

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра психодіагностики та клінічної психології**

**КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ
НЕВРОТИЧНОГО СПЕКТРУ В ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Замули Аліни Юрїївни

Науковий керівник:

доктор філософії у галузі психології,
асистент кафедри

Вакуленко Юлія Віталіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК № 2

Протокол № _____ від _____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Крупельницька Людмила Францівна**

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО СПЕКТРУ В ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ	7
1.1. Поняття депресивних розладів невротичного спектру.....	7
1.2. Післяпологовий період як особливий фізіологічний та психологічний стан жінок.....	15
1.3. Психологічні аспекти депресивних розладів у післяпологовому періоді.....	18
1.4. Діагностика та клінічні прояви депресивних розладів у післяпологовому періоді.....	25
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО СПЕКТРУ В ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ	29
2.1. Дизайн емпіричного дослідження депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді.....	29
2.2. Обґрунтування підбраного психодіагностичного інструментарію.....	36
2.3. Клініко-психологічні особливості психічних станів жінок у післяпологовому періоді.....	39
2.4. Аналіз результатів емпіричного дослідження депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді.....	46
Висновки до розділу 2.....	50
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ І ПРОФІЛАКТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО СПЕКТРУ В ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ	53
3.1. Обґрунтування та розробка програми заходів з психокорекції та психопрофілактики депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді.....	53
3.2. Проведення формуючого експерименту з психокорекції та психопрофілактики депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді та аналіз його результатів.....	56
Висновки до розділу 3.....	63
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	81

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема післяпологових депресій обумовлена зростанням цієї патології серед породіль, що становить значний відсоток практичної діяльності клінічних психологів, психіатрів, сімейних психологів, психоендокринологів та інших фахівців галузі психічного здоров'я [1, с. 15; 2, с. 54]. За свідченням Д.О. Йожикової [3, с. 91], післяпологова депресія визначається як депресивний розлад, що виникає під час вагітності або протягом чотирьох тижнів після пологів, а її поширеність у розвинених країнах світу коливається в межах 3-10% .

В Україні, в ситуації повномасштабної війни, ризик післяпологових депресій у жінок підвищується в зв'язку з життям у постійних стресових умовах небезпеки, невизначеності та непередбачуваності [4, с.14; 5, с. 8]. Дослідники С.Р. Влох, Р.І. Білобровка, Л.Б. Маркін, А.Б. Зіменковський зазначають, що депресивні та тривожні розлади непсихотичного рівня зустрічаються в 25,5% вагітних жінок та в 37,7% породіль [6, с. 111]. При цьому симптоми післяпологової депресії на першому тижні після пологів виявляються в 27,7% випадків [6, с. 111]. Депресивний стан негативно позначається як на особистості жінки та на її соціальних взаємовідносинах, так і на її ставленні до власної дитини, яку вона розглядає як причину свого захворювання на депресію [7, с. 149; 2, с. 54].

Післяпологова депресія матері завдає значного негативного впливу на ранній розвиток дитини. Дослідники Д.О. Йожикова, Т.С. Герасімчук, В.О. Сліпко наголошують на тому, що післяпологова депресія становить підвищений ризик щодо відмови від грудного вигодовування, порушення зв'язку матері з немовлям, а також негативно відбивається на подружніх стосунках [3, с. 91]. На думку С.П. Савіцької, одним із найбільш негативних наслідків післяпологової депресії є те, що вона змінює, спотворює ставлення жінки до свого немовляти, сприйняття дитини та установки щодо неї [2, с. 54]. Відчуття жінкою після пологів пригніченості, апатії, туги не дає змоги забезпечити немовляті належний догляд. Жінка уникає спілкування з дитиною, рідко до неї підходить, не хоче брати

дитину на руки, сприймає її як щось чуже, ставиться до дитини прохолодно чи навіть вороже [2, с. 54]. Незадоволеність власним виконанням ролі матері формує в жінки почуття провини та невпевненості, а її нездатність до невербального спілкування з немовлям у поєднанні з постійною безпідставною тривогою за його здоров'я негативно позначається на когнітивному розвитку дитини [2, с. 54].

Автори А.Ю. Гільман та К.В. Мазяр підкреслюють, що психічні стани в жінок у період вагітності вирізняються складністю, інтегративністю, цілісністю, поліфункціональністю та поліструктурністю [8, с.18]. Особливості суб'єкт-ситуаційної взаємодії жінки та її конкретної психологічної ситуації становлять підвищений ризик розвитку тривоги, стресу та депресії [9, с. 441; 10, с. 98; 11, с. 149]. У період вагітності в жінок часто спостерігаються емоційно насичені негативні переживання, пов'язані із занепокоєнням щодо протікання вагітності та пологів, виношування дитини й стану її здоров'я [7, с. 149]. Це обумовлює підвищення рівня фрустрації, тривожності, агресивності та ригідності, що становить ризик розвитку післяпологової депресії [8, с. 18; 12, с. 100].

Однак, як переконують Zhao X.H., Zhang, Z.H., незважаючи на поширеність післяпологової депресії, причини її виникнення досі залишаються до кінця не з'ясованими [13], тому виявлення можливих факторів ризику, рання психодіагностика, психокорекція та психологічний супровід жінки протягом всього періоду вагітності, пологів і в післяпологовий період є важливими заходами психопрофілактики [14, с. 50; 15, с. 10; 13], що обумовлює актуальність досліджень у цьому напрямку.

Враховуючи, що забезпечення високої якості життя жінки-матері та її родини в значній мірі залежить від психоемоційного здоров'я жінки [16, с. 175], необхідним вбачається організація психологічного супроводу процесу вагітності, пологів та післяпологового періоду [17, с. 74; 18, с. 154], що має включати оцінку ризиків і своєчасне виявлення проявів депресії, надання психологічної підтримки, забезпечення ефективних психокорекційних втручань і психопрофілактичних заходів.

Враховуючи вищезазначене, **метою роботи** є дослідження клініко-психологічних особливостей депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних джерел вітчизняної та зарубіжної наукової літератури з проблеми післяпологових депресій.

2. Провести емпіричне дослідження проявів післяпологової депресії невротичного спектру.

3. Розробити програму психопрофілактики післяпологової депресії невротичного спектру, оцінити ефективність розробленої програми психологічного супроводу вагітних і породіль.

Об'єкт дослідження - депресивні розлади.

Предмет дослідження - клініко-психологічні особливості депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді.

Для досягнення мети дослідження та реалізації поставлених завдань, в роботі були використані наступні **методи дослідження**: аналітичний (теоретико-аналітичний огляд джерел наукової літератури, аналіз результатів дослідження), клініко-психопатологічний (для встановлення клінічних ознак післяпологової депресії невротичного спектру), патопсихологічний (для оцінки розладів психоемоційного стану вагітних і породіль), психодіагностичний (використання психодіагностичних методик для об'єктивізації виявлення симптомів післяпологової депресії), статистичний (для оцінки достовірності та значущості результатів дослідження, встановлення наявності зв'язків між досліджуваними показниками).

База дослідження. Дослідження проводилося на клінічній базі ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової” НАМН України (ПАГ). У дослідженні взяли участь 92 жінки.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в можливості їх застосування для психопрофілактики післяпологової депресії невротичного спектру та психокорекції її проявів, організації психологічного

супроводу вагітних і породіль, а також для навчання клінічних психологів і підвищення кваліфікації медичного персоналу акушерських відділень та жіночих консультацій.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження були оприлюднені на I Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми клінічної психології, психотерапії та психологічного консультування», яка відбулася 17-18 жовтня 2023 року на базі Факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (тези доповіді: «Психологічні чинники виникнення постнатальних депресій»); XI Міжнародній науково-практичній конференції «European scientific congress», яка відбулася 27-29 листопада 2023 року у м. Мадрид, Іспанія (тези доповіді: «Postpartum as a special physiological and psychological condition of women»); IV Міжнародній науково-практичній конференції «Global science: prospects and innovations», яка відбулася 1-3 грудня 2023 року у м. Ліверпуль, Великобританія (тези доповіді: «Psychological aspects of depressive disorders in the postpartum period»).

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 112 найменувань та 7 додатків. У дослідженні вміщено 15 таблиць і 3 рисунки. Основний зміст викладено на 70 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 119 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО СПЕКТРУ В ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

1.1. Поняття депресивних розладів невротичного спектру

Депресія є третьою за частотою поширеності причиною непрацездатності у світі [19]. В останні роки все більше уваги приділяється депресії як самостійному фактору, що суттєво впливає на якість життя пацієнтів [20]. Нині депресія вважається самостійним фактором ризику розвитку нейродегенеративних, цереброваскулярних і серцево-судинних захворювань, при цьому цереброваскулярні та нейродегенеративні захворювання призводять не лише до порушення когнітивних і моторних функцій, а й сприяють розвитку депресії [21; 22], на жаль, діагностики в таких випадках недостатньо [23]. Депресія характеризується наявністю таких симптомів: патологічне зниження настрою (меланхолія), негативна оцінка себе, свого місця в навколишній дійсності та майбутньому, ангедонія (втрата здатності отримувати задоволення), відчуття пригніченості, денні перепади настрою, тривога, порушення сну, розлади апетиту, когнітивні та моторні затримки. Дистимія (невротична депресія або депресивний невроз) часто зустрічається в неврологічній практиці як тривала депресія, при якій сомато-вегетативні симптоми і розлади особистості переважають над депресивним настроєм.

Захворюваність на тривалу, хронічну та резистентну до лікування депресію значно зросла за останні десятиліття [24, с.135]. Хронічна депресія вважається «викликом» сучасної психіатрії та медичної психології, оскільки для них характерна не лише значна поширеність депресивних станів [25, с. 148], значно знижується якість життя, суттєво порушуються соціальні та професійні функції, що часто призводить навіть до інвалідності [26, с. 53]. Пацієнти з хронічною депресією мають підвищений ризик суїциду, вищий рівень коморбідних психічних розладів [27], часту госпіталізацію до медичних закладів, високі

економічні витрати та підвищене використання ресурсів медичної установи [28]. На сьогоднішній день зберігаються суперечки щодо психопатологічної структури депресії, особливостей її перебігу та факторів, що визначають хронічний чи гострий перебіг депресії.

Немає єдиного погляду на психопатологічні критерії хронічної депресії, які деякі автори відносять до тяжкості клінічних проявів та їх поліморфізму, а інші, навпаки, є проявами субклінічної депресії з монотонними рисами. Під час депресії порушується здатність підтримувати комунікацію, що призводить до погіршення міжособистісних стосунків і формування «замкнутого» циклу, що сприяє хронічному перебігу депресії [2].

