паники, которые они испытывали на протяжении всей беременности после предыдущих травматичных родов [13].

Протективные факторы и профилактика ПТСР после родов

В научной литературе подчеркивается четкая связь между возникновением ПТСР и отсутствием поддержки и должного информирования рожавшей женщины со стороны медперсонала [19; 23; 31; 39; 58; 69; 71; 92; 110; 131]. Если медицинские работники проявляют к женщине уважение и сочувствие и сразу реагируют на ее эмоциональные потребности во время событий, которые она может воспринять как травматичные, это может смягчить негативное воздействие экстренных акушерских вмешательств или стрессовых процедур на психику женщины и снизить риск возникновения ПТСР [3; 5; 25; 36; 85; 131; 134], хотя все это может быть затруднительным для медицинских сотрудников, для которых основным приоритетом является физическая безопасность женщины и ребенка.

Исследовав опыт 2192 женщин, М.Н. Hollander и соавторы [71] пришли к выводу, что чаще всего причиной травмы становились не сами медицинские вмешательства, а отсутствие соответствующей поддержки и объяснений со стороны медперсонала о том, почему женщине показана та или иная процедура или вмешательство. Ответы большинства женщин, потерявших своего ребенка в родах, также подтверждают предположение, что травматичными становятся не сами по себе вмешательства, а то, как медперсонал взаимодействует с рожавшей женщиной во время этих вмешательств. Более трети опрошенных женщин относят свою травму не к самому факту гибели их ребенка в родах, а к ощущению полной утраты контроля над ситуацией и отсутствию уважения, поддержки и соответствующих объяснений происходящего со стороны медперсонала [71].

Женщины, принявшие участие в различных исследованиях, считают, что в случае осложнений в родах медицинские работники могут снизить риск ПТСР, предоставляя адекватные объяснения и помогая женщинам понять, что на самом деле происходит. Тем не менее чаще всего такие пояснения даются в спешке, если даются

вообще [8; 18; 27; 32; 41; 60; 95; 109]. Например, несмотря на то, что в целом экстренное кесарево сечение связывают с повышенным риском возникновения симптомов ПТСР [25; 33; 47], качественные исследования показывают, что большая часть женщин, у которых после экстренного кесарева сечения развились симптомы ПТСР, столкнулись с отсутствием поддержки со стороны медперсонала и чувствовали себя исключенными из процесса принятия решения о необходимости кесарева сечения, по сравнению с женщинами, у которых после экстренного кесарева сечения не развилось ПТСР [25]. Несмотря на то, что экстренное кесарево сечение может повышать риск ПТСР, этот риск можно снизить, если медицинские работники проявляют к женщине уважение, сочувствие и дают ей возможность участвовать в процессе принятия решения относительно операции. Согласно исследованию, проведенному А. Holorainen и др. в Нидерландах, для женщин с предыдущим травматичным опытом родов опыт последующих родов чаще становился положительным, если в процессе они ощущали чувство контроля над ситуацией [72].

Боль в родах необязательно становится негативным опытом, который приводит к травме. Вмешательства, которые помогают положительно повлиять на восприятие женщиной родовой боли и улучшают процесс коммуникации между женщиной и медперсоналом, могут снижать риск ПТСР. Кокрейновский обзор показал, что непрерывная поддержка в родах снижает необходимость в анальгезии и риск восприятия женщиной родов как негативного опыта, следовательно, можно предположить, что качественная эмоциональная и практическая поддержка или личное сопровождение со стороны медперсонала могут также снижать родовую боль [68]. Исследования подтверждают, что поддержка в родах коррелирует с более положительным опытом родов [68; 127; 129]. Сопровождение индивидуальной родовой командой ассоциируется со снижением риска послеродового ПТСР [39] и более низкой частотностью кесаревых родов и эпидуральной анестезии [79; 128].

Присутствие партнера на родах может стать защитным фактором, снижающим вероятность негативного опыта родов [91; 135]. Позитивное отношение партнера во время беременности, а также его присутствие на родах и эффективную поддержку рожавшей женщины связывают с более позитивным субъективным восприятием родов [20; 26; 77]. И, наоборот, для женщин, которые недовольны уровнем поддержки со стороны партнера во время беременности или родов, а также женщин, чей партнер не присутствовал на родах, опыт родов чаще становится негативным [26; 106; 135]. Согласно исследованию Е. Ogovou и др., у женщин, получивших недостаточную перинатальную поддержку со стороны своего партнера, после кесарева сечения чаще развиваются ПТСР или его симптомы, чем у женщин, получивших адекватную поддержку [104].

