

Хмельницький національний університет
Гуманітарно-педагогічний факультет
Кафедра психології та педагогіки

ДИПЛОМНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

Галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність – 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

на тему: **«ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ДЕПРЕСИВНИХ
РОЗЛАДІВ ЖІНОК У ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ»**

Шифр _ _____

номер залікової книжки

Виконала: студентка II курсу, група ППмз-19-1 _____

Підпис

С. П. Савіцька

Ініціали, прізвище

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент _____

Підпис

Н. В. Ханецька

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

Підпис

Є. М. Потапчук

Ініціали, прізвище

_____ 20__ р.

Хмельницький, 2020

АНОТАЦІЯ ДИПЛОМНОЇ РОБОТИ

Тема дипломної роботи: «Психологічна профілактика депресивних розладів жінок у постнатальному періоді»

Студент Савіцька Світлана Петрівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Керівник Ханецька Наталія Вікторівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Дипломна робота включає: 74 сторінки, 8 таблиць, 5 рисунків, перелік джерел посилання складає 65 найменувань.

Ключові слова: депресія, депресивні розлади, депресивні стани, стрес, постнатальна депресія, емоційний стан.

Об'єкт дослідження – депресивні стани жінок в постнатальному періоді.

Предмет дослідження – профілактика депресивних розладів у жінок в постнатальному періоді.

За результатами дослідження розроблено програму заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок у постнатальному періоді з метою мінімізації ризику виникнення ППД.

Практичне значення роботи, полягає в тому, що результати нашого дослідження та розроблена програма заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок у постнатальному періоді можуть впроваджуватись у практику медичної психології, психотерапії, у навчальний процес викладання дисциплін «Психологічне консультування», «Основи психотерапії», соціальної роботи з вагітними на базах перинатальних центрів. Це сприятиме подальшому розвитку та підвищенню ефективності діагностично-корекційної, реабілітаційної та психопрофілактичної роботи у галузі охорони психічного здоров'я матерів та немовлят.

Випускник _____ Савіцька С.П.
(прізвище, ініціали)

Дата подання дипломної роботи до захисту 10 грудня 2020 р.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	7
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ЖІНОК У ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	12
1.1. Соціально-психологічні особливості депресивних розладів	12
1.2. Психологічні чинники виникнення постнатальних депресивних розладів	22
1.3. Особливості поведінки жінок з постнатальними депресивними розладами	32
Висновки до розділу 1	39
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТНАТАЛЬНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ЖІНОК	41
2.1. Зміст та організація емпіричного дослідження депресивних розладів жінок у постнатальному періоді	41
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей постнатальних депресивних розладів	51
2.3. Розробка програми заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок у постнатальному періоді	62
Висновки до розділу 2	67
ВИСНОВКИ	69
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	72

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВДЕ – великий депресивний епізод

ЕШПД – Единбурзька шкала післяпологової депресії

МКХ – Міжнародна Класифікація Хвороб

ОТ – особистісна тривожність

ПШД – післяпологова депресія

РД – рівень депресії

РСК – рівень суб'єктивного контролю

СТ – ситуативна тривожність

DSM – Diagnostic and Statistical Manual

ВСТУП

Актуальність теми. На сучасному етапі в умовах збільшення рівня соціально-психологічного дистресу, погіршення демографічної кризи та зниження показників здоров'я населення, питання охорони психічного здоров'я жінок і дітей, безумовно, є одним із найактуальніших у психології. Дослідженнями П. Шпітцер протягом останнього десятиліття встановлено значне поширення афективної патології, зокрема депресивних і тривожних розладів у жінок під час вагітності та в постнатальному періоді. Частота виникнення постнатальних депресій згідно досліджень П. Купер, Д. Муррай, Дж. Еванс, Л. Муррай, Дж. Кокс, Р. Левін, С-Л. Балестрем, Х. Кешель, становить від 3,6% до 19%. Незважаючи на те, що депресивні розлади є об'єктом постійної уваги науковців, зокрема: А. Чуприков, О. Напрєєнко, Н. Келлі, А. Смулевич, Г. Дзюб, О. Морозов, В. Мишієв, В. Самохвалов, Н. Марута, О. Чабан, досі недостатньо вивчені асоційовані з вагітністю та післяпологовим періодом у жінок постнатальні депресивні розлади та їх вплив на матір і дитину [1, с.56]. Саме тому, сучасна ситуація, що характеризується зростанням депресивних розладів, підвищенням інтересу до соціальної ролі жінки в сім'ї і суспільстві, роблять особливо актуальним вивчення особливостей депресивної патології у жінок. У низці досліджень Г. Скобло, Л. Баз, М. О'Хара, А. Студемір, Б. Фогель, М. Багедаль-Штріндланд, К. Борджессон тощо є вказівки на досить часте виникнення афективних порушень у постнатальному періоді. Зокрема, описані переважно післяпологові депресивні розлади психотичного рівня (Л. Смоленко, К. Михайлова, Н. Бачерикова, А. Кирпиченко, С. Феоктистова, А. Маклашова) [62, с. 789]. Роботи, присвячені депресивним розладам постнатального періоду нечисленні і мають фрагментарний характер. Разом з тим, в останні десятиліття в структурі психопатологічних розладів різного генезу відзначається все більша перевага патології невротичного рівня (В. Гаврилов, І. Степанов, А. Лессер, Б. Шостакович, Л. Шмаонова, Б. Півень).

Окрім дослідження розповсюдження та особливостей психопатології жінок під час вагітності та після пологів, зростає інтерес до вивчення наслідків різних форм прояву депресивних розладів жінок у постнатальному періоді для немовлят. Новітніми дослідженнями І. Готліб, С. Гудман, Г. Філіпової, Т. О'Коннор, А. Біфулко з'ясовано, що здоров'я немовляти обумовлене комплексом біологічних та психосоціальних чинників і безпосередньо пов'язане зі станом фізичного та психічного здоров'я жінки-матері та системою сімейних взаємостосунків і соціальним благополуччям [3, с. 259].

Подальшого вивчення потребує психологічна профілактика депресивних розладів жінок у постнатальному періоді. До числа найбільш актуальних проблем сучасної психології сім'ї та медичної психології слід віднести питання охорони психічного здоров'я жінок у період вагітності, після пологів, а також своєчасної діагностики та корекції порушень у системі ранніх стосунків мати – дитина.

Об'єкт дослідження – депресивні стани жінок в постнатальному періоді.

Предмет дослідження – профілактика депресивних розладів у жінок в постнатальному періоді.

Метою дослідження є з'ясування проявів депресивних розладів жінок в постнатальному періоді та розробка програми заходів для їх психологічної профілактики.

Мета нашого дослідження реалізується через наступні **завдання**:

1. вивчити теоретичні причини виникнення і розвитку депресивних розладів у жінок в постнатальному періоді, ознайомитись з їхньою класифікацією;

2. провести аналіз впливу психологічних та соціальних чинників ризику на розвиток та особливості перебігу депресивних розладів у породіль в постнатальному періоді;

3. розробити програму заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок у постнатальному періоді з метою мінімізації ризику виникнення ППД.

Гіпотеза дослідження. Ми припускаємо, що рівень постнатального депресивного розладу жінок пов'язаний з певними емоційно-особистісними характеристиками породіль (тривожність, підвищений емоційний фон, імпульсивність, рівень суб'єктивного контролю, чутливість тощо).

Методологію нашого дослідження склали:

- *теоретичні методи*: аналіз наукових та статистичних джерел з питань дослідження постнатальних депресивних розладів, їх узагальнення та класифікація;

- *емпіричні*: рівень тривожності визначали за допомогою шкал реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера-Ханіна, рівень прояву депресивних розладів оцінювали за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (ЕШПД, Edinburg postnatal depression scale, J. Cox) і шкалою самооцінки депресії Цунга, рівень інтернальності за допомогою опитувальника Дж. Роттера «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК).

- *методи математичної обробки даних* – для встановлення взаємозв'язку між ознаками обчислювали коефіцієнти Манна-Уїтні та рангової кореляції Спірмена.

Практичне значення роботи, полягає в тому, що результати нашого дослідження та розроблена програма заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок у постнатальному періоді можуть впроваджуватись у практику медичної психології, психотерапії, у навчальний процес викладання дисциплін «Психологічне консультування», «Основи психотерапії», соціальної роботи з вагітними на базах перинатальних центрів. Це сприятиме подальшому розвитку та підвищенню ефективності діагностично-корекційної, реабілітаційної та психопрофілактичної роботи у галузі охорони психічного здоров'я матерів та немовлят.

Експериментальна база дослідження. Діагностичний етап нашої роботи проводився он-лайн за допомогою Інтернет додатку Google Forms серед жінок (породіль) через 4-15 днів після пологів з народженням живої дитини (дітей). У дослідженні приймало участь 58 жінок, віком від 17 до 42 років.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дипломної роботи викладені в науковій статті на тему «Психологічні особливості постнатальних депресивних розладів у жінок та чинники їх виникнення», що опублікована в двадцять першому номері журналу «Київський науково-педагогічний вісник», м. Київ.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, переліку джерел посилання (65 найменувань). Загальний обсяг дипломної роботи складає 78 сторінок (основна частина – 70 сторінок). Робота містить 9 таблиць та 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ЖІНОК У ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

1.1. Соціально-психологічні особливості депресивних розладів

Останні десятиліття характеризуються значним зростанням затяжних, хронічних і резистентних до терапії депресивних розладів [25, с. 135]. Хронічні депресії розглядаються як «виклик» сучасної психіатрії та медичної психології [44, с. 150], оскільки характеризуються не лише суттєвою поширеністю серед депресивних станів [21; 25; 34, с. 148], а й істотним зниженням якості життя [50], значним порушенням соціального і професійного функціонування, часто призводять до непрацездатності [17, с. 53]. У людей з хронічними депресіями збільшується ризик самогубства [48], відзначається високий рівень коморбідних психічних розладів [18], часті госпіталізації до медичних установ, високі економічні витрати і збільшення використання ресурсів закладів системи охорони здоров'я [27]. До теперішнього часу залишаються дискусійними питання про психопатологічну структуру, особливості перебігу та чинники, що визначають хронічний чи гострий перебіг депресивного розладу.

Рекурентна депресія традиційно розглядається як розлад з відносно сприятливим прогнозом, оскільки переважна більшість епізодів депресії вважаються тимчасовими. Окрім допомоги психологічної та психотерапевтичної служб, введення в клінічну практику лікування антидепресантами в 50-і роки ХХ століття підвищило терапевтичний оптимізм для даної категорії [41, с. 31]. Проте, сучасні дослідження демонструють високу поширеність хронічних депресій. Якщо на початку ХХ століття, за даними Е. Крепеліна, хронічні депресивні стани складали 5% [37, с.52], то в сучасних роботах цей показник варіює і досягає 20% [21; 25].

Хронічні депресії характеризуються великою кількістю раніше перенесених депресивних епізодів, значною тривалістю захворювання [36, с.56]. У 25% пацієнтів депресивний епізод триває більше 2 років [49], у 7% – понад 10 років [51]. Згідно з іншими даними, протягом першого року одужують 48% пацієнтів з депресивним розладом, у 33% зберігається депресивна симптоматика, а через 5 років у 12% відбувається хронізація процесу, тобто розлади відбуваються безперервно [15]. Після застосованої психотерапії та фармакотерапії у пацієнтів з хронічними депресіями в 37% випадків відзначався рецидив депресивної симптоматики протягом 6 місяців, в 50% – протягом року [12].

Депресивні стани з тривалим перебігом описуються як малосимптомні хронічні дистимічні депресії [28], протраговані депресії [43], некурабельні депресії [12], подвійні депресії [34], зтяжні депресії [3; с. 4], хронічні депресії [9, с. 11]. Існує велика кількість клінічної термінології (МКХ:10) [23], що описує довготривалий перебіг депресивних розладів. Це пов'язано з різними підходами в оцінці зазначених станів. До сьогодні залишається невирішеним питання про тимчасові критерії, які відображають характер перебігу депресії. Так, критерій часового діапазону зтяжних депресій варіює від декількох місяців до 1 – 1,5 років.

У МКХ:10 виокремлення хронічної депресії не передбачено [23]. Відповідно до критеріїв американського діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів DSM-IV-TR (2000), про хронічний перебіг великого депресивного розладу можна говорити тільки в тому випадку, коли симптоми захворювання зберігаються протягом двох і більше років [2, с.15]. DSM-IV-TR (2000) визначає чотири підтипи депресії: хронічний великий депресивний епізод; дистимічний розлад; «подвійні депресії» в ситуаціях накладення депресивного епізоду на дистимію; рецидивний великий депресивний епізод з неповним одужанням між епізодами [11, с.5]. Диференціація між розладами ґрунтується на рівнях важкості симптоматики. Для діагностики дистимії необхідна відсутність великого депресивного

епізоду протягом періоду двох років легкої хронічної депресії. Серед різних клінічних вибірок депресивних пацієнтів критеріям подвійний депресії відповідали не менше 25% актуальних випадків [4, с.48]. Супутній дистимічний розлад суттєво погіршує прогноз депресії, збільшуючи ризик хронічного перебігу або рецидиву. Останні роки висловлювалася думка, що зазначені підтипи депресії мають більше подібностей, ніж відмінностей [61, с.40], а деякі автори рекомендують взагалі не розділяти депресивні розлади на гострі і хронічні форми [48].

У DSM-V Американської асоціації психіатрів хронічна депресія і дистимія об'єднані в один діагноз – стійкий депресивний розлад (дистимія), коли протягом двох років у пацієнтів не відзначається зникнення депресивних симптомів більш ніж на два місяці [56, с.16]. Наводиться ряд уточнюючих показників: дистимічний синдром (немає повних критеріїв ВДЕ протягом 2 років); стійкий ВДЕ (повні критерії ВДЕ протягом всього періоду 2 років); інтермітуючий ВДЕ з поточним епізодом депресії (повні критерії ВДЕ присутні, але були періоди принаймні 8 тижнів за 2-річний період з симптомами, що не досягають рівня ВДЕ); інтермітуючий ВДЕ без поточного епізоду депресії (повні критерії великого депресивного епізоду в даний час відсутні, але на протязі 2 років був один або кілька епізод ВДЕ).

За визначенням Національного інституту психічного здоров'я США, результат великого депресивного епізоду може бути наступним: повна ремісія при відсутності симптомів протягом двох місяців; якщо симптоми повертаються в період до 2 місяців – повернення хвороби (relapse); поява симптомів після 2 місяців – рецидив (recurrence); парціальна ремісія – при неповному зникненні симптомів [33]. Дослідження L. L. Judd показало, що клінічний перебіг великого депресивного епізоду різноманітний і варіюється від межових синдромів, одиничних епізодів (коротких або довгих), що повторюються з або без відновлення в період між епізодами, резидуальних явищ після епізоду до хронічного перебігу [29, с.67].

Вітчизняні дослідники під терміном «хронічний процес» розуміли його незворотність, яка полягає в застиганні, монотонності і стереотипізації проявів клінічної картини депресії [5; 7; 10], при відсутності таких ознак в картині хвороби і можливості спонтанного одужання або лікування депресії відносили до «затяжних».

Відсутній єдиний погляд і щодо психопатологічних критеріїв хронічних депресій, до яких одні автори відносять тяжкість клінічної картини та її поліморфізм [1, с. 145], а інші, навпаки, субклінічні депресивні прояви з монотонним і застрягаючим характером [6, с.7]. Порушена при депресії здатність підтримувати міжособистісні стосунки сприяє їх погіршенню, при цьому формується своєрідне «замкнуте» коло, що призводить до хронічного перебігу депресії [35].

А. Б. Смулевич виділяє три основні шляхи, якими реалізується процес хронізації депресії [34, с.24]. Перший з них – це посилення однієї зі складових типової афективної тріади, наприклад, ідей малоцінності, самозвинувачення, гріховності. У тому випадку, якщо ці ідеї набувають домінуючого стану в клінічній картині (самокатування), протягом афективного розладу нерідко формується хронічний характер. Другий шлях – трансформація позитивної афективності в негативну, що проявляється зміною властивих типовій вітальній депресії (туги, тривоги) феноменів на апатичні, анергічні, анестетичні прояви. І, нарешті, третій шлях – соматизація афективних проявів з видозміною характеру гіпотимії – появою рис катестетичного афекту. Асоціація афективних розладів з соматоформними також може розглядатися в якості предиктора затяжного перебігу депресії.