А.Б. Смулевич наводить три основні способи документування перебігу депресії [25, с. 24]. Перший полягає в посиленні одного з компонентів типової емоційної тріади, наприклад, ідеї неповноцінності, самозвинувачення, провини. Хронічні ознаки часто розвиваються під час афективних розладів, якщо ці думки домінують у клінічній картині (самокатування). Другий спосіб полягає в тому, що позитивні емоції змінюються негативними, а явища, характерні для життєвих депресивних характеристик (бажання, тривога), змінюються проявами апатії, заціпеніння. Нарешті, третій шлях - це соматизація емоційної експресії, яка супроводжується зміною характеру зниженого настрою - появою психоемоційних характеристик. Асоціація афективних розладів із соматоформними розладами також може розглядатися як предиктор тривалого 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 та поведінкою хворих; зміну акцентів прояву різних компонентів депресії; феномен тривожної готовності; іпохондричні забарвлення ідей самозвинувачення; різноспрямованість «вектора звинувачення»; obsesивний характер суїцидальних переживань; маніакальні «вікна»; наявність симптомів невротичного регістру у вигляді сенестопатичних, obsesивно-фобічних розладів і вегето-фобічних пароксизмоподібних станів [29, с. 127].

Як зазначають Н.К. Свиридова та А.А. Щербатий, особливістю сьогодення є збільшення кількості функціональних розладів нервової системи, що виникають внаслідок стресогенних чинників нестабільного соціального середовища та проявляються когнітивними, психомоторними та особистісними порушеннями. Сучасний патоморфоз психогенних психічних розладів проявляється зміною співвідношення між невротами та невротоподібними станами [30; 31, с. 23].

Незважаючи на те, що Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я ще в 2019 р. була розроблена Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду, на практиці в Україні досі використовується МКХ-10 [32]. У цій класифікації психічні розлади визначені за синдромальним принципом, що враховує феноменологію хвороби, тобто її провідний клінічний прояв. Психогенні розлади невротичного спектру в МКХ-10 представлені в розділі V “Розлади психіки та поведінки” в рубриках, позначених кодами F40-F49 та об'єднаних назвою “невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади”. Відповідно до цієї класифікації, вирізняють такі клінічні форми невротів, як, зокрема [32]:

(F40) - Фобійні тривожні розлади;

(F41) - Інші тривожні розлади;

(F42) - Обсесивно-компульсивний [нав'язливо-компульсивний] розлад (в т.ч. ананкастичний неврот та обсесивно-компульсивний неврот);

(F43) - Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації;

(F44) - Дисоціативні [конверсійні] розлади;

(F45) - Соматоформні розлади;

(F48.0) - Неврастенія, Синдром втоми;

(F48.1) - Синдром деперсоналізації-дереалізації;

(F48.8) - Інші специфічні невротичні розлади (в т. ч. Психастенія, Психостенічний неврот, Психогенна непритомність);

(F48.9) - Невротичні розлади, не уточнені.

Одним із найбільш клінічно обґрунтованих є визначення невроту як функціонального (принципово зворотного) психічного розладу, що виникає внаслідок дії суб'єктивно значимих психотравмуючих впливів тривалої

психотравмуючої соціальної ситуації, що перешкоджає задоволенню базових потреб людини чи становить нездоланну загрозу для майбутнього, при тому що механізми адаптації та психологічного захисту виявляються недостатніми чи виснаженими [31, с. 23]. В клінічній практиці, на основі рекомендацій МКХ-10, визначають такі клінічні форми неврозів [31, с. 23]: астенічний невроз (неврастенія); тривожно-фобічні невротичні розлади; невротична депресія; невроз нав'язливих станів; істеричний невроз; соматоформний невроз; реактивні (стресові) розлади.

За формами прояву, розрізняють такі варіанти неврозів, як: суто невротичні розлади; невротичні розлади на тлі резидуально-органічних мозкових порушень (віддалених залишкових наслідків інфекційного чи травматичного ураження головного мозку); неврози в поєднанні з іншими соматичними або психічними захворюваннями; наявність невротичної фіксації на хворобливих проявах різних захворювань; неврозоподібні прояви різних хворобливих станів та реконвалесценції (процесу одужання) [31, с. 25]. При цьому, всі зазначені психічні розлади невротичного спектру відносять до межових (граничних) психічних захворювань, однією з важливих ознак яких є зворотність хворобливої симптоматики [31, с. 25].

Для того, щоб розвинулася клініка неврозу, пацієнт має бути схильним до цього [30]. В процесі формування невротичних розладів відіграють роль як психологічні чинники, що характеризують когнітивні, емоційні, комунікативні особливості особистості, але й соціально-середовищні фактори, умови виховання та відносини з мікросоціальним середовищем [33, с.33], а також біологічні, фізіологічні та нейропсихічні параметри, такі як функціональна недостатність нейромедіаторних чи нейрофізіологічних систем [30], що спричиняє недостатність адаптаційних регуляторних механізмів і призводить до підвищеної вразливості людини відносно дії психотравмуючих факторів [31, с. 23].

Дані джерел наукової літератури вказують на наявність у більшості подружніх пар високого ризику формування невротичних реакцій [34]. Як вказує О. Фенуна, невротичні реакції на проблеми подружніх взаємин пов'язані з

високим рівнем тривожності та мають гендерні особливості, проявляючись у жінок із перевагою істеричного типу реагування, тоді як чоловікам більш вдастивий астенічний тип [34]. Прояви невроту негативно впливають на всі аспекти подружнього життя, спричиняючи дисбаланс і порушуючи сімейну гармонію [34].

Дослідники Р. Tyrer, Н. Tyrer, Т. Johnson, М. Yang підкреслюють, що розвиток загального невротичного синдрому поєднується з наявністю тривожно-депресивних проявів та невротичних рис особистості [35]. М. Holubova, J. Prasko, М. Ociskova та ін. зазначають, що в пацієнтів із розладами невротичного спектру прослідковується зв'язок між тяжкістю симптомів захворювання, демографічними показниками, копінг-стратегіями та якістю життя [36]. Серед проявів невротичних розладів, як вказують М. Holubova, J. Prasko, F. Hodny та ін., важливе місце посідає самостигматизація, що негативно відбивається на багатьох сферах життєдіяльності та негативним чином впливає на якість життя пацієнта [37]. Неврози можуть проявлятися також такими симптомами, як генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, панічний розлад, агорафобія, змішаний тривожно-депресивний розлад, порушення адаптації, obsесивно-компульсивні чи соматоформні розлади [36]. При цьому, попри поширене переконання про зворотність і непрогресивність невротичної симптоматики, катамнестичні дослідження вказують на погіршення психічного стану більшості пацієнтів із невротичними реакціями у віддаленому періоді та виявлення в них ознак дисфункції особистості [35]. Серед особистісних рис, найбільше пов'язаних із ризиком розвитку патопсихологічних відхилень невротичного спектру, слід зазначити нейротизм, який, за твердженням С.М. Brandes, J.L. Tackett, S. Sauer-Zavala, J.C. Fournier, S.J. Steele та інших авторів, відбивається на багатьох аспектах життєдіяльності та впливає на формування поведінкових феноменів [38; 39].

В останні роки в усьому світі спостерігається стійка тенденція до зростання депресивних розладів, які нині посідають одне з перших місць у структурі психічних захворювань та, як підкреслює D.A. Regier, становлять основну

причину інвалідності через психічні захворювання [40]. При цьому, як зазначають О.У. Sorokina та В.А. Volel, майже в половини з пацієнтів депресія протікає в прихованому вигляді, під маскою соматичних хвороб [41, с. 7]. У формуванні депресивних станів значну роль відіграють соціальні чинники, а в клінічній картині найбільш поширеними є афективні й тривожні розлади [41, с. 6]. На розлади настрою депресивного кола значною мірою впливають такі негативні чинники раннього дитинства, як емоційне, фізичне, сексуальне насильство і зневага [40].

Під терміном “депресія” може розумітися як нозологічна одиниця, так і синдром чи навіть окремий симптом. Найчастіше поняття “депресія” вживається для позначення саме синдромального рівня, що характеризується наявністю психологічних, емоційних, соматоневрологічних та інших клінічних проявів захворювання [41, с. 6]. Типова депресія проявляється комплексом хворобливих симптомів, серед яких відмічаються: знижений, сумний, пригнічений настрій (гіпотимія); загальмованість мислення та рухів (депресивна тріада). Причинами депресії можуть бути як ендогенні фактори, так і неврози або соматичні захворювання. Депресивними розладами може проявлятися особистісна невротична реакція пацієнта на соматичну хворобу або інші негаразди [41, с. 6].

Деякі психоемоційні прояви можуть мати спадковий характер, що вказує на роль генетичного чинника в розвитку депресій, що також підтверджується результатами досліджень із використанням близнюкового методу, проведеним F. Iorfino, C. Marangoni, L. Cui та ін. [42]. Крім того, серед теорій виникнення та розвитку депресивної симптоматики сьогодні, як зазначають О.У. Sorokina та В.А. Volel, найбільш вживаними є: нейрофізіологічна, що пояснює депресії порушенням інтегративних регуляторних функцій лімбіко-ретикулярної зони головного мозку; нейромедіаторна - пов'язує депресії з порушеннями в основних нейромедіаторних системах (серотонінергічній, норадренергічній, ГАМК-ергічній); психодинамічна, що базується на постулатах когнітивної теорії А. Бека [41, с. 6].

Когнітивна теорія розглядає депресію як тріаду, що складається з таких компонентів, як: негативне самосприйняття хворого, який бачить себе неадекватним, небажаним, відірваним від навколишнього світу, викинутим із соціального життя; тенденції до сприйняття навколишнього світу як негативного, ворожого, руйнівного, де людину можуть спіткати лише невдачі та покарання; очікування тривалих неприємностей, страждань, втрат і невдач [43, с. 341; 41, с. 7]. Депресивні стани нерідко пов'язані з соціальним неблагополуччям, соціальними стресами та соціальною ізоляцією [44, с. 34]. Соціально-психологічне сприйняття оточення як джерела комфорту й захищеності змінюється на протилежне, а замість суб'єктивного переживання позитивних емоцій виникають негативні, які посилюються настільки, що можуть призвести навіть до біологічної загибелі організму [41, с. 8].

