

18+

Ксения Красильникова

НЕ ПРОСТО УСТАЛА



Как распознать и преодолеть
послеродовую депрессию

18+

Ксения Красильникова

НЕ ПРОСТО УСТАЛА



Как распознать и преодолеть
послеродовую депрессию



Ксения Красильникова

Не просто устала

Как распознать и преодолеть послеродовую
депрессию

Издательство Individuum
Москва, 2019

Предисловие

В конце 2016 года внезапно для себя и своих близких я попала в настоящий ад. Как депрессия выбирает свою жертву? Почему ею оказалась именно я? Даже сейчас, когда я пишу эту книгу, у меня нет ответов на эти вопросы.

Попробую рассказать по порядку. Меня зовут Ксения. До восьми лет я жила в Москве, с восьми до семнадцати — с перерывами в Замбии, Намибии и Эфиопии. Мой пapa дипломат и ездит в многолетние командировки, а семья обычно сопровождает главу в таких поездках. Перед моим поступлением в вуз мы окончательно вернулись в Москву. Здесь я получила несколько высших образований: филолога, переводчика с английского и испанского языков и экономиста. Имея три красных и один синий диплом, пошла работать в офис (до сих пор не уверена, что это мое). Больше десяти лет я специализируюсь на коммуникациях в финансовой сфере и сейчас занимаю должность PR-директора банка. Параллельно перевожу, пишу, редактирую тексты, а какое-то время даже работала корректором.

Я люблю книги, сериалы, короткие и длинные путешествия, своих друзей и сестру. Мы близнецы. Она талантливая журналистка и специализируется на вопросах материнства и гендерного равенства. Мне

кажется, своей работой она удивительно меняет мир к лучшему.

В 2015 году я счастливо вышла замуж. Моего мужа зовут Данила, он младше меня на полтора года, профессионально занимается организацией мероприятий и обладает полным комплектом качеств идеального мужа: заботливый, деятельный, добрый, умный и бесконечно красивый. Когда мы поженились, мне было тридцать лет, и условные социальные нормы — а еще семья и врачи — настойчивым шепотом подталкивали меня к беременности. Муж хотел ребенка, да я и сама всегда думала, что по-настоящему реализуюсь только в роли матери.

Я считала, что у меня прекрасный план на жизнь: учеба, снова учеба, карьера, семья и дети. Когда я забеременела, мы с мужем были очень счастливы. Моя беременность проходила гладко: у меня не было токсикоза в первом триместре и отеков в третьем. Я любила фотографировать свой растущий живот, казалась себе красивой и сексуальной. Я обожала тот факт, что скоро стану мамой: у меня должен был родиться сын от самого лучшего человека на планете, и я ждала этого с восторгом и нетерпением. Я разговаривала с животом и думала, что так налаживаю связь с малышом. Мы с мужем ходили на родительские курсы, где нас учили строить с ребенком отношения, основанные на надежной привязанности. Параллельно мы читали книги о воспитании детей и о том, как преодолеть все сложности родительства. Потом я

попала в роддом. А еще через две недели — в психиатрическую больницу.

Миф о том, что после родов семью ждет безоговорочное счастье, поджидает нас везде. Младенцы на упаковках с детским питанием сияют здоровьем и наслаждаются жизнью. В рекламе, социальных сетях и СМИ создается яркий образ идеальной матери, которая легко справляется с тремя погодками, ведет собственный успешный бизнес и параллельно успевает быть чудесной домохозяйкой, любящей женой, красивой и ухоженной женщиной. Находясь в таком контексте, бывает сложно принять, что жизнь с ребенком не так радужна, как показывают в рекламе памперсов. Вероятно, поэтому, когда по возвращении домой из роддома я не могла спать и есть, боялась подойти к сыну, а периодически вообще с трудом вспоминала, где я и кто такая, меня накрыл ужас. «Я — худшее, что могло произойти с моим сыном. Что с нами теперь будет? Мой бедный муж смотрит на меня и не знает, что ему делать», — так я думала в первый месяц своего материнства.

Мне было трудно справиться с разочарованием в себе. Я слышала про baby blues — подавленное состояние, которое возникает у некоторых женщин после родов, — но понимала, что мне не просто грустно или плохо из-за новых обстоятельств. В какой-то момент я поймала себя на том, что выбираю табуретку, на которую встану, чтобы спрыгнуть с балкона.

Часто близкие родственники заболевшей женщины не только не могут ей помочь, но и реагируют на

проявления депрессии агрессией. При этом без поддержки с их стороны пережить расстройство и справиться с ним невероятно сложно. Поэтому в самом начале этой книги я хочу сказать спасибо своим родным: мужу, маме, сестре, свекрови, которые не просто были рядом, но и всеми силами стремились вытащить меня из пучины депрессии.

Статистика депрессии

Депрессия сильно отличается от обычных колебаний настроения или негативных эмоций, с которыми каждый человек сталкивается в повседневной жизни. Это серьезное расстройство, продолжительность которого колеблется от двух недель до нескольких лет. В особо тяжелых случаях страдающие депрессией теряют работоспособность и не могут позаботиться о себе самостоятельно. Доля мирового населения с депрессией в 2015 году составила 4,4% [1].

В доживающей последние годы Международной классификации болезней (МКБ-10) диагностической категории «Послеродовая депрессия» нет. Зато в МКБ-11 (классификация вступит в силу 1 января 2022 года. — Прим. Науч. ред.) такой диагноз появится в разделе «Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом». Пока же врачи рассматривают послеродовую депрессию как разновидность обычной депрессии, развивающуюся в послеродовом периоде. Ее особенность в том, что

часто (но не всегда) содержание мыслей женщины сводится к ее новой социальной роли, ребенку и чувству вины (или критике себя как матери и жены).

Послеродовая депрессия — одно из самых распространенных осложнений деторождения, возникающее, по данным ВОЗ, примерно у 10–15% женщин. В странах со средним и низким доходом эти показатели выше и составляют порядка 19,7% [2]. Считается, что большая часть эпизодов послеродовой депрессии поддается лечению и со временем состояние женщины улучшается. При этом, согласно исследованию 2014 года, для 38% женщин заболевание становится хроническим [3].

По статистике, за профессиональной помощью обращаются меньше половины (а в некоторых странах — меньше 10%) [4] заболевших женщин. Факторы, которые влияют на этот показатель: материальное положение матерей, число квалифицированных специалистов, занимающихся лечением депрессии, и уровень стигматизации психических расстройств в конкретно взятой стране.

В комментариях к статьям о материнстве я часто встречаю аргументы в духе «наши бабушки рожали в поле и тут же шли пахать / собирать урожай — и ничего». Кажется, многие считают послеродовую депрессию блажью. Неужели предполагается, что на протяжении всей истории человечества женщиныправлялись с материнством играючи? Откуда мы знаем, что они на самом деле чувствовали?

Депрессии не важно, в чью дверь постучаться. Да, существуют определенные факторы риска (я подробно расскажу о них в этой книге), но иногда с расстройством сталкивается женщина, у которой к нему нет никаких предпосылок. И, конечно, иногда это случается с теми, кто по нашим меркам вполне благополучен и успешен. Певица Адель, пережившая послеродовую депрессию в 2012 году, в интервью журналу *Vanity Fair* признавалась: «Иногда я сожалела о рождении сына и думала, что приняла худшее решение в жизни. Я ненавидела все, что со мной происходит».

Актриса Брук Шилдс, которая одной из первых стала публично обсуждать свою послеродовую депрессию, написала об этом периоде книгу «И хлынул дождь. Мое путешествие через послеродовую депрессию». Книга вышла в 2005 году и начиналась так: «Жила-была девочка, которая мечтала стать матерью. Больше всего на свете она хотела, чтобы у нее был ребенок. <...> В один прекрасный день она наконец забеременела. Это привело ее в полный восторг. Беременность прошла совсем легко, и у нее родилась самая лучшая дочка на свете. Но вместо того, чтобы почувствовать облегчение и радость, она могла только плакать».

Актриса Хайден Панеттьер, тоже столкнувшаяся с послеродовой депрессией, в интервью *Entertainment Tonight* говорила: «Это одно из самых изнурительных и страшных переживаний в жизни. Я не думала о том, чтобы причинить вред своему ребенку, но мое состояние было ужасным, меня постоянно терзало

чувство вины. Если кто-то думает, что послеродовая депрессия — это блажь и выдумка, он сумасшедший».

Невооруженным глазом депрессию не разглядишь. И когда это происходит с тобой, невыносимо доказывать каждому, что ты не выдумала свою боль, что это по-настоящему серьезный диагноз и тебе действительно нужна помощь. Отношение к расстройству как к блажи, к сожалению, принято не только в обычательском кругу — многие женщины, особенно в России, сталкиваются с непониманием со стороны врачей: гинекологов, педиатров, терапевтов. Мне повезло, и мои врачи меня не осуждали, зато в психиатрической клинике я столкнулась с непониманием других пациентов. Как-то на прогулке во дворе больницы милая женщина, у которой тоже был диагноз «депрессия», стала меня отчитывать: «Вообще-то многие страдают, потому что не могут зачать и выносить ребенка». Подразумевалось, что мне страдать не из-за чего — я-то своего хотя бы родила.

Женщины, столкнувшиеся с послеродовыми расстройствами психики, редко рассказывают о том, что им пришлось пережить. Многие не могут набраться храбрости, чтобы открыто обсуждать с кем-то свои симптомы — всепоглощающую тревогу, неспособность уснуть, ужасную тоску. Они не могут быть уверены, что их поймут правильно и не станут считать сумасшедшими. Мне тоже стоило определенного труда решиться рассказать свою историю. Я хорошо понимаю, что реакция многих людей может быть негативной: даже мой пapa злился на меня, отказывался верить в

реальность диагноза и неоднократно рекомендовал мне «просто на что-нибудь отвлечься».

Когда я всерьез занялась изучением вопроса и поиском информации о послеродовой депрессии, я наткнулась на *TED talk* предпринимательницы Лизы Абрамсон, в котором она рассказывает об опыте борьбы с расстройством. По словам Лизы — и я с ней согласна, — если мы сможем преодолеть стигматизацию этой темы и начнем шире обсуждать послеродовую депрессию, матерям станет намного проще.

Российские медиа редко обращаются к теме послеродовой депрессии. Впрочем, в последние годы некоторые СМИ — «Афиша Daily», «Медуза», «Сноб», *Psychologies*, «Нет, это нормально» — все же обратили на нее внимание и стали публиковать истории молодых матерей. Помню, как меня впечатлил появившийся в одном из этих медиа рассказ девушки о том, что она считает себя ужасной матерью, которая не любит своего ребенка. Кажется, именно тогда я поняла, что не одна.

Я всегда была одной из тех, кто считает, что послеродовая депрессия — удел людей, которые уже когда-то сталкивались с ментальными заболеваниями. И да, я думала, что это может случиться с кем угодно, но не со мной. Мне было безумно страшно обратиться за помощью, признаться — прежде всего себе, — что что-то пошло не так, отодвинуть стыд и страх и быть полностью откровенной с близкими, докторами и консультантами (психологами и психотерапевтами). Я помню, как ночи напролет гуглила что-то типа «как

справиться с послеродовой депрессией», «как лечить депрессию», «как объяснить людям, что с тобой происходит» и пыталась найти ответы в американских медиа, книгах, видеолекциях, интервью со специалистами и звездами, столкнувшимися с расстройством. Послеродовую депрессию обсуждают во всем мире, но о том, как с нейправляться, в популярных материалах и видеошоу говорят редко. Думаю, во многом это связано с тем, что лечение не универсально и каждой женщине подходят свои методы. В этой книге вы найдете много практических рекомендаций о том, что может сделать человек, столкнувшийся с послеродовой депрессией.

Эту книгу мне помогали писать эксперты: психиатр и психотерапевт Анастасия Федорова (она же стала научным редактором), репродуктивный психолог Марина Юминова, психолог Вера Якупова, доула Дарья Уткина, детский психолог Алена Легостаева, журналистка Елена Боровая и психиатр Артем Гилев. Я очень признательна им за комментарии и желание просвещать, помогать и поддерживать женщин.

Я буду счастлива, если благодаря моей книге кто-то в сложный момент получит необходимую информацию, почувствует поддержку и обретет надежду. Дорогая, хорошая, милая, знай — ты не одна! И ты ни в чем не виновата.

И еще одно: этот трудный опыт однажды обязательно останется позади.

Почему материнство — это трудно

Уже несколько лет в России работает издание «Нет, это нормально» — медиа, которое пишет о родительстве без прикрас. На сайте *n-e-n.ru* регулярно объясняют, что бесконечный поток счастья, который льется на нас из рекламы, социальных сетей и зачастую от окружения, для многих не имеет ничего общего с реальностью. Материнство, как, впрочем, и отцовство, — это не только ежедневное умиление, открытия, улыбки и мягкие попы малышей. Еще это колики, крики, болезни, трудности в общении, а иногда и бессилие, отчаяние, боль. И почти всегда — недосып. Психолог Вера Якупова говорит, что появление ребенка — серьезное изменение в жизни, и нужно время, чтобы к нему приспособиться, а люди не всегда себе это время дают. Даже если женщина не сталкивается с послеродовой депрессией, ей — и ее партнеру — может быть очень трудно. Лучше меня в одной из своих статей об этом рассказывает главный редактор «Нет, это нормально» Лена Аверьянова. С ее разрешения я привожу в книге текст этого материала.

Почему матерям можно ныть и жаловаться? Отвечает Капитан Очевидность

Каждый день я вижу в соцсетях комментарии и даже целые посты, авторы которых призывают молодых матерей не ныть и не жаловаться. И еще успевают пнуть все проекты и медиа, которые «взяли моду» писать о трудностях родительства, — ведь, как гласит народная мудрость, наши бабки терпели, и вы потерпите. Как мать и человек, борющийся за право

родителей говорить правду о том, что они чувствуют, и повышать информированность общества о том, что рождение и воспитание детей — это вообще-то не курорт, я против этой риторики. И я считаю, что любая мать имеет полное право ныть, стенать и во всеуслышание называть себя полным ничтожеством на поприще родительства. Вместе с Капитаном Очевидностью, экспертом по всему, мы решили разобраться, с хрена ли баня-то сгорела, и ответить на самые частые претензии в адрес ноющих мам.

Вам просто нужно отдохнуть!

А еще мыслить позитивно, посмотреть на вещи под другим углом, сходить прогуляться, встретиться с подружкой и как следует поспать. Только для очень многих молодых матерей все это становится чем-то, о чем они если когда-то и слышали, то давно забыли. Отдых — это не пробежка по магазинам, пока ребенок спит, не поездка в гости к еще более задолбавшейся подруге, пока ребенок с бабушкой, не поход к стоматологу, пока ребенок с папой. Невозможно за час, проведенный в условной тишине, реально отдохнуть, как бы ни пытались нам это доказать публикации в инстаграмах идеальных матерей. Чтобы почувствовать себя человеком, молодой матери часто нужны не эти пресловутые 15 минут на кофе и пироженку (которые она с большой долей вероятности проведет, рассматривая фотки ребенка или думая о нем), а возможность сказать вслух — пусть даже и в интернете,

— что она устала. И не получать за это признание ушат говна.

Почему вы ноете в интернете вместо того, чтобы наслаждаться материнством?

Потому что, как оказалось, ныть в интернете — это нормально. Равно как и наслаждаться материнством. Более того, ныть и наслаждаться материнством можно одновременно. После рождения ребенка это становится данностью, правдой жизни — мы вечно уставшие и почти всегда счастливые. Поэтому пора перестать считать, что та мать, которая осмелилась открыть рот и сказать, что сегодня ей было особенно тяжело, не любит своего ребенка, не умеет получать удовольствие от родительства, не хочет научиться быть счастливой каждую минуту (что за идиотизм вообще? Почему все решили, что рождение ребенка автоматически делает людей перманентно счастливыми?). Та мать, которая призналась себе и миру, что ей трудно и хочется залезть под кровать, насыпать на веки пушистой пыли и прикинуться ветошью, как раз таки сумела посмотреть на вещи под другим углом и наконец поняла, что все эти рассказы про то, что в материнстве нет ничего такого сложного, были просто враньем. Которое пора прекратить.

У вас что, нет друзей, которым можно пожаловаться на жизнь?

Друзья, конечно же, у всех есть. Но так бывает, что с ними не хочется говорить о тяготах материнства,

особенно если у них нет детей. Жаловаться старшим родственникам вообще не вариант, потому что вероятность того, что они скажут что-нибудь вроде: «А мы вас как вырастили?» или «А чего ты хотела?», стремится к 99 процентам. Что еще остается? Хорошо, что все чаще и все больше матерей выбирают в таких случаях возможность «поныть в интернете». Чем больше мы ноем, тем выше вероятность того, что все наконец поймут, что мы имеем на это право. Как и на то, чтобы кормить детей грудью там, где нам это удобно, кстати.

А зачем тогда рожали?

Уж точно не для того, чтобы вы спрашивали! Никто не ждет испанскую инквизицию и не знает, как на самом деле рождение ребенка отразится на ментальном здоровье каждой конкретной женщины. Она может стать жертвой одного из самых жестоких недугов — послеродовой депрессии. А еще провалиться в бездну отчаяния можно и под влиянием беби-блюза, повышенной тревожности или приступа апатии. Ассортимент гормональных и химических нарушений, которые могут поджидать ни о чем не подозревающую молодую мать уже за углом роддома, широк и беспощаден. Как и ассортимент всезнающих комментаторов в интернете.

Если вам сложно, значит, вы что-то делаете не так!

Нет! Это если вам легко, значит, вам просто повезло. Возьмите с полки пирожок и отстаньте уже от женщин, которые пытаются понять, что вообще происходит. Я знаю, что я попрошу у Деда Мороза на будущий Новый год: сделать так, чтобы едва пришедшие в себя после лохий и трещин на сосках женщины, в панике думающие о том, как бы сделать так, чтобы никто не узнал о том, что они ненавидят себя прямо сейчас, стали вдруг никому ничего не должны — ни в интернете, ни в реальной жизни. Ни срочно «возвращаться в форму после родов», ни бодриться, ни встречать мужа с работы с красивой прической и пятью видами гарниров, ни чувствовать себя виноватыми за то, что им плохо или больно. Я хочу, чтобы у молодых матерей была возможность не ныкаться по анонимным форумам и закрытым сообществам в страхе быть осужденными, закиданными тухлыми помидорами и ослепленными белоснежностью чужих пальто. Я хочу, чтобы каждая уставшая мама могла написать у себя в блоге: «Я задолбалась» — и чтобы это не воспринималось как манифест, заявление, провокация, попытка привлечь к себе внимание.

Наши бабушкиправлялись и не жаловались!
И посмотрите, в какой мы все жопе! Каждый норовит ткнуть молодую мать в эту мантру о рожавших в поле бабах (которые умирали пачками, но только кто ж тех бабпомнит), в каждой дискуссии об усталости находится умник, который считает своим долгом сообщить всем, что «послеродовых депрессий не

существует, вы просто лениитесь и просто хотите поныть». Обесценивание, неуважение и хамство давно уже стали нормой в общении с молодыми матерями, которые смеют уставать и говорить об этом. Где это слыхано! Наши бабушкиправлялись без подгузников и стиралок, а вы, паразитки, ныть вздумали? И кто это говорит? Такие же молодые матери! Вот в чем реальный ужас.

А знаете что? Комфорт — это не баловство, не «жир», с которого матери якобы бесятся, не излишество, за которое нам тут всем должно быть стыдно. Комфорт — это возможность подумать, повысить уровень своего бытового образования, послушать лекции о детской психологии, отрефлексировать события и свои собственные ощущения, пополнить душевые ресурсы, которые нужны, чтобы взаимодействовать с ребенком и работать над собой как над родителем. Расти над собой. Мы уже больше не в поле. Мы считаем детей людьми, а не заготовками будущих помощников по хозяйству. Мы хотим, чтобы они выросли эмпатичными, думающими, не испытывающими стыда за свои эмоции, не знающими страха перед родственниками, умеющими давать и получать поддержку, искать и просить помощи. Знающими, что можно страшно уставать и при этом быть хорошими родителями. Что «задолбалась» и «плохая мать» — это не синонимы.

Глава 1

Осознание

Как это случилось со мной

Во время беременности я твердо знала: моему будущему ребенку нужно быть счастливым, и я готова приложить для этого все усилия. Я читала книги и статьи о детско-родительских отношениях (и активно подсовывала их мужу). Мы заранее выбрали сыну имя: решили, что он будет Ильей. Мы вместе ходили в группу поддержки будущих родителей, где изучали взаимодействие с ребенком с практической и психологической сторон. Мы посещали курсы подготовки к родам. Я старалась узнать обо всем, что может ждать нас после рождения ребенка, — и о послеродовой депрессии тоже. Но я все равно оказалась не готова к тому, что со мной произошло.

Почему никто и никогда не говорил мне, что новорожденный — это так нечеловечески сложно? Неужели я прослушала, что можно не испытывать любви к малышу, который три сезона жил у меня в животе? Почему у меня в голове так плотно засел стереотип о материнстве как синониме счастья — мне ведь всегда было свойственно критическое мышление? И как так вышло, что я перестала принадлежать себе ровно в ту секунду, как переступила порог роддома?

У меня было плановое кесарево сечение. Во время операции случилось осложнение — я ненадолго потеряла сознание из-за синдрома сдавливания нижней полой вены (это когда матка давит на нижнюю полую вену так сильно, что в положении лежа на спине у женщины сильно падает давление), и врачи вытащили ребенка очень быстро, на второй минуте вмешательства. Я увидела его пятки, потом его унесли. Я не слышала, как он плакал, но через несколько минут его принесли снова, чтобы приложить к груди. Сразу после этого нас разлучили: мне предстояло сутки провести в реанимации. Помню, как я лежала там и радовалась, что все позади и теперь у меня есть такой прекрасный ребенок (и вновь обретенная способность видеть свои ноги).

Впрочем, точнее будет сказать, что я очень старалась радоваться — обстановка вокруг была мрачноватой. Большая палата, где все пациентки подключены к аппаратам, всем больно и страшно, врачи приходят редко и мало что объясняют. Среди всего этого я бодрилась и даже строчила в соцсетях ответы на праздничные комментарии. Мой настрой окончательно испортился на следующий день, когда меня перевели в отделение.

Всякий раз, когда я слышала крики младенцев за дверью с надписью «Детское отделение», я начинала рыдать. Там плакал и мой Илья, но я еще не отличала его голос от остальных. С ребенком мы были разделены почти неделю. Шесть раз в день его приносили мне, а в остальное время, если он плакал, кормили смесью. Это

мешало налаживать грудное вскармливание — как правило, когда сына приносили, он не был голоден и спал. Никто не объяснял мне, как правильно прикладывать ребенка к груди: персонал роддома, особенно медсестер, вообще трудно было назвать заботливым. Я считала минуты до выписки и была уверена, что мы решим все наши проблемы, стоит нам только вернуться домой. В какой-то момент я даже устроила мужу что-то среднее между скандалом и истерией: я кричала, что больше не могу здесь оставаться, что мы с ребенком страдаем. Помню, что я дико злилась. Позже я поняла, что тот необычный по силе гнев мог быть одним из первых симптомов начинающейся депрессии.

Когда наконец настал день выписки, злость сменилась радостью. Еще бы: в последний раз мы уезжали из дома вдвоем, а вернулось нас уже трое. Но на смену радости быстро пришла тревога: еще несколько дней назад я была совершенно другим человеком, а теперь стала матерью и должна нести полную ответственность за беззащитного и как будто испуганного младенца, которому пока сильно не нравится этот мир и который может выражать свой дискомфорт только через крик, плач и кряхтение.

В первые дни мы с мужем совершенно не понимали, как вести себя с ребенком и что нужно сделать, чтобы ему было хорошо. Мне по-прежнему не удавалось наладить грудное вскармливание. Я знала про сонастройку — процесс взаимного привыкания матери и младенца, когда происходит и физиологическое

приспособление (молоко начинает появляться именно тогда, когда ребенок голоден), и эмоциональное взаимопонимание (женщина учится различать оттенки плача и определять, в чем именно сейчас нуждается малыш). У меня не получалось ни то ни другое — во всяком случае, я была уверена в этом. Это приводило в отчаяние. А еще мне не повезло с платной специалисткой по грудному вскармливанию. Она терпеливо объяснила технологию правильного прикладывания, но, увидев, что у меня получается плохо, не предложила никаких альтернатив. Я рыдала в три ручья прямо во время консультации. Представьте картину: ребенок кричит от голода, а я третий час безуспешно прикладываю его к груди и плачу от боли и страха. Она обещала заехать проверить, как идут дела, и скорректировать «технологию», если будет нужно, но в какой-то момент просто перестала отвечать на сообщения.

Из каждого утюга будущая мать слышит: «Кормление грудью — это самое полезное, что женщина может дать своему ребенку, и главный способ наладить прочную эмоциональную связь с ним». Всю беременность (и даже до нее) я мечтала, как буду кормить своего ребенка, но приучить сына качественно прикладываться к груди или приспособиться к процессу самой мне так и не удалось, хотя молока у меня было много. Это переживание стало одним из самых болезненных в первые недели материнства. Меня не покидало навязчивое ощущение, что я неправильная мать.

Дома я рассчитывала быстро восстановиться после кесарева сечения, но не тут-то было. Во-первых, сын плохо спал. Когда он все-таки засыпал, то постоянно издавал какие-то звуки: кряхтение, сопение, всхлипывания. Новый звук раздавался примерно раз в десять секунд, и я каждый раз вздрогивала и ощущала, что у меня горят уши. Естественно, в таком состоянии мне было очень трудно уснуть самой: стоило мне только провалиться в беспокойную дрему, как он тут же просыпался и начинал звать нас жалобным криком. Илью мучил не только новый мир, в котором он так внезапно оказался. Насморк мешал ему нормально дышать носом (носовое дыхание у младенцев в принципе развито плохо), а из-за колик он постоянно плакал. В целом в первые недели дома он много бодрствовал и с трудом ел — опять-таки из-за насморка.

Поначалу мне казалось, что я просто очень устала и никак не отойду от операции. Но через несколько дней после возвращения домой к моей измотанности добавилось ощущение паники. Я стала бояться подходить к сыну, потому что у меня плохо получалось его успокаивать. Ко всему прочему добавилась тоска, которая быстро стала невыносимой. Никакие техники самоуспокоения и медитации, которые помогали мне раньше, не работали. Было начало зимы, за окном была серая, холодная и темная Москва, что тоже не добавляло оптимизма.

Вскоре я поняла, что не испытываю к своему ребенку материнских чувств, о которых столько слышала: ни нежности, ни желания защитить, ни даже

умиления, которое раньше у меня вызывали чуть ли не все дети. У меня было ощущение, что у нас в доме появился лишний человек, оказавшийся очень требовательным и капризным. Я не могла избавиться от навязчивых мыслей о том, что моя жизнь больше никогда не будет принадлежать мне. Я четко осознавала, что так жить не хочу. Я очень боялась сына. Здесь важно уточнить: я боялась не за него и его здоровье — он сам был источником страха. Я не контролировала его, зато он управлял моей жизнью, не оставляя свободы и пространства для маневра.

Мое физическое состояние тоже оставляло желать лучшего: шов после операции все еще болел, голова гудела от недосыпа. Мне было сложно справляться со стандартными материнскими обязанностями, и к этому добавлялось нежелание брать Илью на руки. Я не боялась, что он окажется хрупким, не волновалась, что с ним что-то может произойти, — мне просто не хотелось иметь с ним ничего общего. Я чувствовала себя ужасно виноватой. Как такое могло случиться со мной? Станет ли мне лучше? Что мне сделать, чтобы это поскорее закончилось?

Ситуацию усугубляло и то, что мне всегда казалось, что материнство — мое главное жизненное предназначение. Мои родственники и друзья тоже были в этом уверены: у меня всегда получалось находить контакт с чужими детьми, мне часто улыбались незнакомые дети — особенно мальчики! — а я всегда заигрывала с ними и умилялась им.

Мой муж понимал, что со мной что-то не так. Он постоянно спрашивал, что случилось и как он может помочь, но я не могла ничего ему рассказать — только отвечала, что мне очень плохо. Никогда раньше мне не доводилось испытывать ничего подобного, и я была уверена, что даже если смогу описать происходящее, никто меня не поймет. А если и поймут, то помочь все равно не смогут. Ко всему прочему, мне было стыдно признаваться в своих чувствах — настолько ужасными и неуместными они мне казались.

Почти сразу после того, как мы вернулись из роддома, Данила стал ходить на работу: длительный отпуск ему не дали. Мне было до дрожи страшно оставаться с ребенком наедине — на мое счастье, в первую неделю ко мне часто приезжала мама. Она готовила еду, подсказывала, как правильно держать и пеленать ребенка, и несколько раз предлагала поспать, пока она побудет с сыном. Я соглашалась, но вместо того чтобы спать, по несколько часов ворочалась, мучаясь от тревоги. Я рыдала и постоянно думала о том, что нужно сделать, чтобы все это закончилось. Когда я вновь оставалась с сыном одна, я называла Даниле, просила его как можно скорее вернуться домой и снова плакала.

Я не понимала, что происходит. У меня были прекрасная семья и крепкие отношения с мужем, которого я считала одним из самых сильных и любящих людей на свете. Ребенок рос во мне девять месяцев. Я придумывала ему прозвища, обустраивала детскую и покупала малюсенькую одежду. Он пинал меня, когда

был в животе, и это вызывало восторг и радость. Я думала, меня ждет новая огромная любовь, а на деле я не могла поверить, что это мой родной человек. Вместо того чтобы идти дальше, я думала только о том, как несправедлива ситуация, в которой я не могу отмотать жизнь назад. Я ощущала себя заложницей положения, беспомощной и растерянной женщиной, у которой нет надежды на будущее. Мысль о том, что кто-то может решиться пройти через такое снова, родив еще одного ребенка, приводила меня в ужас. Все матери, которых я знала, стали казаться мне сверхлюдьми.

Я с трудом впихивала в себя еду. Все чаще у меня появлялись мысли о том, что это, скорее всего, послеродовая депрессия. Впрочем, как я узнала позже, депрессия — не единственное расстройство, с которым может столкнуться молодая мать.

Как бывает: виды послеродовых психических расстройств

Послеродовый блюз (или беби-блюз)

В первую неделю после родов женщины часто испытывают физический и психологический дискомфорт, который специалисты называют послеродовым блюзом, или беби-блюзом. Его распространенность по разным данным варьируется от 26 до 80% (такой огромный разброс — следствие отсутствия единых критериев диагностики). Самые частые симптомы беби-блюза: подавленность, плаксивость, перепады настроения, беспокойство,

бессонница, потеря аппетита и раздражительность. Как правило, их интенсивность снижается на 10-12-й день после родов — за исключением случаев, когда беби-блюз перетекает в эпизод послеродовой депрессии [5, 6]. В отличие от депрессии, во время блюза грустное настроение и слезы сменяются периодами радости и удовольствия. Чаще всего избавиться от этого состояния помогает поддержка близких, отдых или смена обстановки.

Послеродовая депрессия

Если симптомы блюза усиливаются и продолжаются больше двух недель, есть все основания предполагать у матери послеродовую депрессию. *National Institute of Mental Health* — крупнейшая в мире исследовательская организация, занимающаяся психическим здоровьем, — дает такое определение послеродовой депрессии:

«Аффективное расстройство (то есть расстройство настроения. — Прим. Науч. ред.), которое может развиваться у женщин после родов. Матери с диагнозом „послеродовая депрессия“ испытывают чувства глубокой тоски, тревоги и усталости; все это негативно сказывается на их способности ухаживать за собой и другими» [7].

Среди симптомов послеродовой депрессии (подробно я расскажу о них ниже) — уныние, слабость, плаксивость и постоянные чувства вины и усталости. К психическим могут добавляться и физические проявления — например, головные боли и учащенное сердцебиение. Многих женщин особенно беспокоит

недостаток материнских чувств к новорожденному ребенку. Большинство пациенток, столкнувшихся с послеродовой депрессией, хорошо реагируют на лечение — как медикаментозное, так и психотерапевтическое.

Депрессия может начаться у женщины еще до беременности или во время нее, и тогда технически она не может называться «послеродовой». Но чаще всего расстройство атакует в промежутке между первой неделей и месяцем после рождения ребенка [8].

Послеродовые тревожные расстройства

Помимо депрессии, а иногда и параллельно с ней у женщины после родов могут развиться тревожные расстройства. К ним относятся генерализованное тревожное, посттравматическое стрессовое, обсессивно-компульсивное, паническое и социальное расстройства. Нередко проявляющиеся симптомы — например, беспокойство, избегание дискомфортных ситуаций и навязчивые идеи — оказываются недостаточно выражеными, чтобы врач мог уверенно поставить серьезный диагноз «тревожное расстройство», но достаточно неприятными, чтобы омрачить ежедневное существование женщины. Во многих случаях от такой тревоги можно избавиться без таблеток — исключительно с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии (подробнее об этом подходе я расскажу в третьей главе).