До найбільш характерних психопатологічних критеріїв депресій (без диференціації на шизофренію і афективні розлади) А. А. Пухівський відносить: дисгармонійність депресивної тріади; дисоціацію між насиченістю афективних скарг і зовнішнім виглядом і поведінкою хворих; зміну акцентів прояву різних компонентів депресії; феномен тривожної готовності; іпохондричні забарвлення ідей самозвинувачення; різноспрямованість

«вектора звинувачення»; obsесивний характер суїцидальних переживань; маніакальні «вікна»; наявність симптомів невротичного регістру у вигляді сенестопатичних, obsесивно-фобічних розладів і вегето-фобічних пароксизмоподібних станів [9, с. 127].

В даний час в моделі стрес-вразливості розглядаються чинники, що впливають на розвиток і перебіг депресії [20, с.17-28]. В рамках цієї моделі до детермінант розвитку і хронічного перебігу депресії можна віднести наступні: демографічні (вік і стать); психобіологічна і соціальна вразливість; стресові життєві події, включаючи фінансові та міжособистісні проблеми. Розглянемо детальніше чинники, що впливають на перебіг депресії.

Демографічні чинники. Незважаючи на переважно більшу поширеність депресивних розладів у жінок, порівняно з чоловіками [19, с.65-69], при дослідженні ризику хронічного перебігу в ряді досліджень не було знайдено гендерних відмінностей [46, с.34-37]. Дослідження Дж. К. Сарджента, М. Л. Брюса, Л. П. Флоріо, М. М. Вайсмана серед жінок старше 30 років виявило ризик хронічної депресії (тривалістю один рік) [42]. При оцінці соціально-економічного статусу виявлений зв'язок між ризиком хронічного перебігу депресії і низьким рівнем матеріального становища [32, с.64-69], низьким рівнем освіти [8, с.42]. На думку Дж. Скотт, сімейна обтяженість афективними розладами підвищує ризик хронічного перебігу захворювання [14, с.44].

Особистісні особливості. При тривалому перебігу депресивного розладу виникають труднощі достовірного визначення преморбідних особистісних особливостей, оскільки особистісні риси можуть змінюватися під впливом депресії [30]. Проте, згідно Д. Екслестон, Р. Бойс, преморбідні «невротичні особистісні риси» можуть бути предиктором хронічного перебігу великої депресії [45]. Відзначено найменшу ефективність терапії в разі, коли депресія коморбідна з розладом особистості [16, с.25], що передбачає більший ризик хронічного перебігу.

Стресові життєві події і соціальна підтримка. В даний час немає однозначної точки зору про те, яким чином життєві події впливають на хронізацію депресії. У дослідженні Г. В. Браун серед жінок з депресією показаний зв'язок хронічного перебігу розладу і негативного дитячого досвіду (сексуального або фізичного насильства), поточних міжособистісних проблем [21]. Ці висновки підтверджені і для жінок з низьким соціальним рівнем [22]. Дослідження Г. І. Кайтнер показало, що нестабільні сімейні стосунки чинять негативний вплив на тривалість депресії [31]. М. Б. Келлер [32, с. 169] розглядає факт перебування в шлюбі як чинник ризик депресивного розладу для жінок. В одному дослідженні відзначено залежність між низьким рівнем соціальної підтримки і тривалістю депресивних епізодів [60, с.14], іншими авторами, навпаки, показано, що ні життєві події, ні соціальна підтримка не впливали на результат депресивного розладу [24, с.41].

Існує точка зору про те, що несприятливі життєві події і соціальна підтримка грають роль при короткочасних депресивних епізодах [38] або перших епізодах [35].

Чинники, які пов'язані з хворобою. Ступінь тяжкості депресивного епізоду на думку Дж. К. Сарджента, М. Л. Брюса, Л. П. Флоріо, М. М. Вайсмана [42] або необхідність госпіталізації [26, с.32], наявність в анамнезі попередніх епізодів і госпіталізації [31], велика тривалість попередніх епізодів [32, с. 42] розглядаються як предиктори персистування депресії. Коморбідні соматичні захворювання, алкогольна залежність [39], тривожні розлади [23] збільшують ймовірність персистування депресії.

Дж. Спайкер [47] до факторів несприятливого перебігу великого депресивного розладу відносить: молодий вік; тяжкість депресії; велику тривалість попередніх епізодів; наявність ангедонії та ранніх пробуджень; негативних життєвих подій, а також коморбідних соматичних захворювань; відсутність соціальної підтримки.

Сучасний огляд предикторів хронічного перебігу депресивного розладу виявив три достовірних чинника: молодий вік початку депресії; велика

тривалість депресивного епізоду; наявність в сімейному анамнезі розладів настрою. Уточнено також інші можливі чинники хронічного перебігу без певних доказів причинно-наслідкового зв'язку, такі як: супутні тривожні і особистісні розлади, зловживання психоактивними речовинами, соціальні проблеми (низький рівень соціальної підтримки, порушення соціальної інтеграції), тяжкість депресивних симптомів. Аналіз низького соціально-економічного та освітнього статусу, похилого віку, сімейного стану, стресових життєвих подій, жіночої статі, обтяження спадковою залежністю від психоактивних речовин, кількості перенесених депресивних епізодів здійснили Л. Хьолцер, М. Хертер, С. Різ, Л. Крістон [58, с.26]. Отримані результати свідчили про суперечливий характер впливу зазначених чинників на розвиток та перебіг депресивних розладів.

До клінічних критеріїв хронізації А. А. Пухівський при дослідженні пацієнтів з хронічною депресією без точного визначення нозологічної приналежності відносить дисгармонійність депресивної тріади і структурних компонентів депресії вже на ініціальному етапі формування, прояв тривожного компонента, іпохондричні забарвлення ідей самозвинувачення, наявність симптомів невротичного регістру в структурі гострого періоду [28, с.49]. Предикторами хронічного перебігу депресії також були: поєднання гіпертимно-гіперстенічних і тривожно-недовірливих рис в спадковості хворих; наявність рис сензитивно-шизоїдних або поєднання гіпертимно-гіперстенічних і тривожно-недовірливих рис в преморбідної особистості хворих; початок захворювання в пубертатному або юнацькому віці з затяжних афективних фаз; біполярний характер фаз; наявність в перебігу захворювання затяжних гіпоманіакальних і депресивних фаз, а також короткочасних циклотимних афективних коливань; тривалість захворювання до моменту виникнення чергової депресивної фази близько двох років; частота виникнення хронічної депресії слідом за гіпоманією [9]. При депресіях із затяжним перебігом згідно Г. В. Браун, П. Моран переважають такі чинники, як пізній вік початку захворювання (старше 40 років); дебют захворювання з

затяжної фази; наявність обтяження церебрально-органічних і тривожно-недовірливих рис особистості в преморбіді; тривалі психотравмувальні ситуації і соматогенні фактори, що передують розвитку затяжної фази; складність структури депресивного афекту при достовірному переважанні тривожного компоненту [33, с.212].

Порівняльний статистичний аналіз наукових досліджень з проблематики хронічного перебігу депресивного розладу та депресій без затяжних і хронічних епізодів, дозволив нам виявити статистично значущі чинники формування хронічного перебігу: спадкова обтяженість афективними розладами серед родичів першого ступеня споріднення, наявність в анамнезі екзогенної компрометації мозку (перинатальна патологія, важкі інфекції дитячого віку, перенесені черепно-мозкові травми), нестабільність сімейного стану (самотні, розлучені, вдови), наявність актуальних психотравмувальних ситуацій, супутня судинна патологія головного мозку (дисциркуляторна енцефалопатія), резистентність до раніше проведеної психофармакотерапії, велика тривалість періоду допсихіатричного спостереження з моменту появи афективних порушень [8].

Існує очевидний зв'язок між хронічним перебігом і відсутністю лікування [59, с. 45]. Багато пацієнтів з хронічною депресією або взагалі не отримують лікування, або терапія, що застосовується є неадекватною. Так, велика кількість пацієнтів з депресивним розладом отримують низькі дози антидепресантів [38, с.32]. Передбачається, що адекватне лікування здатне запобігти хронічному перебігу депресії. Проте, в клінічних дослідженнях стаціонарних пацієнтів встановлений позитивний зв'язок між лікуванням і більшою тривалістю депресії [39]. Це може бути пов'язано з тим, що люди звертаються за лікуванням депресії переважно тоді, коли захворювання зберігається протягом тривалого періоду часу [40, с.1389].

Оскільки, одним із можливих предикторів формування депресій є демографічний, тобто стать (саме жіноча), розглянемо детально особливості післяпологової депресії, що характерна жінкам. Згідно Міжнародної

Класифікації Хвороб (МКХ:10) ці розлади класифікуються наступним чином [23]:

F53.0. Легкі психічні розлади та розлади поведінки, пов'язані з післяпологовим періодом, які не класифіковані в інших рубриках.
Післяпологова (постнатальна депресія);

F53.1. Тяжкі психічні розлади і розлади поведінки, пов'язані з післяпологовим періодом, які не класифіковані в інших рубриках.
Післяпологовий психоз.

F53.8. Інші психічні розлади і розлади поведінки, пов'язані з післяпологовим періодом, які не класифіковані в інших рубриках.

F53.9. Післяпологовий психічний розлад неуточнений.

При постнатальній депресії часто зустрічаються і соматовегетативні порушення:

- відсутність або зниження апетиту;
- різні розлади сну (труднощі при засипанні, раннє пробудження, поверхневий сон, що не приносить відчуття відпочинку, або кошмарні сновидіння);
- відсутність сил і бажання що-небудь робити, що супроводжується постійним відчуттям втоми;
- неможливість сконцентруватися на найпростіших життєвих ситуаціях;
- головні болі, запаморочення, мігрені;
- неприємні відчуття в області серця і живота, болі в суглобах;
- зникнення сексуального потягу.

Можливе виникнення іншої соматичної симптоматики, яка може маскувати депресію.

Для постнатальної депресії характерна нездатність адекватно оцінювати свій стан, змінити поганий настрій на хороший, тривогу і образливість – на спокій і діловитість. Ситуація ускладнюється ще й тим, що негативні відчуття, які переживає жінка, не схожі на очікувані радість і полегшення, які повинні

були б наступити після пологів. Виникає почуття самотності, ізолюваності, здається, що ніхто не звертає уваги і абсолютно не надає значення тому, що відбувається з нею, не розуміє всієї важливості її занепокоєння з приводу дитини. Жінці здається, що її стан абсолютно не цікавий для оточуючих, що вони не підтримують і не розуміють її [47, с.22].

За даними зарубіжних авторів, зокрема Дж. Кокс, Д. Мюррей, Г. Чемпмен, Р. Кумар, К. М. Робінсон, післяпологова депресія зустрічається сьогодні у 10-18% жінок, які народили [57, с.1152]. Дослідження, проведені Г. В. Скобло в нашій країні, свідчать про таку ж поширеність післяпологових депресивних розладів. Легкі депресії у два рази частіше діагностують, ніж середні та тяжкі.

Як правило, постнатальна депресія починається в перші дні або перші два тижні після пологів і триває від 1 до 6-7 місяців. Однак Дж. Кокс, М. Роні виявили, що постнатальні депресивні розлади можуть виникати навіть через три роки після народження дитини. П. Гілберт відмітив, що жінки, які страждають депресією, часто вже не лікувалися протягом року після її появи, оскільки не була проведена своєчасна діагностика [50].

Т. Манк-Олсен встановив, що у жінок, які перенесли післяпологову депресію, згодом частіше виникають біполярні розлади [49, с. 300]. Однак при цьому не визначено, чи стає постнатальна депресія провокуючим чинником, чи пологи викликають дебют біполярного розладу, який помилково діагностується як велика депресія. Саме тому, надзвичайно важливо вчасно та вірно діагностувати депресивні розлади у породіль, оскільки депресія матері, окрім іншого, може стати причиною емоційних, соціальних і когнітивних проблем у дитини.

1.2. Психологічні чинники виникнення постнатальних депресій

Психологічні причини безпосередньо впливають на стан матері після пологів. Народження дитини для жінки знаменує початок періоду глобальних

змін, як біологічного, так і життєвого циклу. Значна кількість цих змін може стати причинами депресії.

Причини виникнення постнатальних депресій у жінок поділяються на дві групи:

- 1) особистісні особливості жінки, преморбідні характеристики;
- 2) ставлення до материнства, готовність до прийняття нової соціальної ролі тощо.

Низка досліджень психологічних причин виникнення постнатальних депресій присвячена проблемі неадекватного ставлення до материнства, готовності до пологів. Є. І. Захарова, Є. Ю. Печникова, Г. Г. Філіппова вивчали особистісні характеристики жінки, її преморбідні особливості, що сприяють формуванню депресії в післяпологовому періоді. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми особистісних особливостей жінок дозволив виявити наступні чинники формування депресивних розладів в післяпологовому періоді:

- низька стресостійкість;
- висока тривожність;
- лабільність емоційної сфери;
- невпевненість в собі, низька самооцінка, комплекс неповноцінності;
- недовірливість;
- наявність внутрішньо-особистісних конфліктів;
- схильність до іпохондрії;
- висока чутливість;
- залежність і сугестивність;
- схильність до депресій, депресивність особистості;
- схильність до формування страхів і фобій;
- інфантильність;
- внутрішній локус контролю (надмірно розвинений, що проявляється в схильності до самозвинувачення);

– «негативні думки, мислення», тобто оцінка подій, що відбуваються з негативною, стосовно себе, точки зору.

Дослідження П. Гілберт показали, що невротизм жодним чином не пов'язаний з появою депресії у жінок після пологів [25]. Також серед психологічних чинників ризику виникнення постнатальної депресії за Є. І. Захаровою, Є. Ю. Печниковою, Г. Г. Філіпповою можна назвати:

- сильні стреси, що повторюються або тривалі переживання після однократного стресу в другому і третьому триместрі гестації;
- затяжні депресивні або затяжні гострі негативні емоційні стани протягом всієї вагітності;
- постійне самозвинувачення і самокатування (наприклад, з приводу бажання зробити аборт на початку вагітності);
- систематична, часта відмова собі в переживанні відчуттів задоволення;
- спроби надолужити згаяне і обов'язково доробити те, що не встигли до вагітності (захистити диплом, дисертацію, закінчити проект на роботі, зробити ремонт тощо).

Згідно з даними М. О'Хари, жінки, у яких протягом життя спостерігався високий рівень і частота негативних подій в зв'язку з пологами або вагітністю, більше схильні до виникнення постнатальних депресивних розладів. Існують дані про підвищений ризик появи післяпологової депресії після других і наступних пологів при наявності подібного досвіду в минулому [60, с.25].

Слід зазначити, що більшість науковців солідарні з думкою, що для жінок, які переживають постнатальні депресивні розлади, характерні ті ж преморбідні особливості особистості, що і для жінок, які страждають іншими типами депресивних розладів. Також причиною виникнення постнатальної депресії можуть стати переживання, що виникають безпосередньо після пологів. Це розвиток почуття відповідальності за дитину, конфлікт між власною особистістю і формуванням концепції материнства, набуттям нової соціальної ролі, зміною звичного способу життя.

Серед чинників, що сприяють виникненню почуття спустошеності, можуть бути переживання, пов'язані з очікуванням пологів протягом дев'яти місяців вагітності. Безпосередньо пологи стають для будь-якої матері важливою подією в житті. Часто жінка під час вагітності бачить перед собою лише пологи, її думки сконцентровані лише навколо цієї події. Світогляд неначе обмежується процесом пологів і жінка зосереджена лише на переживаннях, пов'язаних з пологами: болючості, хворобливості процесу, страху за життя дитини і власне життя. Як після будь-якої важливої та довгоочікуваної життєвої події приходить відчуття звільнення від напруги, так разом з нею і настає спустошення. Після піку напруги така реакція як сльози, плаксивий стан цілком доречні. У жінок, які концентруються тільки на процесі пологів і при цьому не бачать продовження материнства з новонародженою дитиною, підвищується ймовірність виникнення постнатальної депресії [14].

Іншим напрямком в дослідженні психологічних чинників формування післяпологової депресії є вивчення проблеми готовності до пологів і материнства, реакції на зміну соціальної ролі. Так, наприклад, Н. Оутлі та М. Бултон вважають, що сукупність біологічних змін та змін соціальних ролей в процесі вагітності і пологів призводять до депресії.