J.E. Handelzalts и коллеги [64] обнаружили, что у женщин, на чьих родах присутствовали партнер и второе сопровождающее лицо, реже наблюдались симптомы послеродового ПТСР, чем у женщин, на чьих родах присутствовал только их партнер. У женщин, на чьих родах присутствовало всего одно сопровождающее лицо, симптомы ПТСР развивались чаще, чем у женщин, на чьих родах присутствовали два и более сопровождающих лица. Таким образом, допуск на роды более одного непрофессионального сопровождающего лица (помимо партнера женщины) может стать простым и не затратным способом обеспечить женщин непрерывной

поддержкой в любых родовспомогающих учреждениях и минимизировать риск развития послеродового ПТСР.

В своих предыдущих исследованиях [141; 142] мы установили связь между поддержкой со стороны партнера, доулы или индивидуальной акушерки во время родов и более низким уровнем акушерского насилия, меньшим количеством медицинских вмешательств и более высокой удовлетворенностью опытом родов, что может косвенно снижать риск послеродового ПТСР.

Обсуждение результатов

ПТСР после родов является распространенным явлением в большинстве стран мира. Оно связано с негативными последствиями для психического здоровья матери, может серьезно отражаться на качестве ее жизни и дальнейших репродуктивных планах. Значимыми факторами в развитии ПТСР после родов являются опыт акушерского насилия, столкновение с осложнениями во время родов и с угрозой жизни ребенку. Прошлый травматический опыт, в особенности негативный опыт родов и опыт сексуализированного насилия, также связан с повышенными рисками развития ПТСР после родов.

Немедицинская поддержка в родах может быть протективным фактором и положительно влиять на снижение рисков ПТСР после родов. Корректное взаимодействие медицинского персонала с рожаящей женщиной, адекватное информирование о медицинских процедурах и ходе родов, психологическая поддержка сразу после родов способствуют снижению вероятности формирования ПТСР после родов, даже при условии столкновения с угрозой жизни и здоровью матери или ребенка. Важно отметить, что роль психологической поддержки в родах и качество взаимодействия с медицинским персоналом — это факторы, которые поддаются контролю, в отличие от непредсказуемых медицинских осложнений. В связи с этим риски ПТСР после родов могут быть существенно снижены благодаря психологическому просвещению, сопровождению женщин в родах и патронажу после родов, обучению медиков основам эффективной и этичной коммуникации. Также простое присутствие вместе с женщиной на родах ее близких может создавать психологический комфорт, снижать риски столкновения с акушерским насилием и развития ПТСР после родов в целом.

Поскольку предыдущий травматический опыт является серьезным фактором риска развития ПТСР после родов, важными представляются доступность и распространение качественной психологической и психотерапевтической помощи. Также значимой задачей психологов является просвещение медицинских работников на тему травма-информированного подхода к взаимодействию с роженицами, имеющими опыт насилия в прошлом, во избежание ретравматизации.

Ограничения и дальнейшие перспективы исследования

В данной работе представлен обзор статей только на английском языке, включение анализа публикаций на других языках может расширить полученные данные. Поскольку тема ПТСР после родов находится в фокусе мировых исследований

не так давно, а работ по теме ограниченное количество, то период публикации анализируемых статей был расширен до 13 лет, хотя актуальными обычно считаются статьи за последние 5–10 лет.

Несомненно, важным направлением более детального исследования является изучение последствий ПТСР после родов для когнитивного и эмоционального развития ребенка, с учетом коморбидности ПТСР с депрессией. Также необходимо проанализировать данные об эффективности различных подходов к психотерапии ПТСР после родов.

Заключение

ПТСР после родов можно назвать социально значимой проблемой, поскольку данное расстройство имеет широкое распространение, негативные последствия для здоровья матери и развития ребенка, влияет на рождаемость и качество жизни матерей. Задачей специалистов и общества в целом является обеспечение максимального психологического и физического комфорта женщины в родах, доступа к немедицинской поддержке в родах и качественной психологической помощи. Также задачей специалистов является психологическое просвещение родителей и медицинских работников.

Литература | References

1. Abajobir A.A., Kisely S., Williams G. et al. Risky sexual behaviors and pregnancy outcomes in young adulthood following substantiated childhood maltreatment: Findings from a prospective birth cohort study. *Journal of Sex Research*, 2018, vol. 1 (55), pp. 106–119. DOI: 10.1080/00224499.2017.1368975
2. American Psychological Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: depressive disorders. American Psychiatric Publishing Inc., 2013, pp. 1–48. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
3. Andersen L.B., Melvaer L.B., Videbech P. et al. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2012, vol. 91 (11), pp. 1261–1272. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x
4. Ayers S., Bond R., Bertullies S. et al. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 2016, vol. 46, no. 6, pp. 1121–1134. DOI: 10.1017/S0033291715002706
5. Ayers S., Eagle A., Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health and Medicine*, 2006, vol. 11 (4), pp. 389–398. DOI: 10.1080/13548500600708409
6. Ayers S., Harris R., Sawyer A. et al. Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, 2009, vol. 1–3 (119), pp. 200–204. DOI: 10.1016/j.jad.2009.02.029