Багатьма дослідниками зазначено, що депресивні розлади найчастіше виникають у жінок [45]. J.H. Altaian, J.R. Wittenborn вказують, що у всіх вікових та соціальних групах жінки майже вдвічі частіше, ніж чоловіки, страждають на депресію. За даними низки вітчизняних авторів, співвідношення чоловіків і жінок, які страждають на депресивні розлади, становить від 1:5 до 1:8. При цьому відзначено кореляційну залежність між глибиною депресії та гендерними відмінностями: чим менша вираженість депресивних розладів, тим більше переважання жінок [46]. Жінки у 2-3 рази частіше, ніж чоловіки, звертаються щодо депресивних розладів невротичного спектру.

Відмінності в реагуванні на стресові ситуації у чоловіків і жінок обумовлені не тільки різницею в структурній організації мозку, а й соціально-біологічними особливостями жіночого організму [47]. Частіший розвиток депресивних розладів у жінок пов'язаний, зокрема, зі специфічними біологічними генеративними періодами, з роллю жінки в сім'ї та в сучасному суспільстві, що створюють комплекс біологічних та соціально-обумовлених травматизуючих факторів.

Індивідуальну чутливість до психогенних факторів у жінок багато авторів пов'язують із гормональними циклічними змінами [48]. Дослідниками підкреслюється роль взаємодії симпато-адреналової та

гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової систем у патогенезі депресивних розладів у жінок [49]. Є дані, що кортикотропінрилізінг-гормон і естрогени відіграють ключову роль у тому, що фізіологічні та патологічні реакції у відповідь на стрес істотно відрізняються у чоловіків і жінок. Зниження рівня естрогенів у певні фази менструального циклу, у післяпологовому періоді та постменопаузі може призводити до виникнення психоемоційних розладів та порушення функції імунітету, що нерідко спостерігаються в ці моменти життя жінки [50]. Репродуктивний період жінок - один із найбільш загрозованих за рецидивами депресій, зумовлених низкою захворювань (циклотімія, дистимія, шизофренія). Існують біологічні, психологічні та соціальні фактори, що підвищують ризик маніфестації депресивного епізоду під час вагітності та в пuerперальний період. Велику роль при цьому відіграє гормональна перебудова, що має місце в післяпологовому періоді.

Н. Akiskal запропонував мультифакторну модель депресії, згідно з якою у виникненні афективних порушень відіграють роль генетична схильність, статеву приналежність та фактор, що запускає. Розвиваючи цю концепцію, ряд авторів вважають, що виникнення депресії є наслідком складної взаємодії біологічних, соціальних, психологічних, особистісних факторів, що призводить до патологічної відповіді організму на стресорну дію [51]. За даними В. DePaulo, відмінності у частоті виникнення депресій в осіб різної статі визначаються генетичними факторами. Цими авторами відзначено переважне наслідування афективної патології по жіночій лінії. Є спроби пояснення переважання депресивних розладів у жінок з допомогою конституційно-психологічних відмінностей осіб різної статі [52]. Е. Frank та інші дослідники так само вважають, що жінки більш чутливі до подій, що відбуваються зі значущими для них людьми, і тому більш схильні до депресій. На думку ряду авторів, жінки більше, ніж чоловіки, схильні до тривалої когнітивної переробки негативної інформації, роздумів над своїм поганим настроєм, і не намагаються подолати його [53]. Відзначено, що депресивні розлади у жінок у порівнянні з такими ж у чоловіків мають більш виражену тенденцію до затяжного процесу та рецидивування.

Не можна не відзначити, що серед факторів ризику розвитку депресивних розладів багато авторів називають приналежність до жіночої статі, поряд з віком 35-45 років, випадками депресії та алкоголізму в сім'ї, наявністю хронічної психотравмуючої ситуації, нездатністю до довірливого ставлення до свого оточення та низьким рівнем соціальної підтримки [54].

1.2. Післяпологовий період як особливий фізіологічний та психологічний стан жінок

Важливість репродуктивної функції, як зазначає О. Сергієні, обумовлюється її роллю як на індивідуальному рівні формування інституту сім'ї, так і на рівні суспільства, що стосується вирішення демографічних питань підтримки народонаселення [55, с. 170; 56; 57, с. 108]. Тому актуальним напрямком досліджень є вивчення різних аспектів забезпечення репродуктивної функції жінки, зокрема її психологічної складової [58, с. 798; 59, с. 82; 60, с.102].

Вагітність здійснює значний вплив на організм жінки, в тому числі на її емоційну сферу, та може спричинити емоційні порушення різного ступеня вираженості [61, с. 33], такі як зниження самопочуття, активності, настрою, прояви ситуативної тривожності, невротизму, фрустрації, нервово – психічної напруги [62, с. 67; 56, с. 49].

Якщо в першому триместрі вагітності серед емоційних проявів у жінок зустрічаються невротичні, істеричні, вазовегетативні розлади, пов'язані з недостатньо визначеним ставленням до ситуації вагітності [63, с.142], то в другому триместрі відбувається вже психологічне прийняття жінкою своєї вагітності [62, с. 67; 64, с. 139], однак це може супроводжуватися емоційною нестабільністю з проявами порушень самопочуття, активності, настрою, проявами фрустрації і тривожності легкого чи помірного ступеня [7; 9; 12; 65; 33; 56; 66, с. 217]. У третьому ж триместрі, попри те, що основні прояви емоційних порушень зменшуються до легкого ступеня виразності, спостерігається зростання особистісної тривожності через переживання щодо благополучного проходження пологів та за здоров'я майбутньої дитини [7; 9; 12; 65; 33; 56; 66, с. 217].

Актуальність питання дослідження емоційних станів вагітних і породіль, на думку О. Sirakovska, обумовлена необхідністю системного забезпечення збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення України і тим впливом, що здійснюють на дітородну функцію жінки психологічні чинники [67]. Досягнення репродуктивного здоров'я жінки можливе лише за умови гармонізації її психологічної сфери та розуміння загальних і специфічних психологічних особливостей жінки при наявності гінекологічної патології, що потребує відповідної психодіагностичної та психокорекційної роботи [68, с. 255; 67].

Одним із провідних завдань акушерсько-гінекологічної допомоги І. Martyniuk вважає покращення якості ведення пологів та післяпологового супроводу жінки [69, с. 57]. В комплексі відповідних заходів значне місце посідає надання медико-психологічної допомоги вагітним і породіллям. На процес пологів і післяпологовий період впливають такі психологічні чинники, як самооцінка жінок під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді, та становлення паттернів материнсько-дитячих відносин [70, с.107; 69, с. 57]. Самооцінка виступає як регулятор поведінки жінки, бо є складовою її самосвідомості, розуміння жінкою себе як особистості, своїх здібностей, вчинків та етичних якостей [70, с.107; 69, с. 57]. Самооцінка жінки впливає на розвиток у неї почуття материнства та залежить від рівня особистісної зрілості, акцентуацій характеру, рівня особистісної тривожності, ціннісних орієнтацій, ставлення до дитини та наявності проявів неврозу [71, с. 262; 72, с. 108], а також від ряду соціальних чинників, таких як особливості спілкування, рівень освіти і культури, соціально-економічний фактор і матеріальне забезпечення [70, с. 107; 69, с. 57]. Всі ці аспекти впливають на формування тієї чи іншої моделі материнства, серед яких розрізняють педагогічну, партнерську, психологічну, фемінну та жертвовну [62, с. 67; 70, с.107; 72, с. 108].

Хоча вагітність і пологи зазвичай є нормальним фізіологічним процесом [30], вони, як підкреслюють Т. Фартушок, Н. Фартушок і Х. Мильо, становлять значний стрес для жінки [73, с. 572], пов'язаний із перебудовою її організму та ризиком появи різноманітних ускладнень [74, с. 586], що призводить до

психоемоційних переживань і потребує відповідних психокорекційних і психопрофілактичних заходів, психологічної підготовки жінки до материнства [75, с. 141; 73, с. 572]. Готовність до материнства є актуальною теоретико-методологічною проблемою сучасної психології, що пов'язана з усвідомленням жінкою цінності материнства, її готовності до того, щоб стати матір'ю, та особливостями прийняття жінкою себе в новому статусі матері [76, с. 55].

У післяпологовому періоді, який починається після відходження плаценти, відбувається поступове повернення організму жінки до попереднього, допологового стану, до повного фізіологічного відновлення всіх систем організму, але на новому рівні. Післяпологовий період, як вказують G. Chauhan і P. Tadi, прийнято розділяти на три умовні фази, перша з яких - гостра - триває перші 24 години після відходження плаценти, друга - рання - становить перші 7 днів після пологів, і третя - пізня - може займати від 6 тижнів до 6 місяців після пологів [38].

Під час вагітності та пологів відбувається постійний процес фізіологічного пристосування, адаптації організму жінки, його структурних і функціональних змін, спрямованих на розвиток і виживання потомства. Цей процес супроводжується пластичними змінами мозкової діяльності, завдяки чому формується нова модель поведінки догляду за дитиною, виникає почуття відповідальності, турботи за життя дитини. Водночас, застерігають E. Barba-Müller, S. Craddock, S. Carmona та E. Hoekzema, такі зміни можуть провокувати перенапруження адаптаційних механізмів та становити ризики підвищення вразливості до психічних розладів [77, с. 289].

Отже, як слушно наголошують K. Finlayson, N. Crossland, M. Bonet і S. Downe, в післяпологовий період необхідно забезпечити психологічну підтримку набуття жінкою позитивного післяпологового досвіду, допомогти їй адаптуватися до нової ролі матері, прийняти свою змінену особистість, розвинути почуття впевненості у своїй компетентності як матері [78]. Психологічний супровід матері в післяпологовому періоді допоможе їй краще пристосуватися до

змін у сімейних стосунках, сформувати позитивне ставлення до дитини та догляду за нею, швидше подолати фізичні наслідки пологів, відчутти позитивні емоції та прослідкувати динаміку свого особистісного зростання [17, с. 36; 79, с. 172]. Заходи післяпологової психологічної підтримки та супроводу мають бути спрямовані на досягнення позитивного материнства, що характеризується материнською самооцінкою, компетентністю та автономією, кращу адаптацію до змінених народженням дитини інтимних і сімейних стосунків, збереження здоров'я матері та дитини, формування нової інтегрованої ідентичності жінки як матері, її впевненості в собі, забезпечення почуття радості й благополуччя в родині [62, с. 67; 70, с. 107; 79]. Водночас, як зауважують J. Stojanov, M. Stankovic, O. Zikic та ін., недостатність соціальної підтримки, соціальна ізоляція, наявність емоційних проблем підвищують ризик післяпологових психічних розладів у жінок, що особливо загострилося під час карантину, пов'язаного з пандемією COVID-19 [80, с. 228]. Тобто, як підкреслюють V. Slavin, J. Gamble, D.K. Creedy та ін., в післяпологовий період дуже важливим є досягнення належної якості життя на основі забезпечення як фізичного, так і психологічного здоров'я жінки, що є запорукою благополуччя дитини та родини в цілому [81, с.1].

