



Депрессия vs благополучие:
результаты экспресс-оценки ситуации
по скринингу депрессии
среди ВИЧ-позитивных женщин
в странах региона ВЕЦА

Октябрь 2021 года

Авторка: **Лена Нечесина**, консультантка ЕЖСС, экспертка в сфере общественного и психического здоровья.

Данное исследование было проведено при поддержке ЮНФПА, агентства Организации Объединенных Наций по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.

Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат авторам и не обязательно отражают точку зрения ЮНФПА, Организации Объединённых Наций или любой из аффилированных организаций.



Содержание

Вступление	4
Фокус внимания на психическое благополучие ВИЧ-позитивных женщин	4
Влияние депрессии на благополучие людей	5
Глобальный контекст по депрессии.....	5
Факторы, влияющие на состояние психического благополучия и потенциального наличия депрессии у ВИЧ-позитивных женщин в регионе ВЕЦА.....	5
Предпосылки для оценки ситуации по депрессии среди ВИЧ-позитивных женщин в регионе ВЕЦА.....	6
Методология проведение экспресс-оценки ситуации	6
Цели экспресс-оценки	6
Инструменты скрининга депрессии:.....	7
Организация экспресс-оценки.....	7
Ограничения экспресс-оценки	7
Результаты экспресс-оценки скрининга депрессии	9
Общая информация об участницах экспресс-оценки.....	9
География	9
Социально-демографические характеристики	9
Совместное проживание и содержание.....	10

Жизненные обстоятельства и переживание насилия	11
Состояние здоровья респонденток	11
Жизнь с ВИЧ	11
Физическое здоровье	12
Психическое здоровье	12
Результаты экспресс-оценки	13
Обобщенные результаты скрининга	13
Результаты скрининга по шкале Patient Health Questionnaire – 9	13
Результаты скрининга по шкале Цунга по самооценке депрессии	14
Обращение за помощью в связи с депрессией	14
Разновидности и осложнения депрессии у ВИЧ-позитивных женщин	15
Материнская (послеродовая) депрессия	15
Краткая информация о факторах и последствиях материнской депрессии	15
Ответы респонденток о проживании случаев материнской депрессии	16
Суицид	19
Краткая информация о проблеме суицида	19
Ответы респонденток о проживании опыта попыток суицида	19
Выводы и гипотезы	22
Гипотезы для дальнейшего изучения ситуации по психическому здоровью ВИЧ-позитивных женщин	22
Первоочередные ответные меры для помощи ВИЧ-позитивным женщинам в связи с депрессией	23
Приложения	24
Приложение 1. Инструменты скрининга депрессии	24
Опросник по состоянию здоровья - 9/ Patient Health Questionnaire PHQ-9	24
Шкала Цунга для самооценки депрессии/ Zung Self-Rating Depression Scale	25

Вступление

Фокус внимания на психическое благополучие ВИЧ-позитивных женщин

Евразийская женская сеть по СПИДу (далее – ЕЖСС) объединяет лидеров, которые выступают за соблюдение прав и поддержку инициатив женщин в странах Восточной Европы и Центральной Азии по различным направлениям здравоохранения, противодействия насилию, дискриминации в связи с ВИЧ-инфекцией или принадлежности к ключевым группам населения. Одним из стратегических направлений деятельности ЕЖСС является обеспечение доступа женщин к услугам по сексуальному и репродуктивному здоровью.

Психическое благополучие является неотъемлемым компонентом здоровья человека, наравне с физическим и социальным благополучием. Женщины, живущие с ВИЧ, часто имеют сопутствующие проблемы физического здоровья, а также находятся в различных сложных жизненных ситуациях, что в комплексе негативно влияет на их психическое здоровье, качество жизни в целом.

Евразийская женская сеть по СПИДу **впервые инициировала проведение экспресс-оценки среди ВИЧ-позитивных женщин в странах региона ВЕЦА по скринингу депрессии**, как одной из наиболее распространенной проблемы в сфере психического здоровья. Целью исследования было получить актуальную информацию о ситуации по распространенности депрессии среди ВИЧ-позитивных женщин в регионе ВЕЦА, а также проанализировать взаимосвязь депрессии с проблемами физического здоровья и жизненными обстоятельствами. Экспресс-оценка проводилась в рамках проекта «Укрепление потенциала женских сообществ в регионе ВЕЦА по мониторингу и защите услуг и прав в области сексуального и репродуктивного здоровья и борьбе с гендерным насилием» при поддержке Регионального офиса Фонда Народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) для Восточной Европы и Центральной Азии.

ЕЖСС выдвигает **гипотезу по результатам экспресс-оценки ситуации по депрессии** в регионе ВЕЦА: депрессия — это реальная проблема для психического, физического и социального благополучия ВИЧ-позитивных женщин. Однако, проблема депрессии невидима и игнорируема по многим причинам: отсутствие регулярного скрининга и последующей диагностики депрессии, неосведомленность женщин о признаках и последствиях депрессии, отсутствие необходимых услуг и навыков самопомощи.

По результатам экспресс-оценки ЕЖСС ставит амбициозную задачу **разорвать замкнутый круг: отсутствие данных по депрессии оправдывает отсутствие необходимых услуг для женщин, которые в них нуждаются**. Для этого ЕЖСС будет адвокатировать обеспечение доступа к услугам по психическому здоровью в регионе ВЕЦА как неотъемлемого компонента системы здравоохранения.

Влияние депрессии на благополучие людей

Глобальный контекст по депрессии

Общие психические расстройства (common mental disorders), прежде всего **депрессия**, чрезвычайно распространены и формируют значительное бремя заболевания и нетрудоспособности во всем мире. По данным ВОЗ более 320 миллионов или 4,4% населения Земли имеют депрессивное расстройство, причем женщины более склонны к депрессии чем мужчины (5,1% и 3,6% соответственно)¹.

Депрессия часто сопряжена с тяжелыми и хроническими заболеваниями (приблизительно у 2/3 случаев), прежде всего, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, онкология и состояния с хроническими болями². Таким образом, можно предположить, что ВИЧ-инфекция как хроническое заболевание также имеет высокий уровень распространенности депрессии. Пациенты с депрессией и другими хроническими заболеваниями имеют больше проблем с приверженностью к лечению, более того, их выздоровление может замедляться, а состояние ухудшаться³.