7. Baibazarova E., van de Beek C., Cohen-Kettenis P.T. et al. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology*, 2013, vol. 38 (6), pp. 907–915. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2012.09.015
8. Beck C.T. Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 2004, vol. 53, no. 1, pp. 28–35. DOI: 10.1097/00006199-200401000-00005
9. Beck C.T. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 2004, vol. 53, no. 4, pp. 216–224. DOI: 10.1097/00006199-200407000-00004
10. Beck C.T., Casavant S. Synthesis of mixed research on posttraumatic stress related to traumatic birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2019, vol. 48, no. 4, pp. 385–397. DOI: 10.1016/j.jogn.2019.02.004
11. Beck C.T., Gable R.K., Sakala C. et al. Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. *Birth*, 2011, vol. 38, no. 3, pp. 216–227. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x
12. Beck C.T., Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 2008, vol. 57, no. 4, pp. 228–236. DOI: 10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90
13. Beck C.T., Watson S. Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research*, 2010, vol. 59, no. 4, pp. 241–249. DOI: 10.1097/NNR.0b013e3181e501fd
14. Bellis M.D. de, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2014, vol. 23, no. 2, pp. 185–222. DOI: 10.1016/j.chc.2014.01.002
15. Bennett D.S., Sullivan M.W., Lewis M. Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment*, 2005, vol. 10, no. 4, pp. 311–323. DOI: 10.1177/1077559505278619
16. Berman Z., Thiel F., Kaimal A.J. et al. Association of sexual assault history with traumatic childbirth and subsequent PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 2021, vol. 24, no. 5, pp. 767–771. DOI: 10.1007/s00737-021-01129-0
17. Bianciardi E., Vito C., Betrò S. et al. The anxious aspects of insecure attachment styles are associated with depression either in pregnancy or in the postpartum period. *Annals of General Psychiatry*, 2020, no. 19, article 51. DOI: 10.1186/s12991-020-00301-7
18. Bohren M.A., Vogel J.P., Hunter E.C. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 2015, vol. 12, no. 6 (12). E1001847. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847
19. Bringedal H., Aune I. Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 2019, vol. 77, pp. 123–129. DOI: 10.1016/j.midw.2019.07.007

20. Bryanton J., Gagnon A.J., Johnston C. et al. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2008, vol. 37, no. 1. 24–34. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x
21. Bublitz M.H., Stroud L.R. Childhood sexual abuse is associated with cortisol awakening response over pregnancy: Preliminary findings. *Psychoneuroendocrinology*, 2012, vol. 37, no. 9, pp. 1425–1430. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2012.01.009
22. Buss C., Entringer S., Reyes J.F. et al. The maternal cortisol awakening response in human pregnancy is associated with the length of gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, vol. 201, no. 4, article 398. DOI: 10.1016/j.ajog.2009.06.063
23. Byrne V., Egan J., Mac Neela P. et al. What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery*, 2017, vol. 51, pp. 1–11. DOI: 10.1016/j.midw.2017.04.017
24. Carpenter L.L., Carvalho J.P., Tyrka A.R. et al. Decreased adrenocorticotropic hormone and cortisol responses to stress in healthy adults reporting significant childhood maltreatment. *Biological Psychiatry*, 2007, vol. 62, no. 10, pp. 1080–1087. DOI: 10.1016/j.biopsych.2007.05.002
25. Carter J., Bick D., Gallacher D. et al. Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed methods systematic review and meta-analysis. *Birth*, 2020, vol. 49, no. 4, pp. 616–627. DOI: 10.1111/birt.12649
26. Chabbert M., Panagiotou D., Wendland J. Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2021, vol. 39, no. 1, pp. 43–66. DOI: 10.1080/02646838.2020.1748582
27. Chadwick R.J., Cooper D., Harries J. Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. *Midwifery*, 2014, vol. 30, no. 7, pp. 862–868. DOI: 10.1016/j.midw.2013.12.014
28. Chan S.J., Ein-Dor T., Mayopoulos P.A. et al. Risk factors for developing posttraumatic stress disorder following childbirth. *Psychiatry Research*, 2020, vol. 290, article 113090. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113090
29. Chen J., Lai X., Zhou L. et al. Association between exclusive breastfeeding and postpartum post-traumatic stress disorder. *International Breastfeeding Journal*, 2022, no. 17, article 78. DOI: 10.1186/s13006-022-00519-z
30. Cook N., Ayers S., Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2018, vol. 225, pp. 18–31. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.045
31. Cook K., Loomis C. The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *Journal of Perinatal Education*, 2012, vol. 21, no. 3, pp. 158–168. DOI: 10.1891/1058-1243.21.3.158
32. Crissman H.P., Engmann C.E., Adanu R.M. et al. Shifting norms: pregnant women's perspectives on skilled birth attendance and facility-based delivery in rural Ghana.