Послеродовой психоз

Примерно в одном-двух случаях на 1000 родов у женщин развиваются психозы. Симптомы возникают практически сразу после рождения ребенка: это резкие колебания настроения, смятение и выраженные когнитивные нарушения, которые похожи на бред (ложные суждения и умозаключения, не поддающиеся коррекции), причудливое поведение, бессонница, зрительные и слуховые галлюцинации. Послеродовой психоз может стать первым в жизни проявлением биполярного аффективного расстройства, шизофрении и шизоаффективного расстройства. Психозы всегда требуют немедленного медицинского вмешательства, чаще всего — госпитализации и приема лекарств [9].

В 2013 году Питтсбургский университет (США) проводил исследование, в котором приняли участие около 10 тысяч женщин, недавно родивших в *Magee-Womens Hospital* (медицинский центр университета). Психические нарушения выявили у 14% участниц — это 1396 женщин. Из них у 68,5% была депрессия; почти две трети также страдали от тревожных расстройств. У 22,6% испытуемых было выявлено биполярное аффективное расстройство [8].

Данные того же исследования демонстрируют, что из тысячи случаев депрессии, связанной с родами:

- у 27% пациенток расстройство началось еще до беременности;
- у 33% — во время беременности;
- 40% заболели депрессией в течение четырех недель после родов.

Почему это происходит: предпосылки и факторы риска

Послеродовая депрессия может случиться у любой женщины — вне зависимости от возраста, расы и этнической принадлежности, экономического статуса и обстоятельств, которые сопровождали беременность и роды [8]. Психические расстройства во время беременности и в течение года после родов иногда связывают с изменением уровня половых гормонов [10, 11, 12, 13], однако прямых доказательств этой теории ученых пока нет [12, 14].

Ключевые факторы риска послеродовой депрессии [15]:

- наличие депрессии у близких родственников;
- сложные обстоятельства во время беременности или вскоре после родов — например, потеря работы, смерть близкого человека, домашнее насилие или тяжелая болезнь;
- медицинские осложнения во время родов, в том числе преждевременные роды или заболевания и травмы у ребенка;
- негативное отношение к беременности (вне зависимости от того, была ли она запланирована);
- отсутствие эмоциональной поддержки от партнера, семьи или друзей;
- алкоголизм или наркомания.

По словам репродуктивного психолога Мариной Юминовой, есть также множество психологических предпосылок возникновения послеродовой депрессии.

Например, если будущая мать активно строит планы и мечтает о том, как прекрасно у нее все будет после рождения ребенка, а потом жизнь идет не по ее плану, это фruстрирует, и такая фruстрация тоже может стать предвестником депрессии. А еще отличное топливо для возникновения расстройства — бессиление, ощущение, что ты ни на что не можешь повлиять и не принадлежишь себе.

Психолог Вера Якупова добавляет, что психические сложности в послеродовом периоде возникают у тех, кому не хватает психологической гибкости, чтобы адаптироваться к серьезным жизненным переменам. «Все по-разному привыкают к обстоятельствам: кто-то любит новизну, а для кого-то это сильнейший стресс; так что когнитивная ригидность — важнейший фактор риска развития депрессии», — рассказывает она.

Еще один психологический фактор послеродовой депрессии — перфекционизм. «Женщины, которым он свойственен, стремятся успеть везде: убрать квартиру, приготовить еду, погладить вещи, каждую секунду быть заботливой и терпеливой матерью, — рассказывает Вера Якупова. — Это вызывает усталость и подавленность, которые, в свою очередь, могут усугубить состояние женщины после родов». Также риск возникновения расстройства увеличивают сложности, связанные с родами и первыми днями жизни ребенка: сильная родовая боль, трудности с кормлением, физические послеродовые осложнения.

Депрессию может спровоцировать и поведение родственников. «Родительская позиция „Ты

справишься, ты хорошая мать, я буду рядом, чтобы помочь" — такая редкость, — рассуждает Вера Якупова.

— Да, старшие родственники часто помогают физически: ходят гулять с ребенком, приезжают готовить еду и так далее. Но иногда помощники подкрепляют ощущение некомпетентности молодой матери. Бывает, что под видом помощи у женщины отбирают инициативу. Помощь с позиции „Ты не справляешься, у тебя ничего не выходит, я сделаю это лучше тебя" может привести к ощущению полной прострации и несамостоятельности».

Можно ли предотвратить послеродовую депрессию или максимально от нее обезопаситься?

На этот вопрос я попросила ответить профессиональную доулу и психолога Дарью Уткину:

«Никакой гарантии, что человек избежит депрессии, если предпримет что-то конкретное, нет. Тем не менее можно попробовать заранее подготовиться к возможности такого поворота. Во-первых, нужно обращать внимание на то, как проходила беременность: многие депрессии пускают ростки еще в период ожидания ребенка. Во-вторых, если у женщины в анамнезе были депрессивные эпизоды, а перед беременностью она резко бросила пить лекарства, к моменту родов она может оказаться в глубокой депрессивной яме. В-третьих, нужно иметь в виду происходящее во

время родов: то, что значительно выходит за границы ожиданий женщины (насилие врачей и акушерок, непредвиденные реакции организма), может ее травмировать. В-четвертых, для стабильного состояния необходимо, чтобы время пребывания в роддоме и первые дни с младенцем протекали спокойно. В-пятых, трудно переоценить важность поддержки близких.

Чаще всего депрессия — результат сочетания нескольких факторов: накапливается критическая масса проблем, и какая-то одна деталь становится последней каплей. Таким образом, профилактика послеродовой депрессии — это внимание к существующим и потенциально возможным факторам риска и „подстилание соломки“ в нужном месте».

Как понять, что это случилось с вами: симптомы послеродовой депрессии

Я заподозрила у себя послеродовую депрессию примерно через неделю после родов. Позже я поняла, что у меня было примерно 80% симптомов, которые идеально вписываются в классическую клиническую картину расстройства.

Типичные симптомы послеродовой депрессии — подавленное настроение, навязчивое чувство, что ты плохой родитель, нарушения сна и аппетита, снижение внимания. Многим женщинам с этим диагнозом в голову

приходят контрастные мысли о причинении вреда своему ребенку (*контрастными называют навязчивые мысли, которые резко отличаются от того, что сознательно желает человек.* — Прим. Науч. ред.) [16]. Если депрессия не усугублена психозом, женщина не поддается им, однако матери с тяжелой формой расстройства, сопровождающейся суициальными мыслями, могут даже убить своего ребенка. Причем не из-за гнева, а из-за стремления облегчить его жизнь с плохим родителем [9].

«Я была как овощ, могла весь день пролежать на кровати, — говорит 20-летняя Маргарита, героиня материала „Медузы“ о послеродовой депрессии. — Самое страшное было — понимать, что ничего нельзя отмотать назад. Ребенок — это навсегда, и я думала, что моя жизнь мне больше не принадлежит». Беременность стала неожиданностью для Маргариты, ситуацию осложняли тяжелые отношения с мужем и непростая финансовая ситуация.

«Беременность проходила легко, без токсикозов, угроз выкидыша, отеков и лишнего веса. <...> А когда ребенку было два месяца, я стала писать подругам, что моя жизнь превратилась в ад. Я все время плакала, — рассказывает 24-летняя Марина в интервью проекту „Сноб“. — Потом у меня начались приступы агрессии: я срывалась на маму. Мне хотелось, чтобы меня спасли от моего материнства и разделили со мной тяготы и трудности. Когда ребенку было пять месяцев, мне было тяжело все: гулять, куда-то ездить, ходить в бассейн».

Марина всегда мечтала о ребенке; случившаяся с ней депрессия была для нее неожиданной.

«Моя жизнь, которую я выстраивала по кирпичикам именно так, как мне нравилось, вдруг рухнула, — это слова 31-летней Софии, героини статьи „Афиши Daily“.
— Все шло не так, у меня ничего не получалось. И я не видела никаких перспектив. Мне хотелось только спать и плакать». Софию поддерживали родные и друзья, муж помогал с ребенком, но она все равно не могла справиться с депрессией без врачебной помощи.

Часто послеродовые психические расстройства не диагностируют, потому что их самые распространенные симптомы (например, усталость и бессонница) кажутся неотъемлемой частью материнства или ассоциируются с гендерным стереотипом о роли матери. «А чего вы ожидали? Конечно, матери не спят ночами!», «Вы что, думали, это отпуск?», «Разумеется, дети — это сложно, решила стать матерью — терпи!» Все это можно услышать от родственников, врачей, а иногда и от платных специалистов вроде консультантов по грудному вскармливанию.

Ниже я перечислила характерные симптомы послеродовой депрессии. Список основан на данных МКБ-10 о депрессии, но я дополнила его описанием собственных ощущений.

— Чувство грусти/пустоты/потрясения. Причем оно не ограничивается ощущением, что материнство — это сложно. Чаще всего к таким мыслям добавляется уверенность в том, что вы не справляетесь с новым положением дел.

- Плаксивость без видимых причин.
- Усталость и отсутствие энергии, которая не восполняется, даже если вам удалось поспать в течение долгого времени.
- Неспособность получать удовольствие от того, что раньше было в радость, — массажа, горячей ванны, хорошего фильма, спокойного разговора при свечах или долгожданной встречи с другом (список можно продолжать бесконечно).
- Сложности с концентрацией внимания, запоминанием, принятием решений. Не получается сосредоточиться, слова не идут на ум, когда вы хотите что-то сказать. Вы не помните, что планировали сделать, в голове постоянный туман.
- Чувство вины. Вы считаете, что должныправляться с материнством лучше, чем у вас получается. Вы думаете, что ваш ребенок заслуживает большего. Вы задаетесь вопросом, понимает ли он тяжесть вашего состояния и чувствует ли, что вы не испытываете радости от общения с ним.
- Беспокойство или чрезмерная тревога. Она становится фоновым переживанием, от которого до конца не избавляют ни успокоительные лекарства, ни расслабляющие процедуры. Кто-то в этот период боится конкретных вещей: гибели близких, похорон, страшных аварий; другие испытывают беспричинный ужас.
- Угрюмость, раздражительность, чувство злости или ярости. Бесить могут ребенок, муж, родственники, друзья — кто угодно. Невымытая сковорода может вызвать гневную истерику.

— Нежелание видеться с родными и друзьями.

Нелюдимость может не нравиться вам и вашим родственникам, но сделать с ней ничего не получается.

— Сложности с формированием эмоциональной связи с ребенком. Вам кажется, что вы очень далеки от младенца. Возможно, вы думаете о том, что ему нужна другая мать. Вам тяжело настроиться на ребенка, общение с ним не приносит вам никакого удовольствия, а наоборот, ухудшает состояние и усугубляет чувство вины. Иногда вы можете думать, что не любите своего ребенка.

— Сомнения в своей способности ухаживать за ребенком. Вы считаете, что все делаете неправильно, что он плачет из-за того, что вы неправильно прикасаетесь к нему и не можете понять его потребности.

— Постоянная сонливость или, наоборот, неспособность уснуть, даже когда ребенок спит. Могут встречаться другие нарушения сна: например, вы просыпаетесь ночью и не можете снова уснуть, даже если очень устали. Как бы то ни было, ваш сон совершенно ужасен — и, кажется, дело тут не только в том, что у вас появился кричащий по ночам ребенок.

— Нарушение аппетита: вы либо испытываете постоянный голод, либо не можете впихнуть в себя даже небольшое количество еды.

— Полное отсутствие интереса к сексу.

— Головная и мышечные боли.

— Ощущение безнадежности. Кажется, что это состояние никогда не пройдет. Жуткий страх, что эти

тяжелые переживания с вами навсегда.

— Мысли о том, чтобы причинить вред себе и/или ребенку. Ваше состояние становится настолько невыносимым, что сознание начинает искать выход, — порой самый радикальный. Часто отношение к таким мыслям критическое, но само их появление переносится очень тяжело.

— Мысли о том, что лучше умереть, чем продолжать испытывать все эти чувства. Помните: если у вас появились суицидальные мысли, вам срочно нужна помочь.

У каждого родителя могут проявляться один-два симптома из списка выше, но обычно они сменяются моментами хорошего самочувствия и оптимизма. Те же, кто страдает послеродовой депрессией, часто находят у себя большинство симптомов, а иногда и все сразу — и они не проходят неделями. Если вы заметили у себя четыре или больше проявлений из списка и осознали, что живете с ними больше двух недель, это повод обратиться за помощью к врачу. Помните, что диагноз «послеродовая депрессия» может поставить только специалист, а ни в коем случае не эта книга.

Как оценить свое состояние: Эдинбургская шкала оценки послеродовой депрессии

Для скрининга послеродовой депрессии шотландские психологи Дж. Л. Кокс, Дж. М. Холден и Р. Саговски в 1987 году разработали так называемую Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии [17]. Это самоопросник, состоящий из десяти пунктов. Чтобы проверить себя,

подчеркните ответ, который наиболее полно соответствует тому, как вы чувствовали себя в течение последних семи дней (важно: НЕ тому, как вы чувствуете себя сегодня).

1. Я была способна смеяться и видеть смешные стороны жизни

- Так же часто, как и обычно (0 баллов)
- Немного реже, чем обычно (1 балл)
- Однозначно реже, чем обычно (2 балла)
- Совсем нет (3 балла)

2. Я смотрела в будущее с удовольствием

- В той же степени, что и обычно (0 баллов)
- Меньше, чем обычно (1 балл)
- Однозначно меньше, чем обычно (2 балла)
- Практически никогда (3 балла)

3. Я винила себя необоснованно, когда что-то складывалось не так

- Да, в большинстве случаев (3 балла)
- Да, иногда (2 балла)
- Не очень часто (1 балл)
- Практически никогда (0 баллов)

4. Я тревожилась и переживала без видимой причины

- Практически никогда (0 баллов)
- Очень редко (1 балл)
- Да, иногда (2 балла)
- Да, очень часто (3 балла)

5. Я чувствовала страх и панику без видимой причины

- Да, довольно часто (3 балла)

Да, иногда (2 балла)

Нет, нечасто (1 балл)

Практически никогда (0 баллов)

6. Я неправлялась со многими делами

Да, в большинстве случаев я совсем не
справлялась (3 балла)

Да, иногда я неправлялась так хорошо, как
обычно (2 балла)

Нет, в большинстве случаев яправлялась
достаточно хорошо (1 балл)

Нет, яправлялась так же хорошо, как и всегда (0
баллов)

7. Я была так несчастна, что не могла нормально
спать

Да, в большинстве случаев (3 балла)

Да, иногда (2 балла)

Не очень часто (1 балл)

Совсем нет (0 баллов)

8. Я чувствовала себя грустной и несчастной

Да, большую часть времени (3 балла)

Да, довольно часто (2 балла)

Не очень часто (1 балл)

Совсем нет (0 баллов)

9. Я была так несчастна, что плакала

Да, большую часть времени (3 балла)

Да, довольно часто (2 балла)

Только иногда (1 балл)

Нет, никогда (0 баллов)

10. Мне приходила в голову мысль причинить себе
вред

- Да, довольно часто (3 балла)
- Иногда (2 балла)
- Почти никогда (1 балл)
- Никогда (0 баллов)

Результат

0–8 баллов: низкая вероятность депрессии.

8–12 баллов: вероятнее всего, вы имеете дело с беби-блюзом.

13–14 баллов: потенциальная возможность послеродовой депрессии; необходимо принять профилактические меры.

15 баллов и больше: высокая вероятность возникновения клинической депрессии.

Другие трудности

Я уже писала о том, что далеко не все, кто столкнулся с послеродовой депрессией, получают необходимую помощь. В России, обратившись к своему врачу, женщина рискует услышать: «Это надо просто перетерпеть, скоро пройдет! Такая адаптация к новому положению нормальна», или: «Вы же родили, чему удивляться? Теперь страдайте!», или совсем классику: «Хватит себя жалеть!»

Педиатр же больше интересуется физическим состоянием ребенка, чем чувствами матери. Хорошо еще, если он не начинает вас в чем-то обвинять. К примеру, через день после родов педиатр в больнице выговаривала мне за то, что я неправильно питаюсь (я ела фисташки), «а у ребенка из-за этого токсическая эритема». На самом деле это не болезнь, а особенность

кожи, которая встречается примерно у половины новорожденных и не связана с питанием матери; через несколько дней она проходит сама. Позже педиатр из районной поликлиники стыдила меня за то, что мне не удается наладить грудное вскармливание.

Родственники тоже могут не придавать симптомам депрессии большого значения. Часто они предлагают «просто потерпеть», пока все не наладится само, пытаются напомнить, что «материнство — это счастье», и удивляются, почему вы не радуетесь. Муж может сам находиться не в лучшем эмоциональном состоянии (у мужчин, кстати, тоже бывает послеродовая депрессия!) [18], но даже если с ним все в порядке, не факт, что он верно оценит тяжесть вашего состояния и поможет найти лечение. Многие мужчины по старой советской привычке дистанцируются от жены с младенцем, объясняя свое поведение тем, что уход за ребенком — не мужская обязанность, или другими сексистскими аргументами.

Женщины зачастую остаются с ребенком один на один: родные работают, у них своя жизнь, да и в городах уже не принято ухаживать за новорожденным всей семьей. Няня для многих вопрос сложный и болезненный: это не только дополнительные финансовые тяготы, но и необходимость доверить младенца чужому человеку, к чему готовы не все родители (к тому же найти няню для новорожденного нелегко). Даже если близкие хотят быть рядом и помогать, они не всегда правильно понимают послеродовое состояние матери, особенно если их опыт

после рождения детей был другим. «А я вот родила и уже через три дня брала работу на дом — стучала по пишущей машинке, пока ребенок спал», «Я через две недели уже экзамены сдавала, а ты киснешь», «Возьми себя в руки, твоя бабушка блокаду пережила, а ты хнычешь постоянно», «Устала? Да как ты вообще можешь так говорить! Вот некоторые женщины родить не могут, а у тебя такой замечательный ребенок, так ты еще и выпендриваешься».

Психолог Вера Якупова рассказала мне, что, если у матери была долгая история бесплодия и потом с ней случается послеродовая депрессия, ей может быть особенно сложно говорить о своих переживаниях и обращаться за помощью (в том числе к близким). Казалось бы, случилось такое долгожданное событие, а она не только не светится счастьем, но и с трудом функционирует — немногие могут это понять и тем более помочь преодолеть.

Послеродовой период не бывает легким практически ни у кого. Когда это время осложняется тяжелым эмоциональным состоянием матери и она не находит поддержки у близких, жизнь может стать труднопреодолимым испытанием для всей семьи. Но всегда есть двери, в которые можно стучать. Помните: вам обязательно помогут.

Глава 2 Борьба

Как я осознала, что дело плохо

Как я уже сказала, у меня не получалось уснуть, даже когда такая возможность была. Я лежала, лишь изредка проваливаясь в недолгий беспокойный сон, и ощущала сильную тревогу всем телом — как будто по моим внутренностям ездил трактор. Ела я плохо и через силу — в обычной жизни я бы съела за один завтрак весь свой тогдашний дневной рацион. Я вернулась к весу, который у меня был до беременности, через полторы недели после родов, а потом скинула еще несколько килограммов.

Сын вызывал у меня множество разных чувств, но любви, которую я так ждала, среди них не было. Зато были страх, тревога и ужас. Я боялась каждого звука, который он издавал, а он, в свою очередь, практически не умолкал: если он не плакал, то постоянно стонал, кряхтел или ворчал. Любой звук отдавался в моем теле горячей тревожной волной, которую я ощущала физически. Я не испытывала даже умиления, хотя очень старалась расшевелить себя: практиковала *baby talk* («сюсюканье», повторение звуков, которые издает ребенок), делала с сыном селфи, целовала маленькие пятки и кулаки. При этом, конечно, я ухаживала за ним: механически готовила смесь, кормила, укачивала,

отсасывала аспиратором сопли, меняла подгузники, капала капли в нос. Каждый цикл его бодрствования казался бесконечным, а когда он засыпал, облегчение приходило максимум на пять минут — почти сразу я начинала бояться, что он проснется.

С каждым днем мне становилось все хуже — я ждала, что сын вот-вот почувствует мое отчуждение и нежелание быть с ним рядом. Было чувство, что он прекрасно понимает, что я испытываю, и осуждает меня. У меня не получалось избавиться от ощущения тяжести жизни и от навязчивых и опасных мыслей, которые так легко появлялись в моей голове. С каждым днем эти мысли становились все мрачнее:

- «Я не создана для этого»;
- «Мне ужасно, ужасно одиноко»;
- «Я не заслуживаю любви»;
- «Мой ребенок не получает необходимой ему материнской любви»;
- «Я не должна была рожать ребенка»;
- «Как вернуть все назад?»;
- «Как мне вообще могла прийти в голову мысль завести ребенка?»;
- «Это самая большая ошибка в моей жизни»;
- «Я ужасная мать».

Я завидовала всем женщинам, которые, как мне казалось, справляются с материнскими обязанностями так, как будто они — естественное продолжение их личности. Я думала, что все остальные получают удовольствие от ухода за новорожденными. У меня же не оставалось ничего, кроме ужасных мыслей о

будущем: на моей жизни, которая мне так нравилась, был поставлен крест; я никогда не смогу снова быть счастливой. А еще я завидовала мужу, который хотя бы имел возможность выйти из дома и заняться несемейными делами.

«Я не люблю его, а он не любит меня, — говорила я мужу. — Я так хотела этого ребенка, он такой красивый и такой беззащитный. Ему нужна моя любовь, но я не могу ее ему дать. Все вокруг уверены, что мне повезло родить прекрасного сына; одна я не могу разделить этой радости. Все так восхищаются им, а я могу только недоумевать и бояться оставаться с ним наедине. Мне никогда не станет лучше, я презираю себя и чувствую себя очень виноватой, но ничего не могу с этим поделать. Я просто не создана для материнства. Мне грустно, страшно и противно, и я не хочу так жить».

Убежищем представлялась работа. Я хваталась за фриланс при первой удобной возможности: когда я работала, я могла отвлечься, и становилось легче.

Я сразу обратилась к нескольким психологам, но ни один не заподозрил у меня послеродовой депрессии — а может, заподозрил, но не сказал об этом мне. Сначала я пошла к специалисту, с которым работала еще до свадьбы. Мы поговорили по скайпу, и он предложил мне несколько способов работать с переживаниями. Помню, что не могла сдержать рыданий и проплакала почти весь разговор. (Уже позже, когда я попросила у него контакты психиатра, он извинился за то, что не заподозрил у меня серьезных проблем.) Потом я пообщалась по телефону (тоже сквозь слезы) с

психологом, которая советовала мне не прерывать грудное вскармливание и пить больше пустырника. Как я сейчас понимаю, беби-блюз, который бывает почти у всех молодых мам, без специфических вопросов действительно сложно отличить от тяжелой депрессии. Я постоянно ждала, когда кто-то из профессионалов или близких людей скажет, что мне пора обратиться за медицинской помощью.

В одно утро я очнулась от своей беспокойной дремы. Сын и муж спали. Два часа я лежала, прислушиваясь к своему внутреннему трактору. Трактор, он же тревога, подкинул мне совсем плохие мысли. Помню, как в один момент я стала обдумывать, какую табуретку поставить на балкон, чтобы было удобнее с него спрыгнуть. Эти мысли были очень рациональными и практичными — мне нужно было как-то выйти из этого замкнутого круга, и я, кажется, понимала как. Когда я рассказала о своих мыслях мужу, он спросил: «Неужели ты хочешь оставить меня без жены, а ребенка без мамы?» В ответ я могла только плакать.

И тут я поняла. То, что происходит у меня в голове, называется суицидальные мысли. Это значит, что за последние дни мое состояние опять ухудшилось. Моя здравомыслящая часть, надрываясь, кричала: «Психиатр! Таблетки! Лечение!»

Здесь я должна снова сказать спасибо своим близким: они не просто не обесценили мои переживания — они поддержали меня со всех сторон. К вечеру у меня был список из двадцати проверенных специалистов. В итоге я проконсультировалась с тремя

психиатрами, которые были готовы принять меня на следующий день (мне важна была срочность, потому что больше я терпеть не могла). Помню, что позвонила одной женщине-психиатру и обратилась к ней по имени (нужно понимать, что мне в тот момент разговаривать было сложно, не то что снять трубку). Она дернула меня и сказала, что к ней можно обращаться только по имени и отчеству. А потом объяснила, что в ближайшие дни принять меня не сможет и что я могу обратиться в районный психоневрологический диспансер.

На всех трех консультациях я плакала и с большим трудом подбирала слова. Два психиатра рекомендовали госпитализацию и лечение в стационаре. Оба акцентировали мое внимание на том, что депрессия, в том числе и послеродовая, — это расстройство, которое может случиться с кем угодно: не важно, сколько вам лет, насколько вы умны, талантливы или успешны, как вы готовились к появлению ребенка и сколько у вас жизненной силы. Я не ожидала, что мне предложат ложиться в больницу, но в тот момент « побег» казался настоящим спасением.

Третья специалистка сказала, что видит у меня не самую тяжелую депрессию и готова прописать антидепрессанты, а необходимости в госпитализации, по ее мнению, нет (я обсуждала с ней предложение других психиатров). Она могла выделить всего полчаса на общение со мной, все время подгоняла меня, и мне было трудно описывать свое состояние: я смотрела в одну точку и мямлила. Я не почувствовала с ее стороны эмпатии и сострадания. Мама, которая была со мной на

всех консультациях, скорее была готова поверить врачам, рекомендовавшим больнице. Так я начала лечить послеродовую депрессию.

Мне повезло: в итоге я сумела попасть к профессиональным психиатрам, которые по-настоящему любят свою работу. Со мной обращались очень бережно, мне подробно рассказывали обо всех этапах лечения и свойствах лекарств, так что я всегда понимала, что именно со мной происходит и почему. Это был долгий и очень трудный путь, но я прошла его до конца.

С чего начать лечение

Если вы подозреваете у себя послеродовую депрессию, не паникуйте. Главное, что вам нужно знать: это расстройство поддается лечению. И чем раньше вы его начнете, тем скорее пойдете на поправку. Добиться существенного улучшения состояния самостоятельно при послеродовой депрессии очень трудно. Если вы не лечите расстройство, оно может длиться месяцы и даже годы. Психиатр Анастасия Федорова рассказывает, что нелеченная депрессия может перейти в хронический депрессивный фон (дистимию). В этом состоянии женщина работает и ведет нормальный образ жизни, но ее настроение постоянно снижено, занятия, которые раньше были приятны, больше не приносят удовольствия.

Есть и другой вариант развития событий: практически любое расстройство психики может в течение какого-то времени самопроизвольно перейти в

состояние ремиссии. «Другой вопрос, что нам заранее неизвестно, как скоро наступит улучшение, а пока этого не произойдет, депрессия будет сильно влиять на качество жизни женщины, ее ребенка и близких», — говорит Анастасия.

Итак, первый шаг — признать свое болезненное состояние и обратиться за помощью. Послеродовую депрессию, как правило, лечат с помощью психотерапевтических консультаций (я подробно расскажу о них в третьей главе) и медикаментов (им посвящена четвертая глава книги). Психологические и фармакологические методы лечения можно использовать как по отдельности, так и вместе. Мнения специалистов разнятся: например, мои психиатры не рекомендовали мне психотерапию во время пребывания в больнице. А по словам репродуктивного психолога Марины Юминовой, психотерапия нужна с самого начала.

Психолог Вера Якупова, которая много работает с матерями в послеродовой депрессии, говорит, что все индивидуально: «При тяжелой депрессии с somатическими проявлениями, когда у человека нарушены сон и аппетит, он не может встать, у него появляются суицидальные мысли, чаще всего нужны антидепрессанты. Если депрессия легкая, можно обойтись без лекарственной терапии». Вера не рекомендует ограничиваться только медикаментами: лекарства работают с биологическими симптомами, не меняя глубинные убеждения человека.

Некоторые врачи считают наиболее эффективным комплексный подход [19, 20], другие утверждают, что не каждый случай депрессии требует психотерапии. При средней и тяжелой степени депрессии у женщины могут быть нарушены когнитивные функции — например, скорость реакции, память, способность сосредотачиваться. В такой ситуации психотерапия не будет эффективна, поэтому, прежде чем обращаться к консультанту, нужно нормализовать физическое состояние медикаментозно [21]. Антидепрессанты тоже назначают не всем: согласно клиническому руководству по лечению депрессии Национального института по вопросам здравоохранения и медицинской помощи (*NICE*) в Соединенном Королевстве [22], предлагать фармакологическое лечение следует только пациентам со средней или тяжелой степенью депрессии. Считается, что сочетание фармакотерапии и психотерапии помогает пациентам продолжать лечение и в долгосрочной перспективе снижает риск рецидива [23, 24].

По словам психиатра Анастасии Федоровой, если женщина с тяжелой формой депрессии отказывается от назначения лекарств и согласна только на психотерапию, специалисту следует договориться о сроке работы, после которого они вместе оценят эффект и снова обсудят назначение лекарств.

Если с течением времени состояние только ухудшается — например, появляются суицидальные намерения, — то с женщиной и ее близкими следует обсудить вопрос о госпитализации [21].

Как выбрать психолога-консультанта и психиатра

Сделать первый шаг может быть сложно. Жертвы депрессии часто откладывают его по нескольким причинам. Некоторые полагают, что тяжелое состояние пройдет само собой. Другие волнуются, что никто их не поймет. Третьи опасаются, что терапевт неверно истолкует их слова. Четвертые боятся, что их будут считать сумасшедшими. Пятые считают, что проявляют слабость, раз не могут справиться с расстройством самостоятельно. Шестые просто боятся вмешательства чужих людей в сферу личных переживаний. Седьмые опасаются, что лечение окажется слишком дорогим.

Если вы решились на лечение, расскажите о своем состоянии мужу или другим близким, которым доверяете. Поговорите с врачом (гинекологом или педиатром) — возможно, они порекомендуют надежного коллегу из другой области медицины или психолога. Если в вашем окружении есть те, кто уже проходил психотерапию или лечился от психических расстройств медикаментозно, возможно, они тоже поделятся контактами.

Кто может помочь

Психиатр — это специалист с высшим медицинским образованием, прошедший интернатуру/ординатуру по специальности «Психиатрия». Психиатр может проводить диагностику психических расстройств и при необходимости назначать психотропные

препараты (антидепрессанты, антипсихотики, транквилизаторы и другие).

Медицинский (клинический) психолог — специалист, получивший психологическое образование и прошедший дополнительную подготовку, позволяющую ему работать с пациентами с психическими расстройствами.

Психотерапевт — врач, который получил специальность «психотерапия» и владеет одним или несколькими психотерапевтическими подходами. Однако клинические психологи после длительного дополнительного обучения тоже успешно занимаются психотерапией и в профессионализме не уступают врачам-психотерапевтам.

Сейчас в России много специалистов, которые умеют работать с депрессией и тревожными состояниями. Чтобы понять, подходит ли вам тот или иной консультант, нужно задать ему или ей несколько вопросов. Хороший специалист не будет сопротивляться и ответит на них подробно, чтобы развеять ваши сомнения. Если станет понятно, что он или она не подходят для ваших целей, попросите его или ее поделиться контактами коллег, которые специализируются на работе с послеродовыми состояниями.

Итак, перед началом консультационной работы с психологом или психотерапевтом следует выяснить:

— Какой у терапевта опыт работы и послужной список?

— Какое у него или у нее образование?

— Каким психотерапевтическим подходом он или она собирается пользоваться, чтобы помочь вам? Что известно об обоснованности и доказательной базе метода? (Одна из целей создания доказательной базы для психотерапии — предотвращение ситуаций, в которых человек получает терапию в течение нескольких месяцев или лет и не видит эффекта. Сейчас одним из методов с доказанной эффективностью считается когнитивно-поведенческая терапия. Именно ее рекомендует американский Национальный институт психического здоровья (*NIMH*) [25] и Национальный институт здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (*NICE*) [26]. А вот, к примеру, долгосрочный психоанализ — не лучшее решение для лечения послеродовых состояний. — *Прим. Науч. ред.*)

— Имеет ли терапевт опыт диагностики и лечения послеродовой депрессии, обсессивно-компульсивного и панического расстройств?

— Каковы цели терапии и как долго она продлится? Как будет оцениваться прогресс и что произойдет, если вы (или терапевт) поймете, что не чувствуете себя лучше?

— Будут ли у вас домашние задания?

— Лекарства в вашем случае — дополнение или альтернатива психотерапии? Как они будут назначаться, если терапевт не является врачом-психиатром?

— Конфиденциальны ли ваши встречи? Как это можно оформить юридически? [27]

— Проходит ли специалист супервизию?

(Супервизия — регулярные консультации специалиста с более опытными коллегами; специалист, соблюдая конфиденциальность клиентов, рассказывает супервизору о сложных случаях в своей практике и о том, как он с ними работает, а супервизор может предложить рассмотреть проблему с новой стороны и указать терапевту на возможные ошибки. — *Прим. Науч. ред.*)

— В каких профессиональных организациях он или она состоит? (Членство специалиста в организациях — один из признаков интереса к собственному развитию и любви к своей работе. — *Прим. Науч. ред.*)

Такие вопросы задавать не стыдно — если специалист отвечает на них терпеливо и подробно, это еще один дополнительный аргумент в пользу выбора именно этого человека. Предварительная беседа с терапевтом поможет вам не только узнать, как будет проходить лечение, но и понять, будете ли вы чувствовать себя комфортно во время консультаций [27].

Очень важно, чтобы консультант не обвинял вас, не обесценивал ваши переживания и был готов давать вам безусловную поддержку.