Факторы, влияющие на состояние психического благополучия и потенциального наличия депрессии у ВИЧ-позитивных женщин в регионе ВЕЦА

Женщины, живущие с ВИЧ, часто имеют сопутствующие проблемы физического здоровья, а также находятся в различных сложных жизненных ситуациях, что в комплексе негативно влияет на их психическое здоровье, качество жизни в целом.

Согласно результатам исследования силами сообщества в Украине⁴, подавляющее большинство ВИЧ-положительных женщин, которые подвергались физическому насилию, имели последствия для психического здоровья - чувство страха, тревога, панические атаки, депрессия, чувство одиночества, а каждая четвертая женщина думала совершить самоубийство. Стигма, связанная с ВИЧ, и стигма, связанная с психическим здоровьем, играют соответствующую роль как в самом психическом здоровье, так и в поиске помощи.

Согласно опросу EATG (2020)⁵, больше половины выборки людей, живущих с ВИЧ, сообщили, что плохо чувствуют себя относительно своего ВИЧ-статуса (51,5%), и считают, что ВИЧ негативно сказался на их способности иметь отношения и социальной деятельности (55,9%) и в их сексуальной жизни (56%). 63,4% считают, что стигма в связи с ВИЧ сыграла негативную роль в их психическом состоянии.

Пандемия COVID-19 повлияла на психическое здоровье людей, живущих с ВИЧ, при этом 48,6% выборки сообщают о негативном влиянии пандемии на их психическое здоровье, а 29% сообщают,

¹ WHO. Facts about depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

² Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. J Psychosom Res. 2002 Oct;53(4):849-57. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00304-5. PMID: 12377293.

³ Kessler RC. The costs of depression. Psychiatr Clin North Am. 2012 Mar;35(1):1-14. doi: 10.1016/j.psc.2011.11.005. Epub 2011 Dec 16. PMID: 22370487; PMCID: PMC3292769.

⁴ Мониторинг насилия среди женщин, живущих с ВИЧ, в программах профилактики, ухода и поддержки в связи с ВИЧ. БО «Позитивные женщины», 2020 http://www.pw.org.ua/wp-content/uploads/2021/02/PW-Violence-Report_2020.pdf

⁵ Психическое здоровье людей, живущих с ВИЧ и сотрудников организаций, работающих в сфере ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ. EATG, 2020 <https://www.eatg.org/wp-content/uploads/2021/06/eatg-hiv-and-mental-health-short-report-russian.pdf>

что пандемия COVID-19 восстановилась или ухудшилась ранее существующие состояния психического здоровья. Результаты опроса четко ⁶ указывают на необходимость дальнейших исследований психического здоровья ВИЧ-положительных людей, а также наличия и использования служб психического здоровья для ЛЖВ в Европейском регионе ВОЗ. Кроме того, они подчеркивают важность лучшего определения диапазона реагирования на вызовы психического здоровья в Регионе и расширения доступа к службам реагирования, а также увеличение их доступности и использования.

Предпосылки для оценки ситуации по депрессии среди ВИЧ-позитивных женщин в регионе ВЕЦА

Имеющиеся эпидемиологические данные по депрессии как в мире, так и в регионе ВЕЦА неполные, таким образом не отображают реальную ситуацию как среди общего населения, так в частности среди ВИЧ-позитивных женщин. Причины сложившейся ситуации разнообразны: отсутствие рутинной диагностики депрессии, регулярных скринингов и исследований данной проблемы, недостаточный уровень знаний и понимания сферы психического здоровья и его влияния на общее благополучие людей.

До настоящего времени основные усилия и услуги здравоохранения (в том числе, в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции) направлялись на поддержку физического здоровья, в то же время недостаточно адресовались и/или игнорировались проблемы, связанные с психическим здоровьем.

ЕЖСС разделяет глобальную адвокационную позицию ***No health without mental health!*** и формулирует свое стратегическое видение, что ***здоровье женщин, затронутых ВИЧ, включает физическое, психическое и социальное благополучие***, даже при наличии ВИЧ-инфекции, хронических заболеваний и возрастных процессов, благодаря доступу к необходимым медицинским, социальным и другим услугам. Для того, чтобы обеспечить доступ к необходимым услугам, важно понимать масштаб потребностей в таких услугах.

Поэтому Евразийская женская сеть по СПИДу ***впервые инициировала проведение экспресс-оценки среди ВИЧ-позитивных женщин в странах региона ВЕЦА по скринингу депрессии***, как одной из наиболее распространенной проблемы в сфере психического здоровья.

Методология проведение экспресс-оценки ситуации

Цели экспресс-оценки

Основная цель - получить актуальную информацию о ситуации по распространенности депрессии среди ВИЧ-позитивных женщин в регионе ВЕЦА, в том числе взаимосвязи депрессии с проблемами физического здоровья и жизненными обстоятельствами.

⁶ Психическое здоровье людей, живущих с ВИЧ и сотрудников организаций, работающих в сфере ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ. EATG, 2020 <https://www.eatg.org/wp-content/uploads/2021/06/eatg-hiv-and-mental-health-short-report-russian.pdf>

Сопутствующие цели:

1. обратить внимание ВИЧ-позитивных женщин на проблему депрессии и необходимость регулярного скрининга
2. повысить потенциал лидерок ЕЖСС по вопросам адвокации психического здоровья среди ВИЧ-позитивных женщин.

Инструменты скрининга депрессии:

Для скрининга депрессии были использованы две **стандартные шкалы**, которые применяются в подобных исследованиях (в том числе, в рамках инструментов применяемых в World Mental Health Survey):

- Опросник по состоянию здоровья – 9 / Patient Health Questionnaire – 9
- Шкала Цунга для самооценки депрессии / Zung Self-Rating Depression Scale

Применение двух скрининговых шкал для проведения экспресс-оценки способствовало валидации результатов и получению более достоверной картины. Подробнее об скрининговых шкалах можно ознакомиться в приложении 1.

В рамках экспресс-оценки также была предпринята попытка рассмотреть еще две разновидности депрессии у ВИЧ-позитивных женщин, а именно **материнскую (постродовую) депрессию** и **попытки суицида** как наиболее тяжелого осложнения депрессии. Респонденткам было предложено поделиться своими историями проживания подобных ситуаций (открытый вопрос, ответ по желанию респондентки). Некоторые ответы на эти вопросы приведены в обобщенном виде для формулирования гипотез и определения последующих действий.