African Journal of Reproductive Health, 2013, vol. 17, no. 1, pp. 15–26. URL: <http://www.jstor.org/stable/23486132> (Accessed: 18.06.2023)

33. Dekel S., Ein-Dor T., Berman Z. et al. Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 2019, vol. 22, no. 6, pp. 817–824. DOI: 10.1007/s00737-019-00968-2
34. Dekel S., Ein-Dor T., Dishy G.A. et al. Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 2020, vol. 23, no. 4, pp. 557–564. DOI: 10.1007/s00737-019-01006-x
35. Dekel S., Solomon Z., Ein-Dor T. PTSD symptoms lead to modification in the memory of the trauma: A prospective study of former prisoners of war. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2016, vol. 77, no. 3. E290–E296. DOI: 10.4088/JCP.14m09114
36. Dekel S., Stuebe C., Dishy G.A. Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 2017, vol. 8, article 560. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00560
37. Dekel S., Thie, F., Dishy G.A. et al. Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health*, 2019, vol. 22, no. 1, pp. 119–122. DOI: 10.1007/s00737-018-0853-y
38. Delicate A., Ayers S., Easter A. et al. The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2018, vol. 36, no. 1, pp. 102–115. DOI: 10.1080/02646838.2017.1397270
39. De Schepper S., Vercauteren T., Tersago J. et al. Post-traumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 2016, vol. 32, pp. 87–92. DOI: 10.1016/j.midw.2015.08.010
40. Diego M.A., Jones N.A., Field T. et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosomatic Medicine*, 2006, vol. 68, no. 5, pp. 747–753. DOI: 10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b
41. Dzomeku M.V. Maternal satisfaction with care during labour: A case study of the Mampong-Ashanti district hospital maternity unit in Ghana. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2011, vol. 3, no. 3, pp. 30–34. URL: <https://academicjournals.org/journal/IJNM/article-full-text-pdf/154DAFD809> (Accessed: 18.06.2023)
42. Elmir R., Schmied V., Wilkes L. et al. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, vol. 66, no. 10, pp. 2142–2153. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x
43. Ertan D., Hingray C., Burlacu E. et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 2021, vol. 21, no. 1, article 155. DOI: 10.1186/s12888-021-03158-6
44. Falk M., Nelson M., Blomberg M. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population-based cohort study

including 16,000 women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2019, vol. 19, no. 1, article 494. DOI: 10.1186/s12884-019-2633-8

45. Farren J., Mitchell-Jones N., Verbakel J.Y. et al. The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 2018, vol. 24, no. 6, pp. 731–749. DOI: 10.1093/humupd/dmy025

46. Furuta M., Sandall J., Bick D. A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2012, vol. 12, article 125. DOI: 10.1186/1471-2393-12-125

47. Furuta M., Sandall J., Cooper D. et al. Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: secondary analysis of a cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 2016, vol. 19, no. 6, pp. 987–999. DOI: 10.1007/s00737-016-0639-z

48. Gankanda W., Gunathilake I.A.G.M.P, Kahawala N.L. et al. Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) among a cohort of post-partum Sri Lankan women: A cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2021, vol. 21, no. 1, article 626. DOI: 10.21203/rs.3.rs-119075/v1

49. Garthus-Niegel S., Ayers S., Martini J. et al. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 2017, vol. 47, no. 1, pp. 161–170. DOI: 10.1017/S003329171600235X

50. Garthus-Niegel S., Horsch A., Ayers S. et al. The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth*, 2018, vol. 45, no. 2, pp. 193–201. DOI: 10.1111/birt.12328

51. Garthus-Niegel S., Horsch A., Bickle Graz M. et al. The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 2018, vol. 241, pp. 71–79. DOI: 10.1016/j.jad.2018.07.067

52. Garthus-Niegel S., Horsch A., Handtke E. et al. The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: A population-based prospective study. *Frontiers in Psychology*, 2018, vol. 9, article 1728. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01728

53. Garthus-Niegel S., Knoph C., Von Soest T. et al. The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: A longitudinal cohort study. *Birth*, 2014, vol. 41, no. 1, pp. 108–115. DOI: 10.1111/birt.12093

54. Garthus-Niegel S., von Soest T., Vollrath M.E. et al. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 2013, vol. 16, no. 1, pp. 1–10. DOI: 10.1007/s00737-012-0301-3

55. Ginzburg K., Butler L.D., Giese-Davis J. et al. Shame, guilt, and posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood sexual abuse at risk for human immunodeficiency virus: outcomes of a randomized clinical trial of group psychotherapy treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2009, vol. 197, no. 7, pp. 536–542. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181ab2ebd