Обращайте внимание на собственные ощущения: вызывает ли этот человек доверие и желание делиться с ним сокровенным? Достаточно ли бережно он относится к вашему состоянию? Получается ли у него

быть убедительным и уверенным в том, что он делает? Если на все эти вопросы вы отвечаете утвердительно, скорее всего, вы делаете правильный выбор. Впрочем, нужно помнить, что в конечном итоге эффективность терапии сильно зависит от вас и вашей мотивации работать.

Вот несколько советов для тех, кто подозревает у себя тяжелую форму расстройства и решил найти врача-психиатра:

— Попробуйте обратиться к кому-то, кто уже помог вашим друзьям и знакомым. Или, может быть, вы найдете рекомендацию в тематических группах поддержки. Но не удивляйтесь, если специалист, который идеально подошел другому человеку, совсем не понравится вам, — ищите врача, с которым вам будет комфортно.

— Если вы уже на приеме, обратите внимание, ссылается ли врач на какие-то рекомендации и исследования или действует исключительно исходя из своего опыта. Если психиатр не может внятно обосновать свою тактику лечения, это должно вас насторожить. Помните, что уверенность врача не всегда коррелирует с его реальным уровнем знаний.

— Если врач «не слышит» ваши жалобы или обесценивает их, это плохой знак и повод сменить специалиста.

— Имейте в виду, что для лечения послеродовой депрессии психиатр должен владеть знаниями о побочных эффектах антидепрессантов, влияющих на ребенка, находящегося на грудном вскармливании.

Как говорить со специалистом о депрессии

Ниже я собрала подсказки, которые помогут вам выстроить общение с профессионалом, занимающимся послеродовыми состояниями, так, чтобы оно было максимально эффективным. Они подойдут для разговора с любым специалистом, будь то психолог-консультант, психотерапевт или психиатр.

— Подготовьтесь к встрече. Узнайте о послеродовой депрессии как можно больше — тот, кто проинформирован, как правило, задает более продуктивные вопросы.

— Заранее запишите свои симптомы и связанные с ними вопросы специалисту, чтобы точно ничего не забыть. Подготовьте рассказ о своем анамнезе — обязательно сообщите консультанту о предыдущем депрессивном опыте, если он у вас был.

— Не бойтесь открыто говорить о своих чувствах, но будьте как можно более конкретны. Подробно рассказывайте о том, что вы испытываете, даже если вам кажется, что ваши чувства слишком тяжелые, чтобы их озвучивать. Помните: все это — признаки болезни, а не свидетельство отсутствия материнских способностей.

— Пусть вас не останавливает то, что о вас могут плохо подумать, — говорите все, что считаете нужным сказать. Специалист не назовет вас сумасшедшей или плохой матерью, зато неискренность может помешать получить ту помощь, которая вам сейчас нужна. Мне

было стыдно рассказывать чужим людям о своих страшных, в том числе суицидальных мыслях, но в итоге именно это помогло врачу подобрать мне лекарственную терапию.

— Если психотерапевт или психиатр предложит вам медикаментозное лечение, обязательно обсудите с ними все свои страхи, — даже если они кажутся вам глупыми. Это ваше тело, и вы вправе узнать, что будет с ним происходить, прежде чем начнете принимать препараты. Уточните, какие побочные эффекты может вызывать средство. Учтите, что, если вам предлагают «чудо-пиллюлю» без рисков, скорее всего, в ней просто нет действующего вещества. А вот подобрать эффективный препарат с минимальными побочными эффектами — вполне достижимая цель. Если вы кормите грудью, имейте в виду, что практически все лекарства оказываются в грудном молоке в той или иной концентрации. Впрочем, некоторые антидепрессанты совместимы с грудным вскармливанием (подробнее об этом читайте в главе о медикаментозном лечении).

— Если вы получили рецепт, не забудьте договориться со специалистом о следующей встрече — важно, чтобы он отслеживал, как вы переносите лекарства, и наблюдал за динамикой вашего состояния.

— Если вам кажется, что специалист неверно реагирует на ваши вопросы или преуменьшает их значимость (и тем более осуждает вас), — ищите другого. Вы можете сказать об этом прямо и даже

попросить его или ее порекомендовать вам нового консультанта.

— Если чувствуете, что вам нужна поддержка близкого человека, попросите кого-то сопроводить вас на первые консультации психиатра (это допустимо на первой сессии, когда пациент и его родственники описывают проблему, но недопустимо в дальнейшем, так как препятствует налаживанию контакта с терапевтом. — *Прим. Науч. ред.*). Это хороший способ перепроверить информацию, которую вы получаете от консультанта, и позже прояснить непонятные моменты. На первые приемы я ходила со своей мамой, и она мне очень помогла: подбадривала, когда мне было трудно говорить, задавала врачам вопросы, до которых я бы сама в том состоянии не додумалась, просила подробнее рассказать про их оценку моего состояния, предстоящую госпитализацию, сроки и перспективы лечения. Конечно, сначала я беседовала с врачами один на один, но потом к разговору присоединялась мама.

— Определитесь, чего вы хотите. Цели должны быть конкретными и измеримыми, например: «Стать активнее и в день выполнять хотя бы по одному делу», «Начать ухаживать за собой и ребенком», «Встречаться с друзьями раз в неделю» [28].

Спустя несколько сеансов оцените, отвечает ли специалист вашим требованиям. Вы вправе ожидать от своего консультанта профессионализма и поддержки и должны быть полноправным и активным участником процесса своего лечения (задавать любые, в том числе

«неудобные» вопросы, делиться самым трудным, знать подробности о стратегии и перспективах процесса).

Как подступиться к финансовому вопросу

Консультации психологов, психотерапевтов и психиатров стоят по-разному; на начало 2019 года, когда эта книга готовится к выходу, средняя цена консультации в Москве варьируется от тысячи до десяти тысяч рублей за одну сессию. Специалисты, занимающиеся частной практикой, как правило, берут много, и это объяснимо: психотерапевт сам оплачивает супervизию, личную терапию, аренду и обслуживание кабинета, курсы повышения квалификации. Как пишет на своем сайте психотерапевт Амина Назаралиева, сегодня стоимость супervизии у специалиста с мировым признанием составляет в среднем 100-200 евро в час, а долгосрочное образование подчас обходится психотерапевту в десятки тысяч евро. Консультация в медучреждениях может стоить еще дороже, потому что клиники несут дополнительные расходы на лицензирование и содержание штата сотрудников. При этом многие клиники предоставляют льготные услуги людям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации [29].

Важно понимать, что высокая стоимость услуги не гарантирует качества и эффективности взаимодействия и не всегда напрямую коррелирует с опытом и профессионализмом специалиста. На цену влияет в том

числе «звездность» консультанта. С другой стороны, можно найти молодых талантливых психотерапевтов, которые работают на волонтерских началах или за скромный гонорар, осваивая новый подход, метод или технику.

Если вам необходима профессиональная психологическая помощь, но вы не можете позволить себе оплатить консультации, воспользуйтесь контактами служб поддержки. Они также помогут, если помощь нужна срочно, а подходящего специалиста вы пока не нашли. Ниже мы с научным редактором книги Анастасией Федоровой приводим список организаций и контактов, которые могут быть полезны в такой ситуации. Это не исчерпывающий список — наверняка вы сможете найти другие варианты, в том числе в своем регионе или городе, используя поисковики и знакомых и обращаясь в лечебные учреждения и психологические центры.

Московская служба психологической помощи населению предоставляет нуждающимся несколько бесплатных консультаций (минимум, на который вы можете рассчитывать, — пять очных консультаций).

Телефон: 8 (499) 173-09-09, сайт: www.msph.ru

Также в Москве работает бесплатный круглосуточный «Телефон неотложной психологической помощи» — наберите 051 с мобильного.

Телефон круглосуточной экстренной психологической помощи в Санкт-Петербурге: 8 (812) 708-40-41

Во всей стране работает телефон Психологической помощи: 8 (800) 333-44-34

Терапевты, обучающиеся на некоторых сертификационных программах, готовы консультировать бесплатно или за символическую сумму. «Обучающийся» в данном случае не означает «начинающий»: например, на EMDR (ДПДГ, Десенсибилизация и переработка движением глаз, — метод психотерапии, который применяют для лечения посттравматических стрессовых расстройств. — Прим. Ред.), как правило, идут учиться уже зрелые специалисты с большим стажем работы.

Напишите запрос в паблики профессиональных психотерапевтических сообществ и ассоциаций в соцсетях. Администраторы групп могут порекомендовать вам подходящих — в том числе по финансовым параметрам — консультантов.

В фейсбук-группе «Бережно к себе» [30], созданной доулой Дарьей Уткиной, есть контакты психологов, которые готовы работать бесплатно или очень дешево. Там всегда можно написать запрос и быстро получить нужные контакты.

Центр нарративной психологии и практики в Москве предлагает программу «Доступная помощь психолога». Консультанты пишут: «Мы хотим, чтобы как можно больше людей могли получить профессиональную консультацию психолога недорого, обратиться за психологической помощью и поддержкой в сложной жизненной ситуации». Стоимость одной консультации по программе — 700 рублей.

Телефон: 8 (916) 338-35-17, email:
Natalia.Lyutenko@gmail.com

Список благотворительных организаций, оказывающих помощь в сфере психического здоровья, можно найти на сайте клиники *Mental Health Center* [31].

Если вы живете за пределами крупных городов, вам может быть особенно сложно найти специалистов, которые будут работать с вами профессионально, бережно и этично. Конечно, можно обратиться к консультантам, которые смогут работать с вами по скайпу, но многим нужен именно личный контакт, чтобы получить оптимальный эффект от консультаций. Найти специалиста в своем городе можно через сайты Московской и Петербургской ассоциаций когнитивно-поведенческих терапевтов [32, 33] или их группы в фейсбуке [34].

Как помочь себе самостоятельно

Помимо психотерапии и приема лекарств, существует несколько методов самопомощи, которые могут облегчить тяжелые симптомы послеродовой депрессии. Помните, что они не могут заменить лечение.

Общайтесь с семьей

Возможно, вам сейчас хочется скрыть свои чувства — особенно если по природе своей вы человек сдержаный. Во время депрессии вы априори сталкиваетесь с опустошенностью и отсутствием энергии, а общение может пугать, раздражать и

отнимать силы, которых и без того почти нет. Со мной было именно так: мне было сложно говорить вслух о том, что происходило внутри; хотелось молчать и плакать. На деле вам может стать легче, если вы обсудите свои эмоции с тем, кому доверяете.

Конечно, далеко не у всех есть друзья и родственники, которые смогут адекватно выносить депрессивное состояние и просто быть рядом, не пытаясь что-то быстро изменить. И им, и вам важно понимать, что лечение послеродовой депрессии — процесс, который займет время. Психолог Марина Юминова рассказывает, что общение с родственниками могут упростить такие фразы:

— «*Я чувствую, что у меня есть проблема, и я буду очень стараться с ней справиться. Мне нужна помощь. И мне нужно время*».

— «*Сейчас у нас трудный период, и нам придется потрудиться, чтобы пережить его. Это тяжело и для меня, и для вас. Я хочу попросить вас не концентрироваться на мне, не рассказывать, что мне делать, не учить меня, не пытаться подбодрить, не критиковать и не объяснять мне мое же состояние. Просто дайте мне время и позвольте прожить это состояние и справиться с ним*».

— «*У меня большая просьба: позаботьтесь о моем ребенке, чтобы дать мне возможность восстановиться. Тогда дальше я смогу заботиться о нем сама. У меня нет ресурсов, чтобы воспринимать осуждение, нравоучения, ваши страхи и переживания: сейчас мне трудно, и я должна заботиться о себе*».

— «Мне необходимо время и пространство, мои чувства очень важны, они не неправильные».

— «Мне нужно от вас то-то и то-то. Помогите мне с этим и не требуйте ничего взамен, пожалуйста».

— «Будьте ко мне чуткими и терпеливыми, не давите на меня. Если не можете помочь — давайте вместе придумаем решение или найдем того, кто сможет».

Учитывайте, что остальные члены вашей семьи, скорее всего, напуганы вашим состоянием. Возможно, они готовы помогать, но не знают как. Пожалуй, продуктивнее всего в этой ситуации направлять их энергию на ребенка: родные могут взять на себя часть забот по уходу за ним, тем самым предоставив вам время на восстановление. Но если ближайшие родственники не выдерживают нагрузки, нужно соблюдать дистанцию и, возможно, взять себе в помощь нейтрального человека: например, нанять няню или привлечь подругу, у которой сейчас есть время и эмоциональные ресурсы. Важно, чтобы семья не усиливала депрессивные переживания и не усугубляла сложное состояние, иначе вы потратите дефицитные силы на работу с переживаниями близких.

Будьте на связи с друзьями

Не оставайтесь один на один со своими тяжелыми переживаниями — это может усугубить депрессию. Никто не заставляет вас вести активную светскую жизнь, но постараитесь сохранить свои отношения с другими людьми. Близкие друзья наверняка поймут вас,

если вы скажете что-нибудь вроде: «Конечно, вам непривычно видеть меня в таком состоянии, вы напуганы, как и я. Мы можем помолчать или попить чаю — мне просто приятно, что вы рядом». Помню, как я плакала от благодарности, когда моя сестра решилась поговорить со мной и сказала, что черная полоса обязательно закончится. Это случилось в один из самых мрачных моментов, когда депрессия ударила в полную силу — мне тогда даже говорить было сложно. А когда я оказалась в психиатрической клинике, меня очень поддерживали близкие друзья, которые смеялись над моими несмешными мрачными шутками про то, что я «Ксюшка из психушки». Коммуникация — даже очень далекая от идеала — была тем, что держало меня на плаву.

Многие (и я в том числе) сталкиваются с тем, что близкие отказываются признавать депрессию как таковую. По словам доулы и психолога Дарьи Уткиной, негативная реакция на рассказы о тяжелых ощущениях зачастую возникает у тех, кто в принципе не признает существование психических расстройств. Таким людям не хочется верить, что расстройства могут затронуть кого угодно, в том числе их самих.

В целом мы — и я сейчас говорю не только о россиянах — живем в обществе, склонном к стигматизации психических расстройств, где людям в депрессии с легкостью советуют пойти развеяться, выпить или «просто перестать об этом думать». В разговорах с такими советчиками вы можете провести параллель между депрессией и соматическими

болезнями — например, переломом ноги или диабетом. Если у вас сахарный диабет первого типа, то в вашем организме не хватает инсулина, а в случае с депрессией — серотонина и дофамина. При этом никто не говорит диабетику: «Перестань впадать в кому».

Сократите количество забот

Если у вас нет сил на домашнее хозяйство, откажитесь от части обязанностей. Энергия нужна вам, чтобы заботиться о ребенке и удовлетворять основные потребности. Если возможно, договоритесь, чтобы родственники и друзья помогали вам по дому. Помните: ничего страшного не произойдет, если вы не перегладите кучу белья и не сварите пять литров супа. Я, к примеру, в самый сложный момент позволила себе просто лежать и смотреть в потолок, потому что понимала: на большее меня не хватит. Правда, бывали минуты, когда бытовые дела помогали мне немного отвлечься. Помню, как с энтузиазмом готовила еду — этот процесс давал мне ощущение осмысленности жизни; мне казалось, что так от меня есть хоть какая-то польза.

Отдыхайте и расслабляйтесь

И телу, и духу сейчас нужен сон. Если у вашего ребенка трудности с засыпанием, договоритесь с кем-то из близких, чтобы он или она подежурили одну ночь. Если уснуть все равно не получается, постарайтесь вспомнить, что вам помогало расслабиться до рождения ребенка: горячая ванна, любимый фильм, массаж,

медитация. Все это поможет снять напряжение и, возможно, благотворно повлияет на сон.

Повторяйте себе:

- «Я делаю все, что могу».
- «Это не будет длиться вечно».
- «Другим матерям наверняка тоже тяжело».
- «Это может случиться с каждой».
- «Некоторые дни лучше других. Это нормально»

[35].

В дополнение к советам книги полистайте ресурсы о самопомощи при депрессии [36].

Как стать активной участницей своего лечения

Во время депрессии меня с ума сводила мысль о том, что я никогда не стану прежней: больше не буду счастливой и беззаботной, не смогу получить удовольствие от материнства. Я словно потеряла себя и стала новым человеком, который мне совсем не нравился. В послеродовой депрессии мы очень хрупки и уязвимы, но я точно знаю, что можно помочь себе самостоятельно — лечение зависит не только от специалистов.

Процесс лечения сложен, и бывают дни, когда он кажется бесконечным и бесперспективным. Я помню, что все время гуглила «сколько длится послеродовая депрессия», но правдоподобных аргументированных ответов не находила. Этот же вопрос я часто задавала

лечащим врачам, но и они никогда не давали конкретных прогнозов. Правда здесь простая, но не самая удобная: все индивидуально и зависит от множества факторов. В удачном случае на избавление от основных симптомов уйдет пара месяцев, но бывает и так, что лечение затягивается на несколько лет. Я почувствовала улучшение спустя примерно три-четыре месяца после появления первых симптомов, но по-настоящему вернулась к себе только после того, как сыну исполнился год. Таблетки я пила в общей сложности полтора года.

Даже небольшие действия в депрессии забирают массу сил и энергии. Делать что-то в этот момент нелегко, но поверьте: эти старания потом окупятся. Вот несколько советов, как приблизить этот момент.

Обозначьте цели

Вы сами решаете, чего хотите добиться в результате лечения. Для кого-то это спокойствие, для кого-то — возможность снова искренне смеяться и получать удовольствие от жизни, кто-то хочет изменить отношения с близкими и ребенком. Я хотела всего и сразу, но самым главным было желание вернуться к себе прежней. На это ушло много времени и сил, но сейчас я могу сказать, что преуспела. Моя следующая задача — наладить отношения с ребенком, чтобы он наконец разглядел во мне близкого и родного человека.

Обсуждайте процесс со специалистом

Помните, что вы сильная, даже когда кажется, что это не так. Вы влияете на происходящее с вами, и ваше мнение имеет значение. Именно вы — главный человек в команде, которая занимается вашим лечением.

Прислушивайтесь к тому, что говорят врачи и психологи, но не забывайте рассказывать о том, что чувствуете сами. Если какие-то их рекомендации не сработали, не молчите. Забудьте о синдроме хорошей девочки, которая должна быть всем удобна и потому не может признаться, что таблетки ей не помогают.

Принимайте поддержку от друзей и семьи

Говорите окружающим людям о том, чем они могут вам помочь, и о том, что мешает вашему выздоровлению. Это помогает бороться с ощущениями одиночества и изоляции.

Полезные фразы:

- Я буду очень благодарна, если ты развесишь белье.
- Сходи со мной, пожалуйста, на консультацию к психиатру. Спасибо за помощь.
- Давай сегодня закажем еду, а я вместо готовки полежу в ванне. Это мне очень поможет.
- Сатеник Аракеловна (так зовут родственницу моей подруги), я помню ваш замечательный куриный суп. Может, вы сварите мне его снова?

Смиритесь с тем, что многое изменится

Избавление от послеродовой депрессии — процесс, требующий признания перемен, связанных с

материнством. Всем людям нужно время, чтобы изучить новые навыки и приспособиться к изменившейся жизненной ситуации. Разрешите себе быть частью этого неидеального процесса, в котором могут быть плохие дни, сложные переходные состояния и даже шаги назад. Никто не может делать все идеально, а лучший способ учиться — быть внимательным к себе и готовым к изменениям.

Ведите дневник, уделяя особенное внимание хорошим дням

Признать, что мы в депрессии, что мы устали или не способны идти дальше, легко, но это не вся правда о вашем состоянии. Когда у вас будет хороший день (а они обязательно будут, поверьте), не поленитесь записать, что вы чувствовали. Постарайтесь понять, что именно помогло вам ощутить радость: первый смех ребенка, встреча с близким другом, целых три улыбки за день, завершенное дело или отстаивание своих границ в спорной ситуации. Запомните эти события, запишите их и возвращайтесь к ним, чтобы лишний раз убедиться, что лучшие времена обязательно наступят.

Помню, как неожиданно для себя я обнаружила, что испытываю простую радость от того, что увидела и обняла своего мужа. Это был первый кирпичик в основании восстановливающейся пирамиды — почему-то мое душевное равновесие ассоциировалось тогда именно с этим строением — внутри меня. В другой раз я вдруг осознала, что хочу видеть своего сына и его первые улыбки, — это тоже было для меня в новинку. Я

цеплялась за эти чувства, была рада, когда они появлялись, и старалась их не отпускать.

Подготовьте список активностей, которые доставляют вам удовольствие и улучшают общее состояние

Физическая нагрузка, достаточное количество сна и правильное питание гарантированно принесут результат [37]. Помимо этого, добавляйте в список все, что придет в голову при слове «удовольствие»: это может быть поездка в книжный магазин, творчество, приготовление еды, просмотр серии «Друзей», йога или просто прогулка по улице. Список станет вашим планом на черный день — если вам плохо, вы просто сверяетесь с пунктами в нем и выбираете самый подходящий. Например, звоните своему другу, который умеет слушать и подбирать правильные слова поддержки и одобрения. Позже этот список может пригодиться и в обычной жизни [38].

Как быть с негативными комментариями

Во время послеродовой депрессии вы почти наверняка получите тонну непрошенных советов и комментариев от близких и не очень людей. В этом состоянии трудно слышать призывы «порадоваться своему ребенку» и «перестать грустить и лениться» — такие слова могут усугубить чувство вины, а его у вас и без того в избытке. Люди говорят все это по разным причинам, но, как правило, они искренне хотят помочь и не понимают, что делают что-то не так. Впрочем, кому-то и правда

трудно удержать непрошеный комментарий в себе — даже если человек понимает, что, услышав это, вы почувствуете себя осуждаемой, уязвленной и бескураженной.

Особенно тяжело приходится женщинам, которые всегда были зависимы от мнения окружающих и могут смотреть на себя только глазами других людей (обычно близких: мамы, папы, мужа). Их новая жизнь и без того усложняется недостатком сна, тревожными мыслями и материнскими обязанностями, при этом они постоянно стремятся получить одобрение извне, заработать подтверждение, что они хорошо справляются с новой ролью. В такой ситуации нужно постараться создать дистанцию в отношениях с близкими. Поверьте: это возможно, даже если вы живете с ними в одном тесном пространстве.

Как заставить доброжелателей остановиться? И нужно ли вообще как-то реагировать на обесценивающие и обвинительные реплики? С одной стороны, вряд ли вы измените человека своим замечанием. Да и если вы будете тратить бесценные эмоциональные ресурсы на мысли о том, что говорят другие люди, то на каждый ваш шаг вперед будут приходиться два назад. Поэтому прежде всего важно сказать себе: «Я живу не ради одобрения других людей». С другой стороны, самозащита может оказаться полезной, а честный ответ на непрошеный совет или комментарий — улучшить состояние или хотя бы сократить вред от вмешательства в личное пространство. Способность обозначать свои границы и

проговаривать чувства вслух дает уверенность в себе, которой так не хватает в этом состоянии.

«Депрессии не существует», «Давай,правляйся», «Ты же взрослый человек», «Ты нужна своему ребенку» — все эти фразы разрушают наше зыбкое внутреннее благополучие и усиливают тяжелые ощущения. Очень важно вовремя уловить момент дискомфорта и дать собеседнику понять, что он выбрал не лучшую линию поведения. Если вы испытываете сложности с обозначением собственных границ, проработайте эту проблему с психотерапевтом: специалист обсудит с вами сложные отношения, поможет расставить акценты, выстроить линию поведения и найти в себе силы, чтобы начать говорить о проблеме.

Помните: отвечать на негативные комментарии не обязательно, если не хочется.

Но если решитесь, вот фразы, которые могут помочь:

— «*Уверена, вы этого не хотели, но ваш комментарий заставляет меня чувствовать себя еще хуже в и без того тяжелой ситуации*».

— «*Большое спасибо за ваш отклик. Мой доктор надеется, что при должном лечении я скоро смогу попрощаться с болезнью*».

— «*Я уверена в ваших добрых побуждениях и призательна за заботу. Надеюсь, скоро мне станет легче*».

— «*Не сомневаюсь, что вам трудно понять, что со мной происходит. Мне тоже, но я очень стараюсь*».

— «Сейчас у меня в приоритете мое психическое здоровье и способы справиться с расстройством».

— «Сейчас мне особенно нужна поддержка. Я расскажу вам о послеродовой депрессии, чтобы вы могли лучше понять, что со мной».

— «Чтобы преодолеть тяжелое состояние, мне нужны время, профессиональная помощь и безусловная поддержка близких людей» [39].

Сколько бы нам ни было лет и каким бы ни был наш жизненный опыт, мы всегда надеемся, что мама или другой близкий человек скажет нам, что мы молодцы, — и эта надежда совершенно нормальна. Некоторые женщины не слышали слов одобрения и похвалы в детстве — возможно, ожидания их родителей от них были завышены или просто в семье не было принято поощрять и хвалить друг друга. Другие, напротив, сталкивались с повторством любым капризом, поэтому во взрослом возрасте им может быть сложно оценить, хорошо ли ониправляются с жизнью. Многие из нас втайне мечтают, чтобы мама или другой близкий человек оказались рядом в три часа ночи во время очередного кормления младенца и сказали: «Ты, наверное, очень устала. Но ты отлично справляешься. Я тобой горжусь. Ты прекрасная мать, ты делаешь все, что в твоих силах». Попробуйте сказать эти слова самой себе. Это трудно, но вы можете стать своим собственным источником одобрения. Ведь иногда единственный способ подтвердить, что вы все делаете правильно, — просто поверить в это.

Не сравнивайте себя с другими людьми и с собственным представлением об идеальном материнстве. Примите тот факт, что сейчас вам нелегко, и будьте к себе как можно добре. Поверьте, что вам могут помочь. И что вы заслуживаете того, чтобы получить эту помощь.

Глава 3

Психотерапия и ее методы

Как доказали эффективность психотерапии

До рождения ребенка материнство кажется многим чередой романтических образов. Умиротворенные сцены грудного вскармливания сменяются в воображении моментами умиления малышом; дальше следуют объятия и нежная любовь с мужем и совместные прогулки по парку с коляской, в которой лежит спокойный и счастливый младенец. Разумеется, все это может происходить в реальности, но помимо этого молодые матери постоянно сталкиваются с вещами, которые выбиваются из их идиллических ожиданий. Уверена, например, что немногие женщины перед родами представляют, как сидят в уютном кресле в кабинете психотерапевта.

Психотерапия — одна из наиболее важных и эффективных составляющих лечения послеродовой депрессии и тревожных расстройств. Это подтверждает исследование 2007 года, опубликованное в Кокрейновской библиотеке (Кокрейн — международная некоммерческая организация, исследующая эффективность медицинских технологий по строго систематизированным методологиям, которые постоянно совершенствуются. Результаты исследований

в виде «Кокрейновских систематических обзоров» организация публикует в своей базе данных — Кокрейновской библиотеке. — Прим. Науч. ред.) [40]. В нем приняли участие 956 женщин, столкнувшихся с симптомами послеродовой депрессии. У тех, кто получал психотерапию (когнитивно-поведенческую, интерперсональную или психодинамическую), в конце первого года после родов на 30% реже обнаруживались депрессивные симптомы, чем в группе не получавших психотерапию. А еще, согласно исследованию, социальная терапия (группы поддержки для пациентов или непрофессиональное консультирование) была не менее эффективна, чем индивидуальная. Это отличная новость для женщин, которые не могут позволить себе еженедельные индивидуальные консультации.

Второй вывод кажется мне особенно важным. Иногда женщины изо всех сил делают вид, что у них все хорошо, пытаясь соответствовать общественным нормам, по которым молодая мать должна светиться счастьем от прибавления в семействе. Поддержка других женщин, которые столкнулись с тем же опытом, помогает уменьшить стигматизацию психических расстройств, связанных с беременностью и рождением детей.

Как решиться на психотерапию

Решить, что пора начинать работать с психотерапевтом, может быть сложно даже в более-менее стабильном психологическом состоянии. Что уж говорить о тех, кто столкнулся с послеродовой депрессией —

расстройством, которое само по себе негативно влияет на способность принимать решения.

Причин, которые обычно мешают женщинам начать работать со специалистом, несколько:

— **Убеждение в том, что работа с психотерапевтом — признак слабости.** «Я должна справиться с этим сама. Раньше психологов вообще не было, и все как-то рожали и воспитывали детей». Я убеждена, что стремление заботиться о себе и своем здоровье — признак силы, а не слабости. Человеку в депрессии иной раз бывает трудно даже пошевелиться, а уж дойти до кабинета психотерапевта — во многих случаях настоящий героизм.

— **Уверенность в том, что послеродовая депрессия — только ваша проблема.** «У всех остальных тоже есть дети, но, кажется, так мучаюсь только я!» Не сравнивайте себя ни с кем — вы не можете знать, что в действительности происходит за фасадом образа «счастливой мамы и жены».

— **Сложности с деньгами.** «Я не могу себе этого позволить». Да, психотерапия — это недешево, но мы уже обсудили, что существуют способы существенно сэкономить. Выше я перечислила несколько телефонов и ресурсов, где можно получить помочь бесплатно или за небольшие деньги. Кроме того, можно присоединиться к группе поддержки — обычно это значительно дешевле, чем встречи с консультантом один на один.

— **Боязнь негативной оценки.** «А что, если меня сочтут сумасшедшей?», «Ходишь к психологу — значит,

псих» — все это очень живучие стереотипы, которые, впрочем, постепенно уходят в прошлое. Даже в России, которая в вопросах психологической помощи существенно отстает от западных стран, в последние годы формируется культура общения с консультантами. К людям приходит понимание, что психотерапия — это не про сумасшествие, а про повышение качества жизни.

— **Сбой в приоритетах.** «У меня просто нет на это времени», «Я должна тратить все время и силы на ребенка». Пусть фразы, которые я приведу дальше, набили оскомину, но банальны они только потому, что отражают действительность: у здоровых и счастливых матерей растут здоровые и счастливые дети; вы сможете лучше заботиться о своем ребенке, если сперва позаботитесь о себе. Не зря же во время каждого полета бортпроводники напоминают, что в экстренной ситуации родитель должен сперва надеть кислородную маску на себя и только потом — на ребенка. Ходить на терапию — не эгоистично: вашему ребенку нужна мать, которая может обеспечить адекватную заботу о нем. Что касается недостатка времени, *многие психотерапевты работают не только очно, но и по видеосвязи*.

— **Отрицание депрессии.** «На самом деле ничего страшного не происходит. Тоска пройдет сама». Вероятно, пройдет, но когда — неизвестно. А может, и не пройдет, и тогда депрессия станет хронической. Важно быть честной с самой собой: если вам кажется, что расстройство отступает, еще раз продиагностируйте себя по Эдинбургской шкале (она

приведена в первой главе). Возможно, это укрепит вашу уверенность в выздоровлении — или, наоборот, вам станет ясно, что без лечения не обойтись.

— **Прошлый негативный опыт.** «Я уже ходила к психотерапевту, и это было ужасно». Чаще всего такое случается с теми, кто попадает к непрофессиональным консультантам или выбирает терапевтический подход, который не работает для разрешения их запросов. Даже если у вас был негативный опыт, дайте специалистам еще один шанс.

— **Недостаток поддержки извне.** «Что подумают мои друзья? Мой муж никогда меня не поймет!» Перекладывать ответственность за свое состояние, тело, сознание и жизнь на близких — неправильно. Не исключено, что члены семьи быстро заметят положительные изменения от психотерапии и поменяют свое мнение о пользе профессионального консультирования [41].

Помните, что грамотно подобранная своевременная терапия — залог быстрого улучшения вашего состояния. Во-первых, вы почувствуете облегчение, когда сможете поделиться трудностями с кем-то, кто профессионально умеет не осуждать и поддерживать. Во-вторых, у вас, скорее всего, появится план лечения, из которого будет ясно, когда ждать улучшений. Таким образом вы снова обретете контроль над своей жизнью.

Важная ремарка: психотерапия — это работа, и не всегда приятная.

Чтобы вылечиться от послеродовой депрессии, придется открыто говорить о том, что вы чувствуете и

думаете и что происходит в вашей жизни. Часто кажется, что проще (и точно менее болезненно) держать эти мысли и чувства в секрете. Но поверьте: для прогресса в лечении важно прорабатывать все сложные моменты. Представьте, что вы повредили колено. Чтобы вылечить его, вам, вероятно, нужно будет делать болезненные поначалу упражнения. Но со временем нога будет болеть все меньше, и постепенно привычные ощущения восстановятся. Психотерапия работает с мозгом точно так же.

Психиатр Анастасия Федорова рассказывает, что специалистам часто приходится сталкиваться с пациентами, которые уверены, что после первой же консультации с психотерапевтом их состояние резко улучшится и они на крыльях счастья вылетят из кабинета. К сожалению, это не так. Да, с первой же сессии клиент получает поддержку, но чтобы самочувствие изменилось к лучшему, ему придется усердно работать. Поэтому принимать лекарственные препараты — намного проще и зачастую дешевле, чем регулярно заниматься с психотерапевтом. В краткосрочной перспективе клиенту под влиянием психотерапии может стать даже тяжелее: вскроются неприятные для него эмоции, паттерны мышления и поведения и так далее. Первичные терапевтические цели (обычно это конкретные и достижимые результаты, например снова начать выходить из дома, устроиться на работу и тому подобное) достигаются на стадии принятия.