Г. Г. Філіппова велику увагу у своїх роботах приділяє проблемам готовності до пологів і материнства як чинника імовірного виникнення депресивних постнатальних розладів [42]. Її дослідження показало, що на фактичний перебіг пологів та задоволеність жінкою самим процесом впливає такий чинник, як психологічна готовність до пологів, яка в нормі невисока, але її можна розвинути через спеціальні заняття з підготовки до пологів, і тим самим реально вплинути на свої майбутні пологи. Авторка виділила поняття «психологічної готовності до пологів». Було з'ясовано, що жінки, які відвідують заняття та отримали основні знання про пологи, розуміли про недостатність цих знань та усвідомлювали необхідність власної непохитної впевненості в успішності пологів, тобто формуванні психологічної готовності до пологів.

Поняття «психологічна готовність до пологів» узагальнює в собі весь спектр ставлення до пологів, їх усвідомлення та осмислення, особисту включеність, настрої та емоційний стан жінки, а також всі її уявлення про пологи і готовність до відповідної поведінки під час них. Ми звернулись до вивчення структури психологічної готовності до пологів як предиктора ППД. Так, Г. Г. Філіппова виділяє п'ять основних компонентів [42, с.65]:

1. Тілесний.

Включає готовність тіла як організму до пологової діяльності. Крім наявності чи відсутності порушень у здоров'ї, конституційного типу (наприклад, вузьке / широке розташування тазових кісток), сюди належить готовність м'язів до майбутнього навантаження.

2. Когнітивний.

Містить комплекс уявлень, стереотипів і знань про власне процес пологів, про необхідні дії породіллі під час пологів, про те, яким може бути результат пологів і як поведінка жінки під час пологів на нього впливає. Типова когнітивна складова для жінок, які не пройшли спеціальної підготовки до пологів, виглядає наступним чином. Жінка може не уявляти собі майбутні пологи, знати тільки те, що у неї повинна народитися дитина певної статі, і що лікарі зроблять все необхідне, щоб її дитина була здорова. Також жінка може знати, що, зазвичай пологи болючі, що багато жінок під час пологів кричать, що дуже часто лікарі роблять надрізи промежини, щоб дитина вийшла, і потім накладають шви. Також жінка може мати інформацію, що її знайома (подруга, родичка) народила з патологією, а пологи пройшли невдало або для неї, або для її дитини. Стосовно власних дій жінка може знати, що їй треба тужитися, але як це робити, вона може не уявляти і не вміти. Як поведінка жінки впливає на сприятливий перебіг пологів, чи може вона сама щось зробити, щоб вплинути на майбутні пологи і зняти ризик патології, вагітна не знає і може не мати інформації, де про це дізнатися.

3. Емоційний.

Становить комплекс взаємин, почуттів, пережитих емоцій, а також можливі страхи і побоювання жінки з приводу майбутніх пологів. Також сюди відносять віра/невіра жінки в сприятливий перебіг власних пологів. Наприклад, через нестачу знань (недостатньо сформована когнітивна складова) жінка може відчувати хвилювання, пологи можуть уявлятися їй, як певний хірургічний процес, в якому вона буде відчувати біль. Жінка може боятися цього і несвідомо прагнути уникнути цієї участі. Вона може одночасно хотіти, щоб пологи відбулися, тому що вони дадуть їй дитину, і не хотіти, щоб пологи були, тому що особисто для неї – це уколи шприцом, крапельниця з ліками, біль, розрізи скальпелем, зашивання швів голкою, можливо втрата крові і повна невідомість – чим все це реально завершиться.

Слід зазначити негативний вплив емоційної складової при спонтанному формуванні психологічної готовності до пологів, при нульовому рівні її сформованості. Це проявляється у вигляді великої кількості хвилювань і страхів з приводу майбутніх пологів, високим рівнем особистісної тривожності жінок в період вагітності, так званий «невротичний синдром вагітності». Невротичний синдром вагітності чинить патогенний вплив на перебіг пологової діяльності. Емоційна напруженість, тривожність і страхи викликають болі під час пологів і можуть спровокувати їхній патологічний перебіг. Саме цілеспрямоване формування готовності до пологів дозволяє нейтралізувати негативний вплив емоційної складової, перевести його в позитивне русло [42, с. 67-69].

4. Мотиваційний.

Це прийняття жінкою рішення народити, дозвіл собі пережити цей невідомий досвід (навіть для жінок, які народжують повторно, майбутні пологи – це невідомий до кінця досвід, тому що їх результат на 100% не можливо передбачити), або сильні коливання між «хочу – повинна – не хочу», що проявляються у вольовому паралічі, коли рішення не прийняте, а можливості скасувати пологи, відмовитися від них немає. Тоді жінка входить в пологи, тому що вона змушена це зробити, оскільки це фізіологічний процес,

який запущений і вже не можна зупинити вольовим рішенням, але проти якого йде сильний протест. Параліч волі паралізує активність жінки під час пологів та змушує її бути об'єктом процесу, що відбувається, де активність беруть на себе лікарі.

5. Сімейний.

Включає в себе сприйняття жінкою комплексу стосунків з чоловіком, його включеності чи відстороненості в процес вагітності, очікування дитини, пологів [42, с. 70].

При нерозвиненій сімейній складовій жінка відчуває свою самотність, відокремленість від чоловіка, сприймає вагітність і пологи як частину свого особистого життя і змін, що відбуваються лише з нею. При цьому жінка може відчувати гостру незадоволену потребу розділити свої переживання з чоловіком, отримати підтримку з його боку. А чоловік при цьому може сприймати свою роль в період вагітності і пологів (а потім і в вихованні дитини) лише як годувальника сім'ї.

При повній сформованості сімейної складової жінка сприймає включеність чоловіка в її проблеми, відчуває підтримку з його боку, тепло взаємин, у неї з'являється можливість розділити свої переживання з ним. Це наповнює її життя і життя чоловіка особливим почуттям взаємної причетності до важливої сімейної події. При цьому подружні стосунки активно розвиваються в напрямку повної близькості і довіри при прийнятті спільного рішення подружжя про спосіб пологів, взяття чоловіком на себе особливої ролі під час пологів, що виявляється в моральній підтримці жінки її впевненості в самій собі і в пологах [33].

Слід зазначити, що сімейний компонент є найбільш складним і мало вивченим, оскільки стосунки між подружжям розвиваються через свої етапи криз. Пологи для сімейної складової будуть швидше каталізатором, ніж гармонізацією всіх аспектів взаємин між подружжям.

Психологічна готовність до пологів може формуватися як спонтанно, так і цілеспрямовано з використанням методу психотерапевтичних занять з

підготовки до пологів для сімейних пар в період вагітності жінки. Рівень психологічної готовності до пологів піддається діагностиці і служить критерієм прогнозу перебігу пологової діяльності.

Окрім структури, Г. Г. Філіпова [42, с. 75-78] визначила п'ять рівнів психологічної готовності до пологів:

нульовий рівень – повна відсутність психологічної готовності до пологів. Характеризується панікою в пологах, сильними хвилюваннями і наявністю великої кількості страхів, тривалим больовим періодом, що важко переноситься жінкою, негативним сприйняттям пологів, отриманням післяпологового стресу і можливими медичними ускладненнями.

перший та другий рівні – наявність моральної готовності до пологів. Характеризуються впевненим входженням в пологи, спокоєм і відсутністю страхів протягом пологового процесу. Перший рівень характеризує часткову моральну готовність. На відміну від другого рівня, вищеописаний стан присутній в одні періоди пологів і відсутній в інші, в той час як на другому рівні готовності до пологів такий стан присутній протягом всього пологового процесу.

третій і четвертий рівні – власне психологічна готовність до пологів. Характеризується наявністю повної моральної готовності, повним прийняттям процесу пологів, включаючи і можливі негативні моменти, і знаходженням породіллі в стані «тут і тепер», що забезпечує їй входження в пологовий енергетичний потік і відносно (або повністю) безболісні пологи. Жінка отримує від пологів радісні позитивні враження, пологи благотворно впливають на її глибинний психоемоційний стан. Ставлення до пологів позитивне. На третьому рівні, на відміну від четвертого, вищеописаний стан присутній не в усі періоди пологів [42, с.71].

Характерним критерієм відсутності повної психологічної готовності до пологів є той факт, що жінка квапить пологи, хоче скоріше народити, бажає, щоб все швидше закінчилося, незважаючи на свій спокійний і впевнений стан.

Рівні психологічної готовності до пологів показують ступінь зрілості вищезазначених складових. При нульовому рівні готовності, тобто незрілих когнітивному (нічого не знаю, маю не чіткі уявлення про пологи), емоційному (боюся наймовірніше, пологи мають чуттєвий образ небезпеки, від якої треба сховатися) і вольовому (не готова прийняти пологи, стан паніки, параліч волі) компонентах жінка стає нездатною бути активним суб'єктом пологів, вони втрачають статус діяльності і стають простим фізіологічним процесом. Жінка немає можливості бути творцем своїх пологів, характеру їх перебігу, свідомо не може вплинути на їхній результат. Такі пологи для жінки є сильною стресовою ситуацією і народження дитини об'єднується з депресією і загальною пригніченістю.

Істотний вплив на формування постнатальних депресивних розладів чинить і готовність до материнства. Неготовність до материнства, небажання прийняти роль матері або несформованість уявлень про материнство і нову роль служать причиною формування тривожності і депресії в післяпологовому періоді.

У дослідженнях С. Ю. Мещерякової [24, с. 94] також були виявлені основні складові структури психологічної готовності до материнства:

1. особливості переживання жінкою вагітності;
 2. орієнтація на стратегію виховання і догляду за немовлям;
 3. ранній дитячий досвід майбутньої матері (наявність або відсутність прихильності до матері, стиль батьківського виховання, ігрові переваги тощо).
- Всі три складові виявилися пов'язаними між собою.

Різні варіанти поєднання елементів цих складових в сукупності визначили рівень психологічної готовності до материнства.

За ознакою готовності до материнства дослідниця С. Ю. Мещерякова [24, с. 102-109] виділила 3 групи:

1. низький рівень готовності до материнства. Жінки частіше відзначають наявність коливань в ухваленні рішення мати дитину, негативних відчуттів і переживань в період вагітності, формально відповідають на питання стосовно

їхнього ставлення до ненародженої дитині, переважно орієнтуються на дотримання жорсткого режиму. Вони також частіше вказують на відсутність в дитинстві прихильності до матері і суворе ставлення батьків, рідко віддавали перевагу іграм з ляльками;

2. високий рівень готовності до материнства. Жінки не відчують коливань в ухваленні рішення мати дитину, відзначають переважання позитивних відчуттів в період вагітності, охоче і розгорнуто відповідають на питання, що стосуються їхнього ставлення до ненародженої дитини, переважно орієнтуються на дотримання м'якого режиму. Всі вони мали в дитинстві прихильність до матері, відзначають ласкаве ставлення батьків, частіше віддавали перевагу іграм з ляльками;

3. середній рівень готовності до материнства. Відповіді жінок цієї групи частково схожі з відповідями в першій групі і частково з відповідями в другій групі [7, с.34].

Для жінок з низьким рівнем психологічної готовності до материнства імовірність розвитку постнатального депресивного розладу дуже велика, оскільки нова ситуація стає для них великим стресом. Дослідження концепцій материнства і реакцій матері на події, що відбуваються після пологів, яке проведене М. Рафаелем-Леффом, дозволило виявити зв'язок між типами материнства і чинниками виникнення постнатального депресивного розладу. Дослідження показало, що жінок можна розділити на дві групи: «матері, які допомагають», «матері, які регулюють» [49, с. 67].

В першу групу відносять жінок, які орієнтовані на природні пологи і розглядають дитину як центр всього свого життя. У «матерів, які допомагають», депресія може виникнути в тому випадку, якщо з певних причин вони вважають, що не здатні ефективно здійснювати материнські функції. Також для матерів з цієї групи важливо постійно знаходитися разом з дитиною. Якщо трапляється розлука з дитиною, то у матері можуть спостерігатися порушення емоційної сфери.

«Матері, які регулюють» (ті, які вважають за краще роботу і кар'єру і хочуть дитину для того, щоб відповідати своєму стилю життя) схильні до депресії, оскільки певний час не можуть поєднувати кар'єру і догляд за дитиною, а також відчувають втрату незалежності. Набуття ролі матері розглядається ними як втрата своєї особистості і соціального статусу. Наприклад, коли жінка, яка готується стати матір'ю, повідомляє, що вона не хоче, щоб її дитина змінила її життя, щоб на роботі все залишилося, як було раніше, то можна прогнозувати ймовірність виникнення постнатальної депресії. Профілактикою в даному випадку може виступати робота над мотивами вагітності, народження дітей, опрацювання дитячо-батьківських стосунків; дискусія про роль матері, функції; бесіди про очікування від народження дитини тощо.

Необхідно відзначити, що на формування ставлення і психологічної готовності до материнства великий вплив чинять існуючі в культурі міфи і стереотипи. Мабуть, найбільшої шкоди завдає міф «щасливого і безхмарного материнства», який призводить до нереалістичних очікувань до і під час вагітності, після пологів. Жінки, які мають лише ідеальні уявлення про материнство, часто не готові до перших труднощів і реального догляду за дитиною, що також стає причиною негативних станів.

1.3. Особливості поведінки жінок з постнатальними депресивними розладами

Перебування в депресивному стані змінює не лише саму жінку, але і її відносини зі світом. Найбільш негативним чином це позначається на її стосунках з власною дитиною, оскільки саме з нею вона проводить найбільше часу і найчастіше свій депресивний стан жінка пов'язує з нею.

Післяпологова депресія змінює сприйняття власної дитини, установки матері стосовно неї, її поводження з немовлям. Такі жінки протягом трьох-чотирьох (а іноді і більше) місяців після пологів відчувають пригніченість,

тугу та апатію. Їм буває особливо важко доглядати за немовлям. Вони розгублені, тому що не можуть зрозуміти, що з ними відбувається, чому вони сприймають власну дитину як щось чуже, «не можуть її полюбити», і нерідко бувають роздратовані тим, що дитині необхідно приділяти стільки часу, уваги і сил. Будь-які дії немовляти можуть викликати негативну реакцію і навіть ворожість. Такі матері мало емоційні в спілкуванні з дитиною, вони рідше підходять до малюка, не хочуть брати його на руки, посміхатися і розмовляти з ним, недостатньо жваво реагують на його дискомфорт. Водночас жінка часто відчуває невпевненість в тому, що вона правильно доглядає за своєю дитиною, відчуває свою неспроможність в ролі матері, що призводить до формування почуття провини. Часто це поєднується з постійною і безпідставною тривогою за здоров'я малюка [18].

Подібний стан матері порушує емоційне спілкування з дитиною. І чим довше він триває, тим сильніше відображується на дитині, сім'ї, особистості матері. Жінки з ППД мають різноманітні негативні почуття і установки стосовно своєї дитини, що проявляється в широкому діапазоні негативних реакцій в поведінці матері. Матері з ППД мало експресивні і меншою мірою стимулюють поведінку своїх немовлят, вони мало часу спостерігають за немовлям, рідше торкаються до нього, особливо відзначається менша кількість ніжних дотиків до дитини [47, с. 104].

Дослідження П. Врайта, М. Роні та Д. Томаса показали, що багато матерів, які відчувають депресію, мають труднощі в спілкуванні з дітьми і це впливає на когнітивний розвиток немовлят. Дослідження Д. Мюррай показали, що матері, які відчувають депресивні стани, не здатні до невербального спілкування з немовлям [33, с.48].

Матері з ППД повільніше реагують і рідше вокалізують у відповідь на голосові звуки немовлят порівняно з матерями без афективної патології. Вони можуть бути дуже настирливі або навіть ворожі стосовно дитини [6, с. 82-83]. Загалом таку поведінку можна охарактеризувати як «нечутливу» до дитини

[61, с. 133]. Матері з ППД можуть продовжувати поводити себе таким негативним чином навіть після закінчення депресії.

Важливо відзначити, що сильно виражені форми ППД можуть призвести до повної нездатності доглядати за новонародженим. Легкі і помірні форми ППД також порушують взаємодію між матір'ю і дитиною. Більшою мірою це стосується не фізіологічного догляду, а емоційного ставлення [28, с. 88].

У стані депресії жінці важко піклуватися про дитину, розуміти її потреби. Матері не підходять до немовлят, коли вони плачуть, рідше беруть їх на руки, відмовляються годувати грудьми. Як відомо, грудне молоко дає дитині не просто поживні речовини, але й формує імунітет, впливає на розвиток кісткової системи. Процес годування грудьми – перша найважливіша взаємодія в житті дитини, яка приносить радість спілкування, почуття тепла, любові, безпеки, що так необхідні новонародженій дитині. Діти, позбавлені материнської уваги, турботи, ласки втрачають у вазі, пізніше починають говорити, частіше плачуть, мають розлади сну.