56. Gottvall K., Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2002, vol. 109, no. 3, pp. 254–260. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x
57. Graaff L.F. de, Honig A., van Pampus M.G. et al. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2018, vol. 97, no. 6, pp. 648–656. DOI: 10.1111/aogs.13291
58. Grekin R., O'Hara M.W. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2014, vol. 34, no. 5, pp. 389–401. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.05.003
59. Grisbrook M.A., Dewey D., Cuthbert C. et al. Associations among caesarean section birth, post-traumatic stress, and postpartum depression symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, no. 8, article 4900. DOI: 10.3390/ijerph19084900
60. Grossmann-Kendall F., Filippi V., De Koninck M. et al. Giving birth in maternity hospitals in Benin: Testimonies of women. *Reproductive Health Matters*, 2001, vol. 9, no. 18, pp. 90–98. DOI: 10.1016/S0968-8080(01)90095-3
61. Hairston I.S., Handelzalts J.E., Assis C. et al. Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: The mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. *Infant Mental Health Journal*, 2018, vol. 39, no. 2, pp. 198–208. DOI: 10.1002/imhj.21695
62. Hajizadeh K., Mirghafourvand M. Relationship of post-traumatic stress disorder with disrespect and abuse during childbirth in a group of Iranian postpartum women: A prospective study. *Annals of General Psychiatry*, 2021, vol. 20, no. 1, article 8. DOI: 10.1186/s12991-021-00331-9
63. Halvorsen L., Nerum H., Øian P. et al. Giving birth with rape in one's past: A qualitative study. *Birth*, 2013, vol. 40, no. 3, pp. 182–191. DOI: 10.1111/birt.12054
64. Handelzalts J.E., Levy S., Ayers S. et al. Two are better than one? The impact of lay birth companions on childbirth experiences and PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 2022, vol. 25, no. 4, pp. 797–805. DOI: 10.1007/s00737-022-01243-7
65. Harris R., Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum “hotspots”. *Psychology and Health*, 2012, vol. 27, no. 10, pp. 1166–1177. DOI: 10.1080/08870446.2011.649755
66. Henriksen L., Grimsrud E., Schei, B. et al. Factors related to a negative birth experience: A mixed methods study. *Midwifery*. 2017, vol. 51, pp. 33–39. DOI: 10.1016/j.midw.2017.05.004
67. Hernández-Martínez A., Rodríguez-Almagro J., Molina-Alarcón M. et al. Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 2020, vol. 33, no. 2. E129–E135. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.03.008

68. Hodnett E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, vol. 186, no. 5. S160–S172. DOI: 10.1016/S0002-9378(02)70189-0
69. Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J. et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, vol. 2, article CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3
70. Hofberg K., Brockington I. Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 176, pp. 83–85. DOI: 10.1192/bjp.176.1.83
71. Hollander M.H., van Hastenberg E., van Dillen J. et al. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 2017, vol. 20, no. 4, pp. 515–523. DOI: 10.1007/s00737-017-0729-6
72. Holopainen A., Stramrood C., Van Pampus M.G. et al. Subsequent childbirth after previous traumatic birth experience: Women's choices and evaluations. *British Journal of Midwifery*, 2020, vol. 28, no. 8, pp. 488–496. DOI: 10.12968/bjom.2020.28.8.488
73. Khan A., McCormac, H.C., Bolger E.A. et al. Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: Critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. *Frontiers in Psychiatry*, 2015, vol. 6, article 42. DOI: 10.3389/fpsy.2015.00042
74. Khoramroudi R. The prevalence of posttraumatic stress disorder during pregnancy and postpartum period. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 220–223. DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_272_17
75. Kitzinger S. Birth as rape: There must be an end to “just in case” obstetrics. *British Journal of Midwifery*. 2006, vol. 14, no. 9. DOI: 10.12968/bjom.2006.14.9.21799
76. Kjerulff K.H., Attanasio L.B., Sznajder K.K. et al. A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 2021, vol. 144, article 110424. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110424
77. Leeners B., Görres G., Block E. et al. Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 2016, vol. 83, pp. 27–32. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.02.006
78. Leeners B., Richter-Appelt H., Imthurn B. et al. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, vol. 61, no. 2, pp. 139–151. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.11.006
79. LeFevre N.M., Krumm E., Cobb W.J. Labor dystocia in nulliparous women. *American Family Physician*, 2021, vol. 103, no. 2, pp. 90–96.
80. Lev-Wiesel R., Daphna-Tekoah S. The role of peripartum dissociation as a predictor of posttraumatic stress symptoms following childbirth in Israeli Jewish women. *Journal*

of *Trauma and Dissociation*, 2010, vol. 11, no. 3, pp. 266–283. DOI: 10.1080/15299731003780887

81. Lev-Wiesel R., Daphna-Tekoah S., Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse and Neglect*, 2009, vol. 33, no. 12, pp. 877–887. DOI: 10.1016/j.chiabu.2009.05.004