Как работает психотерапия в лечении послеродовой депрессии

Часто бывает, что даже после начала работы с грамотным консультантом у женщины сохраняются неуверенность, тревожность и сомнения. Точно ли этот подход будет эффективен? Какой смысл обсуждать с кем-то свое прошлое и сокровенные мысли? Как это поможет лучше чувствовать себя сегодня?

Давайте разберемся, как психотерапия влияет на наши мысли и поведение.

С раннего детства мы взаимодействуем с людьми и окружающим пространством. Этот опыт формирует у нас глубинные убеждения о себе, окружающих и мире в целом. Наши первые в жизни установки настолько глубоки и фундаментальны, что воспринимаются как безусловные истины. Такие убеждения в силу разных обстоятельств могут быть как позитивными («я достоин/достойна любви»), так и негативными («я неудачник/неудачница»). И в том и в другом случае они определяют, как складывается наша жизнь. В период депрессии негативные глубинные убеждения, как правило, актуализируются. При этом исследования свидетельствуют, что человек способен отказаться от дисфункциональных негативных убеждений и приобрести новые, более реалистичные. Этой цели можно достичь в процессе психотерапии [42].

Помогая вам учиться управлять эмоциями и преодолевать кризисные ситуации, психотерапевт будет обращать ваше внимание на то, какие модели

закрепились в вашем поведении. Как вы общаетесь с друзьями или коллегами? Стаете ли избегать конфликтов или других тревожных ситуаций, или предпочитаете сталкиваться с ними лицом к лицу? Как только вы подробно проработаете свой прежний опыт и поймете, как он влияет на вашу нынешнюю жизнь, у вас появятся знания и инструменты, чтобы качественно изменить жизнь. Я, например, в процессе психотерапии нашла объяснения многим устоявшимся моделям своего поведения. Конечно, чтобы изменить привычки, нужны время и практика, но я знаю, что я на верном пути.

Психотерапевтические подходы с доказанной эффективностью [43, 44]

Мы уже определились с тем, что психотерапия — один из наиболее эффективных методов лечения послеродовой депрессии. Она может помочь справиться с симптомами депрессии, тревоги, посттравматического стрессового или обсессивно-компульсивного расстройства. Еще нужно знать, что психотерапевтические подходы — то есть те приемы и методы, которые в работе предпочитает конкретный специалист, — существенно отличаются друг от друга, а фраза «Я хожу к психотерапевту» в каждом случае может означать что-то свое. Ниже я перечислю подходы, которые чаще других используются в лечении послеродовых психических расстройств.

Когнитивно-поведенческая терапия

Этот метод также называют когнитивно-бихевиоральной терапией (КБТ), от английского слова *behavior* — поведение. Он направлен на то, чтобы помочь человеку научиться замечать мысли, которые появляются у него как бы автоматически, непроизвольно. Они влияют на эмоции и поведение: например, снижают самооценку, обесценивают наши достижения. Терапевт, опираясь на логические приемы, предлагает клиенту усомниться в обоснованности этих мыслей и попробовать изменить саморазрушительные паттерны (шаблоны поведения). Убеждения и установки, поддерживающие болезнь или проблему поведения, в процессе терапии заменяются на более функциональные. Также КБТ помогает преодолеть страх — избавиться от него полностью или снизить до приемлемого уровня.

Этот метод терапии стандартизирован, то есть психотерапевты используют определенные протоколы работы для разных болезней и состояний — в числе прочего в них прописано рекомендуемое количество консультаций.

Процесс терапии может включать практические упражнения (экспозицию): в мыслях или реальности пациента воссоздается ситуация, которая обычно вызывает у него неприятные симптомы и ощущения; постепенно он привыкает к ней и убеждается, что реальной угрозы нет и он способен справиться с этими обстоятельствами.

КБТ доказанно эффективна не только при депрессии, но и при паническом, обсессивно-

компульсивном, тревожном, биполярном, посттравматическом, стрессовом расстройствах, а еще при бессоннице, социальном тревожном расстройстве и фобиях.

Психодинамическая терапия

Ее еще называют психоаналитической (не путать с психоанализом). Цель такой терапии — вывести бессознательные мысли и чувства в сознательный ум. Этот маневр позволяет изучить подавленные — часто в детстве — переживания и эмоции, выяснить, как они повлияли на мышление, поведение и отношения клиента во взрослом возрасте, и разорвать эту связь. Это модифицированная и, как правило, менее интенсивная и длительная версия раннего фрейдистского анализа.

Межличностная (интерперсональная) терапия

Специалисты, использующие эту методику, фокусируются на межличностных проблемах: спорах, горе утраты, трудностях поддержания отношений, дефиците определенных социальных навыков, ролевых переходах (имеются в виду связанные со сменой жизненных обстоятельств трансформации социальных ролей — например, когда кто-то теряет работу или когда женщина становится матерью) и так далее [45]. Такая терапия помогает человеку понимать и прорабатывать неспокойные отношения, которые могут вызвать депрессию или ухудшать ее течение. Существенная часть межличностной терапии — это

обучение коммуникативным навыкам, которые помогают строить отношения, укреплять социальную поддержку и повышать уверенность в себе.

Поддерживающая психотерапия

Включает в себя различные методы, но чаще всего основывается на повышении самооценки и помощи в адаптации к новым обстоятельствам. Фокусируется на неэффективных моделях поведения и психических реакциях, которые мешают жить.

Терапия, направленная на решение проблем

В отличие от традиционных форм терапии, которые требуют времени для анализа проблем, патологий и событий прошлой жизни, эта методика заточена на быстрый результат. Специалист концентрирует внимание клиента на поиске решений здесь и сейчас и исходит из того, что клиент точно знает, что должен сделать, чтобы улучшить собственную жизнь. С помощью серии наводящих вопросов и сессии коучинга терапевт помогает клиенту идентифицировать проблему и разработать пошаговый план ее решения.

Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ, англ. EMDR)

ДПДГ считается одним из самых эффективных способов проработки травматического опыта и чаще всего используется для лечения посттравматического стрессового расстройства. Есть исследования, которые подтверждают высокую эффективность подхода и при

работе с депрессивными расстройствами [46]. Специалисты по ДПДГ сочетают элементы когнитивно-бихевиоральной и психодинамической терапии с проработкой убеждений, визуализацией и специальными техниками, которые помогают уменьшить влияние травматического опыта на органы чувств. Главная техника ДПДГ — стимуляция мозга движениями глаз (в международных рекомендациях по лечению депрессии этого психотерапевтического подхода нет. — Прим. Науч. ред).

Эффективность других психотерапевтических подходов (гештальт-терапии, нарративной терапии, психоанализа и так далее) при лечении послеродовых расстройств не доказана — по крайней мере на данном этапе развития медицины.

Часто оказывается, что специалист для достижения результата использует сразу несколько подходов. При этом все подходы, которые применяют при лечении послеродовой депрессии, имеют общую черту: первая стадия такой терапии всегда базируется на поддержке клиента. Главная цель лечения на этом этапе — облегчить ваше состояние и избавить вас от тяжелых переживаний. Этот момент не подходит для глубинного исследования детских переживаний.

По мнению Марины Юминовой, многое в лечении зависит от личности психотерапевта. Идеальный вариант: мягкий, деликатный и эмпатичный специалист, который хорошо владеет своим методом и специализируется на работе с послеродовыми состояниями (а еще вам должно быть с ним комфортно).

Но повторюсь: если вы не мотивированы и не выполняете свою часть работы (нужно будет записывать ошибки мышления и прорабатывать их, активно пробовать новые стратегии поведения и так далее), то на одном профессионализме психотерапевта далеко не уедешь, и рано или поздно терапия зайдет в тупик.

Как могут помочь группы поддержки

Группы поддержки — это регулярные встречи, которые модерирует профессиональный психолог-консультант, психотерапевт или другой помогающий специалист. Их участниками обычно становятся люди с похожим набором проблем — болезнями, психологическими состояниями, трудностями во взаимоотношениях и так далее. В группах поддержки обсуждают личные истории: участники рассказывают, как справляются со стрессовыми переживаниями, и делятся опытом преодоления сложностей. Считается, что разговоры с другими людьми, оказавшимися в похожих обстоятельствах, имеют терапевтический эффект. В одних группах главную роль играет психолог или психотерапевт, в других основная работа происходит во время совместных обсуждений участников. Вне зависимости от формы организации на таких встречах не принято осуждать присутствующих.

Когда человек впервые присоединяется к группе, он может переживать насчет того, что придется делиться

сокровенным с незнакомыми людьми. Но на первом этапе хорошей стратегией может быть просто послушать других участников. Со временем новому члену группы обычно становится комфортнее обсуждать свой опыт и идеи с другими [47].

Преимущества групп поддержки

— **Регулярные занятия.** Обычно встречи групп поддержки проводятся один или два раза в неделю, иногда раз в несколько недель. Поэтому помочь вы будете получать систематически. Стабильность важна для лечения депрессии.

— **Квалифицированная помощь.** Встречи группы поддержки ведут профессиональные консультанты. Это гарантирует участникам эффективность процесса и бережность по отношению к их психике.

— **Доступность.** Участие в группах поддержки обычно стоит значительно дешевле, чем консультации со специалистом один на один.

— **Социальные связи.** Часто люди, оказавшиеся в депрессии, сокращают время общения с друзьями и родственниками и теряют привычные социальные контакты. Группы поддержки предоставляют возможность возобновить общение с другими людьми. Возможно, вы с кем-то подружитесь и продолжите общаться даже после выздоровления.

— **Открытый и честный разговор о ваших чувствах.** Часто те, кого затронула послеродовая депрессия, страдают молча, не желая или не имея возможности поделиться переживаниями с близкими.

По правилам групп поддержки ваши личные обстоятельства никогда не будут обсуждаться за пределами встречи — друзья, родственники и коллеги ничего не узнают.

— **Избавление от осуждения.** Хорошая группа психологической помощи будет уважать ваши чувства и поможет вам пережить их.

— **Обретение контроля над ситуацией.** Когда вы начинаете работать в группе поддержки, то получаете больше возможностей управлять своим состоянием: понимание того, что другие люди пережили аналогичный опыт, многим дает надежду и силы лучше справляться с трудностями.

— **Практические рекомендации, которые могут помочь прямо сейчас.** На группах поддержки вы встречаете людей со схожими проблемами — вероятно, с чем-то они уже научились справляться. Допустим, ваша ровесница Таня нашла отличный способ успокаиваться, когда ребенок ноет: она включает записи лекций онлайн-проекта «Арзамас» и продолжает следить за малышом под бубнеж умных людей. Почему бы не попробовать так же?

— **Уменьшение стрессовых переживаний, тревоги и усталости.** Группы поддержки помогают избавиться от чувств вины и стыда и проработать мысли и эмоции, которые возникают в депрессии. Это позволяет принять свое состояние и двигаться дальше.

— **Более глубокое понимание послеродовой депрессии.** Как правило, ведущие помогают

участницам разобраться, как и почему на них действует это расстройство [48].

В России мало групп поддержки для женщин с послеродовой депрессией, поэтому, если у вас не получилось найти такую в своем городе, попробуйте вступить в группу для родителей или молодых матерей. Еще один вариант — группы для кормящих матерей (среди прочих, их организует международная организация поддержки кормящих матерей «La Leche Liga Россия» в Москве, Санкт-Петербурге и Уфе [49]). Общение с другими родителями, которые только учатся взаимодействовать с новорожденным, может оказаться полезным. Найти такую группу в своем городе можно через социальные сети [50].

В 2017 году доула и психолог Дарья Уткина создала в фейсбуке виртуальную группу поддержки для женщин, столкнувшихся с послеродовой депрессией, — она называется «Бережно к себе». Дарья утверждает, что не ставила перед собой цели собрать большую аудиторию, но, к ее огромному удивлению, число подписчиков быстро выросло до двух тысяч. Идея группы в том, чтобы женщины вне зависимости от возраста и социального статуса могли делиться своими историями и опытом. В комментариях не должно быть бесконечных советов или фраз вроде «Да ладно, все у вас будет хорошо!» Зато там можно встретить отзывы вроде «Я была в той же точке, где сейчас вы, и вот где я теперь. Могу рассказать, что меня сюда привело». Вот небольшая выдержка из правил группы: «Здесь все равны и ценен опыт каждой. <...> Здесь МОЖНО быть

не совсем хорошей/удобной/приятной, но НЕЛЬЗЯ нападать, осуждать и оценивать других. <...> Хочется дать совет? Поделись своим личным опытом, а совет оставь себе („Вам следует“, „Я считаю, что вы...“ — это советы, „Мне помогало“, „Я чувствую“, „Моя подруга делает“ — опыт). За соблюдением правил сообщества следят модераторы.

Если вы хотите начать терапию, но по какой-то причине не можете или не хотите посещать индивидуальные занятия, онлайн-группа может стать выходом из ситуации. Анонимность, которую дает интернет, подчас позволяет легче выражать свои чувства без опасения наткнуться на осуждение окружающих. В онлайн можно выходить постепенно: энтузиасты группы «Бережно к себе», к примеру, иногда проводят встречи в разных городах.

Глава 4

Психиатрия и медикаментозное лечение

Как я лежала в больнице

Итак, после консультации с тремя психиатрами, два из которых посоветовали мне срочную госпитализацию, я оказалась в одной из московских психиатрических клиник. Там я почти сразу испытала облегчение. Я в буквальном смысле сбежала от проблем с ребенком и теперь могла не быть с ним постоянно, недоумевая, когда же у меня проснутся материнские чувства. Я ощущала, что оказалась в безопасности. Кроме того, мне назначили нейролептик, и я почти сразу стала снова нормально спать. И в клинике, в отличие от дома, мой сон никто не прерывал.

Я знаю, что у многих людей есть предубеждения и страхи, связанные с пребыванием в психиатрической больнице. Да, там были ограничения вроде отсутствия розеток в палатах и запрета использовать бьющуюся посуду. Да, там были пациенты с хроническими и тяжелыми психическими расстройствами. Тамошняя обстановка действительно во многом напоминала фильм «Пролетая над гнездом кукушки». Но мне на все это было наплевать. Ни до госпитализации, ни во время, ни после я не разделяла предрассудков по поводу психиатрии. Я понимала, что из ситуации, в которой

оказалась я, другого выхода просто нет: мне нужны были помочь врачей и таблетки, которые они мне пропишут. Я не думаю, что этот опыт разительно отличался от пребывания в любой другой больнице, но хочу рассказать о нем подробнее.

День в женском отделении начинался около восьми утра. После подъема все должны были выйти в коридор и рассесться на лавочках плечом к плечу, чтобы померить температуру. Десять минут каждое утро ты проводишь в медитативной тишине, которую нарушают только шмыгающие носы. Рядом с тобой — женщины всех возрастов, социальных слоев, комплексий и диагнозов. В тот момент меня не покидало ощущение, будто я наблюдаю за всем этим со стороны — словно это не совсем моя жизнь. Происходящее казалось бессмысленным: не помню, чтобы за три месяца моего пребывания в больнице у кого-то обнаружили значимое изменение температуры. Но в этой традиции было что-то ритуальное, словно бы отличающее это место от любого другого.

После измерения температуры нянечки на некоторое время открывали дверь в ванную: можно было умыться или сходить в душ. В ванной и туалете в силу специфики лечебного учреждения не было не только зеркал, но и дверей. Любые гигиенические процедуры приходилось производить на глазах у других больных и персонала — давно забытое ощущение, возникавшее у людей моего поколения в школах или детских лагерях. Мое состояние было настолько потерянным, что если я и возмущалась

такими условиями, то тихо, и в итоге все равно мирилась с ними. Первые несколько недель я провела в платной палате, где могла прикрыть дверь туалета и даже в одиночестве сходить в душ. Потом стало понятно, что несколько месяцев такого режима обойдутся нам слишком дорого, — в 2017 году сутки в платной палате московской больницы стоили около 1500 рублей, — и я перевелась в обычную.

Иногда в промежутке между измерением температуры и завтраком с пациентками общались врачи. Меня расспрашивали почти каждое утро: просили в подробностях описать все психические и физические аспекты самочувствия. Поначалу трудно было привыкнуть к такому вниманию и вопросам, ответы на которые не меняются изо дня в день, но через пару недель я просто приняла это как должное.

Примерно через два часа после подъема нас громким криком звали на завтрак. Столовая находилась в одном из завитков общего коридора — то есть дверей в ней тоже не было. Кашу — как и любую другую еду — подавали в жестяных мисках, есть из которых можно было только алюминиевой ложкой: никаких вилок и ножей. Как и во многих других лечебных учреждениях, там можно было питаться едой, которую приносят родственники, — хранилась она в холодильниках в подписанных пакетах.

После завтрака был прием лекарств. Все выстраивались в очередь в процедурный кабинет, каждой выдавали таблетки и микстуры в маленьких пластиковых чашечках; они были прикрыты

самодельными кругляшками из картона, на которых были написаны наши фамилии. Довольно часто медсестры путали назначения: клали в чашечку слишком много или слишком мало таблеток. В этом случае нужно было идти к врачу и узнавать, изменилось ли назначение или это ошибка медсестры.

Потом мы собирались на прогулку во внутреннем дворе больницы. Весь период моего там пребывания он был завален сугробами. Пациентки сами протаптывали дорожку по периметру, чтобы ходить по ней кругами. За час сравнительно быстрым шагом можно было пройти восемь-десять кругов. Парами или группами ходить не получалось — трудно было вытоптать достаточно широкую для этого тропинку, — поэтому друг с другом на улице мы почти не общались. Врачи особенно настойчиво рекомендовали гулять больным, не склонным к суициду. Тех, у кого склонность была, на прогулку просто не пускали. Мне же для убедительности объясняли, что ходьба полезна для профилактики запоров — частого побочного явления антидепрессантов. Честно говоря, мне не очень помогало.

Я гуляла изо всех сил — во-первых, потому что старалась выполнять все предписания врачей, во-вторых, хотела разнообразить свой быт. Выходило так себе. Серый забор с красной надписью «Ты не забыт, ты жив, певец Джо Дассен», белый снег, безнадежные черные ветки деревьев — один и тот же вытоптанный круг изо дня в день. Я слушала аудиокниги — почему-то отлично зашли «Отцы и дети» — и много думала.

Почти все время, что я лежала в больнице, там был карантин: гулять разрешали только во внутреннем дворике, а посещения родственников были запрещены. Но я нашла способ обмануть систему и сбегала за территорию через дверь в заборе, которая иногда была не заперта. Там меня ждал муж, который часто приходил во время прогулок, или кто-то из родственников.

Чтобы после прогулки няня открыла дверь в отделение, нужно было постучать специальной палкой в окно одной из палат. Возвращаться можно было только всем вместе — по одному не пускали. Еще один странный ритуал.

После первой прогулки (всего их было две в день) можно было почитать или просто полежать в палате. Многие вязали. Я тоже не удержалась и связала очередной шарф — потому что вязать умею только по прямой. Еще одно больничное развлечение — прогулка по коридору с обсуждением диагнозов и лечения с другими пациентами. Кроме того, в коридоре пациентки рисовали и разукрашивали книжки-раскраски.

После обеда я шла на вторую прогулку, и дальше все повторялось: измерение шагами коридора, ожидание ужина, ужин, снова коридор, прием таблеток, измерение температуры и отбой. Перед отбоем все сдавали мобильные телефоны на пост медсестры — еще одно нерушимое правило. Утром большинство пациенток забирали телефоны с поста, но некоторым их выдавали только на время звонка. Розетки, кстати, были

только на посту, поэтому, чтобы зарядить гаджет в течение дня, нужно было стоять в очереди.

В больнице я много читала, хотя мне было сложно концентрироваться (один из симптомов депрессии). Иногда общалась с другими девушками: кто-то лечил депрессию, у кого-то был алкоголизм, у кого-то — еще более тяжелые диагнозы. Были те, кто буквально жил в стационаре годами: например, совсем молодая пациентка с тяжелой шизофренией. Подобрать ей такое лечение, чтобы она смогла социализироваться за пределами клиники, врачи не могли. Она всего боялась, периодически с ней случались приступы паники, и ей было очень тяжело разговаривать с кем бы то ни было, поэтому она с трудом выносила грубость медсестер, которые не находили в себе сил обращаться с ней с сочувствием. Когда они повышали голос, она полностью теряла способность отвечать на вопросы. Большую часть времени она просто лежала в кровати, повернувшись к стене. Иногда ее навещала пожилая мама.

Скажу еще пару слов о персонале. Помимо врачей, в больнице, где я лежала, работали примерно пять медсестер и около десяти нянечек, то есть по одной медсестре и две нянечки на смену, длящуюся сутки. В основном они вели себя по-доброму, заботились о нас и стремились скрасить наши будни теплым отношением. Некоторые тем не менее позволяли себе кричать, пугая и без того перепуганных женщин, и проявлять свою власть другими способами. На всю бригаду таких было человека три. Меня они не трогали, но я все время

жалела, что не могу защитить от них других пациенток: в тот момент у меня было слишком мало душевных сил, поэтому в конфликты я не вмешивалась.

Поначалу я не понимала, зачем мне лежать в стационаре долго, — мне казалось, мое лечение вполне можно было проводить амбулаторно. Мне объясняли, что режим и регулярная работа с психиатрами упростят процесс выздоровления, но первый раз я все равно пролежала в клинике чуть меньше двух недель, после чего настояла на выписке. Мне показалось, что таблетки уже работают и я чувствую себя лучше.

Дома я продолжала пить антидепрессанты и нейролептики и некоторое время была уверена, что выздоравливаю. Но через несколько недель я поймала себя на том, что у меня снова появились тревога, раздражительность, плаксивость и опять пропал аппетит. А еще я снова испытывала к ребенку только страх, но никак не материнскую любовь, хотя после выписки мне казалось, что наши отношения начинают нормализовываться. Так я оказалась в больнице снова. На этот раз выписали меня только через три месяца.

Мне подбрали новые лекарства, и через несколько недель я снова почувствовала улучшения. Я стала просить мужа присыпать фотографии и видео с сыном. Мне казалось, что я люблю его и хочу быть его мамой. Как только у меня появилась возможность, я отправилась в так называемый «лечебный отпуск» — проще говоря, домой на выходные. Быстро стало понятно, что о выздоровлении говорить рано: я разрыдалась от отчаяния, как только взяла сына на

руки. Когда я вернулась в стационар, мне подняли дозу лекарств. Еще пару месяцев я провела в больнице, уезжая на выходные домой.

От раза к разу мне становилось все легче взаимодействовать с ребенком. Я наконец раскопала в себе любовь к сыну и желание проводить с ним время, перестала его бояться, пребывала в спокойном и ровном настроении большую часть времени и почти не плакала. Параллельно ребенок рос и становился все более сознательным — это тоже отразилось на процессе моего выздоровления. В один прекрасный весенний день меня наконец выписали. Лекарства я принимала в общей сложности полтора года.

Что важно знать о приеме лекарств

Некоторые женщины, у которых диагностирована послеродовая депрессия или тревога, с ужасом относятся к идее медикаментозного лечения. Даже если их болезнь проявляется тяжелыми симптомами; даже если они изменились так, что не узнают сами себя.

Причин страха может быть несколько: неудачный опыт приема антидепрессантов, стигматизация психиатрического лечения и всего, что с ним связано, опасения насчет побочных эффектов лекарств, боязнь осуждения и клейма «сумасшедшая». Кто-то переживает, что «под таблетками» не сможет держать себя в руках, кто-то уверен, что после приема медикаментов станет неудачником — в собственных глазах или по мнению общества.

Если вы рассуждаете так, напомните себе о двух вещах. Во-первых, вы имеете полное право чувствовать себя хорошо. Во-вторых, вам не нужно чье-то разрешение или одобрение, чтобы сделать собственный выбор в лечении болезни.

Если вы сомневаетесь, что таблетки вам помогут, прочтайте список симптомов, которые обычно уменьшаются на фоне лечения препаратами. Эти признаки заболевания имеют биологическую природу, поэтому хорошо лечатся медикаментами.

— Существенная потеря веса (больше оптимальной в послеродовом периоде).

— Суточные колебания настроения: усугубление подавленности утром и улучшение настроения в вечерние часы.

— Возбужденное состояние.

— Неспособность встать с кровати или постоянная сонливость.

— Очень заметная нерешительность (например, когда человек час выбирает, что ему надеть с утра).

— Пробуждения среди ночи, даже когда ребенок спит.

— Суицидальные мысли.

— Сильная раздражительность, неспособность контролировать эмоции.

— Панические атаки.

— Постоянство подавленного настроения: вы никогда не чувствуете себя счастливой и вообще не получаете удовольствия от жизни.

— Пугающие мысли или образы.

— Галлюцинации или бред [51].

Еще один аргумент в пользу приема лекарств: если антидепрессанты когда-то помогли вам или вашему близкому родственнику, страдавшему депрессией, велик шанс, что они сработают и у вас.

Антидепрессанты. Ликбез

Ученые связывают механизм развития депрессии со снижением концентрации медиаторов серотонина и норадреналина в синапсах нервных окончаний.

Следовательно, антидепрессанты, увеличивающие концентрацию этих молекул, способствуют подавлению депрессии. Положительный эффект от антидепрессантов развивается приблизительно на вторую-четвертую неделю лечения. Чаще всего для простоты понимания это называют «накопительным эффектом», хотя на самом деле препарат не копится в организме.

Впервые американские ученые Ирвинг Зеликофф и Эдвард Робитцек обнаружили антидепрессивный эффект ипрониазида, препарата для лечения туберкулеза, в 1952 году. У пациентов, получающих ипрониазид, появлялись силы, энергичность, улучшалось настроение. Эти наблюдения послужили поводом для начала исследований. Впрочем, ипрониазид вскоре изъяли из продажи — выяснилось, что он оказывает выраженно токсичное действие на печень [52].

В 1957 году компания *Ciba-Geigy* разработала препарат имипрамин, относящейся к группе

трициклических антидепрессантов (ТЦА). Пионер психофармакологических исследований Роланд Кун (1912–2005), считающийся первооткрывателем антидепрессивных свойств имипрамина, так описывал эффект от этого препарата: «Утром пациенты вставали самостоятельно, говорили громче, с большей беглостью, а выражение их лиц становилось более живым. Они начали заниматься какой-то индивидуальной деятельностью, стремились наладить контакт с другими людьми, стали тренироваться самостоятельно, участвовать в играх, становиться счастливее и восстанавливали способность смеяться» [53].

Трициклические антидепрессанты, к которым относится имипрамин, неселективно (неизбирательно) блокируют обратный захватmonoаминов (норадреналина, серотонина, дофамина). Этим объяснялись не только мощный антидепрессивный эффект, но и выраженные побочные действия. Сегодня ТЦА отошли на второй план. Препараты наиболее популярной на сегодняшний день группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) появились в продаже только с 1986 года. Первым был флуоксетин, более известный под торговым названием прозак [52].

Помимо СИОЗС и ТЦА, есть множество видов антидепрессантов с другим механизмом действия. Какие-то группы препаратов избирательно действуют на один медиатор, будь то норадреналин или дофамин, какие-то остаются неизбирательными. Препараты, воздействующие на норадреналиновую систему, как

правило, оказывают выраженное стимулирующее действие при отсутствии или малой выраженности седативного эффекта. Если, кроме норадреналина, препарат воздействует еще и на дофамин, такие антидепрессанты применяют в лечении вяло-апатических депрессий и депрессий со сниженной мотивацией.

Наиболее распространенные группы антидепрессантов:

- Препараты неизбирательного действия, блокирующие нейрональный захват серотонина и норадреналина (трициклические антидепрессанты). К ним относятся имипрамин, амитриптилин, кломипрамин.
- Препараты, блокирующие нейрональный захват серотонина. К ним относятся флуоксетин, флювоксамин, циталопрам, эсциталопрам, пароксетин, сертралин.
- Препараты, блокирующие нейрональный захват норадреналина. К ним относятся мапротилин и ребоксетин.
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Среди них — дулоксетин, венлафаксин.
- Норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты. Это мirtазапин, миансерин.
- Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина. Например, бупропион.

Механизм действия антидепрессантов до конца не ясен. СИОЗС, например, увеличивают концентрацию нейромедиатора серотонина в синапсах мозга, при этом стопроцентной корреляции между концентрацией серотонина и настроением нет. У человека в организме может быть много серотонина, но очень плохое настроение, и наоборот.

Что еще нужно знать об антидепрессантах

- Антидепрессанты улучшают самочувствие при психических расстройствах [54].** При этом они действуют на нейромедиаторы, которые связаны как с физическими, так и с психологическими проявлениями болезни.
- Лечение антидепрессантами — даже самыми современными — несовершенно.** Только у 50% пациентов наблюдается полная ремиссия. Частичный ответ на терапию показывают до 80% пациентов [55].
- Эффект от приема антидепрессантов наступает не сразу.** К сожалению, на то, чтобы лекарство подействовало, требуется время — как правило, от трех до пяти недель. При этом побочные эффекты могут проявиться гораздо быстрее [56].
- Эффективность антидепрессивной терапии прямо пропорциональна тяжести депрессии.**
- Антидепрессантов, которые были бы официально одобрены для кормящих грудью женщин, не существует.** Ученые просто не могут

проводить такие клинические испытания по этическим соображениям. Однако, анализируя концентрацию препаратов в грудном молоке женщин, принимавших лекарства на свой страх и риск, исследователи делают выводы о концентрациях, при которых опасных последствий для младенцев не наблюдалось. В итоге получается, что некоторые препараты в определенных дозах все же можно совмещать с кормлением грудью.

— **Антидепрессанты не вызывают зависимость** — в отличие от большинства снотворных и некоторых противотревожных препаратов.

— **Нельзя прекращать пить антидепрессанты, как только самочувствие улучшилось.** Как и антибиотики, эти препараты нужно принимать курсом. Врачи рекомендуют пить их определенное количество времени, даже если по субъективным ощущениям от болезни не осталось и следа, — это позволит избежать рецидива. Когда срок приема лекарств подойдет к концу, доктор предложит вам схему постепенного уменьшения дозировки, которая в итоге приведет к полному отказу от препарата [57].

— **Антидепрессанты не придется пить всю жизнь.** Всемирная организация здравоохранения рекомендует продолжать лечение антидепрессантами в течение 9–12 месяцев после того, как пациенту стало лучше [57].

— **Антидепрессанты не сделают вас другим человеком и не помешают испытывать нормальные эмоции.** Многие люди ошибочно полагают, что прием психотропных лекарств, в том числе антидепрессантов,

негативно отразится на мозге и повлияет на самоощущение, мысли и чувства. На самом деле все наоборот: антидепрессанты возвращают пациентов к прежней жизни и помогают испытывать привычные эмоции [58].

— Побочные эффекты, как правило, развиваются в первую неделю приема лекарства. Но многие проявления со временем уменьшаются или совсем проходят [58]. По словам психиатра и научного редактора этой книги Анастасии Федоровой, побочные эффекты зависят от механизма действия препарата: у антидепрессантов неселективного действия их больше, чем у селективных. Часто пациенты, принимающие амитриптилин, сталкиваются с запорами, сонливостью, головными болями, головокружением, учащенным сердцебиением [59]. Этот препарат — по-настоящему мощный и эффективный антидепрессант, но из-за потенциального кардиотоксического действия его в последнее время стараются не назначать, особенно пациентам старшей возрастной группы. Современные СИОЗС — золофт, прозак и другие — менее опасны. Но и они могут вызвать аллергию. Еще одно распространенное побочное действие — нарушение четкости зрения. Часто у пациентов, принимающих антидепрессанты, возникают проблемы сексуального плана: аноргазмия или снижение либидо. Иногда появляется сонливость или, наоборот, перевозбуждение. Некоторые жалуются на притупление чувств.

— Если пациенту трудно переносить побочные эффекты от антидепрессанта, препарат нужно заменить. Разумеется, под наблюдением врача.

— Если первый назначенный антидепрессант не сработал, может помочь другой. Из этого вытекает другой важный принцип: если конкретный антидепрессант помог кому-то из ваших знакомых, не факт, что он подойдет и вам. Чтобы подобрать правильное медикаментозное лечение и дозировку, нужно время. Будьте готовы к тому, что это будет путь проб и ошибок.

Нейролептики. Ликбез

Антипсихотики, или нейролептики, — это класс препаратов, которые чаще всего используются для купирования психотических симптомов шизофрении и шизоаффективного расстройства: галлюцинаций, бреда и тяжелого психотического возбуждения. Первый нейролептик, хлорпромазин (он же аминазин; его широко применяют по сей день), в качестве успокоительного применил американский психиатр Фрэнк Айд в декабре [1952 года](#). Изначально лекарство использовали как антигистаминное и противорвотное средство, но в какой-то момент врачи обратили внимание на то, что он положительно влияет на возбужденных пациентов: успокаивает, снижает агрессию и симптомы психоза (бред, галлюцинации) [60].

После аминазина были препараты с меньшим седативным действием: галоперидол, трифлуоперазин,

тизерцин, левомепромазин и так далее. Они позволили множеству пациентов, считавшихся безнадежными, зажить новой, более качественной жизнью. Однако без побочных эффектов не обошлось. Наиболее типичными из них были экстрапирамидные расстройства (ЭПР) — двигательные нарушения в виде скованности конечностей, дрожи в руках и ногах, тиков.