Л. Беквіт виявив декілька патернів взаємодії матерів з ППД та їхніх дітей. Ці патерни відрізняються формою тяжкості депресивного стану, його тривалості та інших чинників ризику:

вирівнювання афекту, соціальне віддалення і зниження рівня енергії;

більш виражений негативний афект, який супроводжується ворожістю і створенням перешкод в процесі взаємодії;

чергування уникнення взаємодії та, навпаки, нав'язування себе і зайвої стимуляції спілкування.

Таким чином, мати в депресивному стані не відповідає повною мірою на сигнали, що йдуть від дитини, вона може бути емоційно відстороненою, ворожою, не завжди доступною для спілкування. Всі ці зміни поведінки жінок можуть затримувати розвиток у немовляти відчуття контролю, задоволення, почуття безпеки у стосунках. Крім того, дитина може перебувати під впливом депресивного стану і дратівливості матері та відчувати внаслідок цього спектр негативних емоцій.

А. Дж. Самеров, Р. Зіфер, М. Закс припускають, що афективні особливості стосунків матері і дитини, особливо депресія і відчуженість, можуть чинити найбільш помітний вплив на взаємодію матерів з їх немовлятами. Водночас вони відзначають, що на розвиток дитини більший вплив чинять тяжкість і тривалість материнської психопатології, аніж специфічний діагноз [53].

До 85% жінок переживають легку форму постнатального депресивного розладу – післяпологовий бебі-блюз (у публікаціях зустрічається також визначення «синдром сумної мами», «блакитний блюз» [40; 45]). Це стан жінки після пологів, який характеризується негативним настроєм, сумом, апатією, зниженим інтересом до дитини або взагалі відсутністю інтересу до неї. Бебі-блюз характеризує психічний стан як більш стабільний. Тому, якщо вчасно надати психологічну допомогу та підтримку, звернути увагу на стан молодої мами, то з післяпологового блюзу можна вийти. Такий стан пройде, як тільки жінка адаптується до своєї нової ролі матері, вона налагодить свій режим, взаємодію з дитиною, вибудує всі свої соціальні ролі. Ці симптоми, як правило, досягають піку між 5-7 післяпологовими днями та спонтанно зникають протягом двох тижнів після пологів. Терапія післяпологового блюзу може включати індивідуальну або групову психотерапію, медикаментозне лікування та підтримуючі втручання. Поєднання психотерапії (особливо когнітивної терапії) та медикаментозних препаратів є максимально ефективним [52].

Депресивні розлади жінок у постнатальному періоді відображаються і на розвитку дитини. Варто відзначити, що емоційні розлади, розвиток особистості, самооцінки у дитини, тісно пов'язані із станом матері. Тому дуже часто діти, матері яких переживають ППД, мають труднощі у вираженні почуттів і схильності до депресій, станів з підвищеною тривожністю [57, с. 49]. Діти матерів з ППД проявляють менше позитивних емоцій, у них меншою мірою виражений інтерес до людей та предметів. Вони не синхронізують свою поведінку з поведінкою матерів таким чином, як це роблять немовлята матерів

без ППД [55, с. 82] і проявляють менше незадоволення при відсутності матері [39, с. 83]. Досліджено, що немовлята були незадоволені спілкуванням з депресивною мамою та уникали його. Така «депресивна поведінка» проявляється і при взаємодії зі сторонніми дорослими, які не страждають депресією.

Результати дослідження М. Пелаз-Ногурас показали, що діти депресивних матерів краще спілкувалися зі знайомими вихователями, ніж зі своїми матерями. А в дослідженні З. Хосейна було показано, що діти у віці від трьох до шести місяців краще спілкуються зі своїми недепресивними батьками, ніж з депресивними матерями [44, с.56]. Дослідження матерів з ППД вказують на порушення прив'язаності між дітьми і матерями. Саме в сфері прихильності до матері були простежені досить віддалені наслідки впливу материнської ППД.

Таким чином, ППД може становити ризик для немовляти, для його взаємин з матір'ю. Діти матерів з післяпологовими депресіями більшою мірою проявляють негативні емоції під час досліджень їх психічного розвитку та психомоторних пробах, їхня поведінка швидше «псується» під впливом цих досліджень, ніж у немовлят матерів без депресії.

В процесі спонтанних взаємодій немовлята матерів, що переживали депресію, були мало активні, виглядали незадоволеними, більше метушилися. При взаємодії зі своєю матір'ю немовлята висловлювали переважно негативні емоції, вони часто відводили погляд, проявляли протест. У немовлят матерів, які переживають постнатальну депресію, також розвивається депресивний стиль реагування. Однак достовірно невідомо, чи є депресивні емоційні прояви у немовлят результатом відображення поведінки матерів або результатом мінімальної стимуляції з боку матерів [56, с. 78].

Оцінка поведінки новонароджених дітей від матерів, що зазнали депресію, показала, що вони мають нижчий рівень активності і гірше реагують на звернення до них. Такі зміни в поведінці новонароджених можуть бути результатом як генетично опосередкованої передачі депресивного статусу від

матері до дитини, так і через переживання тривалого стресу протягом вагітності. Було висунуто припущення про те, що проблеми ранньої взаємодії матері і немовляти виникають через попередній несприятливий вплив емоційного стану матері на плід під час гестації. Подібна поведінка зберігається і після досягнення немовлятами тримісячного віку: задоволення у них проявляється менш яскраво, вони демонструють більше занепокоєння в процесі взаємодії. Оскільки ППД матері триває і після народження дитини, то на її обличчі нечасто відображаються позитивні емоції, вона менш активно спілкується зі своїм немовлям, рідше грає з ним. Ці немовлята виглядають пригніченими навіть в тому випадку, якщо їх матері зовні не виявляють ознак апатії, дистимії та ангедонії.

Не зважаючи на те, що багато дослідників виділяють в депресивній поведінці жінки відсутність активності і відчуженість, деякі матері більшою мірою проявляють нав'язливий стиль взаємодії. Незалежно від того, поведуть себе матері, що зазнавали депресію, відчужено або нав'язливо, їх немовлята, відгукуються переважно на негативну поведінку матерів, в той час як немовлята здорових матерів більш чутливі до позитивного материнського ставлення. Таким чином, в обох випадках діти відображають домінуючий настрій своїх матерів або наслідують йому.

Також варто зазначити, що у матерів з ППД кількість часу, протягом якого вони відчують роздратування або не залучені у взаємодію з немовлям, набагато більше, а часу для гри набагато менше, ніж у здорових матерів [22]. У свою чергу, в порівнянні з дітьми здорових матерів немовлята хворих більше проявляють протест або відводять погляд і менше – уважність, вони мало граються. Така поведінка не обмежується лише взаємодією з матерями, оскільки вони подібним чином взаємодіють і зі сторонніми особами. Депресивний стиль взаємодії поширюється на спілкування дітей з дорослими, які не хворіють депресією [7]. Таким чином, можна зробити висновок, що поведінка і емоційний стан дітей відображають поведінку і стан їхніх матерів з постнатальними депресивними розладами.

Висновки до розділу 1

На сучасному етапі в клінічній практиці психіатрії та психотерапії, психоневроендокринології, сімейній психології та консультуванні, в різних соціальних галузях охорони психічного здоров'я жінок та дітей спостерігається зростання депресивної патології у жінок після пологів. У ряді досліджень є вказівки на досить часте виникнення афективних порушень у післяпологовому періоді. Однак у наявній літературі питанням психологічних особливостей різних форм післяпологових депресій, чинників їх виникнення та форм профілактики приділяється недостатня увага.

Модель стрес-вразливості виділяє чинники, що впливають на розвиток і перебіг післяпологової депресії: демографічні (вік і стать); психобіологічна і соціальна вразливість; стресові життєві події, в тому числі фінансові та міжособистісні проблеми.

Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми особистісних особливостей жінок дозволив виявити чинники виникнення депресивних розладів в післяпологовому періоді: низька стресостійкість; висока тривожність жінки; нестійкість емоційної сфери; невпевненість в собі, низька самооцінка, комплекс неповноцінності; недовірливість; наявність внутрішньо-особистісних конфліктів; схильність до іпохондрії; надто висока чутливість; залежність і навіюваність; схильність до депресій, депресивний стан особистості; схильність до виникнення страхів і фобій; інфантильність; внутрішній локус контролю; «негативні думки, мислення», тобто негативна оцінка подій, що відбуваються.

Поведінка матері з постнатальним депресивним розладом характеризується наступним: жінки повільно реагують і рідко вокалізують на голосові звуки немовлят; можуть бути дуже нав'язливі або навіть ворожі до дитини. Тяжкі форми ППД можуть призвести до повної нездатності доглядати

за новонародженим малюком. Легкі і помірні форми ППД впливають менше, але також порушують емоційну взаємодію між матір'ю і дитиною.

Депресивний розлад матері позначається і на розвитку дитини. Такі немовлята страждають через ігнорування потреби у спілкуванні, а також відсутність реакцій на будь-які їхні прояви. Депресія матері негативно впливає на почуття безпеки, внутрішні механізми самозахисту, концентрацію, розвиток мовлення дитини. Розвиток особистості, самооцінки у дитини, тісно пов'язані із емоційним станом матері. Тому дуже часто діти, матері яких переживають ППД, мають труднощі у проявах почуттів і схильності до депресій, станів з підвищеною тривожністю.

РОЗДІЛ 2

ЕМПРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТНАТАЛЬНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ЖІНОК

2.1. Зміст та організація емпіричного дослідження депресивних розладів жінок у постнатальному періоді

Діагностичний етап нашого дослідження проводився он-лайн за допомогою Інтернет додатку Google Forms серед жінок (породіль) після 4-15 днів після пологів з народженням живої дитини (дітей). Загальна кількість жінок – 58, віком від 17 до 42 років.

Дослідження проводилось в період з серпня 2020 року до жовтня 2020 року та складалось з наступних етапів:

- підготовчий етап (серпень 2020 р.) включав в себе вивчення наукової літератури з проблеми післяпологових депресивних розладів; формування концептуальної лінії дослідження, мети, визначення завдань та гіпотези; вибір методів і методик наукового дослідження;
- констатуючий етап (вересень 2020 року) пов'язаний з проведенням діагностики ППД серед породіль та визначення рівнів тривожності та суб'єктивного контролю;
- підсумковий етап (вересень – жовтень 2020 року) включав в себе аналіз результатів дослідження жінок з різними формами постнатальних депресивних розладів та розробку програми заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок з метою мінімізації ризику виникнення ППД.

Для здійснення діагностики ми визначали рівень тривожності за допомогою шкал реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера-Ханіна, рівень прояву депресивних розладів оцінювали за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (ЕШПД, Edinburg postnatal depression scale,

Л. Сох) і шкалою самооцінки депресії Цунга, рівень інтернальності – за допомогою опитувальника Дж. Роттера «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК). Також для встановлення взаємозв'язку між ознаками обчислювали коефіцієнт Манна-Уїтні та рангової кореляції Спірмена.

Розглянемо детальніше кожен із використаних методик.

Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (ШРОТ) [55].

Дана методика дозволяє визначити перші й істотні характеристики якості інтегральної самооцінки особистості: чи є нестабільність цієї самооцінки ситуативної або постійної, тобто особистісної. Результати методики належать не тільки до психодинамічних особливостей особистості, а й до загального питання взаємозв'язку параметрів реактивності й активності особистості, її темпераменту і характеру. Методика дає розгорнуту суб'єктивну характеристику особистості, що зовсім не зменшує її цінності в психодіагностичному плані.

Ю. Л. Ханін приводить з цього приводу думку А. А. Ухтомського: «...Так звані «суб'єктивні» свідчення так само об'єктивні, як і всілякі інші для того, хто вміє їх розуміти і розшифровувати» [26]. Поняття тривожності як особистісної властивості і тривоги, як стану, поступово зблизилися в найменуванні «тривожність», розділившись в той же час у визначеннях: «реактивна» і «активна», «ситуативна» і «особистісна».

Згідно Ю. Л. Ханіну [39], стан тривоги (або ситуативна тривожність) – позначаються однаково: «СТ» – виникає «як реакція людини на різні, найчастіше соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття несприятливого до себе ставлення, загрози своїй самоповазі, престижу). Тоді як, особистісна тривожність (ОТ) як риса, властивість, диспозиція дає уявлення про індивідуальні відмінності у сприйнятті дії різних стресорів. Отже, тут мова йде про відносно стійку схильність людини сприймати загрозу своєму «Я» в різноманітних ситуаціях і реагувати на ці події з підвищенням ситуативної тривожності. Рівень

особистісної тривожності характеризує минулий досвід індивіда, тобто наскільки часто йому доводилося відчувати ситуативну тривожність. Шкала реактивної та особистісної тривожності має дві самостійні підшкали для окремого вимірювання тієї й іншої форми тривожності: підшкала оцінки СТ з головним питанням про самопочуття в даний момент і підшкала оцінки ОТ з формулюванням про самопочуття зазвичай.

Процедура проведення

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть цифру у відповідній графі справа залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних і неправильних відповідей немає».

Обробка результатів включає наступні етапи:

1. Визначення показників ситуативної та особистісної тривожності за допомогою ключа.

2. На основі оцінки рівня тривожності – складання рекомендацій для корекції поведінки досліджуваного.

3. У випадку групової діагностики, проводиться обчислення середньогрупового показника ситуативної тривожності (СТ) й особистісної тривожності (ОТ) та їх порівняльний аналіз залежно, наприклад, від статі респондентів чи віку.

Інтерпретація результатів ШРОТ

При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

до 30 балів – низька;

31-44 бали – помірна;

45 і більше – висока.

Зіставлення результатів за обома підшкалами дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента. Особам із високою оцінкою тривожності слід формувати відчуття впевненості й успіху. Їм необхідно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значимості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування завдань. Особам із низькою оцінкою тривожності, навпаки, потрібне пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, висвітлення почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань.

Стан реактивної (ситуативної) тривоги виникає при потраплянні в стресову ситуацію і характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженістю, занепокоєнням і вегетативним збудженням. Природно, що цей стан є мінливим та відрізняється різною інтенсивністю. Таким чином, значення підсумкового показника за даними підшкалами дозволяє оцінити не лише рівень актуальної тривоги досліджуваного, а й визначити, чи знаходиться він під впливом стресу, а також яка інтенсивність цього впливу.

Наступна методика – *Единбурзька шкала післяпологової депресії (ЕШПД, Edinburgh postnatal depression scale, J. Cox)* [58]

Единбурзька шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale) – клінічна скринінгова методика, представлена у вигляді опитувальника для самостійного проходження.

Дата методика призначена для виявлення депресивних розладів у передпологовому та післяпологовому періодах, у тому числі в епідеміологічних масштабах.

Единбурзька шкала післяпологової депресії була розроблена в 1987 році фахівцями з Единбурга та Лівінгстона. В якості базової методики була обрана «Шкала самооцінки депресії Цунга», а також менш відомі у нас інструменти психодіагностики таких авторів, як Snaith, Bedford, Foulds.

Автори Edinburgh Postnatal Depression Scale відібрали з інших методик пункти, що характеризують емоційний стан молодих матерів як депресивний з

високим ступенем достовірності. Методика проста, заповнюється пацієнткою самостійно, час заповнення становить близько 5-6 хвилин. Чутливість методики становить 86%, специфічність – 85,4%. Единбурзька шкала післяпологової депресії застосовується для масових обстежень молодих матерів для виявлення осіб, які потребують консультації фахівця.

Крім іншого, дана методика може бути використана для діагностики депресивних розладів і батьків новонароджених. Ще однією відмінною особливістю Edinburgh Postnatal Depression Scale є відсутність в опитувальнику діагностики соматичних симптомів депресії (як клінічного діагнозу), що при різних умовах може бути як позитивним, так і негативним.

Внутрішня структура шкали досить проста: опитувальник складається з 10 пунктів, на кожен з яких дається один із 4 варіантів відповіді з градацією за 4 ступенями тяжкості. Шкала містить твердження, що виявляють такі психопатологічні феномени: відчуття провини, тривогу і занепокоєння, паніку, нездатність сміятися, копінг-дефіцит, труднощі засинання через відчуття, що людина є нещасною, смуток, плаксивість і думки про самоушкодження.

Пункти 1, 2 і 4 підраховуються в прямих значеннях (0, 1, 2, 3). Інші пункти підраховуються в зворотних значеннях (3, 2, 1, 0). Бали за всіма десятима пунктами підсумовуються. Бали 8-9 і вище свідчать про високу ймовірність ППД (приблизно в 86% випадків). Бали вище 13 свідчать про 100% ймовірності ППД (при максимумі в 30 балів).