1.3. Психологічні аспекти депресивних розладів у післяпологовому періоді

Традиційно вагітність та материнство розуміється як найкращий період у житті жінки, однак З.О. Антонова та С.П. Савіцька відмічають, що в тому разі, коли очікуване під впливом стереотипів почуття блаженства і щастя не виникає, в жінки формується хибна негативна самооцінка себе як поганої матері, що стає підґрунтям для розвитку депресивних розладів та аргументує необхідність вчасного їх виявлення та здійснення відповідних превентивних і психокорекційних заходів [82, с. 5].

Дослідники M. Wilcox, B. A. McGee, D. F. Ionescu та ін. зазначають, що післяпологова депресія є окремим випадком перинатальної депресії, яка може виникнути в будь-який період від зачаття до кількох місяців після пологів,

створюючи ризик несприятливих наслідків як для матері, так і для дитини [83, с. 119]. Згідно епідеміологічних даних, наведених З.О. Антоною, С.П. Савицькою, із депресивними станами під час вагітності та в післяпологовому періоді стикається до 40% жінок, а прояви дистимії та підвищена тривожність спостерігаються вдвічі частіше [82, с. 5]. Водночас, попри значну поширеність післяпологових депресій, досі відчувається недостатність системного підходу до забезпечення необхідної клініко-психологічної допомоги вагітним і породіллям [82, с. 5].

Зазвичай розвинута симптоматика післяпологових депресій, що в МКХ-10 позначаються кодом 10-F53.0 та зустрічаються приблизно в 1% породіль, відповідає загально-діагностичним критеріям клінічної депресії та відзначається розвитком у перші 6 тижнів після пологів [82, с. 5]. Серед типових симптомів післяпологової депресії спостерігаються короткочасні стани зниження настрою з переживанням тривоги, страху, байдужості та навіть ворожості до новонародженої дитини, порушеннями сну та загальним виснаженням. Такі симптоми супроводжуються порушенням соціальної адаптації, зниженням якості життя та виникненням на цьому тлі суїцидальних думок [82, с. 5]. Проявами післяпологової депресії в жінки можуть бути: песимістичні думки; почуття невдоволення, пригніченості, безнадії спустошеності й перевантаження; підвищена дратівливість; виснаження; частий плач без видимих причин; надмірна тривожність і стурбованість [82, с. 5]. Спостерігаються когнітивні порушення у вигляді зниження концентрації уваги, ускладнень запам'ятовування та прийняття рішень. Розлади емоцій виявляються почуттями гніву та люті, труднощами у встановленні емоційного зв'язку з дитиною. Втрачається зацікавленість до тих занять, які раніше подобалися, спостерігається ухиляння від спілкування з членами родини та друзями, відсторонення від них [82, с. 5]. Жінка страждає від парадоксальних негативних думок і потягів, сумніваючись у власній здатності піклуватися про свою дитину та водночас боячись її скривдити, що призводить до виникнення нав'язливих думок про заподіяння шкоди собі чи дитині та намагання

через це уникати контактів із дитиною. Роздратування викликає все, що пов'язане з дитиною, тому жінка втрачає здатність повноцінно доглядати за нею [82, с. 5].

Про підвищений ризик розвитку клінічної післяпологової депресії, як застерігають З.О. Антонова та С.П. Савицька, може свідчити поява зазвичай мінущої помірно вираженої симптоматики, що має назву післяпологової меланхолії, або “дитячого блюзу”, зустрічається в понад 80% породіль, триває від перших 1-2 днів до 2-х тижнів після пологів та проявляється лабільністю настрою, плаксивістю, втомлюваністю, порушенням сну, відчуттям безпорадності, стурбованості, смутку [82, с. 5]. Найважчим проявом післяпологових депресивних розладів є післяпологовий психоз, що зустрічається в 0,1% випадків та досягає максимального вираження протягом 1-3 тижнів після пологів. При такому стані спостерігається парадоксальний лабільний настрій, марення, галюцинації та поведінкові зміни, що потребує негайного психіатричного стаціонарного лікування [82, с. 5]. Значну проблему становлять соціально-психологічні наслідки післяпологової депресії, стигматизація жінки в суспільстві, страх перед чим утримує її від своєчасного звернення по допомогу [82, с. 5].

До факторів ризику розвитку післяпологової депресії відносяться, зокрема: депресія під час або після попередньої вагітності; наявність встановленого діагнозу біполярного розладу; перенесений в минулому депресивний епізод клінічного рівня; наявність депресивних чи інших психічних захворювань у членів родини; переживання важкого стресу під час вагітності та після народження дитини; несприятлива внутрішньо-сімейна ситуація [82, с. 5]. Зміна соціальної ситуації внаслідок материнства, нова соціальна роль жінки може стати поштовхом для розвитку зворотної субдепресивної симптоматики, що виявляється тривожністю, конфліктністю, невпевненістю в собі, підвищеною чутливістю та схильністю до самозвинувачення, однак схильна до саморедукції та має позитивний прогноз. У таких випадках найчастіше відбувається швидкий вихід зі стану пригніченості, нормалізація сімейних відносин, розвиток позитивного ставлення до дитини та благополучних взаємин з нею, гармонізація особистості жінки та налагодження оптимальних стосунків з оточенням [82, с. 5].

З.О. Антонова та С.П. Савицька висловлюють припущення, що до депресивних настроїв здатний призвести надмірно високий рівень суб'єктивного контролю. Високий локус контролю в сфері сімейних і міжособистісних стосунків розглядається як фактор ризику, однак його поєднання з невисокими значеннями загальної інтернальності та інтернальності успіху може, навпаки, сприяти зниженню негативних наслідків післяпологової депресії завдяки потребі у встановленні контактів із оточуючими людьми, які здатні надати необхідну психоемоційну підтримку [82, с. 5].

Стан занепокоєння під час вагітності, за твердженням L.M. Osborne, K. Voegtline, L.R. Standeven та ін., вважається одним із найбільш значущих факторів ризику розвитку післяпологової депресії [84, с. 701]. Депресивна симптоматика у вагітних легкого ступеня характеризується дисфоричним настроєм. При поглибленні депресії до помірного та вираженого рівнів у них виявляється розгубленість, тривожність, очікування небезпеки, передчуття катастрофічних подій, нестійкість уваги, відчуття безпорадності, некритичне сприйняття простих ситуацій та змін свого психічного стану. Таким жінкам, за спостереженням X.H. Zhao та Z.H. Zhang, властиве напружене очікування трагічного результату, що супроводжується психомоторним збудженням, ажитацією, тривожними вигуками [13].

Симптоми післяпологової депресії, як зауважують С.Р. Влох, Р.І. Білобровка, Л.Ю. Маркін та А.Б. Зіменковський, частіше виявляються в тих жінок, у яких раніше вже відмічалися депресивні розлади. Дані джерел наукової літератури свідчать про те, що більше половини жінок з післяпологовою депресією мали депресивну симптоматику ще в ранній період вагітності [6, с. 111]. За спостереженнями M. Yu, H. Li та D. R. Xu, такі жінки відчували занепокоєння, були невдоволені сімейними відносинами [85, с. 149]. Найбільш схильними до формування післяпологової депресії J. Banasiewicz, K. Zaręba, M. Bińkowska вважаються жінки, які народжують уперше або пологи є передчасними [86]. Ситуації депривації та соціальної ізоляції, пов'язані з обмеженнями під час пандемії COVID-19, за спостереженнями M. Chrzan-Dętkoś, T. Walczak-Kozłowska

та М. Lipowska, сприяли появі відчуття страху, невпевненості, що знижувало психосоціальні ресурси матері та дитини, вповільнювало процес психологічного переходу жінки до статусу материнства і, таким чином, сприяло розвитку і посиленню депресивної симптоматики як у процесі вагітності, так і в післяпологовий період [87, с. 1]. Також, як відмічають Е. А. Pataky та U. Ehlert, ризик постнатальної депресії підвищується, якщо в анамнезі є скарги на ПМС-синдром [88, с. 391]. Тому Е. Sahin та М. Seven рекомендують при навчанні молодого подружжя плануванню сім'ї приділяти увагу заходам психопрофілактики депресії [89].

Дані джерел наукової літератури вказують на те, що мати, яка відчуває депресію, нездатна забезпечити адекватне спілкування з немовлям на невербальному рівні, зрозуміти його потреби, тому їй важко піклуватися про свою дитину [90, с. 120; 2, с. 54]. Мати з проявами депресії не реагує на плач дитини, рідко бере її на руки та відмовляється від грудного вигодовування, що негативно позначається на формуванні імунітету та розвитку кісткової системи немовляти. Емоційна відгородженість матері від немовляти, особливо в разі тривалого тяжкого протікання психопатологічного процесу, може призвести до затримок психоемоційного, мовного та когнітивного розвитку дитини, індукування в неї виникнення негативних емоцій, втрату відчуття безпеки, порушення внутрішніх механізмів самозахисту і формування недостатньої самооцінки [2, с. 54].

Найбільш важким ускладненням психопатологічних післяпологових станів, на думку А. Perry, К. Gordon-Smith, L. Jones та I. Jones, є післяпологові психози, що зустрічаються, за даними джерел наукової літератури, в 1-2 випадків на кожні 1000 пологів та проявляються в перші тижні після пологів або гострою манією, або маніфестацією психотичної депресії. Депресія психотичного рівня становить небезпеку для матері, дитини та родини в цілому, потребує стаціонарного психіатричного лікування, тому оцінка ризиків її виникнення є важливою для своєчасного та ефективного здійснення психопрофілактичних заходів [91, с. 47].