В 1972 году фармацевтическая компания Sandoz выпустила на рынок первый атипичный антипсихотик «Клозапин» («Лепонекс»). Атипичность его состояла в том, что он гораздо реже вызывал ЭПР и в целом лучше переносился пациентами [61].

Сейчас антипсихотики чаще всего используют для лечения шизофрении и шизоаффективного расстройства, но и людям с другими заболеваниями — например, с биполярным, обсессивно-компульсивным и большим депрессивным расстройством — они могут помочь. Обычно в этих случаях нейролептики применяют в сочетании с другими лекарствами (например, с антидепрессантами или стабилизаторами настроения). Также антипсихотики используют для лечения психоза, который возникает как следствие депрессии и некоторых видов деменции. Еще нейролептики могут назначать для регуляции сна [60, 62].

Антипсихотики, как правило, воздействуют сразу на несколько типов рецепторов — дофаминовых, гистаминовых, мускариновых и так далее. Антипсихотическое действие нейролептиков (то есть подавление бреда и галлюцинаций) связывают с

блокированием D2-рецепторов (дофаминовых рецепторов второго типа) [63]. Если препарат, например, блокирует еще и гистаминовые рецепторы, то у человека закономерно развивается седативный эффект (подобно тому, который возникает при лечении аллергических расстройств антигистаминными средствами).

Чаще всего при лечении депрессии антипсихотики назначают, чтобы усилить действие антидепрессантов [62], но в отдельных тяжелых случаях их используют, чтобы купировать психотические симптомы вроде бреда. Важно понимать, что сами антипсихотики при этом не лечат психические расстройства, а только купируют их симптомы.

Что еще нужно знать о нейролептиках

— Как и антидепрессанты, антипсихотики действуют не сразу. Если седативный эффект проявляется практически с первой таблетки, то антидепрессивный и антипсихотический — лишь через несколько недель, потому что на перестройку работы рецепторов нужно время [56, 64]. Стабильная концентрация препарата в крови достигается спустя примерно месяц после начала приема.

— У нейролептиков есть побочные действия. Среди них сонливость, головокружение, ригидность мышц, сухость во рту, трепет, повышенный аппетит, нечеткость зрения, проблемы в сексуальной сфере и

метаболические нарушения (ожирение, увеличение риска диабета) [65]. Поэтому до начала лечения нужно сдать общий и биохимический анализ крови, измерить вес и окружность талии — это поможет отслеживать состояние здоровья и контролировать побочные эффекты. Кроме того, сдержать их помогут правильное питание и здоровый образ жизни, включающий физическую активность.

— Не все пациенты, принимающие нейролептики, сталкиваются с побочными эффектами, а у других они имеют временный характер. Иногда, чтобы избавиться от побочного действия, достаточно уменьшить дозу, предварительно проконсультировавшись с врачом.

— Нейролептики не вызывают зависимости. Люди могут принимать их годами и плавно отменить без последствий. Впрочем, со временем развивается толерантность к лекарствам — приходится либо повышать дозу, либо выбирать другой класс антипсихотиков.

Электросудорожная терапия (ЭСТ)

Этот нелекарственный метод рекомендуют пациентам с тяжелой депрессией или биполярным расстройством, которым не помогли психотерапия и препараты. ЭСТ — кратковременную электрическую стимуляцию мозга под наркозом — проводит медицинская команда, в которую, как правило, входят психиатр, анестезиолог и помощник врача [66]. За рубежом — например, в США — ЭСТ применяют даже в третьем триместре

беременности, если потенциальный вред от анестезии меньше, чем от приема антидепрессантов или полного отсутствия лечения [67].

Что еще важно знать, когда вам выписывают препараты

Взаимное доверие между врачом и пациентом — половина успеха лечения.

Сообщайте специалисту, какие препараты вы сейчас принимаете, употребляете ли алкоголь или наркотики, есть ли у вас хронические заболевания и, в конце концов, придерживаетесь ли вы схемы лечения, которую вам выписали. Патерналистская модель взаимоотношений «врач — пациент», в которой лечащий врач диктовал условия, а пациент безоговорочно им подчинялся, в последнее время уступает место коллегиальной [68], когда врач сообщает пациенту всю необходимую информацию, оставляя за ним окончательное право выбора метода лечения. Это создает у пациента ощущение контроля над своим состоянием: он борется с расстройством наравне с врачом, становясь полноправным участником лечения.

Глава 5

Родственникам и друзьям

Эта глава написана специально для мужей, родителей, друзей и других близких людей женщины, заболевшей послеродовой депрессией. Я исходила из того, что скептиков, которые отрицают реальность психических расстройств, будет трудно убедить прочесть книгу целиком, но потратить время на пару десятков страниц они с высокой вероятностью согласятся. Поэтому не удивляйтесь, если найдете в этой главе повторы мыслей и фактов, встречавшихся выше, — я постаралась еще раз проговорить все самое важное.

Итак, давайте начистоту: вам тоже плохо. Вы, наверное, в ужасе. Видеть близкого и любимого человека в таком состоянии — это страшный опыт. Лично я с трудом представляю, каково это, поэтому попросила своего мужа, маму и сестру-близнеца рассказать, что они переживали на разных этапах моего лечения. Но прежде чем перейти к их впечатлениям и воспоминаниям, поговорим о том, что происходит с вашей женой, сестрой, подругой или дочерью, и о том, как вы можете помочь ей и себе.

Что с ней происходит

Первый и самый важный шаг — понимание того, что послеродовая депрессия — настоящее психическое

расстройство, со своими симптомами и способами лечения.

Ваша жена, дочь или подруга не придумала депрессию, не прикидывается и не сошла с ума.

К сожалению, психиатрические заболевания в России настолько стигматизированы, что многие не знают о них ничего, пока с ними не столкнется близкий человек или они сами. Когда нет возможности оперировать фактами, в голове возникают мифы, искажения действительности и сильные страхи. Но в последние десятилетия психиатрия стремительно развивается, а новая информация о том, как работает мозг, наряду с прогрессом в фармакологии и возможностями психотерапии позволяет эффективно лечить депрессию, тревогу и другие расстройства.

Большинство экспертов сходятся во мнении, что расстройство развивается под воздействием сразу нескольких групп факторов: биохимических, физиологических, психологических, гормональных и социальных. Но до сих пор неизвестно до конца, почему у одних возникает депрессия, а у других — нет. Послеродовые психические расстройства могут проявиться даже у самых психически устойчивых и спокойных женщин, которые никогда раньше не сталкивались с такими проблемами. Они случаются у матерей, которые сидят дома, и у матерей, которые ходят на работу. Они бывают у женщин, живущих в счастливом и стабильном браке, и у тех, кто частоссорится с мужем (а еще — у матерей-одиночек). Они развиваются у женщин, которые любят своих детей

больше жизни. Послеродовая депрессия может случиться после рождения первого или восьмого ребенка. Бывает, что женщины из групп риска (подробнее о них читайте в первой главе) не сталкиваются с депрессией, а те, у кого нет ни одной предпосылки к расстройству, переносят его в самой тяжелой форме.

Хорошая новость: послеродовая депрессия поддается лечению. Но важно помнить: вы не можете сами вылечить депрессию любимой женщины. Как бы вы ни старались и как бы сильно ни любили ее, подготовьтесь к тому, что путь к выздоровлению будет долгим — и вам, скорее всего, понадобится помочь специалистов. Послеродовая депрессия забирает у человека и моральные, и физические ресурсы, поэтому в первую очередь нужно проявлять участие и избавиться от предрассудков и недоверия. Родственники, которые относятся к депрессии с сомнением или даже агрессией, — последнее, что нужно женщине с расстройством [69].

Вот примерный список симптомов послеродовой депрессии (еще раз отмечу: это симптомы психического расстройства, а значит, с ними практически невозможно справиться силой воли):

- чувство грусти и ненужности;
- трудности со сном;
- отсутствие интереса к ребенку;
- нарушения аппетита (ест больше или меньше, чем обычно);
- нежелание общаться с друзьями;

- Плаксивость;
- Усталость;
- Потеря интереса к жизни;
- Низкое либидо;
- Сильная раздражительность;
- Жалобы на плохое самочувствие;
- Приступы или постоянное ощущение тревоги;
- Чувство вины и/или злости;
- Частая критика в ваш адрес;
- Отказ признавать ваши усилия.

Как помочь себе

Чаще всего близкие люди, столкнувшись с депрессией, испытывают неуверенность, раздражение, страх, тревогу и другие негативные эмоции. Возможно, вы будете задаваться вопросами: «Почему она не может просто быть счастливой?», «Что с ней не так?», «Разве материнство не должно приносить радость само по себе?»

Важно знать одно: в депрессии не виновата ни столкнувшаяся с ней женщина, ни ее родственники, на которых в этот момент, несомненно, ложится большой груз ответственности и непростых дел. Кстати о грузе. Помните: трудно помочь другому, когда у самого нет сил и ресурсов, поэтому в этой ситуации очень важно беречь себя.

Если жена, дочь или подруга столкнулась с послеродовой депрессией:

— **Посмотрите на ситуацию объективно.** Помимо обычных обязанностей, отныне вы должны уделять

время новорожденному и с особым старанием заботиться о его матери. Даже если в семье все идет гладко и никакой депрессии нет, первые несколько месяцев жизни ребенка часто проходят нервно и у отцов, и у бабушек, и даже у теть и дядь, если они близки с семьей, в которой только что родился младенец.

Если вы — муж женщины с послеродовой депрессией, ваша роль в процессе ее выздоровления едва ли не самая важная. Может быть, вы сейчас особенно сильно выкладываетесь на работе, чтобы обеспечивать семью всем необходимым, и дома при этом не отдыхаете, а занимаетесь хозяйством и младенцем, чтобы дать жене немного личного времени. Такой режим может загнать кого угодно. Поэтому первым делом признайтесь себе, что вам и правда нелегко. И похвалите себя за старание.

— **Найдите с кем поговорить.** Нет ничего удивительного в том, что вы испытываете непростые эмоции. Если вам удастся поговорить об этом с кем-то, кому вы доверяете и кто не осудит вас, вам станет значительно легче. Возможно, такой человек есть в вашем ближайшем окружении — друг, родственник, другой молодой отец. Может быть, среди ваших знакомых есть кто-то, чьи близкие переживали опыт послеродовой депрессии? Спросите их, как они справились с ситуацией.

— **Ищите новые ресурсы и берегите имеющиеся.** Подумайте: может, сейчас не лучшее время для повышения на работе? Вдруг вы сможете

договориться с боссом об упрощенном графике? Не обязательно рассказывать обо всех причинах, по которым вы это делаете; может быть, достаточно одного упоминания о семейных обстоятельствах. Вы можете пообещать, что будете держать свои показатели эффективности на том же уровне, работая удаленно или хотя бы чуть реже, чем обычно, появляясь в офисе. Если начальство не идет на такие уступки, рассмотрите возможность взять отпуск, чтобы хотя бы некоторое время побывать дома с женой и ребенком.

— **Делегируйте все, что можно делегировать.**

Если у вас есть возможность, заказывайте домой готовую еду, пользуйтесь услугами клининговых сервисов, не отказывайтесь от помощи родственников, которые хотят побывать с младенцем. Найдите хорошую няню, которая сможет иногда подменять вас с женой на несколько часов. Освободившееся время используйте для отдыха и восстановления.

— **Старайтесь чаще менять обстановку.**

Выходите из дома проветриться при первой возможности, займитесь спортом, читайте книги, пригласите жену на романтическое свидание.

— **Просите о помощи.** Этот пункт связан с предыдущим: если у вас в семье или в ближайшем окружении есть ресурсы, используйте их. Родители, братья и сестры, племянники, шурины, сваты (не зря же в русском языке так много слов, обозначающих родственные связи!) и просто друзья могут быть источниками помощи и поддержки. Наверняка кто-то согласится приехать и помочь с простыми бытовыми

задачами. Даже малознакомые соседи могут оказаться очень отзывчивыми и активными людьми. Часто мы не просим о помощи, потому что привыкли справляться со своими сложностями самостоятельно и подсознательно ожидаем отказа, но поверьте: люди способны удивить вас своей отзывчивостью. Возможно, они давно хотят помочь, но стесняются предложить поддержку.

— **Разрешите себе эмоции.** Помимо неуверенности, бессилия, злости и неприятия, ситуация может вызывать у вас страх: человек, которого вы знаете и любите, словно исчез, а на его месте оказался кто-то, кто не может найти в себе силы встать с кровати. Разрешите себе испытывать весь спектр эмоций по этому поводу. Наше общество не поощряет проявление негативных эмоций, но постарайтесь не сдерживаться. Не стоит, конечно, срывать злость на жене и ребенке, но можно найти конструктивный способ выражать все, что в вас копится. Например, направить эмоциональную энергию в работу или спорт. Главное — признать, что вы испытываете злость, страх и бессилие: только тогда вы сможете оттолкнуться от дна и пойти по пути поддержки своей семьи.

Как помочь ей

Возможно, вы только подозреваете у близкой женщины послеродовую депрессию, но она отказывается с вами это обсуждать. Вероятно, она ведет себя так из-за всепоглощающего чувства вины, которое часто сопровождает расстройство. Может быть, вы сами сомневаетесь в том, что происходящее с ней требует

активных действий. Могу сказать, что когда я столкнулась с послеродовой депрессией, помочь близких нужна была мне как воздух. И они справились: муж оберегал меня изо всех сил, сестра выслушивала мои истерики и обсуждала со мной переживания, мама нашла психиатра. Не исключаю, что, если бы не моя семья, выздоровление наступило бы значительно позже.

Вы можете вдохновить ее на разговор с врачом или психологом, предложить эмоциональную поддержку и помочь с бытовыми делами или уходом за ребенком. Напоминайте ей, что чем раньше она обратится к профессионалам, тем быстрее трудное время останется позади. Транслируйте уверенность в успешном исходе лечения — это тоже поможет ее подбодрить.

Что еще?

— **Будьте рядом.** Жизнь с новорожденным — стресс для любого человека, но, когда состояние отягощается послеродовой депрессией, оставаться с ребенком один на один может быть и вовсе невыносимо. Так, например, было со мной — эта перспектива каждый раз выбивала у меня почву из-под ног и приводила в состояние суеверного ужаса. Я умоляла мужа вернуться с работы как можно скорее, минуты наедине с сыном тянулись вечно. Но когда кто-то из близких был рядом и помогал ухаживать за младенцем, состояние паники переживалось менее остро.

— **Говорите с ней.** Вашей жене, дочери, подруге может быть трудно, стыдно или страшно обсуждать

свое состояние. Но если с ней рядом есть человек, на которого можно опереться и от которого она не услышит осуждающих комментариев, она сможет искренне говорить о том, через что проходит. Даже если она будет молчать (поверьте, в этом состоянии иногда очень сложно убедить себя просто открыть рот, а на откровенность и разговоры по душам подчас совсем нет сил), со знанием, что у нее есть возможность выговориться, ей будет проще. Если вы понимаете, что говорить о депрессии она не хочет, не давите. Главное — не осуждайте ее и не советуйте ничего, если она сама об этом не просит.

— **Помогите ей начать лечение.** Будучи в депрессии, человек часто сталкивается с тем, что его воля будто подавлена. Ему трудно совершать любые телодвижения и принимать даже простые решения. В таком состоянии непросто искать психолога и психиатра. Если симптомы послеродовой депрессии проявляются дольше двух недель, возьмите на себя поиски специалиста (о том, как это делать, читайте во второй главе).

— **Настаивайте на том, чтобы она уделяла время себе и тому, что приносит удовольствие.** Предложите ей принять ванну, поспать несколько часов, выйти на прогулку или поиграть со старшими детьми, если они есть. Возьмите на себя заботы о младенце на несколько часов. Это поможет ей вспомнить, что в жизни, кроме младенца, плохого самочувствия и тягостного настроения, есть что-то еще.

К тому же у нее будет чуть больше ресурсов для ребенка, если она отдохнет от забот о нем.

— **Помните, что ее состояние сейчас очень уязвимо и любая неосторожная фраза может ухудшить его.** Если вы действительно хотите помочь, постарайтесь следить за тем, что говорите.

Чего не стоит говорить женщине в послеродовой депрессии

— **«Выброси эту глупость из головы»** («Как тебе может быть тяжело?» / «Прекрати так волноваться»). Человек, столкнувшийся с послеродовой депрессией, слабо контролирует свои чувства и мысли. Поверьте, если бы она могла, она бы не думала о плохом и мигом бы избавилась от тяжелых переживаний. Когда к и без того сложному состоянию добавляются обесценивающие реплики близких людей, жить становится труднее.

— **«Отвлекись на другие дела»** («Лучший отдых — смена деятельности»). Отвлечься от только что сломанной руки, мягко говоря, нелегко — так же и с послеродовой депрессией. Да, ей может стать чуть легче, если она займется чем-то приятным и отвлекающим, но это не может вылечить — только облегчит на время некоторые симптомы.

— **«Это бывает у всех»**. Нет, не у всех, иначе люди бы давно перестали рожать детей. Эта фраза говорится для поддержки, но на деле обесценивает переживания женщины в депрессии. У нее не просто плаксивое

настроение или краткосрочный беби-блуз. Она не демонстрирует вам свои капризы и испорченность. То, что она испытывает, трудно пережить любому человеку, независимо от того, сколько у него внутренней силы или желания преодолеть болезнь.

— **«Возьми себя в руки»**. Она мечтает взять себя в руки и подчинить свое состояние силе воли. Но не может этого сделать, отчего страдает еще больше. Ей очень хочется все исправить, но у нее снова и снова не получается, и это еще один источник отчаяния, вины и ощущения собственной никчемности. Не предлагайте ей делать то, что она сделать не способна.

— **«Все будет хорошо»** («Настройся на позитив»). Я думаю, что эти фразы вообще стоило бы исключить из нашего лексикона. С одной стороны, банальности всегда звучат неискренне. С другой — совершенно не подходят для утешения молодой мамы в состоянии депрессии. Она просто не поверит в то, что в мире, где все очень плохо, может вдруг стать хорошо.

— **«Посмотри, какое счастье: твой ребенок здоров! Сфокусируйся на этом, и все пройдет»**. И снова попытка пробудить оптимизм, смешанная со скрытым обвинением («Сейчас надо бы радоваться, но ты почему-то расстраиваешься»). От этого может стать только больнее — она и без того испытывает чувство вины перед ребенком, родственниками и едва ли не всем миром.

— **«Когда у меня родился ребенок, времени на депрессию не было. Да и вообще, о какой депрессии может идти речь, когда рядом такой**

комок счастья!» Послеродовая депрессия — не вопрос выбора. Наверняка она была бы готова променять свое состояние на что угодно иное, но не может. Кроме того, далеко не все матери, даже если депрессия их не настигает, сразу после родов испытывают к ребенку безусловную любовь, которая увеличивается в геометрической прогрессии день ото дня.

— **«Что ты за мать!»** В состоянии депрессии может быть действительно трудно полноценно ухаживать за ребенком. Скорее всего, она сама считает себя плохой матерью, потому что никак не может начать испытывать удовольствие от материнства. И ей особенно тяжело слышать такие обвинения от близких. Никакие обвинения или намеки на то, что она «должна» быстро справиться со своим состоянием, не взбодрят и не принесут пользы.

Что сказать, чтобы поддержать

— **«Я с тобой. Ты не одна».** Один из признаков депрессии — ощущение тотального одиночества, с которым очень трудно жить. Положительное подкрепление и желание разделить тягостное состояние могут принести облегчение. Слушайте ее. Говорите ей, что верите в нее и будете рядом, что бы ни случилось. Она прекрасно понимает, что сейчас на вас большой груз ответственности, и ей страшно, что вы устанете от этого и покинете ее.

— **«Да, тебе очень тяжело».** Признайте, что ей сейчас трудно так, как, возможно, не было никогда.

Ваше понимание и неосуждение способны облегчить ее состояние.

— **«Я знаю: тебе кажется, что это навсегда. Но депрессия обязательно закончится, ты справишься».** Удачный вариант на замену «Все будет хорошо».

— **«Мы найдем помощь».** То, что нужно сказать в самом начале, при первых проявлениях расстройства.

— **«С ребенком все будет в порядке. Я об этом позабочусь».** В девятой главе этой книги я рассказываю, как близкие столкнувшейся с послеродовой депрессией женщины могут повлиять на формирование личности ребенка. Вкратце: если у малыша есть хотя бы один надежный взрослый, за него можно не волноваться.

— **«Ты замечательная мама».** В депрессии женщине кажется, что она просто ужасная мать. Тренд на романтизацию материнства, фальшивая инстаграм-реальность и обложки журналов о родительстве только углубляют это ощущение. Говорите ей, какие конкретно ее поступки делают ее прекрасной матерью, — для выздоровления важно научиться заменять негативные мысли жизнеутверждающими.

— **«Что может тебе помочь?»** Узнайте, какие именно действия вам нужно совершить, чтобы облегчить ее состояние. Возможно, у вас есть возможность помочь ей со стиркой и уборкой? Или, может, вам стоит устроить романтическое свидание, пока за ребенком присматривает кто-то из родственников или няня? Вряд ли ее желания

покажутся вам невыполнимыми. Важно, чтобы она была уверена в том, что может на вас рассчитывать. А еще уточните, не кажется ли ей ваше внимание слишком навязчивым и не напрягают ли ее ваши бесконечные вопросы о самочувствии, — все люди разные; возможно, вашей супруге, дочери или подруге будет достаточно одной сессии вопросов в день [70].

Монолог моего мужа

Мой муж и отец Ильи был рядом во все, в том числе самые тяжелые моменты моей депрессии. Он помогал уже тем, что всегда прислушивался ко мне, задавал осторожные и продуманные вопросы и всеми силами стремился облегчить мое состояние. Когда я легла в больницу, Данила, оставшийся с ребенком один на один, общался с врачами и приезжал навещать меня при первой возможности. Он никогда меня не осуждал и обращался со мной очень бережно. Работая над этой книгой, я попросила его рассказать, каково ему пришлось.

Данила, 30 лет

Я слышал о существовании послеродовой депрессии, но, разумеется, не думал, что она может коснуться нас. Когда я заметил, что с женой что-то не так, я решил, что это все от недосыпа, усталости, переживаний за здоровье сына и сложностей с грудным вскармливанием. Она плохо спала еще со времен беременности, поэтому трудности со сном не казались

мне симптомом болезни. А однажды утром она сказала, что задумывается о самоубийстве.

Меня это повергло в состояние шока. Я позвонил сестре и маме жены — думать и переживать в тот момент я особо не успевал, потому что чувствовал, что нужно действовать. Следующие шаги мы делали вместе: искали контакты психиатров, продумывали разные варианты лечения. Вскоре она легла в больницу.

Я сразу знал, что все будет нормально. Постепенно ситуация налаживалась, состояние жены улучшалось. Конечно, были и критические моменты — например, когда она приезжала на выходные из больницы и ее состояние при контакте с сыном становилось еще хуже. Но я старался на все смотреть с оптимизмом и находить опору и силы внутри себя.

Мне пришлось быть один на один с ребенком почти три месяца, пока жена лежала в больнице. Иногда ко мне приезжали родственники, но в целом я проводил с ним 100% времени. Сын не приносил чистой радости — у него были колики, он очень плохо спал. Но я старался относиться к жене максимально бережно и лишний раз не рассказывал о трудных моментах с ребенком. Если говорить о том, что я чувствовал в тот момент, — в первую очередь, конечно, это была ответственность. А вот страха не было, хотя я его ожидал. Любовь, привязанность, забота появлялись уже после ответственности, и, когда я остался с ребенком один на один, эти чувства гипертрофировались.

Чаще всего мне хватало терпения, чтобы удовлетворить все его потребности. Почти с самого начала я понимал, что становлюсь для сына единственным взрослым, который находится с ним постоянно, и чувствовал, что должен дать ему любовь, ласку, тепло и безопасность за двоих.

Справиться с ситуацией мне помог природный оптимизм. Я отдавал себе отчет в том, что этот сложный период не будет бесконечным. Да, я, молодой отец, у которого нет опыта общения с младенцами, остался один на один с двухнедельным ребенком, но мне были готовы помогать родственники. И мысль о том, что они стремятся по возможности быть рядом и делают всё, что могут, очень согревала.

В какой-то момент я тоже почувствовал что-то похожее на надвигающуюся депрессию. Сказались куча нервов, недосып и то, что мне пришлось уволиться, чтобы быть с ребенком. Тяжело было от постоянного «дня сурка», от долгой и холодной зимы, от того, что не оставалось времени на себя. Но переживания быстро проходили: стоило отоспаться, и мне становилось легче.

Если бы я мог дать совет тем, чьи жены столкнулись с послеродовой депрессией, я бы сказал: не отчаивайтесь, следуйте советам врачей и специалистов — даже если вам кажется, что ничего не помогает. Нужно поддерживать жену в любых обстоятельствах и не стесняться принимать помощь со стороны. Еще надо верить, что этот период обязательно кончится. Так случилось у нас, и так будет у каждой семьи, столкнувшейся с послеродовой депрессией.

Монолог моей мамы

Мама поразила меня искренним стремлением сделать все возможное и невозможное, чтобы помочь. Она нашла психиатров, которые взялись меня лечить и в конце концов вылечили, все время следила за моим прогрессом и помогала мужу и сыну. Когда я совсем теряла присутствие духа, она убеждала меня, что вместе мы обязательно вылечим депрессию и переживем трудный период.

Мария, 52 года

Неладное я почувствовала, когда дочь еще была беременна: на последних неделях она вдруг стала очень тревожной, волновалась даже из-за простых ситуаций. Тогда я предположила, что это естественное волнение перед рождением ребенка. В роддоме в первые дни после выписки у нее были сложности с грудным вскармливанием, и я замечала, что она реагирует на происходящее довольно остро. Но это тоже было легко объяснить ранним этапом материнства. А потом она вдруг позвонила и сказала, что у нее суицидальные мысли. И у меня в голове как будто что-то щелкнуло. Я поняла, что это очень серьезно. Нужно было что-то предпринимать, и я стала обдумывать варианты.

На протяжении всего периода ее депрессии чувств и мыслей было много: и непонимание, и отчаяние, и надежда. Несколько раз было ощущение, что все неправильно, что врачи не справляются. Были тяжелые моменты, когда возникал страх. Все эти чувства я

обсуждала со своими подругами — они меня поддержали. Еще мне помогло, что одна из них связала меня с женщиной, пережившей послеродовую депрессию несколько раз, и ее мамой. Они уверяли меня, что, несмотря на то что это очень сложная ситуация, она обязательно закончится. Это дало надежду и силы идти дальше.

Пожалуй, самым сильным впечатлением от этого опыта для меня останется момент глобального осознания, качественного изменения мироощущения. Я словно стала понимать то, чего не понимала раньше: депрессии и другие психические расстройства реальны, хотя о них так мало говорят. Другой трудный момент: вторая госпитализация дочери, которая ввела меня в состояние абсолютной неопределенности и непонимания, что будет дальше. Помню страх и отчаяние — и за Ксению, и за Илью, и за Данилу. Думаю, выдержать все это мне помогли материнские чувства: желание спасти, защитить, удержать, уберечь.

По моим наблюдениям, улучшения наступали волнообразно и чередовались с периодами, когда дочери становилось хуже и она уходила в себя. В такие моменты мне хотелось ее потрясти — она была как будто заморожена, и это очень пугало. Что касается приема антidepressантов — ничего плохого в этом не вижу, хотя в какой-то момент меня волновала большая доза лекарств.

Женщине, чья дочь столкнулась с послеродовой депрессией, я бы посоветовала отнестись к этому состоянию как к болезни, от которой лечатся и

обязательно выздоравливают. Да, это сложно, потому что эта болезнь не похожа на другие, но нужно постараться и поверить в исцеление. И второй момент: найдите людей, которые смогут поддержать именно вас, ведь уязвимой становится не только ваша дочь. Быть внутри этой ситуации трудно, в одиночку с ней не справиться.

Монолог моей сестры

Сестра-близнец — мой главный источник поддержки на протяжении всей жизни. Я всегда доверяла ей без оглядки, поэтому ее помощь была для меня особенно важной. К тому же она сама несколько лет назад вылечилась от депрессии.

Настя, 32 года

«Я думаю, какая табуретка лучше подойдет, чтобы поставить ее на балкон и спрыгнуть». Вот самая страшная фраза, которую мне доводилось слышать в жизни. Ее сказала моя сестра-близнец, незадолго до этого родившая ребенка.

Мы рано научились радоваться тому, что мы есть друг у друга, и с самого детства были заодно. Мы много лет делили комнату, у нас не было тайн и секретов, почти всегда мы были главными людьми в жизни друг друга. Между нами до сих пор существует прочная и важная для нас сестринская связь. Даже когда мы завели свои семьи, мы не отдалились и по сей день видимся при первой возможности, вместе ездим в

путешествия, работаем и отдыхаем. Со сложностями мы справляемся тоже рука об руку.

Мы сознательно решили завести детей в одно и то же время: нам казалось, что так будет проще, что наша привычка делить радости и невзгоды на двоих сможет выручить нас и в этом случае. К тому же вдвоем заходить в эту реку было не так страшно. Когда моя сестра родила ребенка, я была на седьмом месяце беременности. Я отлично помню день ее родов: я страшно волновалась и, чтобы отвлечься, занималась спортом. Следующий кадр в моих воспоминаниях: я стою посреди сугробов около своего офиса, разговариваю по телефону с мужем сестры, который только что стал отцом, и бешено радуюсь, разглядывая фотографии новорожденного Ильи. Потом мы с сестрой были все время на связи, и я помню, как мне было больно и обидно от того, что она провела первые сутки после родов в реанимации — в неуютном, холодном, бездушном пространстве, без ребенка, который дожидался ее в детском отделении. Так было не потому, что что-то пошло не так, а потому, что в клинике, где она рожала, такие правила: после кесарева все проводят в реанимации сутки.

Потом мы с мужем приехали ее навестить. Она шла по коридору бледная и уставшая, держась за руку своего мужа. В глаза был яркий, неуютный больничный свет. Рядом с нами была огромная тяжелая дверь — в детское отделение. За ней лежали новорожденные, а в коридоре без них изнывали их мамы. Почему? Такие правила. Когда медсестры или врачи заходили в это

недоступное простым смертным, то есть только что родившим новых людей помещение, слышался надрывный младенческий плач. Племянника я так и не увидела: не положено. Детей приносят на кормление несколько раз в сутки (уже сытыми, накормленными смесью), а в остальное время прикасаться к ним нельзя. Эти условия казались мне бесчеловечными, а что испытывала моя сестра, я не могу даже представить. Она присыпала грустные и тревожные сообщения из клиники — о том, как ей там не нравится и как она хочет домой. Еще она сказала: «Ты здесь рожать не будешь. Только через мой труп».

Когда она наконец приехала домой, веселее ей не стало. Поначалу я списывала ее потухший взгляд и бледность на усталость от больницы и недавнюю операцию. У меня не было сомнений, что скоро она восстановится физически, привыкнет к новому статусу и начнет наконец кайфовать от того, что произвела на свет нового человека.

Меня всегда терзали сомнения относительно того, стану ли я хорошей матерью, а вот по поводу материнства моей сестры я не сомневалась ни секунды: в отличие от меня, она с уверенностью и предвкушением счастья рассуждала о том времени, когда у нее появятся дети. Она очень рассудительная, добрая, невероятно умная, старательная и трудолюбивая женщина, готовая на все ради тех, кого любит, — из таких получаются самые лучшие мамы. Я представляла, что, как только у сестры появится

ребенок, она быстро разберется, что с ним делать, и потом, когда я рожу, все мне расскажет и объяснит.

Но прошло две недели после ее родов, а она становилась все мрачнее, очень быстро худела и бледнела. На вопрос «Как дела?» она всегда отвечала «Плохо», по телефону говорила отрывисто, голос был бесцветным, будто бы чужим. Одним субботним утром она сказала мне, что ее посещают совсем плохие мысли. Мы созвонились с моей мамой и обсудили, что ситуация не налаживается и, кажется, нашей компетенции не хватает на то, чтобы ей помочь. В тот же день мы стали искать психиатра, к которому можно было бы обратиться.

Я поехала к ней. Мы не виделись буквально несколько дней, и за это время с ней произошли пугающие изменения. Она была похожа на тень самой себя — очень худая, болезненно осунувшаяся, со стеклянным взглядом. Она жаловалась, что не может спать, отказывалась от еды. Мы пошли прогуляться вдвоем, и в этот момент прозвучала фраза про табуретку. В эту секунду внутри меня будто бы обрушилась огромная бетонная плита. Мне стало страшно жить — не только потому, что услышать такое от самого любимого человека, будучи на сносях, почти невыносимо, но и потому, что я поняла, что бессильна. Моих навыков не хватило бы, чтобы помочь сестре.

Следующие несколько месяцев были чудовищно напряженными.

Первое время после того, как сестру госпитализировали, я надеялась на ее скорую выписку.

Но надежда размазывалась об реальность: легче ей не становилось, врачи не давали прогнозов, не обнадеживали родственников и рекомендовали не приезжать в больницу: говорили, что общение — даже с близкими — может ухудшить ее состояние. Я периодически отпрашивалась с работы, чтобы посидеть с племянником, — пока муж сестры был на своей работе, с которой его не отпускали. Ситуация была очень тяжелая для всей семьи, это было похоже на военное положение, в котором мы мобилизовали все силы. Я тогда много думала о женщинах, у которых не было такой поддержки в аналогичной ситуации, о тех, кто сталкивался с обесцениванием чудовищных симптомов послеродовой депрессии.