82. Lev-Wiesel R., Chen R., Daphna-Tekoah S. et al. Past traumatic events: Are they a risk factor for high-risk pregnancy, delivery complications, and postpartum posttraumatic symptoms? *Journal of Women's Health*, 2009, vol. 18, no. 1, pp. 119–125. DOI: 10.1089/jwh.2008.0774

83. Lipkind H.S., Curry A.E., Huynh M. et al. Birth outcomes among offspring of women exposed to the September 11, 2001, terrorist attacks. *Obstetrics and Gynecology*, 2010, vol. 116, no. 4, pp. 917–925. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181f2f6a2

84. Liu Y., Zhang L., Guo N. et al. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: Prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*, 2021, vol. 21, no. 1, article 487. DOI: 10.1186/s12888-021-03432-7

85. Lopez U., Meyer M., Loures V. et al. Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: A prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017, vol. 15, no. 1, article 118. DOI: 10.1186/s12955-017-0692-y

86. Lopez W.D., Konrath S.H., Seng J.S. Abuse-related post-traumatic stress, coping, and tobacco use in pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2011, vol. 40, no. 4, pp. 422–431. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01261.x

87. Malaju M.T., Alene G.D., Bisetegn T.A. Longitudinal mediation analysis of the factors associated with trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms among postpartum women in Northwest Ethiopia: Application of the Karlson-Holm-Breen (KHB) method. *PLoS ONE*, 2022, vol. 17, no. 4. E0266399. DOI: 10.1371/journal.pone.0266399

88. Martínez-Vázquez S., Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A. et al. Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: A cross-sectional study. *Journal of Personalized Medicine*, 2021, vol. 11, no. 5, article 338. DOI: 10.3390/jpm11050338

89. Martínez-Vázquez S., Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A. et al. Long-term high risk of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors. *Journal of Clinical Medicine*, 2021, vol. 10, no. 3, article 488. DOI: 10.3390/jcm10030488

90. Martínez-Vázquez S., Rodríguez-Almagro J., Hernández-Martínez A. et al. Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth*, 2021, vol. 48, no. 3, pp. 406–415. DOI: 10.1111/birt.12550

91. Mattison C.A., Dion M.L., Lavis J.N. et al. Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*, 2018, vol. 45, no. 3, pp. 322–327. DOI: 10.1111/birt.12352

92. Meyer S., Cignacco E., Monteverde S. et al. «We felt like part of a production system»: A qualitative study on women's experiences of mistreatment during childbirth in Switzerland. *PLoS ONE*, 2022, vol. 17, no. 2. E0264119. DOI: 10.1371/journal.pone.0264119
93. Montgomery E., Pope C., Rogers J. The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015, vol. 15, article 194. DOI: 10.1186/s12884-015-0626-9
94. Morland L., Goebert D., Onoye J. et al. Posttraumatic stress disorder and pregnancy health: Preliminary update and implications. *Psychosomatics*, 2007, vol. 48, no. 4, pp. 304–308. DOI: 10.1176/appi.psy.48.4.304
95. Mselle L.T., Kohi T.W., Mvungi A. et al. Waiting for attention and care: Birthing accounts of women in rural Tanzania who developed obstetric fistula as an outcome of labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2011, vol. 11, article 75. DOI: 10.1186/1471-2393-11-75
96. Nicholls K., Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 2007, vol. 12 (Pt. 4), pp. 491–509. DOI: 10.1348/135910706X120627
97. Nilsson C., Lundgren I., Karlström A. et al. Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 2012, vol. 25, no. 3, pp. 114–121. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.06.001
98. O'Donnell M.L., Creamer M., Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161, no. 8, pp. 1390–1396. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.8.1390
99. O'Donovan A., Alcorn K.L., Patrick J.C. et al. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 2014, vol. 30, no. 8, pp. 935–941. DOI: 10.1016/j.midw.2014.03.011
100. Oh W., Muzik M., McGinnis E.W. et al. Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 2016, vol. 200, pp. 133–141. DOI: 10.1016/j.jad.2016.04.037
101. Øktedalen T., Hoffart A., Langkaas T.F. Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 2015, vol. 25, no. 5, pp. 518–532. DOI: 10.1080/10503307.2014.917217
102. Olde E., Van Der Hart O., Kleber R. et al. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 2006, vol. 26, no. 1, pp. 1–16. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.07.002
103. Oliveira A.G., Reichenheim M.E., Moraes C.L. et al. Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: A path analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 2017, vol. 20, no. 2, pp. 297–309. DOI: 10.1007/s00737-016-0705-6