Организация экспресс-оценки

Проведение исследования осуществлялось по методологии Community-based Women-Led Research, которую ЕЖСС неоднократно применяла для оценки ситуации по различным аспектам жизни ВИЧ-позитивных женщин.

Экспресс-оценка проходила в июле-августе 2021 года в формате онлайн-опроса. Для участия в опросе приглашались женщины, которые:

- имеют ВИЧ-позитивный статус
- живут в стране региона ВЕЦА
- выразили добровольное, осознанное желание пройти скрининг депрессии путем онлайн опроса.

Ограничения экспресс-оценки

Скрининг депрессии среди ВИЧ-позитивных женщин был проведен для оперативного обзора и оценки ситуации, в результате чего были определены гипотезы для дальнейших дискуссий и адвокации. Данная экспресс-оценка не претендует на формат эпидемиологического исследования, а обозначает проблемные зоны для будущих исследований.

Участие ВИЧ-позитивных женщин в экспресс-оценке было их добровольным решением, не были определены четкие критерии выборки. Поэтому имеет место возможность, что в число респонденток не попали женщины с тяжелыми случаями депрессии по причине их самочувствия и неготовности.

В данной экспресс-оценке не ставилась задача подробно исследовать разновидности депрессии у ВИЧ-позитивных женщин: материнскую (постродовую депрессию) и попытки суицида как наиболее тяжелого осложнения депрессии. Приведенные цитаты респонденток помогают определить гипотезы для реагирования и дальнейшего исследования этих проблем.

Результаты экспресс-оценки скрининга депрессии

Общая информация об участницах экспресс-оценки

География

В онлайн опросе по скринингу депрессии приняли участие **720 ВИЧ-позитивных женщин из 11 стран региона ВЕЦА**. Большинство респонденток живут в городах (89%).

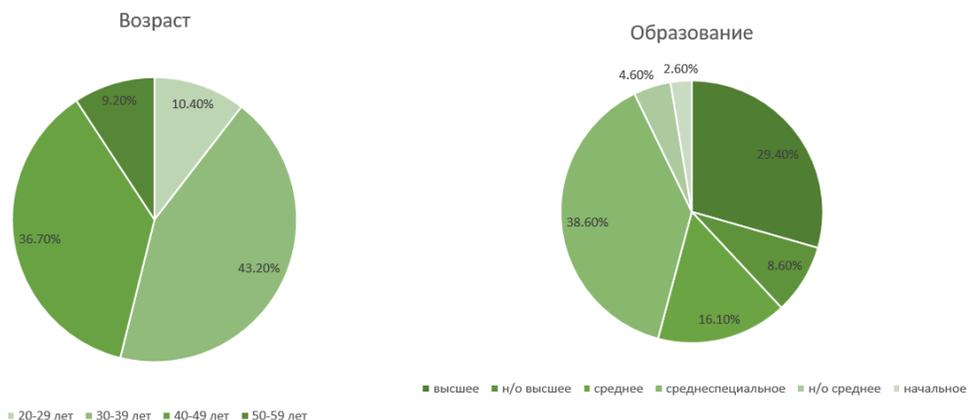
Страна	Количество респонденток	
	абсолютное количество	%
Армения	18	2,5%
Беларусь	11	1,5%
Грузия	14	1,9%
Казахстан	13	1,8%
Кыргызстан	6	0,8%
Молдова	35	4,9%
Российская Федерация	281	39,0%
Таджикистан	10	1,4%
Узбекистан	103	14,3%
Украина	182	25,3%
Эстония	47	6,5%
Всего	720	

Социально-демографические характеристики

Участницы скрининга представляли **разные возрастные группы**, преимущественно продуктивного периода жизни (в том числе, 30-39 лет – 43,2%, 40-49 лет – 36,7%), а также младшую и старшую возрастные группы.

Более половины респонденток имеет **среднее и средне-специальное образование** (16,1% и 38,6% соответственно), треть опрошенных женщин получили **высшее образование** (29,4%).

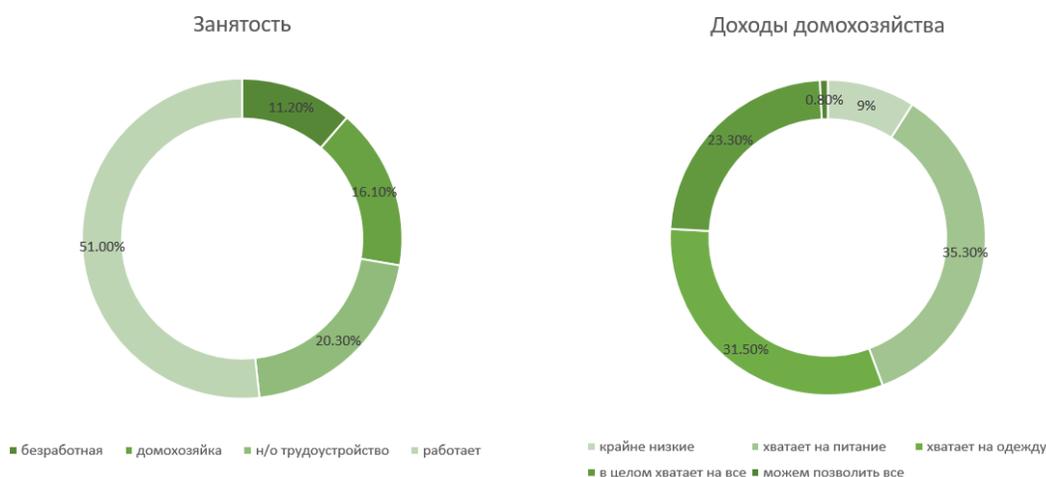
Социально-демографические характеристики



Большинство участниц скрининга депрессии **имеют работу** (в том числе официальное трудоустройство – 51%, неофициальное трудоустройство – 20,3%). 16% опрошенных женщин являются **домохозяйками**. **Без работы** – 11,2% респонденток.

По уровню **доходов домохозяйства** группы респонденток распределились таким образом: примерно треть опрошенных ответила, что на питание денег хватает, но с покупкой одежды бывают трудности (35,3%), треть опрошенных заявили, что покупка продуктов питания и одежды не вызывает трудностей, но для приобретения предметов длительного пользования (холодильник, телевизор) приходится брать займы (31,5%), и одна пятая опрошенных ответили, что в целом, материальных проблем нет, но покупка действительно дорогих вещей (машина, квартира) вызывает затруднение (23,3%)

Занятость и уровень дохода



Совместное проживание и содержание

Большинство участниц экспресс-оценки **проживают вместе со своими семьями**. Более половины респонденток живут со своими детьми (59,7%) и имеют мужа (29,4% – официального мужа, 25% - гражданского мужа). Около трети опрошенных женщин проживают с другими родственниками (27,3%). Одна десятая респонденток **живут сами** (9,3%).