Післяпологові депресії, як вказують D. L. Putnick, R. Sundaram, E. M. Bell та ін., можуть протікати за декількома типами перебігу [92]. Вони описують чотири

основні траєкторії розвитку післяпологової депресії: низькостабільна при якій симптоматика є досить слабкою; слабонаростаюча, коли від початку слабкі симптоми поступово посилюються; середнього ступеня, коли симптоми депресії спочатку є помірними, але здатні до ремісії; високоперсистуюча, при якій спостерігається дуже виражена значна симптоматика на всіх хвилях [92]. Ризик несприятливого протікання післяпологової депресії, за твердженням D.L. Putnick, R. Sundaram, E.M. Bell та ін., посилюється в разі наявності преморбідних розладів настрою або захворювання жінки на цукровий діабет [92].

Депресії, що виникають у пізній післяпологовий період, на думку M.M. Batt, K.A. Duffy та A.M. Novick, мають більшу схожість із ендогенними депресіями, ніж ті, що розвиваються в перші 8 тижнів після пологів [93, с. 106]. Серед факторів ризику післяпологової депресії дослідники X.H. Zhao та Z.H. Zhang називають: насильство та жорстоке поводження з жінкою; імміграційний статус жінки; розвиток гестаційного діабету; пологи шляхом кесарева розтину; депресивні стани в анамнезі; дефіцит вітаміну D; ожиріння та надмірну вагу; післяпологові порушення сну та недосипання; відсутність соціальної підтримки; особливості традиційного харчування (японська, індійська, британська та бразильська дієта); багатоплідні пологи; передчасні пологи, народження недоношених дітей та дітей із низькою вагою; розвиток післяпологової анемії; негативний досвід попередніх пологів; ендокринні порушення [94, с. 1].

Серед причин виникнення депресивних розладів після пологів розглядають синдром відміни внаслідок різкого післяпологового зниження рівня гормонів [93, 106]. Ендокринні зміни впливають на психоемоційні стани жінки під час вагітності, пологів та в післяпологовий період, що, як підкреслюють S. Trifu, A. Vladuti та A. Popescu, слід враховувати відносно психопрофілактики та лікування післяпологової депресії [95, с. 410]. Ця залежність психічного здоров'я від стану ендокринної системи пов'язана, зокрема, з тим, що репродуктивні гормони естрадіол і прогестерон здатні моделювати поведінкові, емоційні та когнітивні реакції жінки, підвищуючи вразливість її організму до післяпологових розладів [95, с. 410]. На користь нейроендокринної теорії післяпологової депресії

свідчить аномальність нервових реакцій жінок з ендокринними відхиленнями в післяпологовий період. Тому підтримка гормонального балансу естрадіолу, прогестерону, окситоцину, кортизолу та гормонів щитоподібної залози розглядається як біохімічна та фармакотерапевтична основа психопрофілактики післяпологових депресій [95, с. 410].

Тривога, що виникає в жінки під час вагітності, як правило, пов'язана з думками про можливі несприятливі наслідки пологів для матерів і немовлят. При цьому тривога не може ототожнюватися з депресією, це, як підкреслюють S. Araji, A. Griffin, L. Dixon, явища різного порядку [96]. Зазвичай хвилювання під час вагітності як критична оцінка факторів пологових ризиків є нормою, однак у разі надмірної тривоги вона може негативно вплинути на поведінку матері, що підвищує ризик потенційної шкоди як для матері, так і для плоду й тому потребує своєчасного виявлення та психокорекції [96].

У разі травматичного сприйняття жінкою ситуації пологів ризик розвитку в неї післяпологової депресії, як показали дослідження H. Türkmen, H. Yalniz Dİlçen та F.A. Özçoban, значно зростає [97, с. 422]. Травматичність сприйняття пологів вагітними жінками характеризується тим, що вони не довіряють своїм можливостям і силі, бояться що не впораються з пологовим болем. Високий рівень травматичного сприйняття пологів та занепокоєння жінки щодо свого здоров'я спричиняють розвиток депресії, тривоги та стресу [97, с. 422]. Тріада, що характеризується поєднанням депресії, стресу та тривоги, має назву "психологічного дистресу" та може виникати як в допологовий, так і в післяпологовий період. При цьому, як показали дослідження С.А. Obrochta, С. Chambers та G. Vandoli, допологові негативні психічні стани обумовлюють аналогічні післяпологові, що вказує на необхідність ранніх психопрофілактичних втручань [98, с. 583].

1.4. Діагностика та клінічні прояви депресивних розладів у післяпологовому періоді

Для встановлення діагнозу невротичних розладів, як підкреслюють Н.К. Свиридова, А.А. Щербатий, слід враховувати багато різних аспектів, таких як преморбідні якості особистості, дані анамнезу життя та захворювання, особливості функціонування в соціальному середовищі, а також наявні клінічні прояви хвороби та їх психофізіологічні характеристики [31, с. 23]. Прояви неврозу в кожного з пацієнтів є різноманітними та мають індивідуальні особливості [99, с. 160; 100; 101, с. 51], тому серед можливих симптомів тривожно-фобічного, істеричного, депресивного чи соматоформного характеру в кожному окремому випадку слід визначати провідний синдром [100; 32; 102], завдяки чому стає можливим передбачити вірогідну динаміку протікання захворювання та обрати найбільш адекватну й ефективну лікувально-реабілітаційну тактику [31, с. 23].

Клінічна діагностика неврозів заснована на встановленні взаємозв'язку між характерологічними особливостями особистості пацієнта, умовами виникнення й потужністю впливу психотравмуючої ситуації, скаргами хворого та об'єктивними симптомами захворювання [31, с. 23; 60, 103; 101, с. 119]. Для виявлення невротичних проявів у членів подружжя, О. Fenуpa рекомендує використовувати такі психодіагностичні методики, як Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) і Методика діагностики неврозів (К. Хек, Х. Хесс) [34, с. 244]. Для диференціальної діагностики невротичних розладів використовують також такі методики, як Анкета задоволеності та насолоди якістю життя (Q-LES-Q), Шкала внутрішньої стигми психічних захворювань (ISMI), соціально-демографічний опитувальник, Анкета стилю подолання стресу (Strategie Zvládání Stresu [SVF]), Клінічна Глобальна шкала враження (CGI) [37, с. 42].

Для психодіагностики депресій післяпологового періоду рекомендується використовувати наступні психодіагностичні методики: “Шкала депресії Бека”, “Методика диференційної діагностики депресивних станів Зунге”, Опитувальник

рівня особистісної тривожності Ж.Тейлора, “Методика визначення рівня суб’єктивного контролю” [82, с. 5].

Закордонні дослідники L. M. Osborne, K. Voegtline, L. R. Standeven та ін. для ранньої діагностики ризиків післяпологової депресії радять, крім Единбурзької шкали, застосовувати також опитувальник “Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)”, що дозволяє визначити рівень занепокоєння під час вагітності та передбачити розвиток депресивної симптоматики [84, с. 701]. Психодіагностика за допомогою Шкали травматичного сприйняття пологів (STCP) та Інвентаря тривоги щодо здоров’я зі шкалами депресії, тривоги та стресу дозволяє визначити показники травматичного сприйняття пологів вагітними жінками та рівень їхньої тривоги щодо здоров’я [97, с. 422].

Для вчасного виявлення депресивної симптоматики в породіль вбачається необхідним проведення психодіагностичного скринінгу, для чого доцільним є використання 10-пунктової Единбурзької шкали післяпологової депресії, що визнана достатньо швидким та ефективним методом психодіагностики [3, с. 91]. Враховуючи, що більшість симптомів депресії виникають під час вагітності, а не після народження дитини, психологічний супровід жінки протягом всього періоду вагітності та моніторинг її психічного здоров’я з використанням Единбурзької шкали та інших методик психодіагностичного виявлення симптомів депресії, на думку M. Wilcox, B. A. McGee, D. F. Ionescu та ін., є необхідним заходом психопрофілактики [83, с. 119].

Для попередження розвитку післяпологової депресії, в Україні було запроваджено моніторинг негативних психоемоційних станів під час вагітності, проведений Ю. Даниловою, Р. Агабабовим та О. Зборовським [79, с. 172]. У процесі моніторингу було використано Шкалу тривоги та депресії HADS та Шкалу Зунга для самооцінки депресії. Дані психодіагностичних скринінгів, що були проведені Т.М. Пушкарьовою, Н.Я. Скрипченко [104, с. 74], В.Є. Клебан, М.К. Білоус та В.Ю. Жук [105, с. 116], вказують на широке поширення тривожно-депресивної симптоматики у вагітних і породіль. Було встановлено [105, с. 116], що субклінічні та клінічні прояви тривоги та депресії зустрічалися в

19% вагітних і породіль. При цьому легка форма депресії спостерігалася в 7% досліджуваних, а в 1,6% показники депресії досягали критичного рівня, що, як підкреслюють Y. Zhang, S. Wang, A. Hermann та ін. [94, с. 1], обумовлює необхідність визначення ризиків, прогнозування можливого розвитку післяпологової депресії надання не лише психокорекційної, але й психіатричної допомоги.

На думку В.М. Астахова, О.В. Бацилевої, І.В. Пузь [17; 106; 107], організація медико-психологічного супроводу жінок протягом вагітності, пологів та післяпологового періоду має включати комплексну діагностику їх психоемоційного стану та індивідуально-психологічних особливостей. Такий підхід дозволяє обрати найбільш доцільну тактику психологічної підтримки, спрямованої на активізацію особистісних ресурсів та стабілізацію психоемоційного стану жінки [108, с. 32; 14, с. 50], що сприятиме нормальному перебігу вагітності та пологів, забезпеченню ефективної адаптації жінки до нової соціальної ролі - материнства та збільшенню її репродуктивного потенціалу [108; 14; 109; 15; 110; 4; 17; 16; 106; 5; 111; 112].

Висновки до розділу 1

Встановлено, що післяпологова депресія - це депресивний розлад, що виникає під час вагітності або протягом чотирьох тижнів після пологів. Виявлено, що епідеміологічні дані щодо поширеності післяпологової депресії різняться, однак в середньому вона зустрічається в 3-10% породіль.

Ситуація війни в Україні є тривалим і потужним стресовим фактором, що призвело до значного зростання випадків розвитку депресивної і тривожної симптоматики у жінок під час вагітності та пологів, що становить від 25,5% до 37,7%.

Клінічне значення післяпологової депресії полягає в її негативному впливі як на здоров'я жінки, так і на ранній розвиток її дитини, а також на сімейні та соціальні стосунки, знижує якість життя жінки та родини в цілому.

Післяпологова депресія свідчить про порушення механізмів фізичної та психологічної адаптації жінки до вагітності та пологів і підвищує вразливість жінки до розвитку більш глибоких психічних розладів.