Також можливий змістовний аналіз бланка опитувальника для виявлення найбільш виражених розладів в клінічній картині післяпологової депресії.

Шкала самооцінки депресії Цунга [54]

Шкала Цунга для самооцінки депресії (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) – тест для самооцінки депресії був розроблений в Університеті Дюка психіатром доктором У. Цунгом. Тест дозволяє оцінити рівень депресії пацієнтів і визначити ступінь депресивного розладу. За допомогою «Шкали Цунга» досліджуваний або спеціаліст можуть провести самостійне обстеження або скринінг депресії. Тест «Шкала Цунга» має високу чутливість

і специфічність та дозволяє уникнути додаткових економічних і часових витрат, пов'язаних з психологічним обстеженням етичних проблем.

У тестуванні враховується 20 чинників, які визначають чотири рівні депресії. У тесті присутні десять позитивно сформульованих і десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (на основі цих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Результати діляться на чотири діапазони:

25-49 – нормальний стан;

50-59 – легка депресія;

60-69 – помірна депресія;

70 і вище – важка депресія.

Російською мовою тест адаптований у відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева Т. І. Балашовою. Повна процедура тестування з обробкою займає 20-30 хвилин. Досліджуваний зазначає відповіді на бланку.

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви себе відчуваєте останнім часом. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає».

A (1) – ніколи або рідко; B (2) – іноді; C (3) – часто; D (4) – майже завжди або постійно

Рівень депресії (РД) розраховується за формулою:

$$РД = \Sigma_{пр} + \Sigma_{зв}$$

де $\Sigma_{пр}$ – сума закреслених цифр до «прямих» тверджень № 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19;

$\Sigma_{зв}$ – сума цифр, «зворотних» закресленим, до висловлювань № 2, 5, 6, 11, 12,14,16,17, 18,20.

Наприклад:

у твердженні №2 закреслена цифра 1, ми ставимо в суму 4 бали; у твердженні №5 закреслена відповідь 2 – ставимо в суму 3 бали; у твердженні

№6 закреслено відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у твердженні №11 закреслено відповідь 4 – ставимо в суму 1 бал.

В результаті отримуємо рівень депресії, який коливається від 20 до 80 балів.

Якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії. Якщо РД більше 50 і менше 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного чи невротичного генезу. Показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія. Істинно депресивний стан діагностується при РД більше 70 балів.

«Рівень суб'єктивного контролю» (РСК) Дж. Роттера [19, с.124-129]

Люди відрізняються місцем і способом локалізації контролю значущих для них подій. Виділяють два полярні типи локалізації – екстернальний та інтернальний. З інтернальним локусом контролю людина оцінює події як такі, що залежать від її особистісних якостей (компетентності, цілеспрямованості тощо), з екстернальним локусом контролю успіхи й невдачі розглядаються як результат зовнішніх сил (везіння, випадок, вплив оточення тощо) і від самої особистості наче не залежать.

Локус контролю є універсальним стосовно будь-яких подій та життєвих ситуацій. Один тип контролю характеризує поведінку людини в ситуаціях невдач, сфері досягнень і по-різному впливає на сфери соціального життя. Екстерналам більше властива конформна, поступлива поведінка з компромісами. Інтернали менше схильні підкорюватися тиску оточення, протидіють, якщо ними маніпулюють, сильніше реагують, якщо оточення зазіхає на свободу. Люди з інтернальним локусом контролю, на відміну від екстерналів, краще працюють наодинці. Вони, як правило, більш відповідальні, соціально та когнітивно активні, послідовні у вчинках, піклуються про здоров'я, послідовні і продуктивні в прийнятті рішень та в ситуаціях ризику. Інтернали можуть відмовитися від легкого задоволення задля досягнення іншого цінного блага, упевнені, що наполегливість сприяє високій продуктивності й отриманню нагороди, більше задоволені працею

загалом, успішніші в навчанні. У стилі керівництва вони надають перевагу заохоченню. Особистісні кореляти локусу контролю інтерналів характеризуються позитивними зв'язками із соціальною відповідальністю, усвідомленням сенсу життя. Як правило, вони домінують в міжособистісній взаємодії, толерантні у всіх сферах суспільного життя, розумово підготовлені до існування та доцільної адаптації в соціумі, відповідальні. Позитивно приймають своє «Я», водночас розуміючи його недосконалість, прагнуть до самовдосконалення. Якщо порівнювати з іншим опитувальником – Кеттелла (16-PF), то інтернали досить швидко адаптуються, упевнені в собі, захищені, емоційно стабільні, комунікабельні, вольові, морально нормативні та довірливі. Ці якості є основою взаємодії інтерналів з оточенням.

Екстернали підозрілі, тривожні, депресивні, агресивні, догматичні, авторитарні, непринципові, цинічні, схильні обманювати. Екстернальність корелює з тривожністю, депресією, психічними хворобами.

Мета опитувальника: швидко та ефективно оцінити сформований локус контролю над різними життєвими ситуаціями. Можливе індивідуальне і групове обстеження. Методику можна використовувати для вирішення широкого кола соціально-психологічних проблем.

Структура. Методика «Рівень суб'єктивного контролю» складається з 44 пунктів, які дозволяють вивчати екстернальність-інтернальність у міжособистісних і сімейних стосунках. Також у ній є пункти, які вимірюють ставлення до здоров'я і хвороби.

Опитувальник призначений для дослідницьких цілей, вимагає відповіді за шестибальною шкалою (-3,-2,-1,+1,+2,+3), де відповідь «+3» означає «повністю згоден», «-3» – «повністю не згоден». Обробка результатів здійснюється за допомогою підрахунку суми «сирих» балів згідно ключів та подальшому переведенню їх в стандартні оцінки (стени) (див. табл. 2.1.1).

Ключі:

Із: «+» 2, 4, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 44. «-» 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 18, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 33, 35, 38, 40, 41, 43.

Ід: «+» 12, 15, 27, 32, 36, 37. «-» 1, 5, 6, 14, 26, 43.

Ін: «+» 2, 4, 20, 31, 42, 44. «-» 7, 24, 33, 38, 40, 41.

Іс: «+» 2, 16, 20, 32, 37. «-» 7, 14, 26, 28, 41.

Ів: «+» 19, 22, 25, 42. «-» 1, 9, 10, 30.

Ім: «+» 4, 27. «-» 6, 38.

Іх: «+» 13, 34. «-» 3, 23.

Таблиця 2.1.1 – Таблиця переводу «сиріх» балів в стени

Стени	«Сирі» бали													
	Із		Ід		Ін		Іс		Ів		Ім		Із	
	від	до	від	до	від	до	від	до	від	до	від	до	від	до
1	-132	-14	-36	-11	-36	-8	-30	12	-30	-5	-12	-7	-12	-6
2	-13	-3	-10	-7	-7	-4	-11	-8	-4	-1	-6	-5	-5	-4
3	-2	0	-6	-3	-3	0	-7	-5	0	3	-4	-3	-3	-2
4	10	21	-2	1	1	4	-4	-1	4	7	-2	-1	-1	0
5	22	32	2	5	5	7	0	3	8	11	0	1	1	2
6	33	44	6	9	8	11	4	6	12	15	2	4	3	4
7	45	56	10	14	12	15	7	10	16	19	5	6	5	6
8	57	68	15	18	16	19	11	13	20	23	7	8	7	8
9	69	79	19	22	20	23	14	17	24	27	9	10	9	10
10	80	132	23	36	24	36	18	30	28	30	11	12	11	12

Стени представлені за 10-бальною шкалою і дають можливість порівнювати результати різних досліджень. Потрібно проаналізувати кількісно і якісно показники РСК за сімома шкалами, порівнюючи результати (отриманий «профіль») з нормою. Нормальним вважається значення стени, що дорівнює 5. Відхилення вправо (6 і більше стенив) свідчить про інтернальний тип рівня суб'єктивного контролю у відповідних ситуаціях, відхилення вліво (менше 4 стенив) свідчить про екстернальний тип.

Показники опитувальника «РСК» побудовані згідно з принципом ієрархічної структури системи регуляції діяльності, мають узагальнений

показник індивідуального РСК, інваріантний до окремих ситуацій діяльності, два показники середнього рівня схожості і низку ситуаційних показників.

1. Шкала загальної інтернальності (I_3).

Високі показники вказують на високий рівень контролю у будь-яких значущих ситуаціях: вважають, що більшість подій є наслідком власних дій, можуть самі керувати ситуацією; відчувають відповідальність за те, як у цілому складається власне життя. Низькі показники – низький рівень суб'єктивного контролю: не помічають зв'язку між власними діями та значущими в житті подіями; не вважають, що здатні їх контролювати; думають, що більшість подій є результатом випадку або дій інших людей.

2. Шкала інтернальності у сфері досягнень (I_d). Високі показники вказують на високий рівень емоційного контролю над емоційно-позитивними подіями і ситуаціями: вважають, що самі досягли того, що є і було в житті і здатні досягати успіхів у майбутньому. Низькі показники – людина пов'язує свої успіхи і досягнення з ситуаціями (пощастило, щаслива доля, допомога друзів тощо).

3. Шкала інтернальності у сфері невдач (I_n). Високі показники вказують на розвинене почуття внутрішнього контролю стосовно негативних подій та ситуацій, що виявляється в тенденціях звинувачувати себе в неприємностях і стражданнях. Низькі показники – схильність приписувати відповідальність іншим людям за події або вважати їх наслідком невезіння.

4. Шкала інтернальності у сімейних стосунках (I_c). Високі показники вказують на схильність людини відповідати за події, які відбуваються в сім'ї. Низькі показники – людина вважає свого партнера причиною сімейних проблем.

5. Шкала інтернальності у сфері виробничих відносин (I_e). Високі показники вказують, що людина вважає свої дії важливим чинником організації виробничої діяльності, стосунків, які склалися в робочій групі, кар'єрного росту тощо. Низькі показники – людина схильна основну

відповідальність перекладати на зовнішні обставини (керівництво, партнери в роботі, везіння тощо).

6. Шкала інтернальності в галузі міжособистісних відносин (I_m). високий показник свідчить про те, що людина відчуває себе здатною викликати повагу і симпатію інших людей. Низький показник вказує на те, що суб'єкт не схильний брати на себе відповідальність за свої відносини з оточуючими.

7. Шкала інтернальності стосовно здоров'я та хвороби (I₃₀). Високі показники вказують на відповідальність самої людини за власне здоров'я: якщо хворіє, то звинувачує себе і вважає, що одужання багато в чому залежить від її дій. Людина з низькими показниками вважає хворобу наслідком випадку і сподівається, що одужає завдяки діям інших, насамперед лікарів.

Валідність шкал РСК перевірялася з допомогою порівняння отриманих даних з результатами шкал за методикою Дж. Кеттела. Людина з низьким суб'єктивним контролем – емоційно нестабільна (фактор – С), схильна до неформальної поведінки (фактор – G), некомунікабельна (фактор – Q1), у неї поганий самоконтроль (фактор – Q3), висока напруженість (фактор – Q4). Людина з високим суб'єктивним контролем – емоційно стабільна (фактор +С), наполеглива і рішуча (фактор +G), комунікабельна (фактор -Q2), у неї високий самоконтроль (фактор + Q5), стриманість (фактор – Q4).

Суб'єктивний контроль над позитивними подіями (досягненнями, успіхами) найбільше корелює з силою (фактор +С) самоконтролем (фактор – Q3), соціальною-екстраверсією фактори +А; -Q2.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей постнатальних депресій

У скринінговій психодіагностиці взяли участь 58 жінок, які народили живу дитину (дітей). Дослідження проводилось через 4-15 днів після пологів жінок за

допомогою Інтернет додатку Google Forms. Результати діагностики за шкалою особистісної та ситуативної тривожності представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Показники скринінгової діагностики тривожності у породіль, абс. знач., (%)

Показник	Розподіл жінок за рівнем тривожності		
	Низький	Середній	Високий
Особистісна тривожність	27 (46,55%)	17 (29,31%)	14 (24,14%)
Ситуативна тривожність	9 (15,52%)	23 (39,66%)	26 (44,83%)

Згідно діагностики було встановлено, що 46,55% жінок мають низький рівень ОТ, 29,31% – середній рівень та 24,14% продемонстрували високий рівень ОТ. Ситуативна тривожність засвідчила протилежні відсоткові показники. Так, 44,83% породіль мають високий рівень СТ, 39,66% – середній рівень та 9 респонденток (15,52%) з низьким рівнем СТ. На рисунку 2.1. показано графічно отримані результати діагностики тривожності породіль.

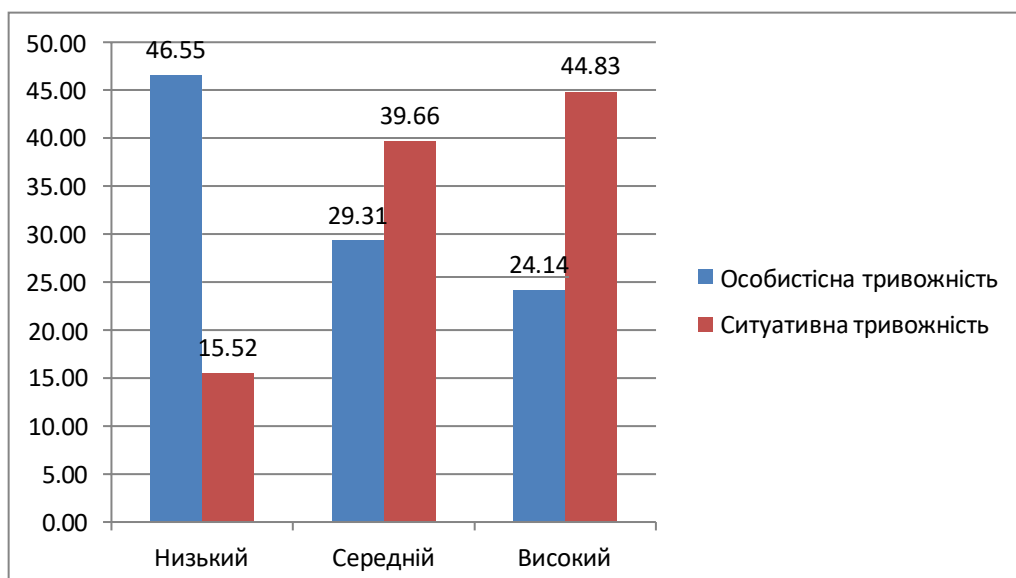


Рисунок 2.1 – Рівень тривожності породіль

Як бачимо з рисунку, 46,55% жінок продемонстрували низький рівень особистісної тривожності, водночас 44,83% породіль відстежують високий рівень

ситуативної тривожності. Можна припустити, що пологи як процес завершення вагітності, поява новонародженої дитини, зміна статусу жінки із «вагітної» на «породіллю/матір» викликають підвищення рівня реактивної тривожності як відповідь на нову, невідому чи невизначену ситуацію.

За допомогою методики «Единбурзька шкала післяпологової (постнатальної) депресії» ми визначили жінок, які знаходяться у післяпологовому періоді, що відзначають у себе ознаки депресивного постнатального розладу. Отримані дані представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Показники рівнів депресивних проявів у породіль, абс. знач., (%)

Розподіл досліджуваних жінок за шкалою ЕШПД		
Низький	Середній	Високий
30 (51,72%)	21 (36,21%)	7 (12,07%)

За допомогою методики ЕШПД було виявлено 30 жінок з легкою формою ППД (післяпологовий блюз) – 51,72%, 21 жінка відмітила у себе середній рівень ППД (36,21%) та 7 жінок характеризуються високим рівнем ППД (12,07%). У межах нашого дослідження та компетенцій практичного психолога, діагностовані середні та високі рівні постнатальних депресивних розладів є підставою для скерування таких досліджуваних до медичних спеціалістів (психіатрів, психотерапевтів) з метою уточнення даних стосовно медичних діагнозів F53.0, F53.1 згідно МКХ:10 та подальшої відповідної терапії. Наша робота була зосереджена з респондентками, які продемонстрували низький рівень ППД або легку форму післяпологового бебі-блюзу. На рисунку 2.2 показана кругова діаграма з розподілом рівнів ППД за шкалою ЕШПД.