Половина респонденток **имеют на содержании** несовершеннолетних детей (49,8%). Также опрошенные ответили, что материально содержат пожилых людей (12,1%), людей с инвалидностью (7,5%) и трудоспособных, способных к самообслуживанию взрослых (14,4%).



Жизненные обстоятельства и переживание насилия

Некоторые участницы скрининга депрессии имели опыт проживания сложных жизненных обстоятельств и насилия.

Наиболее распространенные **сложные жизненные обстоятельства** связаны с утратой близкого человека (14,7%) и разводом (9,1%).

Сложные жизненные обстоятельства	%
Пребывание в тюрьме	1,8%
Травмирующие события	6,6%
Утрата близкого человека	14,7%
Развод	9,1%
Другое	4%

Треть респонденток ответили, что испытывали по отношению к себе психологическое **насилие** (31,9%). Примерно одна десятая респонденток пережили экономическое и домашнее формы насилия (9,7% и 8,3% соответственно).

Формы пережитого насилия	%
Физическое	6,6%
Психологическое	31,9%
Экономическое	9,7%
Сексуальное	1,1%
Репродуктивное	1%
Домашнее	8,3%

Состояние здоровья респонденток

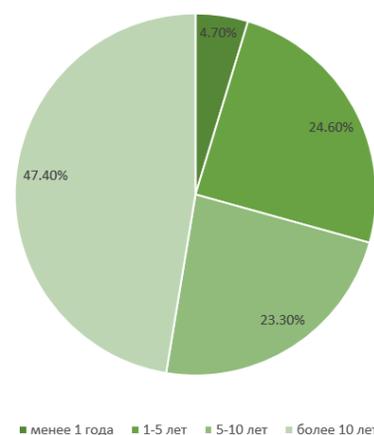
Жизнь с ВИЧ

Примерно **половина респонденток живет с ВИЧ-инфекцией более 10 лет** (47,4%), другая половина живет с ВИЧ от 5 до 10 лет (23,3%) и от 1 до 5 лет (24,6%).

Практически все женщины **принимают АРВ-терапию** (705 респонденток из 720, 98%), однако имеют различный стаж лечения.

Стаж приема АРТ	%
Менее 1 года	10%
1-3 года	19%
3-5 лет	18,5%
5-10 лет	27,9%
Более 10 лет	22,5%

Жизнь с ВИЧ



2% респонденток **не принимали АРТ** на момент экспресс-оценки, из них 1,3% не начинали лечение и 0,7% прекратили прием препаратов.

Более половины участниц опроса ответили, что **привержены к лечению** (60,2%), однако остальные сообщили, что **пропускали регулярный прием** препаратов (в том числе, пропуск несколько дней – 33,7%, пропуск несколько недель – 3,9%).

Физическое здоровье

Участницы скрининга депрессии имеют различные заболевания физического здоровья, в том числе хронические, которые были диагностированы врачом. 13,6% респонденток имеют гинекологические заболевания, гепатиты и сердечно-сосудистые (по 8,5%), заболевания щитовидки (6,7%). Про наличие инвалидности сообщили 16,2% женщин.

Диагностированные хронические заболевания (в течение 12 месяцев)	%
Диабет	0,7%
Заболевания щитовидки	6,7%
Гинекологические заболевания	13,6%
Хронический болевой синдром	2,8%
Гепатиты	8,5%
Сердечно-сосудистые заболевания	8,5%
Онкология	1,3%
Аутоиммунные заболевания	2,2%
Туберкулез	1,8%

Психическое здоровье

Большинство участниц опроса ответили, что не имеют диагностированных психических расстройств (68,8%). Трети респонденток были диагностированы когда-либо в жизни депрессивные (16,2%), тревожные (12,6%) или другие расстройства (2,3%).

Большинство респонденток заявили, что не употребляли психоактивных веществ в течение последних 30 дней (64,4%). Треть участниц опроса ответили, что пили алкоголь (33,6%), 4,2% - употребляли наркотики.

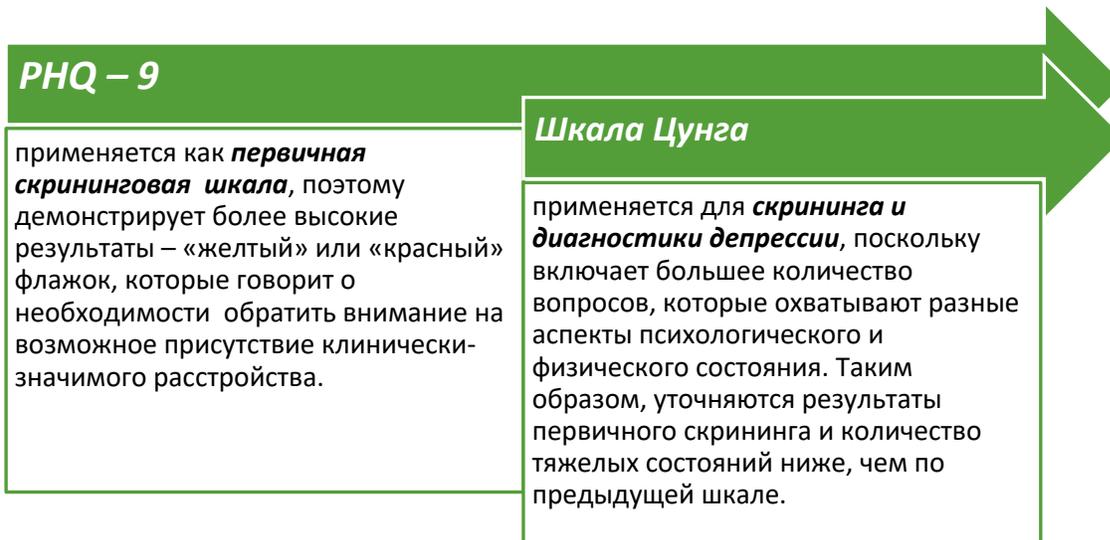
Результаты экспресс-оценки

Обобщенные результаты скрининга

Для скрининга депрессии были использованы две стандартные шкалы (подробнее о скрининговых шкалах можно прочитать в приложении 1):

- **Опросник по состоянию здоровья – 9 / Patient Health Questionnaire – 9** - анкета со множественным выбором самоотчетов, которая используется как скрининг и диагностический инструмент, специфичный для депрессии. Опросник PHQ-9 оценивает каждый из 9 связанных критериев, основанных на модуле настроения из оригинальных инструментов оценки психических расстройств.
- **Шкала Цунга для самооценки депрессии / Zung Self-Rating Depression Scale** - тест для самооценки позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивного расстройства. Учитывает 20 факторов/ вопросов (10 позитивно сформулированных и 10 негативно сформулированных вопросов), которые определяют четыре уровня депрессии.