Предикторами післяпологової депресії є преморбідні особистісні особливості жінки, надмірний самоконтроль, неадекватність самооцінки, ускладнена вагітність, травматичні пологи, наявність депресивних проявів у минулому, несприятлива сімейна ситуація, соціальні негаразди.

Післяпологова депресія проявляється негативними психічними станами зниженого настрою, стурбованості, тривоги, страху, байдужості чи навіть ворожості до новонародженої дитини, порушеннями сну, загальним виснаженням, порушенням соціальної адаптації, зниженням якості життя та підвищеним суїцидальним ризиком.

Для вчасного виявлення депресивної симптоматики в породіль вбачається необхідним проведення психодіагностичного скринінгу із використанням Единбурзької шкали післяпологової депресії та інших валідних психодіагностичних методик.

Визначення ризиків та психологічний супровід жінки під час вагітності, пологів та в післяпологовий період надає можливість прогнозування можливого розвитку післяпологової депресії, вчасного та ефективного здійснення психопрофілактичних і психокорекційних заходів, збереження та подальшого підвищення репродуктивного потенціалу жінки.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО СПЕКТРУ В ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

2.1. Дизайн емпіричного дослідження депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді

План дослідження передбачав його послідовне виконання в декілька етапів (рис. 2.1.). На першому етапі було визначено актуальність обраної теми дослідження, сформульовано об'єкт, предмет, мету, завдання, обрані методи дослідження. На другому етапі проведено теоретичний аналіз 112 джерел наукової літератури (66 україномовних, 46 англомовних) з проблеми післяпологової депресії, її діагностики, профілактики та психокорекції.

Третій етап дослідження полягав у складанні плану експерименту, формуванні вибірки досліджуваних жінок та підборі валідних і надійних психодіагностичних методик. На четвертому етапі було проведено констатуючий експеримент, спрямований на психодіагностику проявів післяпологової депресії невротичного спектру та визначення факторів ризику її формування. Проведено статистичну обробку та аналіз отриманих результатів.

На п'ятому етапі, на основі отриманих експериментальних даних, було розроблено програму психопрофілактики та психокорекції післяпологової депресії невротичного спектру, проведено відповідний формуючий експеримент, статистично оброблено та проаналізовано його результати для визначення ефективності розробленої психокорекційної програми.

Останній, шостий етап полягав у остаточному оформленні дипломної роботи та оприлюдненні її результатів.

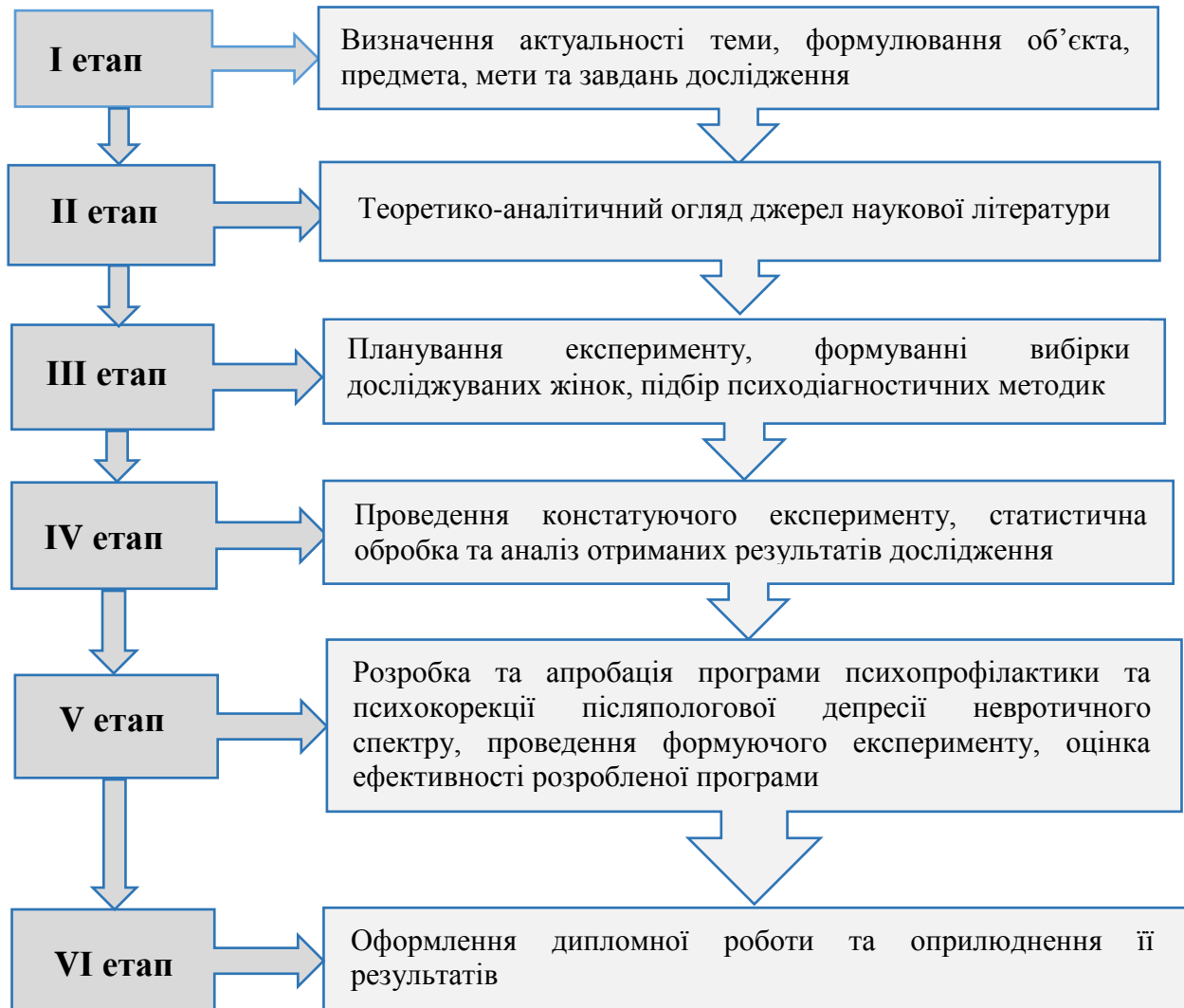


Рис. 2.1. Дизайн виконання дипломної роботи

Дослідження проводилося на клінічній базі ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук’янової” НАМН України (ПАГ). Інститут ПАГ був створений в 1929 р. і сьогодні є головною науково-дослідною установою України в системі охорони здоров’я матерів і дітей. З 1993 р. він входить до складу Академії медичних наук України.

В Інституті ПАГ є 24 науково-дослідні підрозділи та 10 наукових лабораторій, де проводиться велика науково-дослідницька робота. Крім того, для здійснення лікувально-профілактичної діяльності в ньому є також 3 медичних центри, 20 клінічних та 4 консультативні підрозділи. Всього в Інституті ПАГ працює 1043 співробітники, зокрема 162 науковці, в тому числі 47 докторів і 78 кандидатів наук, 1 дійсний член і 3 члени-кореспонденти НАМН України, а також

158 практикуючих лікарів, серед яких є 2 доктори та 46 кандидатів наук, а також 16 Заслужених лікарів України.

Напрямами роботи Інституту ПАГ є, зокрема: дослідження актуальних проблем перинатальної охорони плоду і новонародженого, перинатальної діагностики вроджених вад розвитку та розробка методів їх профілактики і хірургічної корекції; планування сім'ї, попередження абортів, підготовка жінки до вагітності й материнства, лікування та профілактика акушерської та екстрагенітальної патології жінок, їхній медичний супровід в до- та післяпологовий період; охорона репродуктивного здоров'я жінок, епідеміологічні дослідження поширеності його порушень, лікування та профілактика непліддя та гінекологічних захворювань; дослідження проблем захворюваності дітей раннього віку, профілактика та лікування хронічних захворювань різних органів і систем у дітей, в тому числі діагностика та лікування орфанних захворювань; наукове обґрунтування природного харчування дітей першого року життя, розробка та впровадження нових продуктів для оздоровчого і збалансованого харчування дітей і вагітних жінок; організація медико-соціальної допомоги матерям і дітям різних регіонів України із урахуванням екологічних особливостей; надання медико-психологічної допомоги вагітним і породіллям, а також жінкам і дітям із числа тимчасово переміщених осіб та інших постраждалих від воєнної ситуації в Україні. Щорічно в Інституті ПАГ стаціонарну допомогу отримує біля 11000, а амбулаторну - понад 20000 жінок і дітей.

Дитячі клініки Інституту ПАГ налічують 200 ліжок. Тут проводиться стаціонарне лікування дітей різних вікових груп із захворюваннями органів травлення, дихальної, серцево-судинної та нервової систем, а також із такими складними патологіями, як алергічні хвороби та хвороби сполучної тканини. Здійснюється хірургічна корекція в разі аномалій розвитку. Крім того, в дитячих клініках Інституту ПАГ надається терапевтична й хірургічна допомога дітям із зон екологічного й техногенного забруднення, а тепер також із регіонів, постраждалих від активних бойових дій.

Акушерсько-гінекологічна допомога жінкам в інституті ПАГ надається як амбулаторно, так і в умовах стаціонару. Стаціонарні акушерсько-гінекологічні клініки Інституту ПАГ розраховані на 300 ліжок. Тут надається стаціонарна допомога вагітним як із акушерською патологією, так і з супутніми соматичними захворюваннями, а також жінкам із первинною та вторинною неплідністю. В акушерсько-гінекологічних клініках також проводиться генетичне консультування, прогнозування та раннє допологове виявлення хвороб і вад розвитку плоду.

Таким чином, клінічна база, де проводилося дослідження, є потужним центром комплексної допомоги матерям і дітям. Важливим аспектом формування вибірки було врахування комунікативних особливостей вагітних і породіль, наявність у деяких із них підвищеної навіюваності та забобонності, що потребувало пошуку індивідуального психологічного підходу до кожної з потенційних учасниць дослідження.

Всі учасники дослідження дали інформовану письмову згоду на участь у ньому. У процесі дослідження неухильно виконувалися всі вимоги біоетики та норми медичного права України. Конфіденційність особистих даних респондентів та анонімність їхніх результатів дослідження забезпечувалися спеціальним шифруванням анкет. Також у процесі написання роботи забезпечувалося дотримання принципу академічної доброчесності. Тривалість дослідження становила півтора місяці.