Помимо прочего, мне было страшно за себя: мне вот-вот рожать, а у нас в семье такие чудовищные события. Я тоже боялась заболеть послеродовой депрессией. В самый тяжелый момент я обратилась к психотерапевту — и это было правильным решением. Вообще не стоит забывать о том, что родственникам человека с депрессией тоже может быть нужна профессиональная помощь.

Выздоровление сестры заняло гораздо больше времени, чем хотелось ее семье. Родственникам человека с депрессией нужно понимать: болезнь лечится, но лечение может занимать месяцы или даже годы. В какой-то момент мы свыклились с тем, что сестра лежит в больнице, потому что это необходимо. Пришлось, конечно, использовать все запасы терпения. За то время, что она была в клинике, я успела родить

ребенка и заработать свои проблемы со здоровьем (правда, физическим, а не ментальным).

Эффект от лечения стал заметен только спустя несколько месяцев после госпитализации: сестре стало легче проводить время с сыном, ее начали отпускать из больницы на несколько дней, а потом выписали окончательно. Постепенно она вернулась в себя, стала спокойнее и рассудительнее, а еще обзавелась огромным запасом эмпатии: теперь она — самый понимающий человек из известных мне. Не мне судить, можно ли называть ее нынешнее состояние выздоровлением, но я счастлива, что теперь она проводит время с сыном без страха, с любовью и удовольствием. Я горжусь тем, что она написала книгу: родившим женщинам как никому нужны поддержка, принятие и информация о возможных изменениях в психике.

Глава 6

Шесть историй о послеродовой депрессии

Я не хочу, чтобы эта книга ограничивалась общими рекомендациями и подробным экскурсом в мою личную историю. Послеродовая депрессия протекает по-разному, и, чтобы показать, как еще может появиться расстройство, я привожу рассказы шести женщин. Пять дали интервью специально для этой книги, а история шестой произошла в США несколько лет назад и была опубликована на сайте Тусонской коалиции послеродовой депрессии (это организация, основанная в американском городе Тусон для помощи молодым матерям) — я перевела ее для книги. Также я попросила научного редактора прокомментировать все истории с точки зрения психиатрии.

История 35-летней Наоми

«Жизнь с Анной была отличной... поначалу. Быть мамой было здорово... поначалу. Я всегда хотела рыжеволосую дочку, и, когда 27 декабря 2002 года она родилась, я была так рада! Помню, как испытывала целую бурю эмоций в больнице после родов. Я чувствовала себя счастливой, но нервничала: „Смогу ли я справиться с этим сама?“ Когда мы с малышкой приехали домой, со мной были мои родители и брат. В тот вечер мы

поужинали в доме, который я купила за месяц до этого. И вдруг я заплакала без причины. Я не могла понять, что со мной не так, — я ведь была такой счастливой весь день.

На работе мне предоставили шесть недель декрета и две недели отпуска, поэтому я смогла провести с Анной первые два месяца ее жизни. За это время мне удалось наладить режим сна и кормлений. Я гордилась собой и чувствовала себя очень счастливой просто от того, что мы были вместе. Когда пришло время возвращаться на работу, я стала переживать. Я очень привязалась к малышке и испытывала чувство вины за то, что приходится ее покинуть.

Я вернулась в международный банк, где занимала должность ассистента вице-президента и персонального банкира, и нашла няню, которая каждый день забирала Анну к себе домой. Я делала то, что должна делать каждая мать, чтобы обеспечивать своего ребенка: возвращалась домой и следила, чтобы Анна была сыта, помыта, одета... Самым приятным временем дня был момент, когда я забирала Анну от няни и видела, как она узнает меня и улыбается мне при встрече.

Депрессия началась примерно за три месяца до того, как я убила Анну. Я почти не проводила времени с дочкой, потому что работала полный день, и чувствовала себя виноватой, что не могу уделять ей больше времени. Я ощущала себя одинокой и перегруженной, и даже простые дела казались невыполнимыми. Забота об Анне была связана с

хлопотами, то есть почти каждая сторона моей жизни была скучной и беспросветной. Это продолжалось несколько месяцев. Мне стало сложно принимать даже простые решения: что надеть, что съесть. Я думала: „Какой от меня толк, если я не могу определиться с таким простым вопросом?“ Я чувствовала себя физически нездоровой, у меня не было сил и желания делать что-либо. Я старалась приглушить боль парой бокалов вина по вечерам, когда Анна засыпала.

В августе 2003 года я стала ловить себя на том, что хочу причинить Анне вред. У меня в голове возникали ужасные образы, как я делаю ей больно. Я не могла поверить, что думаю о том, как задушить ее. Я чувствовала себя очень виноватой и повторяла себе: „Я ужасная мать. Как у меня могут возникать такие мысли?“ Появилось отвращение к себе и намерение покончить с собой. В следующие несколько недель мне становилось хуже. Я перестала общаться с семьей и друзьями. Вечерами я выключала телефон, а когда мне оставляли сообщения на автоответчик, не перезванивалась. Мне хотелось только тишины, но в тишине я не нашла утешения. Помню, что чувствовала пустоту внутри — словно во мне была полость. Постепенно я стала ненавидеть тишину, потому что она не заглушала мои мысли.

Я постоянно волновалась и нервничала. Паранойя дошла до крайней степени: я все время боялась, что мой начальник хочет меня уволить, была уверена, что все коллеги шепчутся обо мне за спиной, и волновалась, что кто-то хочет украсть Анну. <...> Стараясь

заглушить эти мысли, я смотрела телевизор, но то, что я видела, вгоняло меня в еще большую тоску и заставляло чувствовать себя неадекватной. В рекламе показывали красивые дома, машины и счастливые полные семьи — я думала, что всегда буду бедной и моей дочери будет стыдно жить в стандартном доме в плохом районе. Реклама напоминала мне только о том, чего у меня не было и что я не смогла бы дать Анне. Эти мысли мучили и преследовали меня, и им не было конца.

Я хотела разом избавиться от всего: вины, физического недомогания, размышлений, паранойи и кошмаров. Я была очень уставшей, но отдохнуть не получалось. Я спала буквально по два часа в сутки и чувствовала себя ходячим зомби. Эмоциональные переживания и физическая усталость были со мной постоянно, а ужас перед необходимостью вставать каждый день был почти осязаемым. Я чувствовала себя никчемной и безнадежной. Я понимала, что Анне будет лучше без меня.

Решение покончить с собой я приняла второго сентября 2003 года после того, как много часов не могла уснуть. Я не хотела причинить вред Анне и знала, что этого не произойдет, если я убью себя. Эта мысль казалась мне очень разумной. Я знала, что, если умру, с ней все будет в порядке: кто-то из коллег или родители начнет волноваться, придет в дом и найдет ее. И главное — она будет жить, потому что я не смогу причинить ей вреда.

Я оставила предсмертную записку для родителей. Затем приняла безрецептурное снотворное и дженерик тайленола (международное название препарата — парацетамол. — Прим. Науч. ред.) — в общей сложности почти 100 таблеток. Я была уверена, что не проснусь. Когда я очнулась в 8 утра третьего сентября, то была очень разочарована, что не умерла. Мое сознание переключилось, и я стала думать: «Я должна спасти Анну от этой жизни, полной отчаяния и боли. Если я сделаю это, она попадет в рай. Ей никогда не придется страдать так, как я страдаю сейчас. Если в жизни есть только боль, страдание, несчастье и безнадежность — я должна спасти ее от этого!» Когда мне не удалось покончить с собой, я стала думать, что лишить ее жизни — единственная альтернатива.

Я вошла в ее спальню. Она увидела меня и обрадовалась, как и всегда, когда я забирала ее из кроватки утром. Я взяла в руки подушку и положила ей на голову. Я держала ее, пока она не перестала дышать. Когда я убрала подушку с ее лица, моей первой мыслью было: «Она в безопасности». Когда я взяла ее на руки и поняла, что ее тело обмякло, на меня свалилась вся тяжесть того, что я сделала. Я позвонила 911 и сказала, что мой ребенок не дышит. Оператор сказал мне положить ее на пол и сделать искусственное дыхание. Я попыталась. Когда в дверь постучали, я побежала открывать и отдала ее в руки врачам. Они отнесли ее в скорую, которая стояла рядом с домом, и я пошла с ними, чтобы наблюдать за происходящим. Не помню, сколько прошло времени, прежде чем они

сказали, что пора ехать в больницу, и спросили, хочу ли я сопровождать дочку. Я села на переднее сиденье скорой, и мы поехали в больницу. Помню, как спрашивала врачей, которые занимались Анной: «Ее больше нет?» У меня с собой был только мобильный телефон, и по пути я позвонила родителям.

Я смотрела, как врачи положили Анну на операционный стол и поставили ей трубки. Было ужасно находиться в той больнице и понимать, что именно я виновата в том, что это происходит. Помню, как какая-то женщина села рядом со мной и спросила, что случилось. Я сказала, что виновата во всем сама и что накануне я пыталась покончить с собой. Точно не помню, что именно говорила мне эта женщина, но я рассказала ей, что задушила Анну. Я хотела, чтобы врачи узнали об этом и могли лучше ее прооперировать. Когда я рассказала ей, что сделала с собой и с Анной, меня положили на кушетку и оставили в комнате с полицейским. Он задавал вопросы о том, что случилось, и я, не отдавая себе отчета в том, что все будет использовано против меня в уголовном деле, отвечала.

Я провела в тюрьме 10 лет. Я отбыла свой срок со смирением, понимая, что только благодаря Божьей воле получила такой мягкий приговор. Сначала мне вменили тяжкое убийство первой степени, но после того, как я провела год в окружной тюрьме, мне дали возможность заключить сделку о признании вины и переквалифицировали преступление на убийство второй степени при смягчающих обстоятельствах. В

Аризоне за это дают от 10 до 22 лет тюрьмы. Судья назначил мне 10, и это было чудо — большинство осужденных по этой статье получают от 16 до 22. Я благодарна за возможность быть свободной и чувствовать, что теперь должна рассказать свою историю, чтобы помочь другим. <...>

Некоторые заключенные, узнав о моем преступлении, осуждали меня. Я отвечала: „Неужели вы думаете, что мне самой это нравится? Я в ужасе от себя!“ Некоторые женщины говорили обо мне: „Непохоже, что она раскаивается“. Меня всегда поражало это обвинение. Почему? Ведь раскаяние со мной постоянно! Да, со мной случился послеродовой психоз, но не хочу, чтобы он стал оправданием тому, что я забрала ее жизнь. Я совершила жуткое преступление, и мне предстоит жить с этой реальностью каждый день моей оставшейся жизни.

Постепенно я пришла к выводу, что не так важно, что другие думают обо мне. Зато по-настоящему важно рассказать историю о маленькой девочке, которую очень сильно любили. Ее мама желала ей самого лучшего и думала, что поступает правильно. Все понимают, что мысль о том, чтобы отправить младенца в рай, задушив его, абсолютно иррациональна. Одна из моих любимых цитат принадлежит [литературоведу] Джону Чертону Коллинзу: „Если бы мы знали тайны друг друга, какое утешение мы могли бы найти!“ Моя история трагична, и я делаюсь ею, чтобы страдающая женщина просила о помощи сразу, как только у нее появятся мысли о причинении вреда ребенку. Сами по

себе они не делают человека преступником, зато поступки наносят непоправимый вред и женщине, и младенцу. Стыд посоветует вам никому ничего не рассказывать. Стыд обманет вас и скажет, что вы плохая мать. Но это не так! Вы болеете. Вам нужна помощь. Есть и надежда, и лечение — только обратитесь за ним» [71].

Наоми освободилась из тюрьмы в 2013 году, вышла замуж и попыталась начать жизнь сначала. Она вступила в организацию *Postpartum Support International* (основанная в 1987 году в Калифорнии некоммерческая организация; цель ее работы — повышать осведомленность общества об эмоциональных изменениях, которые женщины испытывают во время беременности и в послеродовом периоде. — Прим. Ред.) и стала помогать женщинам, столкнувшимся с послеродовыми психическими расстройствами. В интервью для документального фильма о послеродовой депрессии *When the Bough Breaks* (вышел в 2017 году) она говорила, что ей трудно делиться своей историей, но она знает, что это необходимо. Она признавалась, что до сих пор живет с бременем вины и стыда. Кроме того, она говорила, что до сих пор борется с депрессией. В августе 2015 года Наоми покончила с собой.

Комментарий Анастасии Федоровой:

Сразу оговорюсь, что не берусь судить о ментальном состоянии героинь на основе их субъективного монолога: для постановки диагноза

нужно видеть женщину в момент расстройства, подробно расспросить ее и ее родственников. Тем не менее, судя по рассказу этой женщины, речь идет о послеродовой депрессии, которая постепенно утяжелялась и в дальнейшем обросла симптомами психоза (имели место бредовые идеи, паранойя). Состояние Наоми было тяжелым, ее следовало госпитализировать.

История 29-летней Наташи

Мы с мужем несколько лет были вместе, потом поженились и стали готовиться к появлению ребенка. Все получилось довольно быстро: никаких сложностей и долгих попыток забеременеть. Мне было 27, беременность прошла нормально. Я много читала про естественное родительство, грудное вскармливание, надежную привязанность (о теории привязанности читайте в восьмой главе. — *Прим. Авт.*) и другие тонкости взаимодействия с младенцами. Мне казалось, что все это очень важно.

Роды были долгие: 17 с половиной часов после того, как отошли воды. Персонал роддома вел себя жестко: они позволяли себе грубые фразы и манипуляции, и я считаю, что это тоже повлияло на развитие моего состояния. Первые четыре дня нас не отпускали из роддома из-за желтухи ребенка (физиологическая желтуха — нормальное состояние, возникающее в период адаптации новорожденных к новым условиям; развивается примерно у половины доношенных и 80

процентов недоношенных детей. — *Прим. Науч. ред.* [72]) — это выбило меня из колеи.

Когда мы со Львом — так зовут моего сына — наконец оказались дома, я не смогла уснуть и в итоге не спала несколько дней. При этом у меня было много сил и энергии, я суетилась, бегала по магазинам. Мои друзья организовывали фестиваль — что-то вроде семейного пикника с развлечениями и выступлениями музыкантов, — а я давно обещала им помочь. Ребенок был спокойным, а работать я люблю. Я никогда не была так уверена в себе. Я начала координировать этот фестиваль, но в какой-то момент у меня случилась полная путаница в голове. Я стала нести какой-то бред и опозорилась на весь фейсбук: поначалу мои слова в переписках имели хоть какой-то смысл, но потом они превратились во что-то бессвязное. В какой-то момент мы вызвали скорую, и мне сделали успокоительный укол, после которого я несколько часов поспала.

Болезнь развивалась стремительно: за несколько дней я полностью потеряла связь с реальностью. Муж был в трансе, не понимал, что происходит, и не знал, что делать. В итоге один из друзей, которому я начала писать странные вещи, сказал, что пришло время обращаться к врачу. Мы снова вызвали бригаду скорой помощи. Я села в машину — и дальше провал в памяти.

Месяца два или три я провела в больнице с диагнозом «послеродовой психоз». Мое состояние было настолько тяжелым, что там меня привязывали к кровати. Первое время я помню достаточно смутно — видимо, мне давали большое количество препаратов. Я

с трудом доходила до туалета, все время спала или пребывала в забытье. В больнице было довольно много пациенток с психическими сложностями после родов. Я наблюдала за одной девушкой, у которой был диагноз «послеродовая депрессия», — она ходила по больничным коридорам, как зомби.

В клинике был регулярный врачебный обход, — чуть ли не ежедневный. Врачи расспрашивали о моем состоянии, что-то записывали, но почему-то все время менялись: не было доктора, который бы наблюдал за мной постоянно.

Муж ездил ко мне каждый день — это стало возможным благодаря тому, что с ребенком соглашались посидеть родственники с его стороны. Его сестра взяла малыша под крыло: она не работала, свои дети у нее уже подросли, поэтому она могла позволить себе ухаживать за нашим сыном.

После выписки из больницы я некоторое время была в депрессии — лежала бревном. Чтобы не тревожить меня лишний раз, муж вставал по ночам и кормил малыша смесью. До момента, когда сыну исполнился год, я была сама не своя. Как мне кажется, мое тогдашнее состояние было во многом связано с препаратами — спустя полгода после выписки я прекратила их принимать, и стало гораздо легче (среди побочных эффектов препаратов, которые выписывают пациенткам с послеродовой депрессией, — сонливость и сильная вялость; если перестать пить лекарства, они действительно пропадают, однако резкая отмена может спровоцировать обострение депрессии. Принимать

такое решение можно только посоветовавшись с врачом. — *Прим. Науч. ред.*).

Потом выяснилось, что у нас есть семейная история психических заболеваний. Я росла у бабушки, и мне всегда казалось, что это из-за того, что мама завела новую семью: второй муж, маленький ребенок. На самом деле у нее периодически случались похожие эпизоды — она всю жизнь страдает тяжелой формой биполярного аффективного расстройства. После того как я попала в больницу, маму тоже вскоре госпитализировали. Выяснилось, что проблемы с психикой были и у ее отца. Я бы на месте мамы сообщила об этом мне и моему мужу, чтобы мы были готовы и знали, как действовать в экстренной ситуации. До того момента у меня никогда не было депрессий и затяжных периодов плохого настроения, — даже в подростковом возрасте.

Когда Льву было полтора года, я стала удаленно работать. Это очень помогло — и помогает до сих пор — бороться с трудностями родительства и тренировать мозги. Это большая заслуга моих коллег: они отнеслись к моей ситуации с пониманием и поддержкой и согласились принять меня на удаленную работу.

Мой муж был настолько не готов ко всей этой истории, что до сих пор не может ее отрефлексировать. Для него это большая душевная травма, он переживает и не готов говорить об этом.

Я ужасно боюсь, что, если рожу еще одного ребенка, ситуация повторится. Я рассчитывала на большую помочь извне, особенно от моей семьи. На деле ее почти не было. Когда я вышла из больницы,

родственники со стороны мужа совсем не подпускали меня к ребенку — меня это тоже очень травмировало, я хотела быть с сыном. В какой-то момент я сказала, что больше так продолжаться не может, и только тогда мне дали с ним взаимодействовать. Сестра мужа в итоге вышла на работу, поэтому теперь проводит время со Львом только по выходным, а моя мама — как придется. Видимо, она чувствует вину перед нами, поэтому выбрала стратегию встречаться как можно реже.

После того как со мной произошел послеродовой психоз, у меня почти полностью сменился круг общения. Мои старые друзья пропали, я стала общаться с другими мамами, но это тоже давалось нелегко. А еще болезнь украла у меня полгода жизни. Сначала это казалось трагедией. Я боялась, что не смогу наладить правильную связь с ребенком. Для меня было очень большим стрессом то, что из-за лекарств и долгого отсутствия дома я не могла кормить ребенка грудью. В России сейчас настолько жесткая пропаганда грудного вскармливания, что ты не можешь себя не винить, если вдруг с этим что-то идет не так. Но постепенно я пришла к мысли: «Мой сын жив, здоров, весел, развивается по возрасту — у него все в порядке, можно успокоиться».

Я думаю, всем будущим мамам хорошо бы знать, что существуют такие расстройства, как послеродовая депрессия и послеродовой психоз. В таком состоянии главное — понять, что это болезнь, и не винить себя: дело не в том, что вы негодяйка или растряпа; вы не можете это контролировать — никто ведь не будет

ругать человека, который заболел простудой, за то, что он кашляет. Если вы знаете, что находитесь в группе риска, проводите профилактику (к сожалению, у меня не вышло). Предрасположенность к психическим расстройствам передается генетически, не предупрежден — не вооружен.

В итоге мне, конечно, удалось установить контакт с сыном. Помните, что впереди у вас длинная жизнь и не ошибиться в воспитании ребенка практически невозможно, поэтому ругать себя не стоит.

Комментарий Анастасии Федоровой:

Похоже, в этом случае все началось с мании с психотическими симптомами (в тексте девушка называет это послеродовым психозом). В этом состоянии появляется необычная энергичность, ускоряется поток мыслей и идей, нарушается сон, присоединяются бредовые идеи (не соответствующие реальности умозаключения). Часто после эпизода мании, когда человек неадекватно оценивает свои силы, мало спит, не восстанавливается, закономерно следует депрессия. Такое чередование состояний похоже на биполярное аффективное расстройство — тем более что у ближайшей родственницы рассказчицы стоит этот диагноз.

История 28-летней Юлии

У меня в матке опухоли, и четыре врача говорили мне, что детей я иметь не смогу. Несмотря на это, мы с

мужем приняли решение попробовать. Мы прошли долгий путь подготовки к зачатию, и я забеременела со второй попытки. К рождению ребенка я готовилась, читая книги по перинатальной психологии. Девять месяцев ожидания прошли без проблем. Когда я родила, мне было 24 года.

Роды были неоднозначные. Все было хорошо, если не учитывать особенности самого роддома. Там было грязно, и со мной грубо обращались, а еще мне принудительно прокололи пузырь и против моей воли поставили капельницу с окситоцином. Агрессивное поведение врачей и несоответствие условий роддома моему идеальному представлению, конечно, повлияли на мои ощущения после родов. Нас выписали только на четвертые сутки: у дочки была физиологическая желтуха.

Когда мы приехали домой, я стала очень много плакать. Я знала про беби-блуз и думала, что это именно он. Иногда случались истерики или апатия: мне казалось, что у меня ничего не получается, я не могу правильно ухаживать за ребенком. Сейчас я понимаю, что делала все очень хорошо, но тогда была уверена, что мое поведение из рук вон плохо. У меня не возникало сомнений: если ребенок плачет, значит, я что-то делаю не так. На четвертой неделе жизни моей малышки я обратилась к знакомому психотерапевту. После встречи с ним мне вроде бы полегчало, но фоновая грусть была со мной довольно долго.

Послеродовая депрессия вылилась в трехлетний период, в течение которого у меня было несколько

депрессивных эпизодов; два из них — тяжелой степени. Во многом мое состояние было связано с тем, что я старалась дать дочери самое лучшее. Я делала все по книгам и советам опытных психологов и перинатальных специалистов, а свои чувства и побуждения подавляла. В итоге у меня скопились злость и раздражение в адрес дочки. Я вроде какправлялась с ребенком, но не могла справиться с самой собой: у меня просто не было на себя времени, я все отдавала ей, чтобы уменьшить риск потенциальной травмы.

Все депрессивные эпизоды, которые у меня были, начинались с самоощущения ничтожности — как человека, женщины, мамы, жены. Думаю, оно появлялось из-за того, что в детстве я жила в состоянии эмоциональной депривации и брошенности. У меня были родители, которые не делали ничего ужасного, но лишали меня любой поддержки и доверия. Начитавшись разных книг и материалов, я пыталась спасти от этого свою дочь. Я тратила все свои силы на нее, а своего внутреннего ребенка оставляла без заботы, снова сообщая ему, что он одинок. Все это я знаю благодаря психотерапии.

Из первой тяжелой депрессии я вышла без помощи антидепрессантов — у меня вообще было внутреннее ощущение, что они мне не помогут. Я уже не кормила грудью и употребляла алкоголь, чтобы стало легче. Когда же я оказалась в тяжелом состоянии во второй раз, я обратилась к психиатру.

Рядом со мной все время был муж, но ему и самому было страшно. Он хотел мне помочь, но я объясняла,

что повлиять на мое состояние могут только специалисты. Единственное, о чем я его просила, — это быть с дочерью. Если мне было совсем худо, он отпрашивался на несколько дней с работы и сидел с ребенком.

Последний депрессивный эпизод у меня был полгода назад: он длился два с половиной месяца. Это был самый тяжелый период — я не могла даже шевелиться. У меня было ощущение, что я умерла. Я лежала в кровати и не чувствовала своих рук и ног, мне казалось, что мое сознание живет отдельно от меня. К депрессии присоединилось паническое расстройство: у меня был страх внезапной смерти. Я боялась, что однажды просто не проснусь или меня съедет машина. Я обратилась к своему психиатру с просьбой назначить антидепрессанты и на следующий день уже сидела у него в кабинете. Он обследовал меня на предмет шизофрении, но этот диагноз не подтвердился. Он порекомендовал либо краткосрочную терапию антидепрессантами, либо более долгий метод лечения — психотерапию, а конкретно когнитивно-бихевиоральный подход. Он сказал, что в моем случае стоит попробовать вылечиться без лекарств. После этой встречи я стала ходить на психотерапию каждую неделю. Это был мой единственный повод выйти из дома — я не гуляла с ребенком и не встречалась с другими людьми. Благодаря терапии я стала обращать внимание на свои глубинные потребности и давать себе право на их выражение. Тогда мое состояние стало медленно улучшаться. К терапевту я хожу до сих пор.

Первую ласточку своего выздоровления я не забуду никогда: я проснулась утром, открыла глаза, «просканировала» себя и почувствовала полное спокойствие. Оно было абсолютно новым для меня. На следующее утро это ощущение повторилось, и с каждым днем во мне росло желание открывать глаза. Это было очень ощутимо — я чувствовала перемены даже на телесном уровне, мне стало легко, словно бы я сбросила 20 килограммов. Теперь по утрам я испытывала не ужас, а пусть небольшое, но все же удовольствие от жизни.

Я всегда была пессимистом, почти не умела радоваться. И когда появился ребенок, изменилась не только моя жизнь, но и я сама. Благодаря своему тяжелому депрессивному опыту, когда я не могла вставать, есть, подходить к телефону и даже открывать глаза и пить воду, я многое пересмотрела. Когда ты словно бы впервые делаешь вдох и понимаешь, что можно жить счастливо, ты испытываешь непередаваемые ощущения. При этом я боюсь возвращения в прежнее тяжелое состояние и понимаю, что мне было бы очень трудно пережить все это во второй раз. Мне кажется, что выжить в этом невозможно.

Когда я думаю о депрессии, мне очень грустно. Я сочувствую тем, кто опустил руки и решил, что это навсегда, а еще тем, кто не получает помошь, — я лично знаю людей, которые не могут позволить себе ходить к психотерапевту или психиатру. В обычной жизни практически нет места, куда человек может

прийти и получить поддержку без обесценивания, без предложений «выпить винишко» или «сходить в спортзал». Очень хочется что-то системно поменять. В ближайшее время мы с мужем планируем открыть семейный коворкинг, и я хочу найти специалиста, который организовывал бы группы поддержки для людей, страдающих депрессией.

Самое главное, что нужно знать всем, кто столкнулся с депрессией, — вы не одиноки. Да, это расстройство невозможно контролировать, оно приходит, когда хочет. Но это лечится — жизнь может снова приносить удовольствие. Другие люди, столкнувшиеся с депрессией, говорили мне, что самое сложное — сделать первый шаг, понять и признать, что тебе плохо и это патология. Когда у человека сломана рука, он быстро бежит в травмпункт — он испытывает резкую боль, и недуг очень заметен извне. А когда мы сталкиваемся с болезнью психики, которая по последствиям может быть хуже сломанной руки, нам кажется стыдным и неприемлемым попросить о помощи. Хочу пожелать всем девушкам, столкнувшимся с болезнью, смелости и любви к себе.

Комментарий Анастасии Федоровой:

Похоже, в этом случае имели место несколько идущих подряд депрессивных эпизодов, возникших на фоне дистимии (хронического депрессивного состояния). Героиня этой истории использовала алкоголь как противотревожное средство — важно помнить, такое поведение создает риск развития зависимости.

История 32-летней Елены

Мы с мужем два года жили на расстоянии — встречались раз в два месяца. Когда мы наконец съехались, на волне счастья я забеременела, хотя тогда мы не планировали детей. У нас были мечты пожить в свое удовольствие, попутешествовать, привыкнуть друг к другу. Сейчас я понимаю, что в тот момент была еще не готова к материнству.

Я очень долго не могла поверить в то, что беременна. В тот момент мы обживались, привыкали к новому городу и новой работе. До седьмого месяца я носила такую одежду, в которой живот почти не был заметен, — я немного стеснялась своего положения.

В первом триместре у меня был токсикоз, и мне казалось, что он начался из-за моего неприятия беременности. Зачатие произошло в новогодние праздники, когда было много алкоголя, да и вообще наш образ жизни нельзя было назвать здоровым — я боялась, что это повлияет на ребенка. Я долго спала по утрам и постоянно опаздывала на работу, но мне это прощали.

Наслаждаться беременностью я стала только в последнем триместре, и мне не хватило этого времени, чтобы привыкнуть к новой реальности. Я не думала о том, как буду вести себя с малышом: кормить, пеленать, утешать и заботиться. Эти мысли пришли только перед самым рождением.

Роды начались на две недели раньше срока. Схватки были почти безболезненные, и в роддом я приехала с практически полным раскрытием [шейки матки]. Меня

сразу отправили в родзал — там было холодно, и мне вдруг стало очень страшно. В итоге я буквально за два часа родила совершенно здорового ребенка. Муж все время был рядом, поддерживал меня во время и после родов — в роддоме разрешалось оставаться на ночь. Но когда он уезжал решать бытовые проблемы, у меня начиналась паника — я не знала, с какой стороны подступиться к ребенку.

Через три дня мы оказались дома. К нам на время переехали мои родители, чтобы поддержать нас. Они сразу стали меня раздражать: папа все время повторял, как сильно теперь изменится наша жизнь и как сложно нам будет, а мама меня просто не слушала. Она забыла, как ухаживать за новорожденным, — не могла сказать ни как обрабатывать пупок, ни как пеленать, — но почему-то все время боялась сквозняка и укутывала ребенка. Я рассчитывала на их помощь, но они словно бы сами растерялись — и в итоге скорее мешали, чем делали что-то полезное. У меня не было ощущения, что обо мне заботятся, — старших родственников волновал только ребенок. Они вроде бы приехали, чтобы помочь, но при этом не спрашивали, что нам нужно, и делали все по-своему.

Надо сказать, что у меня в принципе сложные отношения с родителями. Когда я была подростком, мама говорила мне вещи типа «с твоей внешностью придется хорошо учиться» и не раз обещала сдать меня в детдом. Конечно, это было давно, но после того, как я родила, все воспоминания расцвели пышным цветом.

Первые несколько дней после родов я была подавлена, но в один момент у меня началась эйфория: настроение улучшилось, откуда-то появилось много энергии и ощущение, что я могу свернуть горы. Я стала кричать на родителей. Муж приходил вечером и видел, что обстановка в доме конфликтная, а мое эмоциональное состояние расшатано. Внезапно родители решили, что у меня психологические проблемы, и пригласили домой психиатра, который специализируется на суицидальных случаях. Он выписал мне успокоительные — из-за этих лекарств мне больше нельзя было кормить ребенка грудью. В этот же момент я попала в больницу с абсцессом на ягодице, и мне сделали операцию под эпидуральной анестезией. Обстановка в клинике была гнетущая, к тому же я несколько дней была разлучена с ребенком. После операции, совпавшей с тем, что мне пришлось подавить лактацию, у меня началась депрессия. Моему сыну был месяц.

Помню, что вообще перестала чего-либо想要. По утрам я не могла проснуться и лежала в кровати до полудня; это продлилось полгода. Меня наблюдал тот же психиатр, который выписал мне успокоительные при эйфории. Он же поставил диагноз «послеродовая депрессия».

Я винила себя за то, что оказалась в таком эмоциональном состоянии, за то, что не кормлю грудью, за то, что несколько дней не была рядом с ребенком, и за то, что мне пришлось пить медикаменты. Чувство вины было совершенно ужасным. Еще во время

беременности я читала о том, что младенческий опыт каждого закладывает основы того, каким человеком он будет. Мне хотелось все сделать правильно, но это не получалось — и мне казалось, что я испортила ребенку жизнь.

Кроме того, меня постоянно преследовали иррациональные страхи. Я боялась, что наш дом обрушится, что с ребенком случится что-то непоправимое, что мы попадем в аварию. Боялась, что однажды сын начнет кричать, а я не смогу его успокоить. Я все время прокручивала в голове эти сценарии.

Врач выписал мне нейролептики и слабые антидепрессанты — он опасался, что сильный препарат может вызвать очередную предпсихозную эйфорию. Параллельно я ходила к нескольким разным психологам, но найти «своего» специалиста мне так и не удалось: один стал давать мне советы, другая сказала, что не наблюдала меня с начала болезни и поэтому не готова со мной работать.

Психиатр сказал, что мне необходимо спать по ночам, поэтому кормить ребенка вставал муж. В какой-то момент у него тоже ухудшилось эмоциональное состояние, началось что-то похожее на депрессию. Мне нужно было поддерживать его, но ресурсов и сил на это не было. В моем состоянии он винил себя и моих родителей. Это был очень сложный период для нашей семьи.

Когда ребенку был год, меня наконец отпустило. Я перестала принимать медикаменты. Появились силы и

идеи, чтобы жить дальше, стало понятно, что вряд ли мои «промахи» повлияли на здоровье, судьбу и темперамент моего сына. Конечно, любому человеку есть что рассказать о родителях на приеме у психотерапевта, так что я просто понимаю и принимаю, что никогда не буду идеальной матерью. Я не могу контролировать все события в жизни малыша, и это нормально.