Применение двух скрининговых шкал способствовало уточнению результатов и получению более достоверной картины. Результаты оценки депрессии отображают разные уровни скрининга в соответствии с предназначением и вопросам каждой шкалы.



Результаты скрининга по шкале Patient Health Questionnaire – 9

По результатам скрининга по шкале Patient Health Questionnaire – 9 примерно **одна пятая респондентов имеет признаки умеренной депрессии** – 10 и более баллов, что соответствует «желтому флажку». **Более трети респондентов отметили признаки, которые соответствуют «красному флажку»** - депрессии средней тяжести (15,7%) и тяжелая депрессия (12,8%).

Patient Health Questionnaire – 9	%
Нет депрессии, минимальная	21,6%
Мягкая депрессия	27,9%
Умеренная депрессия	21,9%
Депрессия средней тяжести	15,7%
Тяжелая депрессия	12,8%



Результаты скрининга по шкале Цунга по самооценке депрессии

В соответствии с шкалой Цунга по самооценке депрессии, **5,4% респондентов имеют признаки субдепрессии или маскированной депрессии**, примерно **пятая часть респондентов - мягкой формы депрессии (20,9%)**.

Шкала Цунга по самооценке депрессии	%
Нет депрессии	73,6%
Мягкая депрессия	20,9%
Субдепрессия или маскированная депрессия	5,4%
Истинная депрессия	0%

Обращение за помощью в связи с депрессией

Опрос показал, что **большинство женщин (81,7%) не обращается за помощью в связи с депрессией**. Среди тех, кто обращается за помощью, чаще всего к психологу (7,7%) или к друзьям (4,3%). Обращение к медработникам (психиатр и лечащий врач), а также другим формам поддержки составляет менее 2%.



Разновидности и осложнения депрессии у ВИЧ-позитивных женщин

Депрессия имеет широкий спектр симптомов и проявлений, особенно в сочетании и зависимости от состояния физического здоровья и социальных факторов женщины. В рамках экспресс-оценки была предпринята попытка рассмотреть две разновидности депрессии у ВИЧ-позитивных женщин, а именно **материнскую (послеродовую) депрессию** и **попытки суицида** как наиболее тяжелого осложнения депрессии. Респонденткам было предложено поделиться своими историями проживания подобных ситуаций

Материнская (послеродовая) депрессия

Краткая информация о факторах и последствиях материнской депрессии

Материнскую или послеродовую депрессию выделяют из обширной группы депрессивных нарушений психики как отдельное заболевание в основном по времени его наступления, обычно развивается в первый год после рождения ребенка. Реальное количество случаев материнской депрессии назвать сложно по различным причинам, в том числе из-за низкого уровня обращения родивших женщин за помощью.

В настоящее время материнская депрессия является относительно малоизвестным и малоизученным заболеванием, особенно в странах с низким уровнем жизни. На психологическом состоянии молодой матери негативно сказывается повышенный уровень стресса во время беременности, жестокость в семье. В послеродовой период женщина часто находится в состоянии своего рода социальной и информационной изоляции, поскольку основную массу усилий и времени посвящает новорожденному. Важным фактором развития материнской депрессии является как образ жизни в период беременности (в том числе, рацион питания, наличие никотиновой, алкогольной или наркотической зависимости, наличие хронических заболеваний), так и физическое состояние женщины после родов (в том числе, наличие послеродовых швов, трудности с отпавлением физических потребностей после родов, дискомфорт больничной палаты). Многие женщины остро переживают социально-культурные установки относительно материнства, а также болезненно воспринимают неизбежных изменений в результате родов и кормления ребенка.

Наиболее уязвимыми в отношении развития материнской депрессии являются женщины, в истории болезни которых имеются эпизоды депрессии или иных психиатрических расстройств. Также это заболевание чаще встречается у матерей-одиночек, безработных, рожениц подросткового возраста, в случаях незапланированной беременности или тяжелого ее протекания.

Возникновение и развитие материнской депрессии сказывается не только на здоровье самой женщины, а также оказывает значительное влияние на ребенка. Развитие этой болезни чревато нарушениями в питании матери и несоблюдением медицинских предписаний по уходу за собой и за новорожденным. Женщины, страдающие послеродовой депрессией, часто неадекватно оценивают эмоциональные реакции собственного ребенка, особенно негативные. Нарушение

взаимодействия между матерью и ребенком может привести в будущем к отклонениям в его физическом, умственном и эмоциональном развитии.

Ответы респонденток о проживании случаев материнской депрессии

Анкета экспресс-оценки включала открытый вопрос «Если Вы переживали состояния материнской депрессии, хотите поделиться своей историей?». Некоторые респондентки по своему желанию и готовности ответили на этот вопрос. Цитаты приведены с соблюдением стилистики оригинала.

Истории о послеродовой депрессии.

«В 2006 году, когда узнала о своем статусе, а позже - что я заразила сына, кормя его грудью. Мне хотелось прибить всех врачей, кто мне делал кесарево и влил заразную кровь.»

«Да, очень переживала, когда осознала, что под давлением страха остаться с маленькими детьми на улице, без средств к существованию, я удавила в утробе собственного ребенка и дочка родилась мертвой.»

«Я не совсем понимаю, что имеется в виду под материнской? Если это - послеродовая, то да у меня была очень тяжёлая депрессия. Но тогда я не знала, что это депрессия и что это почти естественно переживать для женщины после родов и связан он с гормональными переменами. Тогда мне было просто страшно от моих мыслей. Такая безнадега, что были мысли о том, что лучше бы не рождалась моя дочь, потому что и её и меня ждут одни жуткие мучения и мысли об убийстве и самоубийстве были. Они меня приводили в ужас. И я понимала, что это что-то не нормальное со мной. Но за помощью ни к кому не обращалась. Вообще, здесь пишу впервые об этом. Мне было и страшно, и стыдно. Боялась, что меня сочтут за сумасшедшую.»