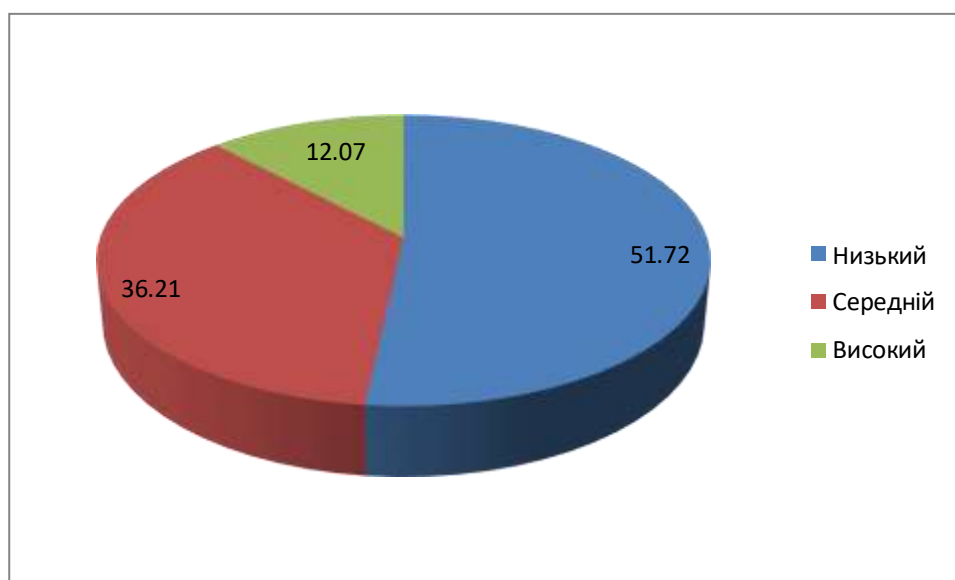


Рисунок 2.2 – Розподіл досліджуваних за шкалою ЕШПД

Як можна відмітити, найбільший відсоток опитаних жінок спостерігають у себе депресивні розлади легкої форми – 51,72%.

У нашому дослідженні важливим етапом було також визначення ймовірної залежності між віком породіллі та рівнем депресії. Ми встановили, що 3 жінки, віком 23-28 років та 2 породіллі, віком 17-22 роки продемонстрували високий рівень ППД.

Таблиця 2.2.1 – Розподіл рівнів ППД та віку породіллі

Рівні ППД	17-22 роки	23-28 років	29-36 роки	37-42 роки
Низький	8	12	6	4
Середній	7	7	4	3
Високий	2	3	1	1

Проте, не виявлено достовірної залежності між віком породіллі та виникненням високого рівня ППД. Це свідчить про те, що ризик формування ППД не обумовлений даним чинником, адже ймовірність постнатальної депресії притаманна жінкам будь-якого віку. На рисунку 2.2.1 показані профілі досліджуваних відповідно віку та рівню ППД.

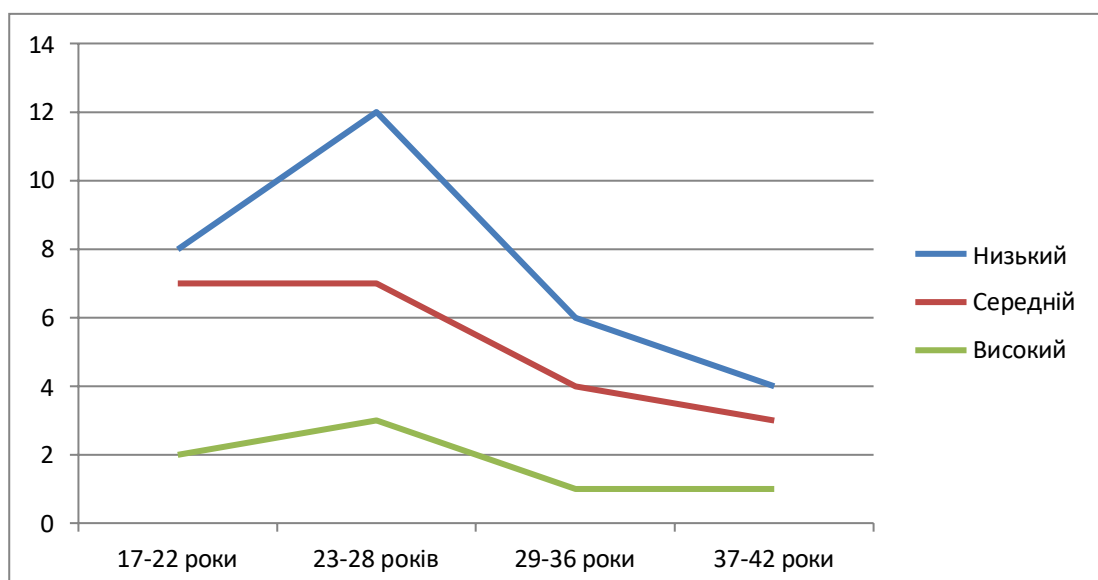


Рисунок 2.2.1 – Графік виникнення різних рівнів ППД відповідно віку жінок

Результати методики диференційної діагностики депресивних станів Цунга лише частково підтвердила результати методики ЕШПД (див. таблицю 2.3).

Таблиця 2.3 – Результати діагностики за методикою самооцінки депресивних станів Цунга, (%)

<i>№</i>	<i>Форма депресії</i>	<i>Відсоткове значення</i>
1	Нормальний стан	48,28
2	Легка депресія	41,38
3	Помірна депресія	6,90
4	Тяжка депресія	3,45

Згідно отриманих результатів, 48,28% опитаних жінок перебувають у нормальному стані після пологів, 41,38% – відмітили легку форму депресивного розладу. Помірну депресію самодіагностували 6,9 % породіль і 3,45 % (2 жінки) визначили тяжку форму депресії. Жінкам з помірною та тяжкою формами депресії була надана рекомендація негайно звернутись до клінічного спеціаліста (психіатра), оскільки даний стан потребує медичного втручання та застосування фармакотерапії. На діаграмі (рисунок 2.3) ми представили відсоткові значення різних форм депресії за шкалою самооцінки Цунга.

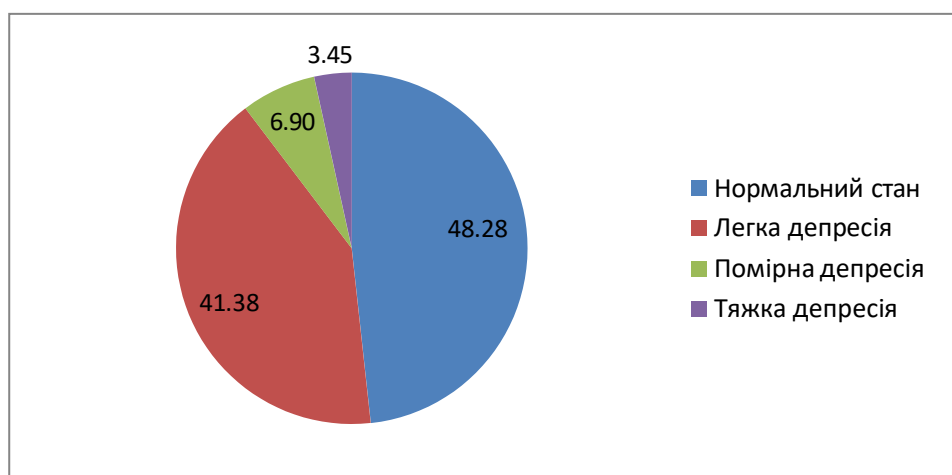


Рисунок 2.3 – Відсоткові значення форм депресії за шкалою Цунга

Легку форму ППД як відхилення від нормального стану ми діагностували у 41,38 % досліджуваних жінок (24 респондентки).

Завершенням нашого діагностичного етапу було застосування методики «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК) Дж. Роттера. Результати діагностики згруповані відповідно до трьох рівнів постнатальних депресивних розладів за методикою ЕШПД.

Таблиця 2.4 – Результати методики РСК відповідно рівнів депресії за ЕШПД

Група	Із*	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Ізд
Низький рівень депресії	4,67	7	6,17	7,17	5,83	6,83	6,83
Середній рівень депресії	4	6,88	7,12	7,12	6,38	7,5	6,12
Високий рівень депресії	7	7	8,5	6,67	6,17	5,67	4,83

Примітка*: Із – шкала загальної інтернальності; Ід – шкала інтернальності в сфері досягнень; Іс – шкала інтернальності в сфері сімейних відносин; Ін – шкала інтернальності в сфері невдач; Ів – шкала інтернальності у виробничих відносинах; Ім – шкала інтернальності в сфері міжособистісних відносин; Ізд – шкала інтернальності в області здоров'я і хвороб.

Нами було з'ясовано, що для досліджуваних з низьким рівнем депресії характерні високі показники оцінок за шкалами інтернальності в сфері досягнень та сфері сімейних стосунків, що свідчить про високий рівень суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями і ситуаціями і розвинене почуття відповідальності за події, що відбуваються в їхньому сімейному житті.

Для досліджуваних з ознаками депресії середнього рівня характерні підвищені результати за шкалами інтернальності в сфері невдач, сімейних

стосунків та міжособистісних відносин, що свідчить про здатність і бажання людини прикладати зусилля для налагодження контакту з оточуючими, високорозвинене почуття відповідальності за те, що відбувається в родині. Також для них характерна наявність певного самозвинувачення в неприємностях, невдачах тощо.

У досліджуваних жінок з вираженими симптомами депресії найбільш високі показники оцінок за шкалами загальної інтернальності, інтернальності в сфері досягнень та невдач, що можна тлумачити як високий рівень суб'єктивного контролю над будь-якими значущими для людини ситуаціями. Респондентки цієї групи відчують особисту відповідальність за всі хороші і погані ситуації в їхньому житті.

Для виявлення достовірності отриманих результатів здійснена статистична обробка даних за критерієм Манна-Уїтні дозволила виявити достовірні відмінності за шкалою загальної інтернальності (I_z ; $p = 0,036$) між групами з середніми і високими рівнями ППД. Також можна відзначити наявність наступних тенденцій:

1. рівень інтернальності в сфері невдач вище у досліджуваних з симптомами середньої форми депресії, ніж у досліджуваних без симптомів депресивного стану ($p = 0,07$);

2. рівень інтернальності в сфері міжособистісних відносин вище у досліджуваних жінок з середнім рівнем депресивного розладу, порівняно із високим рівнем депресії ($p = 0,085$). Відмінності в інших шкалах статистично достовірного рівня не досягають (див. таблицю 2.5).

Таблиця 2.5 – Результати статистичної обробки результатів РСК за U-критерієм Манна-Уїтні

Групи жінок за рівнями ППД	I_z^*	I_d	I_n	I_c	I_v	I_m	I_d
Низький – середній рівні	0,473	0,628	0,279	0,525	0,253	0,255	0,323
Низький – високий рівні	0,111	0,467	0,070	0,282	0,403	0,185	0,126
Середній – високий рівні	0,036	0,552	0,115	0,371	0,368	0,085	0,256

Примітка*: I_z – шкала загальної інтернальності; I_d – шкала інтернальності в сфері досягнень; I_c – шкала інтернальності в сфері сімейних відносин; I_n – шкала інтернальності

в сфері невдач; Ів – шкала інтернальності у виробничих відносинах; Ім – шкала інтернальності в сфері міжособистісних відносин; Ізд – шкала інтернальності в області здоров'я і хвороб.

Здійснивши порівняння усереднених профілів РСК жінок (див. рисунок 2.4) за трьома групами, ми не виявили достовірної кореляції між ними (див. таблицю 2.6). Отже, це свідчить про відмінності між профілями рівнів суб'єктивного контролю.

Таблиця 2.6 – Показники статистичної обробки результатів методики РСК за допомогою рангової кореляції Спірмена (порівняння усереднених профілів по групах)

Групи жінок за рівнями ППД	Рівень значимості	Коефіцієнт кореляції
Низький – середній рівні	0,235	0,527
Низький – високий рівні	0,713	-0,181
Середній – високий рівні	0,963	0,036

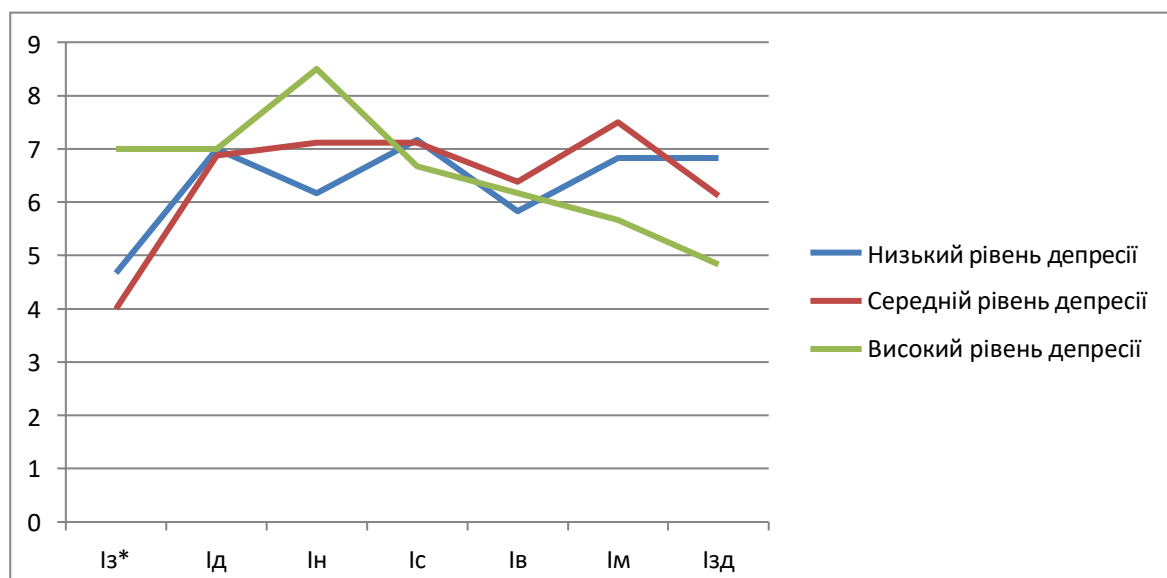


Рисунок 2.4 – Усереднені профілі РСК згідно рівнів ППД

Найбільшою мірою різняться усереднені профілі групи досліджуваних із середнім та високим рівнями ППД (коефіцієнт кореляції 0,036). Порівняння

профілів легкої форми ППД (низький рівень) та важкою (високий рівень) виявило незначну негативну кореляцію між ними (-0,181). Кореляція між усередненими профілями низького та середнього рівнів ППД має значення 0,527, проте достовірного рівня не досягає ($p = 0,235$).

Отримані результати дали нам можливість сформулювати перелік характерних особливостей жінок з різними рівнями ППД. Так, для досліджуваних з легкою формою ППД (низький рівень – післяпологовий блюз) характерні наступні особистісні особливості:

- високий рівень тривожності (проте нижче, ніж у групи з тяжкою формою ППД);
- високий рівень суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями і ситуаціями та розвинене почуття відповідальності за події, що відбуваються в сімейному житті жінки;
- підвищений емоційний фон настрою, висока активність;
- підвищена імпульсивність;
- висока чутливість і вразливість.

На основі отриманих результатів ми можемо припускати, що виявлена тривожність обумовлена новою ситуацією, в яку потрапили досліджувані жінки, навіть для тих жінок, у яких пологи були повторними.

Досліджувані з середнім рівнем ППД характеризуються наявністю наступних рис:

- підвищений рівень тривожності;
- наявність здатності і бажання прикладати зусилля для налагодження контакту з оточуючими;
- високорозвинене почуття відповідальності за те, що відбувається в сім'ї;
- наявність самозвинувачення в неприємностях та невдачах;
- підвищена збудливість;
- підвищена чутливість;
- схильність до коливання настрою;

- невпевненість в собі, наявність внутрішніх конфліктів.

Відмічені в даний час тривога, конфліктність, невпевненість в собі можуть бути пояснені не лише особливостями особистості, а й новою ситуацією материнства. Можна припустити, що зміна в соціальній ситуації, набуття нової ролі стали поштовхом для розвитку середнього рівня ППД та відповідної симптоматики. Основою ж могли послужити такі особливості особистості як схильність до самозвинувачення, циклотимність і підвищена чутливість. Ці ж риси особистості можуть бути причиною невпевненості в собі і конфліктного ставлення до материнства і вагітності.

Незважаючи на наявність в момент обстеження симптомів середнього рівня ППД, прогноз подальшого стану є позитивним. Поєднання всіх описаних вище рис особистості дозволяє припускати швидкий вихід зі стану пригніченості і розвиток позитивних стосунків з дитиною, а також нормалізацію стосунків у сім'ї і гармонізацію своєї особистості. Можна припускати, що після закінчення періоду адаптації до нової ситуації симптоми депресивного стану середнього рівня зникнуть.