Спустя год мое состояние все еще было неидеальным, но я стала подумывать о том, чтобы выйти на работу. Мы уже распланировали дальнейшую жизнь, но тут моего мужа уволили. Это известие я приняла спокойно, потому что уже давно проработала этот сценарий у себя в голове. Мы приняли решение снова сменить место жительства. Я была рада, что мы переезжаем: с тем городом было связано много неприятных воспоминаний. Мне гораздо комфортнее на новом месте, хотя у нас тут совсем нет знакомых и друзей. На мне благотворно сказался и сам процесс переезда: было приятно забить голову бытовыми вопросами. Окончательно «отпустило» меня уже на новом месте. Сейчас никаких психологических проблем у меня нет, — я чувствую себя хорошо. Правда, я до сих пор не решила, хочу ли второго ребенка.

Этот кризис отразил все страхи, все трудности моего детства и подросткового возраста. В итоге родители стали ко мне прислушиваться и сильнее оберегать: все боятся повторения того непростого опыта. Муж стал лучше понимать мое прошлое и мои внутренние особенности. Мы много об этом

разговаривали, и это дало нам возможность поднять взаимопонимание на новый уровень. Я очень благодарна ему за то, что он не сбежал, был рядом и старался по мере сил помогать. Я сама проработала многие внутренние проблемы и вышла из депрессии во многом благодаря этому.

Комментарий Анастасии Федоровой:

Похоже, здесь тоже все началось с мании (ее признаки — энергичность, ощущение эйфории и раздражительность), которая, как бы парадоксально это ни звучало, учитывая приподнятое настроение, часто предваряет депрессию. Вероятно, у девушки тоже биполярное расстройство.

История 32-летней Аси

В какой-то момент наших с мужем отношений мы решили не заморачиваться с предохранением и подумали, что, если получится забеременеть, я буду рожать. Все получилось очень быстро, но закончилось печально: у меня была замершая беременность (внутриутробная гибель эмбриона, которая не сопровождается отчетливыми симптомами. — Прим. Науч. ред.). Когда спустя год я забеременела своим сыном, я была в депрессии (как я понимаю теперь), и она сказывалась на наших отношениях с мужем — мы были на грани расставания. Вторая беременность была незапланированной, у нас в тот момент были сложности с финансами, но мы решили, что оставим ребенка. Свое

депрессивное состояние до беременности я связываю с гормональными изменениями в организме. Я не могла никуда выйти, мне все было сложно и тяжело, я ничего не хотела. Мы ужасноссорились с мужем. Простые вещи вроде отправки писем и общения с людьми (даже близкими) доставляли мне жуткие мучения. Я старалась сама избавиться от своего тяжелого состояния: через силу встречалась с подругами, занималась делами, иногда мне даже удавалось расслабиться и повеселиться. Мы решили переезжать в другую квартиру, и осознание скрытых перемен меня тоже подбодрило.

Беременность и ее гормоны полностью изменили мое состояние. В один момент я ощущала вселенское спокойствие, даже негу, и она была со мной еще долго. У меня было прекрасное настроение, и ничего, кроме бытовых сложностей, меня не тревожило.

Перед родами я практически не волновалась, и сами они прошли пусть не идеально, но быстро и достаточно спокойно. В роддоме было дискомфортно в бытовом плане, но я все время повторяла себе: «Никто кроме нас!», и мне удавалось ухаживать за сыном без страха и упрека. Сразу включилось чувство большой ответственности. Выписали нас на третьи сутки.

Первые полтора-два месяца после родов у меня было взвинченное и очень радостное состояние. Я уверена, что оно возникло благодаря гормональному фону, который придавал мне сил и заставлял испытывать что-то вроде эйфории. Я спала каждый день не больше четырех часов, и, когда родственники

предлагали мне поспать еще, я отвечала, что не хочу. Мой муж до сих пор вспоминает, что я могла отпустить его из дома отдыхать даже на несколько дней. Кстати, мои собственные воспоминания об этом периоде размыты: словно бы я полноценно не осознавала все происходящее со мной.

Мое состояние стало постепенно ухудшаться. Через полтора месяца у меня пропало молоко, которого изначально было совсем не много. Родственники со стороны мужа стали давить на нас, чтобы мы приехали вместе с ребенком на дачу. Я настолько не хотела туда ехать, что сборы заняли неделю. Я ощущала себя очень несчастной. Мы пробыли там неделю, и все это время мне было бесконечно тяжело. Это место ассоциировалось у меня с тюрьмой: отношения с родителями мужа у нас непростые. При первой возможности мы оттуда сбежали вместе с ребенком.

В какой-то момент, когда сыну было семь-восемь месяцев, я поняла, что у меня ничего не получается и жизнь совершенно беспросветна. Меня словно накрыло этим осознанием. Я больше не могла оставаться с ребенком наедине, это было слишком мучительно. В этом возрасте сын уже регулярно ездил на несколько дней к бабушке с дедушкой, и у меня была возможность отдохнуть одну или даже две ночи. Я каждый раз жутко винила себя за то, что не могу прийти в нормальное состояние за это время. Этот период тяжелейшей депрессии продолжался до момента, когда сыну исполнилось полтора года. Иногда мне словно бы становилось лучше, но я неизбежно откатывалась

назад, и это было ужасно. Я ходила на несколько сеансов психотерапии, но они мне не помогли.

Как я сейчас догадываюсь, моя депрессия осложнялась обсессивно-компульсивным расстройством. Чтобы начать выздоравливать, мне нужно было довести до конца дела, которые мне казались безумно важными: разобрать огромный шкаф в квартире и перестирать все вещи из него. У меня есть дневник, в котором я записывала свои действия: они должны были идти в определенном порядке. Вроде бы это дневник уборки, но на самом деле это летопись выхода из безумия. Кстати, такие особенности поведения были у меня со школьной скамьи — мне тогда было важно, например, чтобы в пенале все ручки лежали колпачком в одну сторону. В студенческие годы я могла затеять генеральную уборку накануне важного экзамена. Повторяющиеся регулярные действия позволяли мне успокаиваться, возвращаться в свою колею и лучше функционировать. Когда же я оказалась в послеродовой депрессии, мои компульсивные действия стали мучительными для меня самой. Мне был особенно важен порядок некоторых действий, и, если по каким-то причинам мне приходилось его нарушать, я начинала сильно беспокоиться. С ребенком вообще трудно делать что-то по намеченному плану, поэтому часто я приходила в отчаяние от того, что не могла сделать все так, как мне было нужно. Вместе с этим я испытывала глубочайшее чувство вины за то, что пыталась подстроить жизнь мужа и сына под свои потребности. Мы снова стали ссориться с мужем. Он все

время говорил, что я сижу на остановке и жду автобуса, который никогда не придет, а его это угнетает. Он искал в моих действиях логику, а ее в них быть не могло. Он был настроен пессимистично и не верил, что ситуация улучшится. В общем, было тяжело.

Тем не менее мы старались найти способы изменить происходящее. Мы вместе много читали и слушали лекции о психических нарушениях — депрессии и обсессивно-компульсивном расстройстве. В какой-то момент мой муж понял, что очень большую роль во всех этих процессах играет самооценка. Тогда он стал стараться поднимать мне ее. Это дало мне силы на рывок.

На разбор вещей у меня ушел год. Когда я наконец закончила со шкафом, я смогла вздохнуть с облегчением и снова почувствовать себя нормальным человеком. Вероятно, мне помогло время, а может, и то, что я довела дело до конца. Я привыкла к новой реальности и начала в ней жить. А еще, как мне кажется, роль в улучшении ситуации сыграла нормализация гормонального фона. Несмотря ни на что, я сама прикладывала усилия и пыталась вернуться к прежнему состоянию с помощью уборки.

В какой-то момент я с удивлением обнаружила, что могу остаться наедине с ребенком и даже пойти с ним гулять: мне больше не страшно и не плохо. У меня появились желания, а я уже и забыла, как это — чего-то хотеть. Я очень четко помню удивительное ощущение, что мне正常но: я хочу быть с сыном, я могу жить, не испытывая ужаса от всего происходящего. На тот

момент ребенку было примерно полтора года. Вскоре я забеременела дочкой и больше уже не оказывалась в депрессии.

Оглядываясь на свое тяжелое состояние, я думаю, что от этого никто не застрахован. Не важно, как именно ты готовишься к появлению ребенка, — даже если ты прошерстишь всю мировую литературу по общению с детьми, это не обезопасит тебя от депрессии. Если человек в этом состоянии просит оставить его в покое, это однозначно нужно сделать. Вообще, мне кажется, стоит обращаться с ним как с ребенком. Какую бы чушь он ни хотел делать, лучше ему потакать (разумеется, если это безопасно). Хочет перестирировать всю одежду в шкафу — не надо говорить, что это неправильно или нелогично. Наличие хоть каких-то желаний у депрессивного человека — само по себе неплохой знак.

Другим девушким, столкнувшимся с послеродовой депрессией, я бы посоветовала больше говорить со своими родственниками обо всех дискомфортных ощущениях. Чем дольше вы терпите, тем хуже вам становится. Второй совет — найдите специалистов, которые смогут вам помочь. У меня была возможность обратиться к психологу, но всего на несколько сессий — дальше я выбиралась из этой ямы сама. И еще: я уверена, что перед родами не стоит скрупулезно выбирать детскую одежду, коляску и люльку. Гораздо важнее подготовиться к другим возможным сложностям: найти контакты хорошего консультанта по грудному вскармливанию и достойного психиатра.

Будучи в депрессии, важно не переоценивать свои возможности. Не надо думать: завтра я встану, буду играть с ребенком, готовить обед и убирать квартиру, буду идеальной женой и мамой. Встала — уже хорошо. Были силы сходить в душ — тоже неплохо. Страйтесь все время хвалить себя: смогла расслабиться и спокойно посмотреть фильм — я молодец; получилось погулять с ребенком — герой, могу поощрить себя чем-нибудь! Мне эти методы очень помогали.

Комментарий Анастасии Федоровой:

В этой истории, как отмечает сама героиня, депрессия началась еще до беременности. Затем она сменилась подъемом настроения, а потом снова депрессией. Помимо расстройства настроения у нее, кажется, были навязчивые действия — но для уточнения этого факта требуется подробная диагностика.

История 31-летней Натальи

Мы с мужем планировали беременность и тщательно готовились к появлению ребенка: ходили на курсы для будущих родителей, устраивали фотосессию. Свою беременность я практически не замечала, чувствовала себя прекрасно — работала до выхода в декрет и училась до девятого месяца.

Роды прошли легко, моя акушерка назвала их «подарочными». Я, кстати, рожала платно — со своей акушеркой, без эпидуральной анестезии и стимуляции. Всю ночь, когда были схватки, я провела дома: набрала

ванну, зажгла свечки, сидела в воде и разговаривала с ребенком. Муж спал. Не могу сказать, что мне было как-то особенно неприятно, — боль была вполне терпимой. Я вела себя очень спокойно, и акушерка решила, что у меня тренировочные схватки. Под утро она предложила все-таки съездить в роддом, и там выяснилось, что у меня уже десять сантиметров раскрытия. Я родила за два часа, и в тот же день вечером мы уехали домой, потому что в роддоме не было свободных палат совместного пребывания (это те, в которых мам не разлучают с малышами).

Первый месяц все было более или менее нормально. Мне, правда, казалось, что ребенок постоянно плачет. Сейчас, когда я вспоминаю то время, понимаю, что это было совсем не так: он был относительно спокойным, хотя, конечно, приходилось кормить его ночью. Днем я не могла спать, когда спал малыш, потому что соседи делали ремонт и был постоянный шум. При этом я была полна сил и готова сворачивать горы — мне никто не объяснил, что эту энергию лучше расходовать только на себя и на ребенка, заставлять себя спать, быть дома и никуда не выходить хотя бы первые два-три месяца после родов. Я тут же начала работать, планировать путешествия, очень много писать в фейсбук — мне казалось, что скоро я стану суперблогером. Сейчас я думаю, что из-за этой бурной активности я перенапряглась и устала.

Это была середина января, на улице снегопады и морозы, погода ужасная, погулять не выйти. Весь первый месяц я держалась, но было сложно. К восьмому

марта я сказала мужу, что больше не могу, надо куда-то уехать. У меня было ощущение, что мне нужна помощь и что я неправляюсь сама. Я позвонила маме в Петербург — сама я живу в Москве, — но она сказала, что приехать не может. Сестра тоже не смогла мне помочь. Я не понимала, куда бежать. Тогда мне пришла в голову странная идея — поехать в Грузию. Я раньше бывала там, и мне очень нравилось: тепло, душевно, гостеприимно и очень любят детей. Это звучит странно, но я сказала мужу, что нам надо ехать в Тбилиси, потому что там мне будет легче.

Мы полетели с полуторамесячным ребенком в Грузию, сняли гостиницу, и спустя три дня меня окончательно накрыло. Первые два дня я толком не спала: мне было неудобно, что мы в гостинице, ребенок плачет, нас все слышат и так далее. Казалось, все стало еще хуже, чем дома, но, когда муж предлагал лететь домой, я говорила, что нам надо остаться, — это было похоже на навязчивую идею. Он не понимал, что со мной что-то не так, мы начали ссориться и спорить, оставаться нам или уезжать. В какой-то момент мне стало совсем плохо: я начала бредить, появились галлюцинации. Я плохо помню, что делала, но, кажется, кричала на мужа и просила его мне помочь, сделать что-нибудь. Он, конечно, не понимал, что именно. Он долго не вызывал врача, но в какой-то момент все же решился позвонить в скорую, и мы поехали в психбольницу. Я пробыла там сутки: врачи сделали укол, чтобы я заснула, и большую часть времени я проспала. Я смутно помню, что мы разговаривали с

каким-то профессором, он дал нам выписку, и еще несколько дней мы пробыли в этой гостинице, пока я приходила в себя. Потом мы улетели в Москву, и там я легла в больницу с диагнозом «психоз».

Первые два месяца жизни сына я кормила его грудью и все время адски хотела есть. При этом я очень боялась поправиться, поэтому не могла расслабиться — записывала, что ем, пыталась ограничивать себя в еде. В Грузии мне так хотелось есть, что по ночам я спускалась на ресепшен и искала что-нибудь съедобное. Однажды нашла вяленую рыбу и съела ее с хвостом и головой! Думаю, этот голод и ограничения тоже сыграли свою роль в развитии болезни.

Когда я оказалась в московском стационаре, мне стало мерещиться, что кто-то настраивает телевизионные каналы специально для меня и что между эфиром и тем, что мне говорят врачи, есть какая-то связь. Еще была мысль, что люди, которые проходят за окном, тоже знают, что я здесь лежу. Я пыталась рассказывать об этом врачам, но мне трудно было сформулировать, что я имею в виду. В больнице я пробыла около двух недель и в последние несколько дней уже казалась самой себе адекватной. Оставаться там я не могла, потому что мне было очень некомфортно: там лежали люди с тяжелыми психическими заболеваниями. Я один раз сходила на групповую терапию и больше не захотела там появляться. Мне назначили нейролептики. Врачи говорили, что такой психоз может случиться на фоне

родов, что это нормально. Вообще с докторами мы общались мало, в основном меня лечили препаратами.

Когда я выписалась из московской больницы, мы поехали в Петербург к моей маме — она согласилась помочь с ребенком. Там я стала регулярно ходить к психиатру. Дважды врач уговаривала меня снова лечь в стационар — в итоге в Петербурге я лежала в больнице два раза по несколько дней. Меня клали в отделение, где лечились больные без страшных психиатрических диагнозов, в основном с депрессией. Родственники могли посещать меня почти без ограничений. Там были ежедневные беседы с психиатром, то есть я не просто лежала и пила таблетки. Нейролептики, кстати, я пила в общей сложности около года.

Мои близкие были шокированы этой историей. Муж вовремя собрался и настроился просто действовать. Он общался с врачами, решал вопросы с ребенком, все на себе тащил и разруливал. Сестра была в ужасе, смотрела на меня круглыми глазами и не понимала, как со мной общаться. Мама не видела меня в остром состоянии, в Петербург я приехала уже более или менее в себе. Я много спала и была заторможенной, но никакого бреда и галлюцинаций уже не было. Она говорила мне, что это нормально, что такое бывает, и спокойно относилась к ситуации.

После психотических приступов пришло депрессивное состояние. Первое время в Москве в больнице я вообще не вспоминала о ребенке, вела себя, как будто его нет. Меня волновали незавершенные рабочие проекты, я пыталась связываться с коллегами и

обсуждать с ними вопросы по работе. Когда же мы приехали в Питер, у меня исчезло чувство отторжения к ребенку. Я проводила с ним время с удовольствием, хотя психиатр мне все время говорила о том, что я не обязана о нем заботиться, если мне это тяжело.

Взаимодействовать с ним она разрешала только тогда, когда я хочу этого сама. Ночью я к нему не вставала — мы перешли на смесь, и его кормил муж. Зато днем мы гуляли и играли, и мне было вполне正常но. При этом я ощущала подавленность и тревогу: мне все время казалось, что что-то не так, у меня был постоянный мандраж. Было много энергии, и, когда ребенок спал, я не знала, чем себя занять. Я ходила по маминой квартире и убиралась, читала книги и придумывала себе дела. Мне казалось, что жизнь проходит зря. Я не могла расслабиться, мне нужно было быть все время занятой. Я работала и писала книгу.

В больнице на всех предметах мебели были написаны инвентарные номера, и они меня чем-то пугали. Мне было неприятно на них смотреть. Если я видела такие номера на горках и качелях во время прогулки с ребенком, мне становилось дико страшно, и я уводила ребенка домой. Еще мне не хотелось ни с кем общаться и никого видеть.

В Петербурге мы были с апреля по сентябрь. Осенью вернулись в Москву — я чувствовала себя более или менее окрепшей. Решение о возвращении принимала не я, а моя семья. Мы потратили на лечение все сбережения, и пора было снова начинать зарабатывать. Я проконсультировалась со своим психиатром, и она

сказала, что, в принципе, проблем не видит. Правда, она спрогнозировала, что мне предстоит пить лекарства еще года два.

У меня проявлялись побочные эффекты от медикаментов. При этом тревога, от которой я пыталась избавиться, не прекращалась, а иногда даже нарастала. В Москве мне несколько раз становилось плохо на улице. Меня пугали люди. Мы нашли нового психиатра, который говорил, что меня лечили консервативными методами с очень высокой дозировкой препаратов и что в прогрессивном медицинском мире с диагнозами вроде моего так давно не работают. Мы стали снижать дозу, и в конце концов я перестала принимать лекарства.

Еще я два раза ходила к психологам. Первая мне не понравилась совершенно — мне даже показалось, что она вогнала меня в еще большую депрессию. Со второй было лучше, но она сказала, что мне не нужна регулярная терапия, потому что я хорошоправляюсь сама.

Я думаю, в итоге я вылечилась благодаря некоторым факторам. Во-первых, меня поддержала семья: родственники и муж взяли на себя заботу и о ребенке, и обо мне, и я могла вообще ни о чем не думать весь тот период. Во-вторых, мне помогли лекарства. А еще я верующий человек, поэтому я молилась и читала Библию. Как-то раз я была в церкви, и там была проповедь о том, что наши внутренние страхи — это проявления, которым мы можем просто не разрешать влезать в нашу жизнь. Это не часть нашей человеческой сущности, а то, что приходит извне, и

каждый может не пускать это в себя. Мне это очень помогло — я поняла, что вполне могу не бояться людей и не паниковать все время.

Наверное, окончательно здоровой я почувствовала себя, когда перестала принимать лекарства. Меня расстраивало, что я их пью: я была уверена, что, раз принимаю нейролептики, значит, больная, псих, и очень себя винила. Каждый раз, когда мне увеличивали дозировки, это была трагедия, поэтому, когда я смогла отказаться от таблеток, я ощущала себя победительницей.

Послеродовой психоз и депрессия — самый страшный период в моей жизни. Тем не менее этот опыт научил меня бережнее относиться к себе и к другим, видеть, насколько хрупки наша психика и эмоции. Мне казалось, в моем случае беды не предвещало ничего: когда мы летели в Грузию, я ощущала себя вполне нормальной, просто чуть уставшей матерью — я была готова к путешествию и приключениям. Все сломалось в один день.

Мне кажется, во время депрессии ты не веришь, что это может закончиться и однажды ты снова станешь нормальным человеком. Тем не менее это так: все возвращаются в свою прекрасную жизнь. Всем девушкам в послеродовой депрессии я хочу сказать: эта проблема не связана с вашим характером или с особенностями психики. Вы ни в чем не виноваты! Я постоянно думала, что не должна стать домашней клушей и домохозяйкой, поэтому сразу после родов кинулась работать. А надо было первые месяцы

позволить себе сидеть в халате на диване с грязной головой и наслаждаться этим. Нужно разрешить себе быть слабой, полной, не знаю какой еще — главное принимать себя и любить.

Сейчас я беременна вторым ребенком. Мы с мужем всегда хотели двоих или троих детей, и нам казалось, что три года — хорошая разница в возрасте между ними. В итоге она будет чуть меньше — два с половиной года. Мне немного страшно: я думала снова пойти к психиатру, но пока не сделала этого. Когда я болела, мне говорили, что велика вероятность, что это не повторится. Я очень надеюсь, что это была разовая история.

Комментарий Анастасии Федоровой:

Похоже, речь идет о биполярном расстройстве второго типа. Оно началось с гипомании или мании и осложнилось психотическими симптомами (галлюцинации, паранойя). Большое расходование энергии в период мании — действительно одна из причин последующего развития депрессии.

В этой истории есть несколько показательных моментов. Во-первых, зачастую родственники поздно начинают подозревать, что что-то не в порядке, и, следовательно, обращаются за помощью только в момент, когда у человека уже развился психоз. Во-вторых, пациентам свойственно находить объяснения всем своим симптомам (мне, например, кажется, что страх поправиться и ограничения в питании были не причиной, а проявлением расстройства). Это

психологически разгружает — мысль об отсутствии конкретной причины (а часто ее и правда нет) мучительна. В-третьих, психические расстройства в анамнезе, а тем более связанные с родами, — фактор риска, который важно учитывать при планировании новой беременности, поэтому в подобной ситуации важно заранее наладить контакт со специалистом, который будет контролировать ваше состояние после родов.



Глава 7

Ребенок

Как справиться с мыслью, что вы плохая мать

Во время послеродовой депрессии мне казалось, что я буквально разрушаю отношения со своим сыном, и это было ужасно тяжело. Вот неполный список моих мыслей и чувств в отношении ребенка, которые не давали мне покоя во время острой фазы расстройства:

- Я плохая мать (это общий знаменатель всех остальных пунктов списка).
- Я не получаю удовольствия от материнства.
- Я не испытываю любви к ребенку, он это чувствует и страдает от этого.
- Я уверена в том, что ребенок не любит меня.
- Я боюсь оставаться с ним один на один.
- Мне трудно ухаживать за младенцем — и физически, и морально.
- Я постоянно испытываю чувство вины по отношению к ребенку.
- Я боюсь причинить ему вред.
- У меня не получится построить с ребенком правильные отношения в русле теории привязанности, о

которой мне столько говорили на курсах подготовки к материнству.

— Я не могу проводить с ним столько времени, сколько он заслуживает.

— Я беспомощна в том, что касается здоровья и благополучия моего ребенка.

Похожие мысли возникают у всех, кто сталкивается с послеродовой депрессией. Быть родителем с этим расстройством вообще тяжело, поэтому важно воздавать себе должное за те вещи, которые у вас все-таки получаются. Заведите список всех материнских и бытовых обязанностей, с которыми вы успешно справляетесь:

— Я встала утром с кровати — это достижение!

— Я вымыла руки и почистила зубы — это достижение!

— Я сменила малышу подгузник — это огромное достижение!

— Я приготовила завтрак себе и накормила ребенка — так держать!

— Когда младенец плакал, я старалась укачать и утешить его — я герой!

— Я старалась дать ребенку необходимую ему ласку: гладила и целовала его — здорово!

— Я сделала что-то для себя — отлично!

— Вышла на прогулку — с ребенком или одна — супер!

— Разрешила себе испытывать трудные чувства и вспомнила о том, что это тяжелое состояние обязательно пройдет, — я молодец!

— Нашла в себе силы поговорить с кем-то из близких — я справилась!

Все эти дела имеют значение. А вот несколько мыслей, которые, надеюсь, помогут вам побороть беспокойство о влиянии вашей депрессии на ребенка:

— Все мы в первую очередь люди, и только потом — родители. Мы совершаем ошибки, наши дни бывают удачными и не очень, настроение может быть солнечным, а может — мрачным. Да, все это влияет на наших детей, но это часть жизни. Не бывает идеальных родителей.

— Ваша депрессия не сломает ребенка. Давайте посчитаем. Если принять за истину, что личность ребенка формируется в первые пять лет его жизни, то два-три месяца тяжелых проявлений депрессии — это всего 3-5 процентов этого времени. У вас еще будет возможность все исправить!

— Вы не единственная, кто несет ответственность за развитие вашего ребенка. Помимо вашего отношения, за формирование его личности отвечают природная комбинация генов, его собственный врожденный темперамент, а еще поведение отца, бабушек и дедушек, братьев и сестер, учителей и одноклассников.

— Признайте, что полный контроль в родительстве, как и вообще в жизни, невозможен. Мы привыкли думать, что если будем следовать каким-то жизненным правилам, положительный результат нам гарантирован — например, если мы будем посвящать все свое время ребенку, он вырастет безупречным. Это не так.

«Контролируй что можешь и забудь об остальном» — единственное правило, которое может сработать в отношении родительства.

Спросите себя, приложили ли вы все усилия, чтобы ребенок был в безопасности, был здоровым и окруженным заботой? Вы говорите с ним, кормите его, меняете подгузники и вовремя укладываете спать? Или договорились с мужем или своими родителями, что они на время возьмут эти заботы на себя? Ответ на эти вопросы положительный? Поздравляю, вы прекрасно справляетесь! С младенцем все будет в порядке.

Что такое привязанность и зачем она нужна

Согласно теории, сформулированной английским психиатром Джоном Боулби в середине XX века, привязанность — это биологический инстинкт, который заставляет ребенка, ощущающего угрозу или дискомфорт, искать близости с надежным взрослым и ждать, что тот нейтрализует эти негативные факторы [73].

Надежный (значимый) взрослый — это человек, который стремится удовлетворять потребности ребенка, избавляет его от дискомфорта. Важнейший принцип теории привязанности состоит в том, что для успешного развития ребенок должен иметь эмоциональные отношения как минимум с одним значимым взрослым. Поначалу эти отношения требуют внешней поддержки, а потом опыт таких отношений становится частью психики, и ребенок

может опираться на него и проживать сложные ситуации легче.

Специалистка по возрастной психологии Мэри Эйнсворт в 1960–1970-е годы проводила исследования, в которых обнаружила, что у детей формируются различные паттерны привязанности в зависимости от того, каким был ранний опыт взаимодействия со значимым взрослым (например, мамой). Ранние паттерны привязанности, в свою очередь, формируют (но не определяют) ожидания индивидуума в последующих взаимоотношениях [74].

По словам детского психолога Алены Легостаевой, надежная привязанность похожа на систему пожарной сигнализации. Пока пожара нет, это просто датчики на потолке комнаты, но если происходит возгорание, они активируются. Когда случается что-то плохое, нам, чтобы справиться с ситуацией, нужно либо найти утешение в действующих отношениях, либо «включить датчик», вспомнив, как мыправлялись с трудными случаями в раннем детстве. В критической ситуации нас выручает понимание того, что мы можем опереться сами на себя, — возможно, потому что у нас когда-то был опыт опоры на другого. Теперь мы столь же сильны, как взрослые, поддерживавшие нас в детстве. Если у человека в детстве не было опыта надежной привязанности, он может быть лишен базового доверия к окружающему миру и другим людям: у него могут быть проблемы во

взаимоотношениях и общении, низкая самооценка, неустойчивое поведение.

Как быть, если боишься, что нанесла ребенку психологическую травму

«С чувством вины разной степени выраженности сталкивается почти каждая молодая мать, — рассказывает репродуктивный психолог Марина Юминова. — Сегодня много где пишут и говорят про ранние детские психологические травмы: некоторые родители, кажется, уверены, что, как бы они себя ни вели, это обязательно травмирует ребенка. На деле психика ребенка не такая уж хрупкая, а поступки, которые однозначно травмируют, довольно жесткие и не свойственны человеку, который готовился к роли отца или матери и ориентирован на заботу. Травма — это состояние, возникающее, когда что-то ужасное происходит разом: например, если мать в состоянии аффекта или злости трясет или бьет ребенка. Да, такое тоже бывает, и не только во время депрессии — иногда человека охватывает гнев, и он не может с ним совладать. Еще один вид травматического опыта — когда ребенка систематически и надолго оставляют одного: бывает, малыш все время плачет, а ему так „закаляют характер“.

При этом системы взрослого организма в норме устроены так, что родитель физически не может долго терпеть плач ребенка. Биологические механизмы

родителей заставляют их придумывать что-то, чтобы облегчить состояние младенца, позаботиться о нем. Поэтому в большинстве случаев травмирующего опыта удается избежать. Сложности во взаимной настройке родителей с детьми — не беда. Ошибки — часть родительства, в этом нет ничего страшного. Важно, как с ними работать потом. Допустим, ребенок упал с дивана. Грозит ли это психологической травмой? Нет: родитель может успокоить малыша и позаботиться о нем. Травма же — это когда с ребенком происходит что-то тяжелое и никто не приходит ему на помощь, не успокаивает его и не пытается облегчить его состояние».

По словам Марины Юминовой, матери в послеродовой депрессии нужно постараться мысленно отделить себя от младенца. «С одной стороны, — говорит репродуктивный психолог, — очевидно, что ребенок требует материнского внимания и ухода, с другой — у нее самой сейчас тяжелое состояние. Если она все время пытается включиться в заботу о младенце, но при этом у нее на это нет ресурса, страдают оба: собственные неудовлетворенные потребности не дают женщине возможности удовлетворять эмоциональные и физические потребности ребенка. Зато она может искать альтернативные варианты: например, обеспечивать базовый комфорт (кормить и менять подгузники), а в остальном просить помощи близких. Следующий шаг — обратиться за помощью для себя и организовать свою жизнь так, чтобы не испытывать глубочайшего чувства

вины. Начать стоит с установления и соблюдения режима сна и питания».

— Ученых пока нет точного ответа на вопрос, что чувствует ребенок, мать которого столкнулась с послеродовой депрессией, — говорит детский психолог Алена Легостаева. — Можно что-то предполагать и делать попытки интерпретировать поведение такого младенца, но подтвердить гипотезы сложно. Зато известно, что привязанность ребенка к матери формируется в последнем триместре беременности [75]. К моменту рождения у мамы с младенцем уже существуют отношения, то есть их не надо строить с нуля. Когда наступает депрессия, в этих отношениях возникают сложности, в результате которых контакт теряется. Но восстанавливать его легче, чем создавать.

Главное, что вам нужно знать (и что неплохо было бы знать мне в свое время): младенцы могут устанавливать прочную связь и учиться доверию и любви не только у матери. Поэтому помочь ребенку, чья мать столкнулась с послеродовой депрессией, можно одновременно самым простым и самым сложным образом — обеспечить ему контакт с человеком, который выполнял бы материнскую функцию. Если мать получает адекватное лечение, а рядом с ребенком есть другой надежный взрослый, болезнь не окажет существенного влияния на развитие младенца.

В идеале надежный взрослый для ребенка женщины с депрессией — это тот, кто сможет взаимодействовать с младенцем так же, как мать, если бы она не заболела. Это может быть отец, бабушка и даже няня. Главный

критерий: этот человек должен быть очень заинтересован в том, чтобы наладить контакт с ребенком. Алена Легостаева рассказывает, что надежный взрослый должен выполнять несколько функций: слышать сигналы ребенка (плач, недовольство и так далее) и пытаться дифференцировать их — хочет ли ребенок спать или есть? Может, у него что-то болит или ему просто скучно? У взрослого достаточно психических ресурсов, в то время как у ребенка их совсем мало, поэтому он очень зависим. Чем младше ребенок, тем меньше у него способности к саморегуляции — к примеру, новорожденному максимально трудно ждать, когда ему дадут еду. По мере взросления он учится терпению, опираясь на голос взрослого, который, например, говорит: «Подожди, сейчас я дам тебе поесть». Период ожидания растягивается, а саморегуляция улучшается — этот навык активно развивается в первый год жизни ребенка.

Некоторые женщины, столкнувшись с послеродовой депрессией, взваливают на себя слишком много: им трудно заниматься ребенком, но и доверить заботы близким они по разным причинам не могут. Нужно понимать, что, проводя 100% времени с младенцем, будучи при этом в острой фазе депрессии, вы снижаете свои шансы на скорое выздоровление. Для успешного лечения важны не только психотерапия или прием лекарств, но и возможность отдохнуть от ребенка и провести время наедине с собой или с теми, кто помогает вам расслабиться. Если вы решили поспать

днем несколько часов, пока за ребенком в соседней комнате ухаживает ваша мама или свекровь, — это нормально и правильно. Если вы принимаете ванну с пеной, пока муж укачивает малыша, — это нормально и правильно. Если вы разговариваете о своем состоянии с подругой, а няня в это время гуляет с ребенком на улице — это нормально и правильно. И еще одно: присутствие «плохого» взрослого всегда лучше, чем отсутствие взрослых вообще. Ребенок, чья мама страдает послеродовой депрессией, все же в значительно лучшем положении, чем воспитанники детских домов.