«Я была в этот момент в местах лишения свободы и депрессия была постоянно.»

«Да, рождение ребенка было очень сложным периодом в моей жизни. Если бы я сейчас оказалась с собой в тот момент, то объяснила бы что действительно важно, а на что нужно просто забыть. Я бы больше отдыхала и была просто с ребенком.»

«Переживала, но не долго, пару месяцев после родов.»

«Переживаю периодически. У сына РАС⁷. Был двухлетний период тяжелой депрессии после смерти дочери в родах.»

«Потеря ребенка была для меня очень болезненна, кроме этого ампутировали матку и больше не родить мне.»

«Иногда двое детей маленьких выматывают очень, что порой даже говорить не хочется. Хочется просто закрыться в комнате и посидеть хотя бы минут 20 в глубокой тишине.»

«Не знаю, материнская ли это депрессия, но где-то с 6 месяцев ребёнка не хочется ничего делать, большой любви к ребёнку нет, ребёнок больше предоставлен себе (дочери 1,1) из-за частой усталости и невысыпаний.»

⁷ Расстройство аутистического спектра

«Да был такой момент, когда я переживала депрессию материнскую когда родила сына и через 5 дней он умер»

«Депрессии не было, просто мало сна.»

«Переживала после рождения первого ребенка. Мне не хватало времени на всё, что раньше я успевала делать. Моё тело очень изменилось, из красивой стройной 18-ти летней девочки, я превратилась в зебру (растяжки бордового цвета, шириной от 0,2 до 2 см по всему телу, начиная от груди и заканчивая голенью). Особой поддержки от мужа не было. Рядом не было никого, кто мог бы мне помочь. Хотя бы на час забрать малышку в коляске на улицу... 24/7 я была с ребёнком и это было очень тяжело, я срывалась на ни в чём не повинное дитё. Сейчас девочке почти 18, и я счастлива, что смогла побороть то состояние...»

«Да, моей младшей дочери 1 год, она 4 -тый ребёнок в семье. Это состояние тяжело описать, там смесь чувств и эмоций. Одновременно радость и огорчение или очень резкая смена. Утешает одно, что это состояние проходит, и легче переносить если рядом любящий и близкий человек. Отвечая на вопросы выше, поняла, что я ещё в депрессии.:(.»

«Депрессия была только во время нахождения в роддоме (ужасные условия для женщин)»

«Полная апатия, ничего не хотелось кроме как спать и ничего не слышать.»

«Я всегда была уставшей, чувство было что всем только что-то надо от меня. Я не чувствовала поддержки и заботы к себе. Я сама себя жалела. Много плакала.»

«Только сейчас, когда сын стал взрослеть, я прихожу в себя. Больше сил появляется жить.»

«Пережила. Старший ребенок инвалид с глубокой УО⁸. Очень тяжело и больно.»

Истории о текущем состоянии депрессии, в том числе в связи с переживаниями из-за детей

«У меня двое детей с инвалидностью, средний ВИЧ-инфицирован с умственной отсталостью умеренной степени и меньший сын с тяжёлой инвалидностью, ДЦП⁹, спастический тетрапарез. И пока я тяжело не переболела лептоспирозом я занималась его здоровьем и находила возможности для этого, а теперь, когда мне самой нужна помощь и я без сопровождения не могу поехать, куда нужно. Я вижу откат в развитии и здоровье сына и меня это убивает, столько сил и труда уходит безвозвратно и с каждым днем становится хуже как ему, так и мне, и я ума не приложу как справится с этим. Может в городе было бы проще выйти с этой ситуации, а в селе без своего автомобиля и средств, остаётся только наблюдать и плакать от бессилия, живя надеждой, что Господь сжалятся над нами, надо мной. Потому что я так больше не могу и сделать с собой ничего не могу, потому что боюсь, что мои дети закончат свои дни в детдомах или хосписе.»

«Я до сих пор живу с этой депрессией и я хочу помощи.»

«Хочу рассказать детям, но не могу, боюсь, чтобы для них не было это стрессом»

«У меня 4 детей и у мужа 5. С нами каждое лето 6. Я часто бываю раздавленной. Муж почти не помогает.»

⁸ Умственной отсталостью

⁹ Детский церебральный паралич

«Когда я в депрессии, то пью часто алкоголь.»

«Сыну 19 лет и я испытываю беспокойство за него и его образ жизни и некоторое безразличие к своему здоровью.»

«Старший сын инвалид детства глубокая УО. Депрессия годами. С младшим другое материнство.»

«Я переживаю из-за того, что не могу найти общий язык с дочерью подростком.»

«В период полутора лет обращалась за психологической помощью в интернете. Получила 4 сессии с психологом онлайн. Но сейчас работать над своим психологическим здоровьем некогда и не на что.»

«Боюсь за детей»

«Очень переживаю за реакцию дочери и дальнейшее её отношение ко мне после раскрытия ей моего статуса»

«Да, была депрессия. Из-за того, что не могу забеременеть. Муж не хочет лечиться, поставили диагноз бесплодие. Иногда зацкливаюсь на беременности.»

«Постоянно страх за детей, страх открыть свой диагноз детям, страх что узнают соседи, знакомые. Были отказы в медицинской помощи в связи с диагнозом, поэтому огромный страх заболеть и прочее.»

«У дочери пнд¹⁰.»

«У меня ребёнок гиперактивный по своему темпераменту... Иногда я просто без сил, кроме того для того, чтобы обеспечить его всем необходимым и оплатить аренду жилья я работаю всегда.»

«Я мама, живущая с ВИЧ 10 лет, но когда заболела моя самая маленькая принцесса, долгожданная дочь "Диабет первый тип" на инсулине. Долгое время депрессии и неприятия реальности (((За свою болезнь я уже не думала, надо было собраться и научиться жить с Диабетом, принять это. Но до сих пор не так просто всё это. Только сейчас я понимаю свою маму, когда она плакала очень долго, после того, когда узнала про мою болезнь. Сейчас с уверенностью могу сказать, что болезнь детей, родителей и т.д. это тяжёлый период для каждой женщины! Тем более, когда я сама имею не простую болезнь...»

«Я скучаю. И всегда думаю о маме.»

«Конечно переживаю. Мне приходится работать и в это время ребёнка приходится оставлять одного.»