104. Orovou E., Dagla M., Iatrakis G. et al. Correlation between kind of cesarean section and posttraumatic stress disorder in Greek women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, no. 5, article 1592. DOI: 10.3390/ijerph17051592
105. Pang M.W., Leung T.N., Lau T.K. et al. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: Follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, 2008, vol. 35, no. 2, pp. 121–128. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x
106. Poikkeus P., Saisto T., Punamaki R.L. et al. Birth experience of women conceiving with assisted reproduction: A prospective multicenter study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2014, vol. 93, no. 9, pp. 880–887. DOI: 10.1111/aogs.12440
107. Power C., Williams C., Brown A. Physical and psychological childbirth experiences and early infant temperament. *Frontiers in Psychology*, 2022, vol. 13, article 792392. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.792392
108. Ravaldi C., Skoko E., Battisti A. et al. Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2018, vol. 224, pp. 208–209. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.055
109. Redshaw M., Hockley C. Institutional processes and individual responses: Women's experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth*, 2010, vol. 37, no. 2, pp. 150–159. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2010.00395.x
110. Reed R., Sharman R., Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017, vol. 17, no. 1, article 21. DOI: 10.1186/s12884-016-1197-0
111. Rogal S.S., Poschman K., Belanger K. et al. Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 2007, vol. 102, no. 1–3, pp. 137–143. DOI: 10.1016/j.jad.2007.01.003
112. Rowe-Murray H.J., Fisher J.R.W. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, vol. 108, no. 10, pp. 1068–1075. DOI: 10.1016/S0306-5456(01)00242-X
113. Sardinha L., Maheu-Giroux M., Stöckl H. et al. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 2022, vol. 399, no. 10327, pp. 803–813. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02664-7
114. Seng J.S., Low L.K., Sperlich M. et al. Posttraumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2011, vol. 118, no. 11, pp. 1329–1339. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.03071.x
115. Seng J.S., Low L.K., Sperlich M. et al. Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, vol. 114, no. 4, pp. 839–847. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181b8f8a2

116. Seng J.S., Sperlich M., Low L.K. Mental health, demographic, and risk behavior profiles of pregnant survivors of childhood and adult abuse. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2008, vol. 53, no. 6, pp. 511–521. DOI: 10.1016/j.jmwh.2008.04.013
117. Shalev A.Y., Freedman S., Peri T. et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1998, vol. 155, no. 5, pp. 630–637. DOI: 10.1176/ajp.155.5.630
118. Shin K.M., Cho S.M., Lee S.H. et al. A pilot prospective study of the relationship among cognitive factors, shame, and guilt proneness on posttraumatic stress disorder symptoms in female victims of sexual violence. *Journal of Korean Medical Science*, 2014, vol. 29, no. 6, pp. 831–836. DOI: 10.3346/jkms.2014.29.6.831
119. Sobel L., O'Rourke-Suchoff D., Holland E. et al. Pregnancy and childbirth after sexual trauma: Patient perspectives and care preferences. *Obstetrics and Gynecology*, 2018, vol. 132, no. 6, pp. 1461–1468. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002956
120. Soet J.E., Brack G.A., Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 2003, vol. 30, no. 1, pp. 36–46. DOI: 10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x
121. Souch A.J., Jones I.R., Shelton K.H.M. et al. Maternal childhood maltreatment and perinatal outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2022, vol. 302, pp. 139–159. DOI: 10.1016/j.jad.2022.01.062
122. Stevens N.R., Tirone V., Lillis T.A. et al. Posttraumatic stress and depression may undermine abuse survivors' self-efficacy in the obstetric care setting. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2017, vol. 38, no. 2, pp. 103–110. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1266480
123. Størksen H.T., Garthus-Niegel S., Vangen S. et al. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2013, vol. 92, no. 3, pp. 318–324. DOI: 10.1111/aogs.12072
124. Stramrood C., Paarlberg K.M., Huis In't Veld E.M.J. et al. Posttraumatic stress following childbirth in homelike-and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2011, vol. 32, no. 2, pp. 88–97. DOI: 10.3109/0167482X.2011.569801
125. Stramrood C., Slade P. A woman afraid of becoming pregnant again: Posttraumatic stress disorder following childbirth. In K.M. Paarlberg, H.B.M. van de Wiel (eds.), *Bio-Psychosocial Obstetrics and Gynecology. A Competency-Oriented Approach*. Switzerland: Springer International Publishing, 2017, pp. 33–49. DOI: 10.1007/978-3-319-40404-2_2
126. Suarez A., Yakupova V. Past traumatic life events, postpartum PTSD, and the role of labor support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023, vol. 20, no. 11, article 6048. DOI: 10.3390/ijerph20116048
127. Taheri M., Takian A., Taghizadeh Z. et al. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 2018, vol. 15, no. 1, article 73. DOI: 10.1186/s12978-018-0511-x