Депрессия матери — непростой опыт для всех, в том числе для младенца. И все же, несмотря на свою хрупкость и беззащитность, ребенок обладает достаточным биологическим запасом прочности и способен до определенного предела выносить сложности в контакте со взрослым. А у матери почти всегда есть возможность не оставлять ребенка с травмирующим опытом один на один. Как правило, разрыв контакта компенсируется, когда женщина приходит в норму.

Данные о влиянии материнской депрессии на ментальное состояние ребенка неоднозначны. В одних исследованиях наличие расстройства коррелировало со сниженными показателями моторного развития младенцев [2]. В других связи между психологическим дистрессом матери и темпераментом ребенка не обнаруживали [76]. При этом в исследованиях, выявляющих связь, речь идет скорее о хронической и

рецидивирующей депрессии матери, чем о послеродовой. Предполагается, что чем тяжелее и продолжительнее депрессивный эпизод, тем выше вероятность, что он скажется на ребенке [75].

Как сохранить контакт с ребенком во время лечения

Возможность не потерять контакт и полностью восстановить его позже есть даже у женщин, которые лечат послеродовую депрессию в стационаре. Да, это непросто — если вы видите ребенка пару раз в неделю, при встрече велик шанс растеряться и не сразу сообразить, как правильно воспользоваться отведенным временем. Главное правило — несмотря ни на что, продолжать попытки контактировать с младенцем.

Марина Юминова рассказывает, что помочь могут даже видеозвонки. А еще можно класть в его кроватку футболку, которую вы носили и которая пахнет вами. Попросите того, кто занимается ребенком в ваше отсутствие, как можно чаще говорить о вас, рассказывать, что мама его любит и хочет быть рядом. И всегда старайтесь слушать себя: не стоит дважды в день звонить домой, если вам это трудно.

Вернувшись домой после нескольких недель или месяцев в больнице, начинайте постепенно налаживать связь. Тут работают те же механизмы, что и после родов: пытайтесь отслеживать сигналы младенца, чутко реагировать на его запросы и обеспечивать ему телесный контакт.

Если вы лечитесь дома, учитывайте, что младенец не умеет ждать: ему нужно, чтобы мама или заменяющий ее человек реагировали быстро. Чем младше ребенок, тем меньше времени у взрослого на то, чтобы откликнуться на плач. Если лекарства и сама болезнь действуют на вас так, что вы не можете быстро реагировать, нужно уходить на второй план, передавая ответственность другому значимому взрослому. Но не переставайте пытаться взаимодействовать с младенцем по мере сил. Здорово, если это будет не механическое взаимодействие и вам удастся получить от него удовольствие. Попробуйте понять, что именно в общении с ребенком нравится вам больше всего (это может быть кормление, игра, укладывание спать), и заниматься именно этим, а активности, в которых вы чувствуете себя неуверенно, передайте партнеру.

Как говорить о депрессии с выросшим ребенком

В какой-то момент послеродовая депрессия становится фактом семейной биографии. Мария Юминова объясняет, что интерпретировать его — в том числе в разговорах с ребенком — можно по-разному: «Деструктивный вариант: „Ужасный период, когда мама была разлучена с сыном или дочерью или совсем мало занималась ребенком“. Конструктивный: „Мама заболела, но очень хотела быть с сыном или дочерью; семье ужасно повезло, что у нее такой прекрасный пapa (бабушка, тетя, няня и так далее), который

поддерживал всех все это время"». Не пытайтесь стереть свою депрессию из памяти ребенка — да, это было огромное испытание, но семья его преодолела, и это значит, что оно ценно.

Алена Легостаева уточняет: «Важно, чтобы эпизод послеродовой депрессии не был чем-то стыдным и замалчиваемым. В то же время не стоит муссировать травму. Постарайтесь говорить об этом так, чтобы ребенок усвоил: в ситуации, когда мама болела и ей было тяжело, о нем заботился отец или другие родственники, то есть в критический момент всегда появляется дополнительный спасительный ресурс. В будущем это может стать для него прочной опорой: он будет знать, что даже самая непростая история может закончиться хорошо».

Глава 8

Жизнь после расстройства

Что делать со стигматизацией психических расстройств

Январь 2019 года. Я заканчиваю работу над этой книгой и натыкаюсь на пост лайфстайл-блогера со 150 тысячами подписчиков в инстаграме. Она рассказывает, что посмотрела фильм «Талли» (художественный фильм 2017 года о трудностях послеродового периода и материнства в целом. — Прим. Авт.), и делится впечатлениями. Комментарий подписчицы о главной героине фильма, собравший 32 лайка (орфография и пунктуация — авторские): «Вообще не поняла, почему она в депрессии? Прям выбесил меня этот фильм! Какое у нее такое горе случилось? Есть дом, мужик с работой, и трое своих здоровых детей! Тут счастливой быть, а не в депрессию впадать! Трое нормальных детей, двое из которых в школе большую часть дня, мужик мямя, конечно, но блин деньги приносит, не пьет, не бьет, не гуляет, готов выслушать ее, брат готов оплатить няню, в чем проблема-то!!!? Бабушка моя, бл..ть, в деревне в военные годы без памперсов, горячей воды, стиралки и плиты 6 детей в доме собственном родила, не в роддоме (!), еще корову к 6 утра подоить, куриц

накормить и все такое и дед пьющий периодически. Никаких тебе депрессий. Дожила до 90 лет в здравом уме с адекватными реакциями на все! А тут депрессия на ровном месте, бесит!»

Я понимаю, что людей, которые говорят или думают что-то подобное, много. Мне такие слова кажутся нечестными, несправедливыми и очень злыми, но я уверена, что эти женщины и мужчины не виноваты. Социальные и культурные установки словно бы обязали нас, родив, быть счастливыми. Не выходит? Да быть такого не может! И вот мы уже оправдываемся перед знакомыми, недовольными родственниками, врачами в поликлиниках за наши тела, мысли, представления о счастье и комфорте. За то, что решили пойти не по социально приемлемому, но по единственному верному для нас самих пути.

Не существует универсального сценария жизни после родов. Мы не становимся экспертами в материнстве в тот момент, когда нам на грудь кладут новорожденного. Наша жизнь перевернулась, и теперь далеко не все в ней зависит от нашего ума, настойчивости, умения приспосабливаться и силы воли. Но в этом сложно признаться даже себе, что уж говорить о других. Честный и открытый разговор может отправить нас на скором поезде в царство токсичного позора, осуждения и тотального неприятия.

На тот злой комментарий в инстаграме я не отвечаю. Я редко чувствую в себе силы вступать в словесные баталии в социальных сетях. Сначала я просто злюсь, потом понимаю: это лишнее

подтверждение тому, что книгу я написала не зря. Когда я писала, я будто бы мысленно разговаривала с тем самым обесценивающим жестоким голосом из интернета. Я очень надеюсь, что моя работа будет полезна не только женщинам, столкнувшимся с послеродовой депрессией. Если мне и всем экспертам, которые помогали мне работать над текстом, удастся повлиять хоть на одного скептика, я буду считать это большой победой.

По моим наблюдениям, открыто обсуждать расстройства психики как часть общественной жизни в России стали только в последние годы. При этом я пока не чувствую, что мы полностью готовы относиться к людям, имеющим этот опыт, как к равным, достойным уважения и признания.

Когда я гуглила материалы о стигматизации людей с психическими расстройствами, почти сразу наткнулась на автореферат диссертации 2009 года, которая называется «Стигматизация больных депрессией» [77]. Там есть очень красноречивые данные: «В отличие от других, респонденты группы „Общество“ (ее составили сотрудники отделов кадров, юридических служб, педагоги, работники торговли и другие лица, с которыми наиболее часто сталкиваются больные в повседневной жизни) были плохого мнения о характерологических особенностях больных депрессией, оценивали их особенно негативно: „нытики и пессимисты“ (95%), „эгоисты“ (86,67%), „лентяи“

(38,33%), „своей плаксивостью вызывают негодование“ (75%) и „в тягость сослуживцам“ (96,67%). По мнению группы „Общество“, наличие у больных депрессией таких черт делает их обузой для семьи и предприятия, вызывая к ним неприязнь и недоверие как к плохим работникам, которым нельзя доверить ответственное дело».

«Каждый хоть раз что-то слышал о психических расстройствах, а может, встречался с теми, у кого они есть или были раньше. Стоит знать, что психические расстройства так же реальны, как физические болезни, и необычное или странное поведение человека может быть следствием их, а не вредности, лени и пессимизма, — говорит Анастасия Федорова, которую я попросила прокомментировать этот отрывок. — Возможно, такое неприятие связано с отсутствием знаний о том, что такое расстройства психики, какие они бывают, в чем проявляются. Людей пугает то, что непонятно и необъяснимо».

«Стигматизация послеродовой депрессии — это проявление глобальной стигматизации психических расстройств, — считает Дарья Уткина. — Чтобы ее победить, надо писать книги, создавать группы поддержки, высказываться в медиа. Тем более конкретно эта тема близка всем: либо ты сама была в послеродовой депрессии, либо с ней сталкивались твоя мама, тетя, сестра, подруга».

Стигматизация мешает поддерживать близкие отношения с людьми, искать работу, строить семью. Она создает ложное впечатление, что людей с

психическими расстройствами мало или практически нет. А еще она делает очень трудным, почти невозможным обращение за помощью.

По статистике ВОЗ, в странах с низким и средним уровнем дохода от 76 до 85% пациентов с психическими расстройствами не получают никакого лечения. В странах с высоким уровнем дохода в таком положении оказываются до 50% людей с расстройствами [78]. Моя мечта — мир, в котором обращаться за профессиональной помощью при психическом расстройстве будет так же естественно, как идти к терапевту при гриппе или к окулисту, когда падает зрение. А еще там бы все понимали, что человеку в депрессии нужны поддержка и лечение, а не осуждение и навешивание ярлыков.

Что делать со стигматизацией материнства

Дискrimинации в России подвергаются не только разного рода меньшинства. Матери сталкиваются с ней на каждом шагу. С одной стороны, государство принимает меры для повышения рождаемости: материнский капитал, брошюры о «женском предназначении» и семейных ценностях в женских консультациях, оплаченные Минздравом статьи в женском глянце о прелестях материнства. С другой — на деле прав и свободы у женщины после рождения ребенка резко становится меньше. Кормишь грудью на публике? Готовься к порицанию [79]. Хочешь пойти с

ребенком в музей? Жди возмущения [80]. Долго была в декрете? Прощайся с карьерой! [81] Летиши в самолете с младенцем? Будет возмущение на весь фейсбук! [82] Вывела ребенка на прогулку без шапки? Выслушай непрошеный совет! В общем, родила — чувствуй себя максимально неудобной.

«Мы сталкиваемся со стигматизацией каждый раз, когда видим в интернете хэштег #яжемать, — считает Елена Боровая, журналистка и ведущая ютюб-канала „Мать года“. — Найдутся тысячи людей, которые скажут, что ничего не имеют против публичного грудного вскармливания, но „вообще-то лучше прикрыться“. Но это не их дело — как и любой другой личный выбор любых других людей. Токсичные шутки, мемы про матерей, обесценивающие комментарии в интернете ведут к тому, что женщины, стремясь заслужить одобрение, могут перестать слышать себя и открыто говорить о своих желаниях».

Сегодня матерям в России приписывают огромное количество пороков: от отсутствия критического мышления до любви ко всему бесплатному. Еще одна частая проблема, связанная с этим, — нарушение границ. «Непрошеные советы можно услышать от старших родственников, людей на улице, комментаторов в интернете, — говорит Елена. — Чаще всего люди оправдывают свое поведение заботой о будущем ребенка. Мне хочется обнять каждую маму, которая с этим сталкивается. Страх встретить осуждение может вылиться в недовольство жизнью и собой, эмоциональные срывы, депрессивные состояния

и нарушение контакта с ребенком. А винить в произошедшем она будет себя и свое материнство. Так не должно быть!»

Как бороться со стигматизацией? Елена Боровая уверена: распространяя знания. «Нужна доступная и правдивая информация о том, каково быть матерью, с чем женщины придется столкнуться после родов, какие существуют возможности и сервисы, облегчающие жизнь родивших женщин. Это может повысить общественную способность к эмпатии и принятию».

«Главное, что мы можем, — это не делать вид, что послеродовой депрессии не существует, — говорит психолог Вера Якупова. — Я считаю, что просвещение — первый шаг, а заблаговременное информирование о депрессии — отличная профилактика».

По словам Елены Боровой, победу над стигматизацией может приблизить даже качественная инфраструктура: например, приятные и чистые комнаты матери и ребенка в торговых центрах, доступность транспорта, пандусы для колясок в переходах и подъездах. «Поможет социальная реклама, которая будет объяснять далеким от родительства людям, в чем интересы и потребности тех, кто выбрал путь рождения и воспитания детей. Есть расхожий и очень правильный аргумент: даже те люди, которые не любят детей, сами когда-то ими были. Для меня стигматизация материнства — в некотором роде стигматизация жизни, ее естественных процессов. Хотелось бы, чтобы общество было милосерднее и толерантнее, чтобы люди

уважали не только собственные границы и научились ставить себя на место других».

Как депрессия изменила мою жизнь

Я не помню той удивительной минуты, когда мне стало хорошо. Пожалуй, мне становилось лучше постепенно. Я принимала антидепрессанты и нейролептики в общей сложности полтора года. К концу этого срока я поняла, что хочу скорее закончить лекарственную терапию: надоели и побочные эффекты, и ограничения, а состояние казалось стабильным. Тогда я перестала ходить на приемы к психиатру, который наблюдал меня в больнице и настаивал на длительном медикаментозном лечении после выписки, и нашла нового, который согласился постепенно снижать дозы лекарств. В начале лета 2018 года я оставила в прошлом и депрессию, и лечение.

Тогда же, в июне, я нашла новую психотерапевтку (до беременности я проходила психотерапию больше пяти лет с перерывами), с которой продолжаю работать и сейчас. Мы много говорим и о депрессии, и о повышении качества жизни после драматических событий. Прорабатываем мои запросы, связанные с отношениями с мужем и ребенком, самоуважением и отстаиванием личных границ, работой. Психотерапия очень помогает мне, дает пищу для размышлений, позволяет видеть то, что сложно заметить без опытного и внимательного специалиста. Я очень рада, что живу в то время, когда такой способ самопомощи становится нормой.

На работу я вышла, когда сыну было чуть больше года. Это казалось правильным и логичным шагом. Я не жалею о нем, но восстанавливать утраченный контакт с Ильей мне пришлось долго. Какое-то время я возвращалась с работы домой, а мой ребенок плакал и сопротивлялся, зная, что ему предстоит провести несколько часов в моей компании. Я потратила много сил, чтобы он признал меня и наконец поверил в меня как в значимого взрослого, рядом с которым спокойно, безопасно, а временами даже весело. Сейчас ему два с небольшим года, и у нас очень нежные отношения: он называет меня «мамá», делая ударение на последнем слоге на французский манер, требует моего участия в играх, пытается помогать готовить и любит хохотать и дурачиться со мной. Когда я прихожу домой с работы, он улыбается и бежит обниматься.

Моя депрессия существенно сказалась и на отношениях с мужем: для него период, когда он был единственным дееспособным родителем нашего сына, не прошел бесследно. У Данилы тоже есть неприятные психологические последствия, с которыми он работает. Вместе мы ходим на семейную психотерапию, чтобы окончательно оставить позади этот этап нашей совместной жизни и чтобы наши отношения продолжали гармонично развиваться.

Иногда мы говорим о том, чтобы завести еще детей, но всегда приходим к выводу, что это не для нас. Муж не готов к повторению моей депрессии и не хочет снова в одиночку проходить через невозможность выспаться и необходимость все эмоциональные и физические

ресурсы направлять на удовлетворение потребностей младенца. У меня тоже недостаточно смелости, чтобы снова пройти через этот кромешный ад (хотя я знаю, что депрессия может и не повториться). Когда меня спрашивают о расстройстве, я отвечаю, что в моей жизни бывало всякое, но тот период определенно самый страшный.

Мой круг общения после депрессии не изменился. Правда, я реже вижусь с друзьями — но это потому, что родительство занимает почти все свободное время. При этом я верю, что наша дружба в силе — пусть мы редко видимся и мало говорим по телефону. Я не рассказывала свою историю за пределами круга близких людей — о ней знают только некоторые друзья и родственники. У меня непростые отношения с публичностью, мне трудно дается обсуждение личных историй с малознакомыми или незнакомыми людьми. Так что откровенность здесь — шаг, который потребовал от меня сил и решительности.

Кто я сегодня?

Женщина, которая ищет способы быть счастливой — и помогать быть счастливыми всем важным для нее людям.

Как выглядит жизнь молодой матери в моем идеальном мире

В последней главе книги мне захотелось пофантазировать, как могли бы сложиться многие судьбы, если бы проблеме послеродовой депрессии

уделяли внимание и на государственном уровне, и в семьях. В списке ниже я перечисляю действия, которые, по моему мнению, стали бы хорошей профилактикой послеродовых психических расстройств или помогли бы женщинам, все же столкнувшимся с депрессией, быстро и эффективно лечиться.

— **Информирование о послеродовой депрессии в женских консультациях и роддомах.** Нужно, чтобы о расстройстве рассказывали гинекологи, чтобы о нем шла речь в образовательных женских брошюрах (пока они посвящены тому, какой должна быть мать в глазах государства) и на плакатах, которые развешивают на стенах медицинских учреждений.

— **Изменение повестки в медиа.** О сложностях родительства стоит писать не только в «Нет, это нормально» и еще паре СМИ. Об этом должны говорить на государственном и частном телевидении, на радио и в интернет-изданиях.

— **Работа с общественным мнением.** Важно добиться ситуации, в которой женщине не будет страшно признаться, что после родов у нее что-то пошло не так.

— **Забота о женщине в родах, отсутствие акушерской агрессии в любых видах и формах.** Отношение к роженице как к полноправной участнице процесса, заслуживающей уважения, принятия, а возможно, и нежности.

— **Обязательная проверка психического здоровья недавно родившей женщины** (например, при помощи небольшого опросника или той же

Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии) на послеродовых осмотрах у гинекологов и педиатров.

— Создание централизованной системы мониторинга состояния молодых матерей.

Например, в Великобритании существуют патронажные медицинские работники, которые приходят к женщине вскоре после родов и компетентны обсуждать с ней ее психическое состояние. Если она чувствует тревогу, беспокойство или симптомы депрессии, они расскажут, куда обратиться за помощью [83].

— Победа доказательной медицины в гинекологии и в педиатрии. Здорово, если все врачи будут знать, что «диета кормящей матери» — устаревший и вредный конструкт, а ребенку не нужно капать в нос грудное молоко.

— Помощь родственников как норма и необходимость. В идеале близкие и члены семьи помогают так, как нужно матери и отцу ребенка, а не так, как они сами сочтут нужным.

— Победа равноправия. Важно, чтобы партнеры родивших женщин понимали, что несут равную ответственность за ребенка, его благополучие, здоровье и настроение. Их задача — не «помогать», а быть полноценным родителем с полным набором обязательств.

— Признание того факта, что материнство — не синоним счастья. Материнство — это почти всегда трудно, зачастую непредсказуемо и временами жутко. Но все это не исключает любви к ребенку и

удовольствия, которое можно испытывать, будучи родителем.

— **Максимальное упрощение доступа к качественной психологической и психиатрической помощи.**

— **Принятие себя и других.** Люди имеют право быть худыми и толстыми, грустными и веселыми, сомневающимися и уверенными, домохозяевами и карьеристами, здоровыми и больными, счастливыми и переживающими горе, любящими свое родительство и боящимися его. Женщины в моем идеальном мире имеют возможность выбирать все, что считают нужным: как рожать (и рожать ли вообще), как облегчать свое послеродовое состояние, чем кормить ребенка. Думать о том, о чём хочется. Выбирать жизненные приоритеты. Относиться к себе по-доброму и доверять себе. Не стремиться нравиться другим.

Сейчас я сама пытаюсь двигаться по этому пути. Мой непростой опыт стал подспорьем для развития осознанного отношения к себе и собственному счастью, помог принять ответственность за свою жизнь. Я часто напоминаю себе, что невозможно быть идеальной. Стремление к безупречности может сделать нас пленниками чужих оценок, но я хочу выбрать свободу.

Эпилог

Как я писала эту книгу

Когда я поняла, что я в депрессии, то первым делом стала искать информацию о расстройстве. Она была противоречивой, неоднородной и часто сложной для восприятия. Я не понимала, какие у меня перспективы, когда все это кончится, как депрессия отразится на отношениях с ребенком. Мне не хватало исчерпывающего авторитетного источника.

Изучая вопрос, я поняла, что на Западе культура обращения с послеродовой депрессией развита лучше. Там выходят тематические книги, работает множество групп поддержки, есть известные эксперты по теме, рекомендации которых сравнительно легко найти. Я пришла к выводу, что если бы я сразу (а лучше заранее, в момент беременности или даже ее планирования) могла прочитать книгу человека, который посвятил изучению проблемы время и силы, мне было бы проще бороться. Так что, когда моя подруга Настя Чуковская сказала, что этот опыт нужно передать другим, я сомневалась недолго.

За полтора года работы над книгой я провела несколько десятков интервью, прочитала три американские книги, изучила бесчисленное количество статей на специализированных ресурсах. Научный редактор Анастасия Федорова снабдила все мои

рассуждения доказательной базой (еще раз спасибо!), а литературный редактор Елена Чеснокова помогла сделать текст легким для восприятия, логичным и понятным (огромное спасибо!). Отдельно хочу поблагодарить Настю Чуковскую, которая этот проект придумала и убедила меня в том, что он действительно важен. Я довольна результатом.

В процессе работы я узнала много нового о послеродовой депрессии. Хочу верить, что информация, которую я собрала, окажется полезной и читателям. Еще мне бы хотелось, чтобы эта книга была не просто хранилищем знаний о расстройстве, но и источником поддержки. Если это удалось, знайте: я счастлива.

И еще несколько слов

Хочу снова сказать каждой женщине, столкнувшейся с послеродовой депрессией: вы не виноваты, вы отличная мать, и это расстройство обязательно останется позади. Да, лучше бы его вовсе не было, но помните, что однажды оно станет просто фактом биографии вашей семьи. Может, как и я, вы извлечете из этого периода пользу: станете внимательнее относиться к себе, найдете новых знакомых или круг поддержки, откажетесь от стереотипов и узнаете что-то новое о том, как разнообразен мир. И вы точно станете сильнее, чем прежде.

Пусть ваше расстройство скорее растает — как снег, который грузовики привозят на плавильную станцию под моими окнами. Берегите себя, заботьтесь о себе и не отказывайтесь от помощи.

Литература

1. World Health Organization et al. Depression and other common mental disorders: global health estimates. — 2017.
2. Gelaye B. et al. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries //The Lancet Psychiatry. — 2016. — Т. 3. — № 10. — С. 973–982.
3. Vliegen N., Casalin S., Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies //Harvard review of psychiatry. — 2014. — Т. 22. — № . 1. — С. 1-22.
- 4.
- https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf.
5. O'Hara M. W., Wisner K. L. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. — 2014. — Т. 28. — № 1. — С. 3-12.
6. O'Hara M. W. et al. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors //Archives of general psychiatry. — 1991. — Т. 48. — № . 9. — С. 801-806.
- 7.
- <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/index.shtml#pub2>.
8. Wisner K. L. et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive

depression findings //JAMA psychiatry. — 2013. — Т. 70. — № 5. — С. 490-498.

9. Spinelli M. G. (ed.). Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill. — American Psychiatric Pub, 2008.

10. Wisner K. L., Peindl K., Hanusa B. H. Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing //Journal of affective disorders. — 1994. — Т. 30. — № 2. — С. 77-87.

11. Miller L. J., Rukstalis M. Beyond the "blues". Hypotheses about postpartum reactivity //Postpartum mood disorder. — 1999. — С. 3-19.

12. Harris B. et al. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II //Bmj. — 1994. — Т. 308. — № 6934. — С. 949-953.

13. Nappi R. E. et al. Serum allopregnanolone in women with postpartum "blues" 1 //Obstetrics & Gynecology. — 2001. — Т. 97. — № 1. — С. 77-80.

14. Coe C. L. Psychobiology of maternal behavior in nonhuman primates. — 1990.

15.

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/index.shtml>.

16. Jennings K. D. et al. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers //Journal of affective disorders. — 1999. — Т. 54. — № . 1-2. — С. 21-28.

17. Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale //The British journal of psychiatry. — 1987. — Т. 150. — № 6. — С. 782-786.

18. Goodman J. H. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health //Journal of advanced nursing. — 2004. — Т. 45. — № 1. — С. 26-35.
19. Cuijpers P. et al. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta analysis //Depression and anxiety. — 2009. — Т. 26. — № 3. — С. 279-288.
20. Blackburn I. M., Eunson K. M., Bishop S. A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both //Journal of Affective Disorders. — 1986. — Т. 10. — № 1. — С. 67-75.
21. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>.
22. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
23. Pampallona S. et al. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review //Archives of general psychiatry. — 2004. — Т. 61. — № . 7. — С. 714-719.
24. Otto M. W., Smits J. A. J., Reese H. E. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: review and analysis //Focus. — 2006. — Т. 12. — № 2. — С. 72-214.
25.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.
26. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/>.
27.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies/index.shtml>.

28. <http://postpartumstress.com/get-help-2/how-do-i-talk-to-my-doctor/>.
29. <https://www.nazaralieva.ru/how-to-make-a-choice->.
30. <https://www.facebook.com/groups/poslerodov>.
31. <http://mhcenter.ru/blagotvor/>.
32. <http://associationcbt.ru>.
33. <http://russian-cbt.ru>.
34.
<https://www.facebook.com/groups/292872877474145/>.
35. A Guide To Pregnancy & Postpartum Stress, Anxiety & Depression by Dr. Sarah Allen <https://drsarahallen.com>.
36. <https://www.getselfhelp.co.uk/depression.htm>.
37.
<https://www.healthline.com/health/depression/postpartum-depression>.
38. <http://www.postpartumprogress.com/taking-active-role-postpartum-recovery>.
39. <http://www.postpartumprogress.com/handling-negative-comments-postpartum-depression>.
40.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006116.pub2/full>.
41. Kleiman K. R., Davis Raskin V. This Isn't What I Expected: Overcoming Postpartum Depression. — 2013.
42. Джудит Б. Когнитивная терапия: Полное руководство: Пер. с англ. М.: ИД Вильямс, 2006. — 400 с. — 2006.
43. <https://medium.com/@namochimanturu/как-выбрать-психотерапевта-и-какие-методы-психотерапии-когда-лучше-подходят-554d15505b1c>.

44.

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-what-you-need-to-know/index.shtml>.

45.

<https://www.talkingtherapies.berkshire.nhs.uk/uploads/files/IPT%20Factsheet.pdf>.

46.

https://www.researchgate.net/profile/Sara_Carletto/publication/321050743_EMDR_for_depression_A_systematic_review_of_controlled_studies/links/5a0aaceaaca272d40f414493/EMDR-for-depression-A-systematic-review-of-controlled-studies.pdf?origin=publication_detail.

47. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/support-groups/art-20044655>.

48.

<https://www.postpartumdepression.org/support/groups/>.

49. <https://lllrussia.ru/vstrechi-mam/>.

50. <https://www.wikihow.com/Find-Postpartum-Depression-Support-Groups>.

51. <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/isnt-what-i-expected/201512/got-meds>.

52. López-Muñoz F., Alamo C. Monoaminergic neurotransmission: the history of the discovery of antidepressants from 1950s until today //Current pharmaceutical design. — 2009. — Т. 15. — № 14. — С. 1563-1586.

53. Kuhn R. The treatment of depressive states with G 22355 (imipramine hydrochloride). Am J Psychiatr 1958; 115: 459-64.

54. Fournier J. C. et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis //Jama. — 2010. — T. 303. — № 1. — C. 47-53.

55. Nestler E. J. et al. Neurobiology of depression //Neuron. — 2002. — T. 34. — № . 1. — C. 13-25.

56. Stahl S. M., Stahl S. M. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. — Cambridge university press, 2013.

57.

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q2/en/.

58. <http://www.heretohelp.bc.ca/visions/medications-vol4/myths-about-antidepressants>.

59. <https://www.nhs.uk/medicines/amitriptyline-for-pain/>.

60. López-Muñoz F. et al. History of the discovery and clinical introduction of chlorpromazine //Annals of Clinical Psychiatry. — 2005. — T. 17. — № 3. — C. 113-135.

61. Crilly J. The history of clozapine and its emergence in the US market: a review and analysis //History of psychiatry. — 2007. — T. 18. — № 1. — C. 39-60.

62.

https://stahlonline.cambridge.org/essential_4th_chapter.jsf?page=chapter4_introduction.htm&name=Chapter%204&title=Symptom%20dimensions%20in%20%20schizophrenia#c02598-4-1.

63.

https://stahlonline.cambridge.org/illustrated_images.jsf?page=antidepressantsc01_fig.html&name=AntiDepressants&imgType=Figure&title=Chapter%201.

64. Frazer A., Benmansour S. Delayed pharmacological effects of antidepressants //Molecular psychiatry. — 2002. — Т. 7. — № S1. — С. S23.
65. Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. Wiley-Blackwell 11th Edition. 2011.
66. <https://www.psychiatry.org/patients-families/ect>.
67. American Psychiatric Association et al. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging (A task force report of the American Psychiatric Association). — American Psychiatric Pub, 2008.
68. Veatch R. M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age: What physician-patient roles foster the most ethical relationship? //Hastings Center Report. — 1972. — Т. 2. — № 3. — С. 5-7.
69.
<https://psychcentral.com/blog/archives/2016/05/16/a-husbands-guide-to-understanding-postpartum-depression-and-anxiety/>.
70. <https://www.psychologytoday.com/blog/isnt-what-i-expected/201103/dads-what-do-what-not-do-when-your-wife-has-ppd>.
71. <http://tucsonpostpartum.com/naomi/>.
72. Maisels MJ, Bhutani VK, Bogen D, et al: Hyperbilirubinemia in the newborn infant \geq 35 weeks gestation: An update with clarifications. Pediatrics 124(4): 1193-1198, 2009. doi: 10.1542/peds.2009-0329.
73. Sroufe L. A. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood

//Attachment & human development. — 2005. — T. 7. — № 4. — C. 349-367.

74. Bretherton I, Munholland KA (1999), "Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited", in Cassidy J, Shaver PR, Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications, New York: Guilford Press, pp. 89-114, ISBN1-57230-087-6.

75. Grace S. L., Evindar A., Stewart D. E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature //Archives of women's mental health. — 2003. — T. 6. — № 4. — C. 263-274.

76. Bhat A. et al. Maternal prenatal psychological distress and temperament in 1-4 month old infants—a study in a non-western population //Infant Behavior and Development. — 2015. — T. 39. — C. 35-41.

77. <http://medical-diss.com/medicina/stigmatizatsiya-bolnyh-depressiey>.

78.

<http://www.whogis.com/mediacentre/factsheets/fs396/ru/.https://n-e-n.ru/whatswrong>.

79. <https://n-e-n.ru/hermitage>.

80. <https://www.the-village.ru/village/business/job-question/239091-posle-dekreta>.

81. https://mel.fm/novosti/6183490-fly_with_kids.

82. <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/services-support-for-parents/>.

УДК 618.7

ББК 88.7

K78

Научный редактор
врач-психиатр, психотерапевт
Анастасия Федорова

Красильникова, Ксения

Не просто устала. Трудная правда о послеродовой депрессии / Ксения Красильникова. — М.: Индивидуум, 2019. — 228 с.

ISBN 978-5-6042196-7-6

Материнство — лучший период в жизни женщины. По крайней мере, так говорят СМИ, реклама и сотни мам-блогеров, способных с младенцем на руках вести несколько бизнесов, содержать квартиру в идеальной чистоте и посещать спортзал. Находясь в таком контексте, сложно принять, что жизнь с ребенком может оказаться непохожей на праздник.

Через пару недель после родов Ксения Красильникова обнаружила себя выбирающей табуретку, на которую ей будет удобнее встать, чтобы спрыгнуть с балкона. А после полутора лет медикаментозного лечения и психотерапии написала книгу о том, как справиться с послеродовой депрессией. «Не просто устала» — гид по одному из самых распространенных осложнений деторождения, о котором крайне редко говорят. Как подобрать

лекарства? Что делать с ощущением, что нанесла ребенку психологическую травму на всю жизнь? Как объяснить родственникам, что с тобой происходит, и, главное, когда все это кончится?

© Ксения Красильникова, 2019

© ООО «Индивидуум Принт», 2019

Ксения Красильникова

Не просто устала. Трудная правда о
послеродовой депрессии

18+

Издатели: Андрей Баев, Алексей Докучаев

Главный редактор: Феликс Сандалов

Редактор: Елена Чеснокова

Научный редактор: Анастасия Федорова

Арт-директор: Максим Балабин

Корректоры: Надежда Власенко, Антон Сняtkовский

ООО «Индивидуум Принт»

individuum-books.ru

info@individuum-books.ru

facebook.com/individuumbooks

vk.com/individuumbooks

Подписано в печать 26.03.19