«Я срываюсь на ребёнке почти постоянно, хотя я понимаю, что он не виноват, но срываюсь на нём.»

¹⁰ Психоневрологический диагноз

Суицид

Краткая информация о проблеме суицида

Суициды— серьезная проблема общественного здравоохранения, поскольку каждый случай завершенного самоубийства имеет долгосрочные последствия для семей и окружения погибшего человека. Попытки суицида оставляют значительное влияние на психическое и физическое здоровье совершившего человека. Самоубийства происходят во всех регионах мира, более высокий уровень отмечается в странах с низким и средним уровнем дохода. ВОЗ заявляет, что «учитывая деликатность проблемы самоубийства - и незаконность суицидального поведения в некоторых странах - вероятно, что занижение данных и неправильная классификация являются более серьезными проблемами для самоубийств, чем для большинства других причин смерти».

Хотя четко прослеживается связь между случаями суицида и психическими расстройствами (в первую очередь, депрессией и расстройствами, вызываемыми потреблением алкоголя), многие самоубийства совершаются импульсивно в моменты кризиса, когда человек утрачивает способность противостоять стрессовым жизненным ситуациям, таким как финансовые проблемы, разрыв отношений или хроническая боль и болезнь. Также, суицидальное поведение часто возникает в условиях конфликтов, стихийных бедствий, насилия и жестокости либо по причине утраты близких людей и чувства одиночества. Показатели самоубийств также высоки среди подвергающихся дискриминации уязвимых групп.

Исследованы значительные гендерные различия в уровне самоубийств. У женщин чаще, чем у мужчин, возникают суицидальные мысли. Также женщины демонстрируют более высокий уровень несмертельного суицидального поведения и чаще пытаются покончить с собой, что является проявлением самоповреждения. Наиболее серьезным фактором риска самоубийства является ранее совершенная попытка суицида.

Ответы респонденток о проживании опыта попыток суицида

Анкета экспресс-оценки включала открытый вопрос «Если Вы проживали опыт попыток прекращения собственной жизни (суицида), хотите поделиться своей историей?». Некоторые респондентки по своему желанию и готовности ответили на этот вопрос. Цитаты приведены с соблюдением стилистики оригинала.

Истории об попытках суицида

«Раньше у меня часто были попытки суицида. Когда мне было плохо, я сразу решала свести счеты с жизнью. Мне казалось, что здесь (на Земле) я по ошибке. Я даже стихи писала в том же духе:

Зачем пришла я в этот мир?

Быть может, я ошиблась дверью?

Царит над всем здесь злой кумир,

А люди здесь - не люди - звери...

Вот такие вот мысли меня посещали. И я пила таблетки, либо делала передоз. Но меня приводили в чувство. Один раз в реанимации...»

«Только нарушение приема таблеток (транквилизаторов и антидепрессантов) пила за раз несколько дозировок»

«Не принятие статуса, это единственный повод.»

«Да, но боюсь это сделать»

«Когда я узнала, что мой сын +¹¹, я пыталась повеситься 2 раза, бросалась под машину. Родственники следили за мной постоянно.»

«В 2017 году за четыре месяца я совершила две попытки суицида, спасла мама, её профессионализм как медика. В 2021 году мысли о суициде занимают около 70% моих мыслей.»

«Это было когда 8 лет тому назад я впервые узнала о своём статусе.»

«Да, был случай, через год, когда узнала о диагнозе меньшего сына, пыталась повеситься, муж не дал, тогда я ходила к психологу и больше к этому не возвращалась.»

«Да, когда ощутила себя не нужной никому»

«В употреблении пыталась 2 раза. Понимала, что больше не хочу жить так, как живу. Вскрыла руки. Кто-то из прохожих вызвал скорую.»

«Резала себя. Не для того, чтобы убить, а просто причинить себе вред»

«У меня было несколько парасуцидов, но это было давно. На сегодняшний день я больше года принимаю антидепрессанты и не могу даже думать о суициде - я одна воспитываю сына. Тем не менее, я не могу назвать своё эмоциональное состояние удовлетворительным.»

«Хотелось умереть от того, что муж постоянно бьет, унижает, оскорбляет, ненавидит меня, говорит, что я подстилка, помойка, говно, чтобы меня изнасиловали и выкинули под мостом и я здохла. Нет сил это терпеть»

«Да выпила много таблеток, но успели откачать меня в больнице»

«Как только я узнала про статус и увидела реакцию родителей, мне не хотелось жить»

«Да, после смерти мужа наглоталась Феназепам и запила алкоголем»

«У меня несколько раз была попытка суицида в подростковом возрасте в основном из-за буллинга со стороны сверстников. Следы этих ситуаций ношу до сих пор.»

«Был период, когда я прекращала прием АРВ-терапии, чтобы приблизить время смерти (лет 5 назад, на несколько месяцев)»

«2 раза. Первый раз, когда употребляла наркотики, много раз пыталась бросить, не получалась, потеряла близких людей, испытывала чувство вины перед другими близкими, не находила выхода и очень устала. Второй раз, когда была беременная и мне сказали, что у меня ВИЧ, что ребёнок не доживет и до года, что мне осталось 5 лет, а у моего отца в это время обнаружили злокачественную опухоль.»

«Не могу умереть, но план смерти уже придумала и возможно это только дело времени»

¹¹ ВИЧ-положительный

«Да, у меня была попытка суицида, но тогда я ещё не была ВИЧ-позитивной. Просто мой парень, с которым я встречалась больше года, сказал, что «у меня есть дети» и я ему не нужна. Я выпрыгнула с восьмого этажа. Тогда я употребляла спиртное и была не совсем трезвая.»

«Был опыт в подростковом возрасте, от проблем в отношениях была настолько расстроена, что выпила несколько ампул лекарства для анестезии. Было ощущение что я гасну и улетаю к звездам, то в тот момент моё сознание выразило протест уйти, резко возникла мысль что я ещё не готова, мне ещё рано, и я очнулась в сознании. После того дня, подобных желаний у меня не возникало, мысль о том, что мне ещё многое нужно успеть, не оставляет и по сей день»

«Хотелось, когда узнала о статусе.»

Выводы и гипотезы

По результатам скрининга депрессии можно сделать вывод, что **как минимум четверть участниц экспресс-оценки имеют опыт депрессивных эпизодов различной степени тяжести.**

Большинство респонденток находится в **состояние психического неблагополучия**, что может способствовать развитию тяжелых форм депрессии, особенно при наличии хронических заболеваний и сложных, кризисных жизненных обстоятельств.