Досліджувані жінки відбиралися шляхом простої рандомізації серед тих, хто народжував уперше, віковий діапазон становив в основному 19-26 років. Спочатку було підготовлено та роздано 100 комплектів психодіагностичних тестів для двох груп досліджуваних по 50 осіб у кожній групі. Однак 3 жінок із особистих причин відмовилися від участі в дослідженні на різних його етапах. Крім того, 5 комплектів тестів виявилися заповненими не повністю, через що їх довелося виключити з обробки. Таким чином, в дослідженні були враховані анкети 92 жінок.

Первинне психодіагностичне обстеження було проведене в допологовому періоді, за місяць до терміну пологів. Потім досліджуваних жінок також шляхом рандомізації було розподілено на дві групи, однакові за кількістю. У першій (експериментальній) групі кількістю 46 жінок у допологовий період було проведено тренінгові заняття за спеціально розробленою програмою, спрямовані на адекватне психологічне сприйняття себе в ролі матері, психокорекцію психічних станів і профілактику післяпологової депресії. У другій (контрольній) групі, до якої увійшли також 46 жінок, тренінгові заняття не проводилися.

Повторне дослідження жінок проводилося на четвертий день після пологів. Це дозволяло вільно спілкуватися з досліджуваними, фізичний стан яких після пологів вже значно покращився. Водночас проведення дослідження не заважало породіллям готуватися до виписки з пологового відділення, що зазвичай, при відсутності протипоказів, відбувалася через тиждень після пологів. Одна частина досліджуваних жінок народжували самостійно, в інших був зроблений кесарів розтин. Звичайно, цей фактор певним чином міг впливати на самопочуття породіль та їхній психологічний стан, однак порівняно невеликий розмір вибірки не дозволив врахувати статистичну значимість можливих відмінностей, тому процес ведення пологів у даному дослідженні не враховувався.

Слід також зауважити, що всі досліджувані жінки народили в прогнозований термін здорових доношених немовлят. Багатоплідних вагітностей не було. Стать новонароджених в дослідженні не враховувалася. Також не бралися до уваги рівень освіти, етнокультурні особливості, матеріальні умови та внутрішньо-сімейні стосунки. Всі ці аспекти відмічалися, але не бралися до уваги при статистичній обробці результатів дослідження, тому що вимірювався лише один параметр, а саме наявність чи відсутність депресивних симптомів, а також вплив на їхній розвиток та можливість редукції розробленої психокорекційної програми.

Накопичення, сортування, аналіз і візуалізація інформації в процесі проведення дослідження здійснювалися в програмі Microsoft Excel. Для проведення статистичних обчислень використовувався онлайн-калькулятор Social

Science Statistics. Оцінка статистичної достовірності та значущості результатів дослідження проводилася за допомогою t-критерію Стьюдента та дисперсійного аналізу ANOVA для непов'язаних і пов'язаних сукупностей. Для оцінки взаємозв'язку між досліджуваними показниками використовувався коефіцієнт кореляції Пірсона (r_{xy}), вираховане значення якого порівнювалося із табличними даними таблиці Чеддока. Для визначення ризику розвитку післяпологової депресії невротичного спектру та ефективності психокорекційної програми застосовувався критерій хі-квадрат (χ^2), обчислення якого здійснювалося за допомогою 4-польних таблиць.

За допомогою онлайн-калькулятора відбувалося обчислення t-тесту, в тому числі вибіркового середнього значення, суми квадратів і стандартного відхилення. Т-критерій Стьюдента для незалежних сукупностей використовувався для порівняння середніх значень показників двох окремих груп досліджуваних жінок - експериментальної і контрольної. Для проведення обчислення необхідно мати два незалежні зразки показників із однаковою дисперсією, дані в яких мають бути нормально розподілені. Надалі приймається нульова гіпотеза про те, що немає різниці між середніми значеннями показників психічних станів жінок, які проходили психокорекційний тренінг, і тими, які його не проходили. Обчислення t-критерію Стьюдента для незалежних сукупностей відбувається за рівнянням:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left(\frac{(N_1 - 1)s_1^2 + (N_2 - 1)s_2^2}{N_1 + N_2 - 2}\right)\left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}}$$

Т-тест для залежних (пов'язаних) сукупностей також має інші рівнозначні назви: t-тест повторних вимірювань, t-тест парних вибірок, t-тест відповідних пар, t-тест зіставлених вибірок. Він використовувався в даному дослідженні для порівняння середніх значень показників психічних станів досліджуваних жінок кожної із груп (експериментальної та контрольної) в динаміці, при первинному та повторному дослідженнях.

Умовами обчислення t-критерію Стюдента для пов'язаних сукупностей також є нормальний розподіл даних. Шкала вимірювання має бути інтервальною чи пропорційною, а обидва набори балів - парними. За основу також береться нульова гіпотеза про відсутність динаміки показників при первинному та повторному дослідженні. Т-критерій Стюдента для пов'язаних сукупностей вираховується за формулою:

$$t = \frac{(\sum D)/N}{\sqrt{\frac{\sum D^2 - \frac{(\sum D)^2}{N}}{(N-1)(N)}}$$

Односторонній (однофакторний) тест ANOVA для незалежних вимірювань використовувався для одночасного порівняння між собою середніх показників експериментальної та контрольної досліджуваних груп жінок у до- та післяпологовому періоді.

Односторонній (однофакторний) тест ANOVA для повторних вимірювань застосовувався для порівняння показників досліджуваних жінок кожної з груп окремо - експериментальної та контрольної - в динаміці, при первинному та повторному дослідженні.

Коефіцієнт кореляції Пірсона був використаний у процесі даного дослідження для вимірювання сили лінійного зв'язку між двома змінними, коли, згідно даним таблиці Чеддока, значення $r = 1$ відповідало ідеальній позитивній кореляції, а значення $r = -1$ свідчило про наявність ідеальної негативної кореляції. Даний тест використовувався для того, щоб визначити наявність чи відсутність взаємозв'язку між показниками психічних станів досліджуваних жінок у динаміці та з'ясувати характер цього зв'язку (прямий чи зворотний). Для обчислення коефіцієнта кореляції Пірсона порівнювані змінні мають бути більш-менш нормально розподілені, шкала вимірювання має бути інтервальною або пропорційною, тоді як асоціація - лінійною, а в даних не повинно бути викидів. Коефіцієнт кореляції Пірсона розраховувався за формулою:

$$r = \frac{\sum_i (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2} \sqrt{\sum_i (y_i - \bar{y})^2}}$$

Критерій хі-квадрат вираховувався за формулою:

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{i,j} - E_{i,j})^2}{E_{i,j}}.$$

Він використовувався для перевірки зв'язку між післяпологовою депресією невротичного спектру та психічними станами жінки в допологовий період. Можливість обрахування критерію хі-квадрат у даному дослідженні обумовлювалася випадковістю вибірки та незалежністю спостережень одне від одного. За основу також приймалася нульова статистична гіпотеза про незалежність порівнюваних змінних.

2.2. Обґрунтування підбраного психодіагностичного інструментарію

Рівень тривожності є дуже важливим параметром, що впливає на поведінку людини, а у вагітних і породіль формує їхнє ставлення до материнства. Особистісна тривожність є досить стійкою характеристикою особистості. Певний рівень корисної тривожності є необхідним для забезпечення активної життєдіяльності особистості та адекватного самоконтролю й самовиховання. Однак, з іншого боку, саме особистісна тривожність формує здатність людини до сприйняття багатьох ситуацій як таких, що становлять загрозу, відіграючи провідну роль у схильності до підвищеної реактивної тривожності. Реактивна (ситуативна) тривожність виникає як емоційна реакція людини на суб'єктивно значиму стресову ситуацію та проявляється підвищеною занепокоєністю, схвильованістю, психологічною напругою та знервованістю. Для вимірювання особистісної та ситуативної тривожності та оцінки їх взаємозв'язку валідною є методика Ч. Спілберґера, що дозволяє оцінити особливості тривожності особистості, і як її особистісну властивість, і як актуальний психічний стан.

Шкала самооцінки рівня реактивної та ситуативної тривожності Ч. Спілбергера (Додаток А) складається з двох частин, по 20 запитань у кожній, одна з яких призначена для вимірювання рівня особистісної тривожності, а друга - для вимірювання рівня ситуативної тривожності. Респонденту пропонується оцінити своє ставлення до запропонованих тверджень за 4-бальною шкалою: 1 - ні, це не так; 2 - мабуть, так; 3 - вірно; 4 - цілком вірно. Показники в межах до 30 відповідають низькому рівню тривожності, 31-45 - свідчать про помірну тривожність, а показники від 46 балів та вище вказують на наявність високого рівня тривожності. Висока тривожність може свідчити про невпевненість у подоланні ситуації, що є причиною тривоги, та недостатню самооцінку, тоді як низька тривожність часто поєднується з недостатньою відповідальністю та мотиваційною невизначеністю.

Единбурзька шкала післяпологової депресії (Додаток Б) є найбільш вживаним тестом, рекомендованим багатьма дослідниками як найбільш легкий, зручний, надійний і валідний інструмент експрес-оцінки психічного стану молодої матері, що успішно застосовується для проведення скринінгових досліджень і моніторингу психічних станів породіль. Також цей опитувальник можна використовувати для оцінки проявів депресії у вагітної жінки в допологовий період. Тест складається з 10 запитань, кожне з яких має 4 варіанти відповіді, що оцінюються в балах від 1 до 4. Показник у діапазоні від 0 до 7 балів свідчить про низьку вірогідність післяпологової депресії, 8-12 балів - вказує на високу вірогідність післяпологової депресії, а показник у межах 13-30 балів свідчить про дуже високий рівень післяпологової депресії.

Шкала самооцінки депресії Зунга (Self-rating depression scale SDS) (Додаток В) є тестом для самооцінки наявності проявів депресії, що дозволяє виявити її різноманітні прояви - психологічні, афективні, поведінкові та соматичні - на клінічному та субдепресивному рівнях. Опитувальник складається з 20 запитань, відповіді на які оцінюються за 4-бальною шкалою: 1 - ніколи або дуже рідко; 2 - іноді; 3 - часто; 4 - майже завжди або постійно. Якщо показник за цим тестом менше 50 балів, то досліджуваний не виявляє зниженого настрою. Кількість балів

від 51 до 59 вказує на незначне, але чітко виражене зниження настрою. Показники в межах від 60 до 69 балів відповідають значному зниженню настрою. Кількість балів від 70 і більше свідчить про глибоке зниження настрою субдепресивного чи депресивного рівня.