Для досліджуваних з депресивною симптоматикою високого рівня ППД (за ЕШПД) характерно наявність таких рис особистості як:

- високий рівень тривожності;
- високий рівень суб'єктивного контролю, схильність бачити в собі причину того, що відбувається;
- підвищений емоційний фон настрою в поєднанні з високою активністю;
- підвищена імпульсивність, ослаблення контролю над прагненнями і потягами;
- демонстративна поведінка, егоцентризм, прагнення привернути до себе увагу.
- невпевненість в собі, наявність внутрішніх конфліктів.

Можна припускати, що одна з причин високого рівня ППД та тривожності – це завищений рівень суб'єктивного контролю. За все, що

відбувається у житті жінки, вона бере відповідальність на себе та не може прийняти факту неможливості абсолютного контролю.

Відсутність уваги до жінки також може служити чинником ризику формування постнатальних депресивних розладів, оскільки з народженням дитини зосередженість членів сім'ї часто зміщується з її матері на неї. Це може призводити до виникнення думок про свою непотрібність, покинутість тощо. Жінка може проявляти демонстративність, що впливатиме на ступінь вираженості депресивної симптоматики. Часто демонстративні особистості схильні перебільшувати свої страждання, таким чином намагаючись привернути до себе увагу. Для досліджуваних цієї групи прогноз буде найменш сприятливим, адже виявлені психологічні особливості особистості призводять до можливості виникнення афективних вибухів, а також до формування реакцій по типу «втечі у хворобу».

Проаналізувавши отримані результати за проведеними методиками, ми виявили, що сильно вираженій депресивній симптоматиці відповідає високий рівень тривожності, а яскраво проявлений внутрішній локус контролю в сфері значущих подій сприяє формуванню постнатальної депресії, в той же час внутрішній локус контролю в сфері відносин з людьми служить чинником захисту від депресивних станів; демонстративність як форма привернення уваги до особистості жінки може служити чинником ризику виникнення депресії. Виявлені тенденції не припускають неминучого розвитку післяпологової депресії у жінок з наведеними особистісними особливостями. Однак при несприятливій ситуації ймовірність формування даного стану значно зростає.

Важливо відзначити, що у низці ситуацій симптоми післяпологової депресії можуть проявлятися приховано (у вигляді соматичних ускладнень) або, навпаки, значно перебільшено (наприклад, при демонстративній поведінці породіллі). Тому важливо, окрім прямих методів діагностики використовувати і проєктовані методики, що дозволяють виявляти приховані, несвідомі особистісні тенденції та особливості.

Істотним є вплив особливостей особистості на прогноз перебігу депресивного стану. Висока емотивність служить підставою для сприятливого прогнозу, оскільки передбачає здатність глибоко відчувати і переживати не лише негативні моменти свого життя, а й позитивні. Як сприятливий чинник можна розглядати і підвищений фон настрою, і високу активність, що перешкоджають розвитку тяжкої депресії.

Також можна припускати, що високий локус контролю в сфері сімейних і міжособистісних стосунків при невисоких значеннях загальної інтернальності та інтернальності в сфері удач може знижувати несприятливі наслідки післяпологової депресії, оскільки передбачає зацікавленість у встановленні контактів з оточуючими людьми і їх підтримці.

2.3. Психологічна профілактика постнатальних депресивних розладів

На сучасному етапі у нашій державі не приділяється належна увага проблемам психологічної профілактики постнатальних депресивних розладів серед вагітних жінок та породіль. Ми вважаємо, що даний вид роботи із жінками та їхніми сім'ями повинен здійснюватись комплексно, із залученням клінічних фахівців (участь беруть лікарі акушери-гінекологи, медичні психологи, психіатри, психотерапевти, соціальні працівники перинатальних центрів тощо) Вкрай важливо проводити первинну та вторинну профілактику ППД. Первинна профілактика має включати визначення можливих чинників ризику постнатальної депресії у вагітної і породіллі. Для цього психологу перинатального центру чи жіночої консультації необхідно вивчити анамнез життя вагітної жінки, спільно з акушер-гінекологом з'ясувати спадковість і соціальну ситуацію, провести психопрофілактичну підготовку до пологів, рекомендувати раціональний режим харчування, дня і ночі, фізичні вправи [13]. Вторинна профілактика повинна здійснюватись спільно з лікарем загальної практики, особливо при наявності депресії в анамнезі: потрібно стежити за самооцінкою жінки, провести консультування сім'ї з перерозподілу домашніх обов'язків,

рекомендувати близьким та рідним приділяти жінці більше уваги і надавати підтримку, звертатися за допомогою до психіатра, психотерапевта або сімейного лікаря при появі симптомів, що насторожують та можуть свідчити про розвиток ППД.

Враховуючи вищезазначене, ми розробили програму заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок у постнатальному періоді з метою мінімізації ризику виникнення ППД. Програма складається з двох частин та містить психопрофілактичну роботу як з вагітними жінками, так і тими, котрі вже народили.

Частина I

Консультації психолога з питань підготовки до пологів та профілактики постнатальних депресивних розладів

Перинатальна психологія вивчає особливості взаємодії в триаді «батько-мати-дитина» в період виношування дитини і перший рік після народження. У кожного в цій сімейній системі відбуваються свої процеси, свій стиль життя.

Завдання перинатального психолога: допомогти збалансувати стосунки в сімейній системі, створити сприятливе середовище для розвитку малюка. Малюк тонко сприймає світ, в якому він розвивається, дуже чутливий до всіх змін, що відбуваються в його «всесвіті». Немов губка, він вбирає інформацію, яка його оточує та використовує її в подальшому житті, як матрицю. Народившись, дитина напрацьовує систему реакцій у спілкуванні з батьками. Саме тому важливо, яку модель спілкування з дитиною створюють оточуючі його близькі.

Принципи, на які перинатальний психолог спирається в своїй роботі:

- співробітництво;
- безпека;
- комфорт;
- зворотній зв'язок;
- звернення до творчого потенціалу людини;
- опора на суб'єктивну реальність клієнта в даний конкретний момент.

Цільові групи:

- пари на етапі створення сім'ї;
- чоловіки, які готуються прийняти роль батька;
- вагітні жінки та породіллі;
- чоловіки і жінки, що вступають в роль дідуся і бабусі.

Можливі теми запитів в індивідуальних консультаціях з психологом:

- Гармонія в психосексуальних стосунках;
- Ставлення жінки до свого тіла;
- Відповідальність за своє здоров'я;
- Статева ідентифікація;
- Балансування ролевих стосунків;
- Відповідальність як реакція на події, що відбуваються;
- Терапія пренатальної пам'яті;
- Індивідуальні програми в підготовці до пологів;
- Страхи вагітних перед процесом пологів та зміною ролей, соціальної ситуації;
- Стратегії допомоги при легких формах постнатальних депресивних розладів.

Методи, які може застосовувати психолог у своїй роботі з первинної профілактики постнатальних депресивних розладів:

- Арт-терапія, танцювально-рухова терапія, інтегральна графіка, тематичний рух.
- Гіпнотерапія.
- Карта цінностей, ситуативна карта.
- Терапевтична метафора.
- Терапевтична бесіда.

Структура проведення індивідуальної консультації з питань первинної профілактики ППД:

1. З'ясування запиту клієнта.

2. Збір інформації.
3. Діагностичне тестування (прямі, проєктивні вузько профільовані методики). З'ясування деструктивних образів, програм.
4. Постановка позитивної мети відповідно до теми запиту.
5. Проведення терапевтичної сесії з опорою на ресурси клієнта.
6. Освоєння технік саморегуляції (використання образів, цілеспрямоване уявлення ситуацій, способи відволікання, управління диханням).
7. Оцінювання ефективності проведеної роботи. Зворотній зв'язок.

Частина II

Консультації психолога з породіллями з метою виявлення групи ризику жінок з ППД та профілактики постнатальних депресивних розладів

Психологічні рекомендації для жінок з профілактики ППД

1. Якщо в пологовому будинку з'являється стан невпевненості, материнські почуття проявляються не так, як ви очікували, визнайте це як факт. Привітайте себе з тим, що ви пройшли через пологи. Мамами стають поступово, нічого в житті не буває відразу готовим та ідеальним, все відбувається поступово.
2. Якщо візити близьких та друзів дратують, обмежте їх. Якщо вони, навпаки, приносять вам задоволення, попросіть про частіші відвідування.
3. Якщо перебування в пологовому будинку створює напругу, нервозність, а медичних протипоказань до тривалого перебування немає, ви маєте право просити про більш ранню виписку додому.
4. Організуйте разом з чоловіком свято народження вашої дитини.
5. Не забувайте про те, що ви з чоловіком, перш за все – пара. Дозволяйте собі вечір удвох, це так важливо для вашого малюка.
6. Плануйте свій день з урахуванням турботи про себе. Втома викликає напругу і роздратування. Можна просити про допомогу близьких, найняти няню. Приймаючи допомогу, відпочивайте. Не завантажуйте себе

негайним виконанням справ, які можуть почекати. Відпочивайте, коли ваша дитина спить.

7. Годування малюка важливо облаштувати з максимальним комфортом для мами.

8. Харчуйтеся збалансовано та повноцінно, щоб зберегти здоров'я і форму. Заведіть щоденник харчування. Потребу в солодкому можна реалізувати за допомогою фруктів та природної клітковини.

9. Влаштовуйте маленькі сімейні свята. Аксесуари та деталі створюють настрій, ви можете використовувати свічки і легку музику, гарний одяг.

10. Турбота про свій зовнішній вигляд, дозволяє відчувати себе добре. Навіть халат і одяг для грудного вигодовування можуть бути затишними, зручними і красивими.

11. Придумайте ритуал проводу чоловіка на роботу та його зустрічі. Навіть дрібниці в житті пари відіграють велику роль.

12. Якщо смуток підступає, придбайте собі гарну річ або косметичний засіб для догляду за вашим тілом. Побалуйте себе.

13. Прогулянки можуть бути не лише спільні з дитиною, попросіть близьких дати вам час для себе.

14. Апатія живиться самотністю, переживанням відчуття провини та неповноцінності.

15. Спілкування з іншими мамами дарує відчуття, що у вас є однодумці. Зустрічайтеся з молодими матерями, яких ви знаєте, з ними можна поділитися своїми відчуттями. Якщо не маєте близьких жінок, які нещодавно народили, то спробуйте встановити нові контакти (у парку, в басейні, з тими жінками, з якими відвідували курси до пологів). За можливості, зустрічайтеся якомога частіше, спілкуйтеся в Інтернеті.

16. Маленький комплекс вправ допоможе зняти післяпологову меланхолію, а скандинавська ходьба з дитиною в рюкзаку створить основу для здоров'я і краси вашого тіла.

17. Сформуйте звичку виписувати в зошит будь-які думки, що виникають стосовно вашого нового стану.

18. Можна використовувати подушечку для биття, щоб висловити свою незгоду з ситуацією, що склалася та зменшити рівень агресивності і гніву.

19. Намалюйте свого внутрішнього цензора, який все засуджує та вічно всім незадоволений.

20. Не вимагайте від себе занадто багато, дайте час звикнути до дитини, до основ догляду за немовлям. Навчіться помічати, як змінюється ваш малюк, як реагує на вашу увагу до нього.

21. Домашнє господарство на перших порах можна і запустити.

22. Не тримайте почуття в собі! Не бійтеся говорити про них, перш за все, важливо зізнатися в них самій собі. Так, ви можете бути не готові до вагітності, до материнства, до народження дитини, до її виховання. Вас може не радувати спілкування з новонародженою дитиною! Зізнайтеся собі в цих почуттях – це буде великим кроком вперед на шляху виходу з депресивного стану. Вираз почуттів і емоцій, дає полегшення.

23. Грудне вигодовування вашого малюка. Годування грудьми відноситься до чинників, що природно нормалізують гормональний фон жіночого організму в післяпологовому періоді, крім того це формує емоційний зв'язок між мамою і дитиною. Материнське молоко є найкращим продуктом харчування для дитини перших місяців життя. Воно містить всі речовини, необхідні для здорового росту і розвитку малюка. А міцне здоров'я немовляти допомагає мамі позбутися зайвого занепокоєння і тривожності як передумов прояву післяпологової депресії. Негайно зверніться до свого акушера-гінеколога, якщо підозрюєте у себе розлади лактації.

24. Заздалегідь попередьте чоловіка про необхідність взяти на себе більшу частину домашніх турбот в перші місяці після появи в сім'ї дитини. Чоловік навчиться робити прибирання і готувати їжу, якщо хоче, щоб його дружина і малюк були здоровими.

25. Не відмовляйтеся від спілкування з чоловіком, говоріть те, що вважаєте важливим, виробляйте спільну «тактику» спілкування з дитиною, вирішуйте проблеми спільно

26. Вчіться розуміти дитину і реагувати на плач спокійно, плач – це не завжди прояв хвороби, частіше це єдиний спосіб немовляти заявити про свої бажання

27. Негайно звертайтеся до лікаря, якщо відчуваєте, що не можете впоратися з емоційними проблемами після народження дитини. Лікар підбере безпечні лікарські засоби, які допоможуть вам вийти з післяпологової депресії.

Останнє жінкам потрібно особливо наголошувати, адже постнатальна депресія – це хвороба і у разі її виникнення, необхідне лікування. В жодному випадку не потрібно замовчувати чи терпіти цей стан, адже це негативно відобразиться на дитині, стосунках з чоловіком, родичами і самій особистості матері.

Висновки до розділу 2

У практичній частині нашої роботи ми визначили рівень тривожності за допомогою шкал ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна, рівень прояву постнатальних депресивних розладів за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії (ЕШПД, Edinburg postnatal depression scale, J. Cox) і шкалою самооцінки депресії Цунга, також рівень інтернальності (локус контролю) – за допомогою опитувальника Дж. Роттера «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК).

Результати даного дослідження не дозволили виявити чіткий зв'язок між ступенем вираженості депресивної симптоматики і тривожністю. Однак високі рівні тривожності все ж відповідають за розвиток депресії, тому цю особливість особистості також можна розглядати як визначальну протягом цього стану. Висока тривожність перешкоджає нормалізації стану жінки. Вона

не дозволяє їй адекватно оцінювати і помічати позитивні моменти. Вся увага зосереджується на можливих негативних наслідках.

Високий внутрішній локус контролю в сфері невдач, як правило, проявляється в схильності до самозвинувачення, що також заважає подоланню депресивного стану. Якщо він не врівноважується високим рівнем інтернальності в сфері досягнень, то може розглядатися як вкрай несприятливий чинник розвитку депресивних станів жінок у післяпологовому періоді. Невпевненість в собі і внутрішні конфлікти, конфліктне ставлення до вагітності і материнства служать одними з найважливіших чинників формування негативних переживань. При поєднанні з іншими негативними явищами вони можуть викликати важку післяпологову депресію, що триватиме довгий час.

Все вищезазначене дозволяє зробити висновок, що емоційно-особистісні чинники впливають на формування депресії у жінок, що знаходяться в післяпологовому періоді. Разом з цим, не можна заперечувати і вплив соціальних чинників: зміна соціальної ситуації і супутня їй зміна ролей також істотно впливають на розвиток депресивних станів. Крім того, саме вони служать поштовхом до розвитку післяпологової депресії, тому при корекції та профілактиці даного стану необхідно це враховувати.

Розроблена нами програма заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок у постнатальному періоді з метою мінімізації ризику виникнення ППД складається з двох частин та містить психопрофілактичну роботу як з вагітними жінками, так і породіллями. Застосування низки заходів може пропонуватись медичними працівниками, психотерапевтами та психологами для вагітних жінок та породіль. Варто наголосити, що середні та тяжкі депресивні розлади постнатального періоду виходять за межі компетенцій психолога та вимагають скерування до клініцистів.

ВИСНОВКИ

За статистикою, 10-15% матерів страждають від депресивних розладів постнатального періоду. Цей психоемоційний розлад негативно впливає на стан як мами, так і дитини. Майже 80% жінок, які народили дитину, можуть перебувати перші тижні у стані післяпологового бебі-блюзу, так званої, «материнської меланхолії», тому дане питання залишається надзвичайно актуальним для широкого кола спеціалістів різних профілів (психіатрія, акушерство та гінекологія, психологія, соціологія).