Особое внимание и реагирование должно быть направлено на такие проявления как **материнская депрессия** и попытки **суицида** как наиболее тяжелое осложнение депрессии. Данные проблемы являются скрытыми и табуированными социально-культурными и правовыми нормами. Организовать своевременную помощь и поддержку возможно при понимании реальных масштабов этих проблем.

ЕЖСС заявляет **по результатам экспресс-оценки ситуации по депрессии** в регионе ВЕЦА: депрессия — это реальная проблема для психического, физического и социального благополучия ВИЧ-позитивных женщин.

Однако, проблема депрессии невидима и игнорируема по многим причинам:

- отсутствие регулярного скрининга депрессии со стороны медицинских работников, прежде всего врачей первичного звена и лечащих специалистов;
- отсутствие последующей диагностики тяжелых случаев депрессии и направления для получения помощи;
- недоступность или ограниченный перечень услуг для различных форм депрессии (тяжелых и умеренных), прежде всего психотерапии
- неосведомленность женщин о признаках и последствиях депрессии, инструментах самоскрининга;
- отсутствие у женщин навыков самопомощи и взаимопомощи при депрессии, особенно легких и умеренных форм.

Гипотезы для дальнейшего изучения ситуации по психическому здоровью ВИЧ-позитивных женщин

1. Влияние депрессивных состояний на приверженность к лечению, как АРТ терапии, так других имеющихся заболеваний, и забота о своем здоровье в целом.
2. Взаимосвязь наличия распространенных неинфекционных хронических заболеваний у ВИЧ-позитивных женщин и депрессии. Возможно, женщины не знают/не придают должного значения по некоторым неинфекционным заболеваниям (сердечно-сосудистые заболевания, расстройства эндокринной системы и т.д.).
3. Изучить уровень тревожных расстройств у ВИЧ-позитивных женщин как отдельную проблему психического здоровья и в сочетании с депрессивными расстройствами.
4. Проанализировать как осуществляется в странах диагностирование психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Первоочередные ответные меры для помощи ВИЧ-позитивным женщинам в связи с депрессией

1. Инициировать и обеспечить информационную поддержку кампании по самоскринингу депрессии среди ВИЧ-позитивных женщин в странах региона ВЕЦА.
2. Изучить «маршрут пациентки с депрессией» с целью изучения существующей практики выявления, диагностирования и оказания услуг в связи с депрессией.
3. Организовать разъяснение женщинам, которые родили ребенка, о природе и признаках материнской депрессии, оказание помощи по осознанию и выходу из этого состояния.
4. Применить подходы стратегии превенции суицидов с учетом специфики ситуации ВИЧ-позитивных женщин и социально-культурного контекста стран.

Приложения

Приложение 1. Инструменты скрининга депрессии

Для скрининга депрессии были использованы две стандартные шкалы, которые применяются в подобных исследованиях (в том числе, в рамках инструментов применяемых в World Mental Health Survey).

Опросник по состоянию здоровья - 9/ Patient Health Questionnaire PHQ-9

Опросник по состоянию здоровья – 9 / Patient Health Questionnaire – 9 – это анкета со множественным выбором самоотчетов, которая используется как скрининг и диагностический инструмент, специфичный для депрессии.

Опросник PHQ-9 оценивает каждый из 9 связанных критериев, основанных на модуле настроения из оригинальных инструментов оценки психических расстройств¹². Также опросник содержит десятый вопрос, насколько проблемы сделали для пациента тяжелыми выполнение его работы, заботу о доме или возможность ладить с другими людьми.

Трактовка результатов скрининга оценивает тяжесть состояния пациента. Результат оценивается в баллах: 5 баллов означает легкий, 10 – средний, а 15 – тяжелый уровень расстройства. Последний вопрос о субъективной оценке пациентом тяжести его состояния не используется для подсчета баллов PHQ или постановки диагноза, а скорее описывает общее оценку пациентом ухудшения его жизни, связанного с наличием того или иного симптома.

Оценка в 10 баллов или выше считается “желтым флагом”, то есть говорит о том, что необходимо обратить внимание на возможное присутствие клинически-значимого расстройства; оценка в 15 баллов или выше – это “красный флаг”, то есть указывает на то, что в данном случае, вероятно, оправдано активное лечение.

Для постановки диагноза депрессии по результатам скрининга необходимо проведение полного клинического интервью и серии анализов.

Таким образом, опросник PHQ-9 одновременно чувствителен и специфичен в своих результатах, что привело к его известности и широкому использованию, как в системе первичной медико-санитарной помощи, клинических условиях, а также в исследованиях.

¹² Опросник оценки здоровья пациента/ Patient Health Questionnaire был создан на основе шкалы первичной оценки психических расстройств (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD), которая была разработана и утверждена в начале 1990-х годов в качестве инструмента эффективной диагностики пяти самых распространенных расстройств психики: депрессивных, тревожных, соматоформных расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и расстройств пищевого поведения. Первоначальный инструмент PRIME-MD доказал свою эффективность, однако, требовал много времени для проведения диагностики, что усложняло его использование для скрининга. В результате обширных исследований, были созданы усовершенствованные опросники PHQ для различных аспектов (в том числе, 2-позиционная шкала депрессии, 4-позиционная шкала по тревоге и депрессии, соматическая шкала 15 пунктов, подростковая шкала и т.д.)

Для проведения экспресс-оценки по скринингу депрессии среди ВИЧ-позитивных женщин в регионе ВЕЦА была использована русская версия PHQ-9.

Ссылка:

https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ9_Russian%20for%20Russia.pdf

Шкала Цунга для самооценки депрессии / Zung Self-Rating Depression Scale

Тест для самооценки депрессии был разработан в Университете Дюка психиатром доктором Уильямом Цунгом. Шкала Цунга позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивного расстройства.

В тестировании учитывается 20 факторов/ вопросов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»).

Результаты делятся на четыре диапазона:

- 25-49 Нормальное состояние
- 50-59 Легкая депрессия
- 60-69 Умеренная депрессия
- 70 и выше Тяжелая депрессия

Для проведения экспресс-оценки по скринингу депрессии среди ВИЧ-позитивных женщин в регионе ВЕЦА была использована русская версия шкалы Цунга, адаптированная Т.И. Балашовой (НИИ им. Бехтерева).