128. Thurston L.A.F., Abrams D., Dreher A. et al. Improving birth and breastfeeding outcomes among low resource women in Alabama by including doulas in the interprofessional birth care team. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 2019, vol. 17, article 100278. DOI: 10.1016/j.xjep.2019.100278
129. Ulfsdottir H., Nissen E., Ryding E.L. et al. The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, vol. 14, article 208. DOI: 10.1186/1471-2393-14-208
130. Van der Hulst L.A.M., Bonsel G.J., Eskes M. et al. Bad experience, good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2006, vol. 27, no. 1, pp. 59–66. DOI: 10.1080/01674820500305788
131. Van der Pijl M.S.G., Hollander M.H., van der Linden T. et al. Left powerless: A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth. *PLoS ONE*, 2020, vol. 15, no. 5, article e0233114. DOI: 10.1371/journal.pone.0233114
132. Van Sielegheem S., Danckaerts M., Rieken R. et al. Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Human Development*, 2022, vol. 174, article 105667. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2022.105667
133. Van Steijn M.E., Scheepstra K.W.F., Zaat T.R. et al. Severe postpartum hemorrhage increases risk of posttraumatic stress disorder: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2021, vol. 42, no. 4, pp. 335–345. DOI: 10.1080/0167482X.2020.1735343
134. Vogel T.M., Homitsky S. Antepartum and intrapartum risk factors and the impact of PTSD on mother and child. *BJA Education*, 2020, vol. 20, no. 3, pp. 89–95. DOI: 10.1016/j.bjae.2019.11.005
135. Waldenström U., Hildingsson I., Rubertsson C. et al. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 2004, vol. 31, no. 1, pp. 17–27. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
136. Waldenström U., Hildingsson I., Ryding E.L. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2006, vol. 113, no. 6, pp. 638–646. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x
137. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children 2020. World Health Organization, 2020. 332 p. URL: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240004191> (Accessed: 18.06.2023)
138. Wiklund I., Edman G., Ryding E.L. et al. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2008, vol. 115, no. 3, pp. 324–331. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01564.x
139. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. World Health Organization, 2015. 4 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588> (Accessed: 18.06.2023)

140. Wosu A.C., Gelaye B., Williams M.A. Childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder among pregnant and postpartum women: review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 2015, vol. 18, no. 1, pp. 61–72. DOI: 10.1007/s00737-014-0482-z

141. Yakupova V., Suarez A., Kharchenko A. Birth experience, postpartum PTSD and depression before and during the pandemic of COVID-19 in Russia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, no. 1, article 335. DOI: 10.3390/ijerph19010335

142. Yakupova V., Suarez A. Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*. 2022, vol. 112, article 103385. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103385

143. Yildiz P.D., Ayers S., Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2017, vol. 208, pp. 634–645. DOI: 10.1016/j.jad.2016.10.009

144. Yonkers K.A., Smith, M.V., Forray, A. et al. Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry*, 2014, vol. 71, no. 8, pp. 897–904. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.558

145. Zambaldi C.F., Cantilino A., Farias J.A. et al. Dissociative experience during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2011, vol. 32, no. 4, pp. 204–209. DOI: 10.3109/0167482X.2011.626092

146. Zhang G., Srivastava A., Bacelis J. et al. Genetic studies of gestational duration and preterm birth. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2018, vol. 52, pp. 33–47. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.05.003

147. Zhang Y., Jin S. The impact of social support on postpartum depression: The mediator role of self-efficacy. *Journal of Health Psychology*, 2016, vol. 21, no. 5, pp. 720–726. DOI: 10.1177/1359105314536454

Информация об авторах

Якупова Вера Анатольевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

Аникеева Мария Анатольевна, клинический и перинатальный психолог, Межрегиональная общественная организация содействия практической, информационной и психологической поддержке семьи в беременности, родах и послеродовой период «Ассоциация профессиональных доул», г. Южно-Сахалинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3765-1783>, e-mail: tearra@rambler.ru

Суарэз Анна Дмитриевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Information about the authors

Vera A. Yakupova, PhD (Psychology), Researcher, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9472-8283>, e-mail: vera.a.romanova@gmail.com

Якупова В.А., Аникеева М.А., Суарез А.Д.
Посттравматическое стрессовое расстройство
после родов: обзор исследований
Клиническая и специальная психология
2023. Том 12. № 2. С. 70–93.

Yakupova V.A., Anikeeva M.A., Suarez A.D.
Postpartum Posttraumatic
Stress Disorder: A Review
Clinical Psychology and Special Education
2023, vol. 12, no. 2, pp. 70–93.

Maria A. Anikeeva, Clinical and Perinatal Psychologist, Professional Doulas Association (Interregional Non-Profit Organization for Advocating for Practical, Informational, and Psychological Support of Families During Pregnancy, Labor, Birth, and Postpartum Period), Yuzhno-Sakhalinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3765-1783>, e-mail: tearra@rambler.ru

Anna D. Suarez, PhD (Psychology), Research Fellow, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-2498>, e-mail: anna.suarez.fig@gmail.com

Получена: 29.03.2023

Received: 29.03.2023

Принята в печать: 26.06.2023

Accepted: 26.06.2023