Народження довгоочікуваного малюка приносить в сім'ю радість і приємні клопоти. Щасливі батьки, бабусі і дідусі оточують дитину турботою, не залишаючи її в перші тижні життя без нагляду навіть під час сну. І часто при цьому забувають, що є ще один член сім'ї, який потребує не меншої уваги в перші дні після появи на світ немовляти матір дитини. Пережитий емоційний стрес, фізична втома можуть викликати у жінки відчуття смутку, пригніченості, туги. Іноді відзначається втрата інтересу до життя, підвищена стомлюваність, труднощі в зосередженні, розсіяна увага, зниження самооцінки, невпевненість, безрадісні перспективи майбутнього, відсутність апетиту, порушення лактації, безсоння. Емоційні розлади викликають сильну драгівливість, постійну втому, небажання спілкуватися з близькими.

Постнатальна депресія – це психоемоційне порушення, яке виникає у жінок в післяпологовому періоді. Серед чинників, що сприяють розвитку даного розладу, можна виділити: значні зміни гормонального фону, що спостерігаються у жінки під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді – один з головних фізіологічних чинників розвитку депресивних станів; фізичне виснаження через пологи і необхідність доглядати за малюком, відсутність повноцінного сну можуть значно змінювати стан психіки жінки; група соціальних чинників розвитку післяпологової депресії включає необхідність поєднувати догляд за малюком з виконанням домашньої роботи, надмірна увага родичів і друзів або повна її відсутність, нерозуміння і

байдужість чоловіка; наявність психоемоційних розладів у анамнезі, невірні психічні установки, невідповідність очікувань, пов'язаних з народженням дитини із реальністю.

У дипломній роботі вивчено причини виникнення і розвитку депресивних розладів у жінок в постнатальному періоді. На думку Д. Екслестона та Р. Бойса преморбідні невротичні особистісні риси можуть бути чинником депресії. Для жінок з депресивними розладами притаманний зв'язок хронічного перебігу захворювання та негативного дитячого досвіду (сексуального або фізичного насильства), поточних міжособистісних проблем. Встановлено також, що неблагополучні сімейні стосунки негативно впливають на тривалість депресії. Несприятливі життєві події та відсутність соціальної підтримки впливають на виникнення перших та короткочасних депресивних епізодів. Чинником виникнення ППД у жінок є наявність депресивних розладів в анамнезі, коморбідні соматичні захворювання, алкогольна залежність, тривожні розлади.

Ми дослідити класифікацію депресивних розладів у жінок у післяпологовому періоді згідно МКХ:10, де виділяють легкі психічні розлади та розлади поведінки, пов'язані з післяпологовим періодом, які не класифіковані в інших рубриках; післяпологову депресію та післяпологовий психоз як тяжкі психічні розлади.

Проведений аналіз впливу психологічних та соціальних чинників ризику на розвиток та особливості перебігу депресивних розладів у породіль засвідчив, що найсуттєвішими з них є: низька стресостійкість; висока тривожність; нестабільність емоційної сфери; невпевненість в собі, низька самооцінка, комплекс неповноцінності; залежність і сугестивність; інфантильність; сильні стреси, що повторюються або тривалі переживання після однократного стресу в другому і третьому триместрі вагітності; постійне самозвинувачення; спроби встигнути зробити все, що не встигли до вагітності тощо.

Статистичний аналіз результатів діагностики РСК, рівня прояву депресивних розладів та тривожності породіль дали нам можливість визначити характерні особливості жінок з різними рівнями ППД. Ми визначили, що для досліджуваних з низьким рівнем ППД (післяпологовий бебі-блюз) характерні: підвищений рівень тривожності, високий рівень суб'єктивного контролю над емоційно позитивними ситуаціями, а також загострене почуття відповідальності за події, що відбуваються в сімейному житті жінки, підвищені імпульсивність, висока чутливість і вразливість. Жінки з середнім рівнем ППД характеризуються високим рівнем тривожності, наявністю самозвинувачення в неприємностях та невдачах, підвищеною збудливістю та чутливістю, нестабільністю настрою. Досліджувані з постнатальними депресивними розладами високого рівня демонструють високий рівень тривожності та суб'єктивного контролю, схильні бачити в собі причину того, що відбувається, невпевнені, прагнуть повернути до себе увагу.

Розроблена нами програма заходів для психологічної профілактики депресивних розладів жінок у постнатальному періоді складається з двох частин: первинної та вторинної профілактики ППД. Групове консультування жінок з легким рівнем постнатального депресивного розладу (післяпологовий бебі-блюз) проводилось серед 30 досліджуваних жінок на базі психологічного центру «Психея» ФОП Т. Л. Левицька.

Наше дослідження не вичерпує всієї актуальності заявленої проблематики та містить перспективи щодо доопрацювання питання профілактично-консультативної допомоги жінкам з ППД. Важливим аспектом також залишається післяпологовий скринінг жінок на ризик виникнення постнатальних депресивних розладів.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Айламазян Э. К. Психика и роды / Айламазян Э. К. – М.: Медицина, 1996. – 120 с.
2. Александровский Ю. А. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии. В кн.: Руководство по скорой медицинской помощи / Под ред. С. Ф. Баграненко А. Л. Вёрткина А. Г. Мирошниченко, М. Ш. Хубутии. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2007. – С. 488–531.
3. Антонова З. О. Психологічні особливості постнатальних депресивних розладів у жінок та чинники їх виникнення / З. О. Антонова, С. П. Савіцька // Київський науково-педагогічний вісник. – Київ, 2020. – С. 5-11.
4. Баженова О. В. Диагностика психического развития детей первого года жизни / О. В. Баженова. – М., 1986. – 198 с.
5. Баз Л. Л. Изменение эмоционального восприятия у женщин, страдающих послеродовой депрессией / Л. Л. Баз // XIII съезд психиатров России. Москва: Материалы съезда. – М., 2000. – С. 47.
6. Баз Л. Л. Послеродовая депрессия. Эмпирические исследования психологических феноменов / Л. Л. Баз. – М.: Издательство УРАО, 2005. – С. 235–245.
7. Баз Л.Л. Послеродовые материнские депрессии и психотерапия / Баз Л. Л., Скобло Г.В., Васильковская Н. К. // Семейная психология и семейная терапия, 2000. – № 3. С. 68–72.
8. Баз Л.Л. Психическое развитие детей первого года жизни от матерей, страдающих послеродовой депрессией / Л. Л. Баз // Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений: Научно-практич. конф. (15–16 марта 1999 г., Москва). – М., 1999. С. 23–26.
9. Басюк О. Б. Особливості Я-концепції осіб юнацького віку з високим рівнем невротичності / О. Б. Басюк. – Івано-Франківськ, 2011. – 20 с.

10. Бенюк В. О. Стан вегетативної нервової системи в першому триместрі вагітності у жінок з раннім гестозом / В. О. Бенюк // Таврический медико-биологический вестник, 2012. – С.45-59.

11. Бондарь В.В. Клинические особенности и типологическое деление резистентных к терапии эндогенных депрессий / В. В. Бондарь // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1992. – № 1. – С. 84-88.

12. Вертоградова О. П. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) / Вертоградова О.П., Петухов В. В // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 18–22.

13. Вовин Р.Я. Затяжные депрессивные состояния / Р. Я. Вовин, И. О. Аксенова. – Л.: Медицина, 1982. – 192 с.

14. Воробей Л. І. Особливості нейровегетативного статусу у вагітних з перинатальним втратами в анамнезі / Л. І. Воробей // Здоровье женщины. № 5. – 2015. – С. 88-92.

15. Воробей Л. І. Порушення нейровегетативної регуляції і вагітність: вплив на розвиток гестаційних ускладнень / Л. І. Воробей // Здоровье женщины. – № 6, 2015. – С. 97-99.

16. Дмитриев А. С. Клинико-диагностические критерии затяжных тревожных депрессий при маниакально-депрессивном психозе и приступообразно протекающей шизофрении / А. С. Дмитриев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 4. – С. 73-76.

17. Дубницкая Э. Б. Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин / Э. Б. Дубницкая // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 52–55.

18. Дубоссарская Ю. А. Проблемы репродуктивного здоровья с позиции перинатальной психологии. / Ю. А. Дубоссарская // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – № 33/34. –2014. – С. 129-133.

19. Еникеева М. И. Психологическая диагностика. – М.: Приор, 2003. – С. 124-129

20. Камінський В.В. Оцінка ефективності корекції вегетативних розладів та психоемоційного стану вагітних / В. В. Камінський, Р. Р. Ткачук // Health of woman. – 2018. – №9 (135). С. 73–80.

21. Кощавцев А. Г. Синдром «грусти рожениц» как адаптационное расстройство на ранних этапах развития системы «мать – дитя» / Кощавцев А. Г., Мультановская В. Н., Лорер В. В. // Журн. неврол. и психиатр. – 2007. – № 2. – С. 56–58.

22. Кузнецова В. І. Рекомендації щодо організації психологічної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності / В. І. Кузнецова. – 2010. – 127 с.

23. Мазо Г. Э. Влияние акушерско-гинекологической и эндокринной патологии на развитие тревожнодепрессивных нарушений у женщин в послеродовом периоде / Мазо Г. Э., Татарова Н. А., Шаманина М. В. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 2. – С. 34–37.

24. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – 2020. <https://mkb-10.com/>

25. Мещерякова С. Ю. Изучение психологической готовности к материнству как фактора развития последующих взаимоотношений матери и ребенка / Мещерякова С.Ю., Авдеева Н.Н., Ганошенко Н.И. – 2010. – 245 с.

26. Могілевкіна І. О. Депресивні стани під час вагітності та в післяпологовому періоді / Могілевкіна, І. О., О. М. Бабенко, О. В. Карасьова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – №2. – 2006. – С. 133–139.

27. Назаренко Л. Г. Роль стану психоемоційної сфери вагітної жінки при нормальному і ускладненому гестаційному процесі (огляд літератури) / Л. Г. Назаренко // Жіночий лікар. – №2. – 2013. – С. 42-46.

28. Никишова М. Б. Послеродовая депрессия / М. Б. Никишова // Психофармакология депрессии. – 2007. – № 9. – С. 19–21.

29. Панюшкина Н. П. Аффективные расстройства и клинические особенности хронических депрессий / Панюшкина Н. П., Михайлов В. И. – Хабаровск: ККБ-ХКЦПЗ, 2001. – 227 с.

30. Петрунько О. В. Хронифицированная депрессия (клиника, факторы формирования) / О. В. Петрунько, С. В. Кисель // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – № 7. – С. 66-69.

31. Погосова Н. В. Депрессивные расстройства у женщин / Н. В. Погосова // КОМПАС в мире депрессии. – 2005. – С. 1–2.

32. Пуховский А.А. О некоторых клинико-психо-патологических аспектах хронических депрессий / А. А. Пуховский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1993. – № 2. – С. 68-73.

33. Пушкарьова Т. М. Депресивні та тривожні розлади непсихотичного рівня у жінок під час вагітності, після пологів та охорона психологічного здоров'я немовлят (клініка, діагностика, терапія, профілактика). Дис. На здобуття ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01. 16 «психіатрія» / Пушкарьова Тетяна Миколаївна. – Київ, 2006. – 32 с.

34. Романів О. П. Перинатальний період як особливий етап становлення особливостей психічного здоров'я особистості / О. П. Романів // Україна. Здоров'я нації. – № 3. – 2017. – С. 212-215.

35. Савіцька С. П. Особливості поведінки жінок з постнатальними депресивними розладами / С. П. Савіцька // Матеріали Х-ї Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (Хмельницький, 19-20 листопада 2020 р.) – Хмельницький: каф.психол. та педагог., 2020. – С. 54-56.

36. Скобло Г. В. Послеродовые депрессии у матерей и их связь с психическим здоровьем младенца / Г. В. Скобло, Т. А. Баландина // Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений: материалы науч.-практ. конф. – М., 1999. – С. 125-128.

37. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 425 с.

38. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич. – М.: Медицина, 2000. – 276 с.

39. Смулевич А. Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 4. – С. 128–132.

40. Сюсюка В. Г. Медико-психологічна корекція та реабілітація вагітних із соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи / В. Г. Сюсюка // Запорожский медицинский журнал. – №1. – 2014. С. 55-59.

41. Сюсюка В. Г. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження / В. Г. Сюсюка. – 2016. – С.132.

42. Татарова Н. А. Эндокринные факторы риска развития тревожно-депрессивных состояний у женщин в послеродовом периоде/ Н. А. Татарова, М. В. Шаманина, Х. С. Сохадзе, Л. В. Савина // Гинекология. – 2013. – Т. 15, № 6. – С.74-78.

43. Топчий Н. В. Депрессии в практике семейного врача / Н. В. Топчий // Вестник семейной медицины. – 2006. – № 2. – С. 30–36.

44. Тювина Н. А. Депрессия у женщин. Клинические случаи / Н. А. Тювина. – М., 2004. – 17 с.

45. Тютюник В. Л. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции / Тютюник В. Л., Михайлова О. И., Чухарева Н. А. // Рус. мед. журн. – 2009. – № 20. – С. 1386–1388.

46. Ушкалова А. В. Депрессии в общесоматической практике: эпидемиология, скрининг, диагностика и фармакотерапия / А. В. Ушкалова // Фарматека. – 2006. – № 7. – С. 28–36.

47. Феоктистова С. С. Перинатальные факторы риска послеродовых психозов / С. С. Феоктистова, А. Г. Маклашова // Актуальные вопросы развития здравоохранения и клинической медицины. Биробиджан, 1997. – С. 244-246.

48. Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез. Учебное пособие / Г. Г. Филиппова. – М.: Жизнь и мысль, 1999. – 321 с.

49. Харитоновна Н. К. О психогенных депрессиях невротического уровня в судебно-психиатрической практике / Н. К. Харитоновна, З. С. Гусакова // Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. – М., 2005. – С. 83-90.

50. Харитоновна Н. К. Психогенные депрессии (систематика, принципы моделирования, судебно-психиатрическое значение) / Н. К. Харитоновна // Автореф. дис. . докт. мед. наук. М., 1991. – 49с.

51. Хохлов Л. К. Вопросы прогноза депрессий по данным эпидемиологического исследования / Л. К. Хохлов, В. В. Гаврилов // Ранняя диагностика и прогноз депрессий. – М., 1990. – С. 52-55.

52. Чернуха Е. А. Влияние родоразрешения на эмоционально аффективные расстройства / Чернуха Е. А., Соловьева А. Д., Кочиева С. К., Короткова Н. А. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4. – С. 4–5.

53. Шалагинова Л. В. Адаптационные изменения нервных процессов и познавательной деятельности у женщин в динамике беременности : дис. ... канд. биол. наук. / Л. В. Шалагинова. – Киров, 2003. – С. 145-159.

54. Шендерова Л. Е. Перинатальная психология / Л. Е. Шендерова // Доклад на V Конференции по перинатальной психологии и медицине. – Иваново, 2001. – 15 с.

55. Шкала самооцінки депресії Цунга [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://psyttests.org/clinical/zung-run.html> (дата звернення: 11.09.2020)

56. Шкала тривоги Спілбергера (STAI) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trivogi-splbergera-STAI> (дата звернення: 19.09.2020)

57. Шульгина Г.И. Участие ГАМКергической нейромедиаторной системы в выработке и реализации внутреннего торможения / Г. И. Шульгина // Стресс и поведение. – М., 2003. – С. 144–145.

58. Щербатых Ю.В. Взаимосвязь тревожности, страха и фрустрации с активностью парасимпатического отдела вегетативной нервной системы / Ю. В. Щербатых // Стресс и поведение. – М., 2003. – С. 22.

59. Единбургский тест определения послеродовой депрессии [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://psychoanalyze.kiev.ua/statyi/poslerodov-depressiya/> (дата звернення: 15.09.2020)

60. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов / Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.

61. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Арт-Прес, 1998. – 164 с.

62. Якимчук Н. В. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у жінок із плацентарною дисфункцією з урахуванням психоемоційного стану / Н. В. Якимчук. – Івано-Франківськ, 2019. – 206 с.

63. Munk-Olsen T. Psychiatric Disorders With Postpartum Onset : Possible Early Manifestations of Bipolar Affective Disorders / T. Munk-Olsen, T. M. Laursen, S. Meltzer-Brody // Archives of General Psychiatry. – 2012. – Vol. 69, no. 4 (April). – P. 428–434.

64. O'Hara M. W. The nature of postpartum depressive disorders / Murray L, Cooper P.J. // Postpartum depression and child development. N.Y., 1997. – P. 3–34.

65. Warner R. Demographic and obstetric risk factor for postnatal psychiatric morbidity / Warner R. // British Journal of Psychiatry. – 1996. – Vol. 168. – P. 607–611.