Опитувальник “Рівень суб’єктивного контролю (РСК)” Дж.Роттера (Додаток Д) призначений для з’ясування типу поведінки - інтернального чи екстернального, тобто, розуміння людиною подій свого життя як наслідку власних дій або прояву зовнішніх сил. Локус контролю особистості характеризує її поведінку в різних сферах соціального життя та характеризується універсальністю щодо різних життєвих подій та ситуацій. При екстернальному локусі контролю людина є більш конформною, поступливою та прагне постійного спілкування, тоді як інтернали відзначаються самодостатністю й незалежністю, ними важко керувати. Екстернальність орієнтована на зовнішній контроль і зазвичай більше пов’язана з тривогою та депресією, ніж інтернальність.

Опитувальник РСК містить 44 пункти. У даному дослідженні він використовувався для визначення рівня екстернальності-інтернальності в міжособистісних та сімейних стосунках вагітних і породіль та рівня їхнього суб’єктивного контролю стосовно материнства. Середній показник за методикою дорівнює 5,5 балів. Значення, більші за 5,5, свідчать про наявність інтернального типу контролю, а менші - екстернального.

Шкала Монтгомері-Асберга (MADRS) (Додаток Е) є стандартизованим клінічним тестом для встановлення наявності депресії та визначення ступеня її тяжкості. Шкала складається з 10 запитань, відповіді на які оцінюються основними балами (0, 2, 4, 6) та проміжними балами від (1, 3, 5). Найвищий сумарний бал дорівнює 60. Показники в діапазоні від 0 до 15 балів свідчать про відсутність депресивного епізоду, 16-25 балів відповідають малому депресивному епізоду, 26-30 балів - помірному депресивному епізоду, і значення понад 30 балів указують на наявність великого депресивного епізоду.

Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (Додаток Ж) складається з 68 запитань, відповіді на які оцінюються по 5-бальній

системі: 5 - ніколи не було, 4 - рідко, 3 - іноді, 2 - часто, 1 - постійно (завжди). Середні показники знаходяться в межах від -1,28 до +1,28 балів. Значення, нижчі за -1,28, вказують на хворобливий характер наявних симптомів, а значення, які перевищують показник +1,28, є мірою здоров'я.

2.3. Клініко-психологічні особливості психічних станів жінок у післяпологовому періоді

Констатуючий експеримент полягав у визначенні наявності депресії невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді та з'ясуванні можливих її ранніх симптомів під час вагітності. Перше дослідження 92 вагітних жінок було проведене на базі клінічного відділення та жіночої консультації Інституту ПАГ за місяць до пологів. Надалі їх було розподілено рандомним чином на дві групи - експериментальну й контрольну - по 46 жінок у кожній, при цьому показники первинного дослідження в цих групах не мали значущих статистичних відмінностей, тому при подальших обчисленнях використовувалися спільні для обох груп середні показники первинного дослідження. Повторне дослідження 46 жінок контрольної групи відбувалося на 4-й день після пологів. При первинному дослідженні депресивна симптоматика була виявлена в 28 з 92 досліджуваних вагітних жінок (30,4%), із них внаслідок рандомного розподілу до контрольної групи з 46 вагітних жінок увійшли 13 осіб (28,3%), а до експериментальної, яку також склали 46 вагітних жінок - решта 15 (32,6%). Ці результати є трохи більшими від зазначених у джерелах наукової літератури даних про поширеність депресивних розладів непсихотичного рівня у вагітних, наведених С. Р. Влох, Р. І. Білобрівкою, Л. Б. Маркіним, А. Б. Зіменковським, які називали цифру в допологовому періоді 25,5% [6, с. 111] (різниця є статистично достовірною та значимою, t-критерій Стьюдента дорівнює 60,01 при $p < 0,05$). Можливо, на зростання тривожно-депресивної симптоматики у вагітних вплинула тривала дія потужного стресору - ситуації повномасштабної війни, що характеризується невизначеністю й непевністю в майбутньому.

В наступній таб. 2.1. показані результати визначення особистісної та реактивної тривожності досліджуваних жінок контрольної групи за методикою Ч. Спілбергера.

Таблиця 2.1.

Середні показники особистісної та реактивної тривожності жінок контрольної групи до (А) та після (А1) пологів

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	p	ANOVA	p
	А	А1				
Особистісна тривожність	41,8±1,3	48,8±4,6	5,87	0,002	33,75	0,02
Реактивна тривожність	58,3±3,7	63,3±3,8	21,94	0,000	18749,10	0,00

Як видно з даної таблиці, при початковому помірному рівні особистісної тривожності (41,8±1,3 балів), реактивна тривожність у вагітних є підвищеною (58,3±3,7 балів), а в післяпологовому періоді вона ще більше зростає (до 63,3±3,8 балів), досягаючи досить високих показників. Особистісна тривожність при цьому теж статистично достовірно збільшується до показників, що відповідають нижній межі високого рівня (48,8±4,6 балів). Таким чином, в допологовому періоді в жінок спостерігається високий рівень реактивної тривожності, що, як підтверджують результати обчислення t-критерію Стьюдента та проведення дисперсійного аналізу ANOVA, статистично достовірно та значимо підвищується після пологів до дуже високого рівня ($p < 0,05$), а отже, може бути проявом післяпологової депресії.

В наступній таб. 2.2. показані результати до- та післяпологового дослідження жінок контрольної групи за методикою “Единбурзька шкала післяпологової депресії”.

Таблиця 2.2.

**Середні показники проявів депресії в жінок контрольної групи за
Единбурзькою шкалою до (А) та після (А1) пологів**

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	р	ANOVA	р
	А	А1				
Депресія	8,75±0,2	11,5±0,5	16,04	0,000	257,44	0,00

Як видно з цієї таблиці, при початковому дослідженні показник депресії у вагітних жінок дорівнював 8,75±0,2 балів, що свідчило про помірний рівень прояву депресивної симптоматики. Після ж пологів в контрольній групі показник депресії, статистично достовірно та значимо підвищився, і, хоча й не вийшов за межі помірного рівня (11,5±0,5 балів), але наблизився до його верхньої межі. Різниця між показниками первинного та повторного дослідження жінок контрольної групи є статистично достовірною і значимою, що підтверджується результатами обчислення t-критерію Стьюдента й дисперсійного аналізу ANOVA ($p < 0,05$). Враховуючи, що це середній показник, можна стверджувати, що в деяких жінок контрольної групи після пологів досягла показника високого рівня розвитку післяпологової депресії, тоді як і при первинному, і при повторному обчисленні середнього показника він врівноважувався низькими показниками інших досліджуваних цієї ж групи.

Результати дослідження вагітних і породіль контрольної групи за Шкалою самооцінки депресії Зунга представлені в таб. 2.3.

Таблиця 2.3.

**Середні показники проявів депресії в жінок контрольної групи до (А) та
після (А1) пологів за Шкалою самооцінки депресії Зунга**

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	р	ANOVA	р
	А	А1				
Настрій	61,9±3,5	71,2±1,7	12,88	0,00	19,12	0,01

Як видно з даної таблиці, середній показник настрою досліджуваних жінок контрольної групи до пологів дорівнював 61,9±3,5, що свідчило про його значне

зниження. Після пологів у декількох із цих жінок розвинулися субдепресивні та депресивні стани клінічного рівня, що призвело до статистично достовірного та значущого ($p < 0,05$) зростання показника депресивного настрою ($71,2 \pm 1,7$ балів), що вказує на його глибоке зниження.

В наступній таб. 2.4. представлені результати дослідження інтернальності та екстернальності жінок контрольної групи до та після пологів за методикою “Рівень суб’єктивного контролю (РСК)” Дж.Роттера.

Таблиця 2.4.

Середні показники екстернальності-інтернальності жінок контрольної групи до (А) та після (А1) пологів за методикою “РСК” Дж. Роттера

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	p	ANOVA	p
	А	А1				
Рівень суб’єктивного контролю	$4,25 \pm 0,35$	$3,38 \pm 1,40$	-2,62	0,06	6,87	0,59

Результати дослідження жінок контрольної групи за методикою РСК свідчать про переважання в них екстернального типу суб’єктивного контролю, рівень якого до та після пологів суттєво не змінився, що підтверджується результатами обчислення t-критерію Стьюдента та дисперсійного аналізу ANOVA ($p > 0,05$).

В таб. 2.5 показані результати дослідження жінок контрольної групи до та після пологів за методикою “Шкала Монтгомері-Асберга”.

Таблиця 2.5.

Середні показники дослідження жінок контрольної групи до (А) та після (А1) пологів за методикою “Шкала Монтгомері-Асберга”

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	p	ANOVA	p
	А	А1				
Сумарний показник ступеня тяжкості депресії	$20,10 \pm 0,6$	$27,25 \pm 2,8$	8.50	0.001	72,30	0,001

Як можна бачити з наведеної таблиці, при первинному дослідженні за методикою “Шкала Монтгомері-Асберга” сумарний бал у вагітних жінок відповідав малому депресивному епізоду ($20,10 \pm 0,6$ балів), тоді як після пологів

цей показник збільшився до рівня помірного депресивного епізоду ($27,25 \pm 2,8$ балів), що вказує на розвиток у декількох із досліджуваних жінок цієї групи післяпологової депресії невротичного спектру. При цьому, різниця сумарних показників за Шкалою Монтгомері-Асберга при первинному та повторному дослідженні є статистично достовірною та значимою, про що свідчать результати обчислення t-критерію Стьюдента та проведення дисперсійного аналізу ANOVA ($p < 0,05$). Для з'ясування належності виявлених післяпологових депресивних симптомів до рівня клінічної депресії невротичного спектру був використаний “Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів”, результати якого в контрольній групі досліджуваних жінок наведені в таб. 2.6.

Як видно з даної таблиці, сумарний показник депресії в допологовий період у жінок дорівнює $-1,27 \pm 0,06$, тобто знаходиться на межі захворювання. Вочевидь, у окремих вагітних жінок він досягає хворобливого рівня, але врівноважується нижчими показниками інших досліджуваних вагітних. Після ж пологів цей сумарний показник у жінок контрольної групи стає рівним $-1,34 \pm 0,08$, що вказує на розвиток у них невротичної симптоматики клінічного рівня.

Таблиця 2.6.

Результати дослідження жінок контрольної групи до (А) та після (А1) пологів за методикою “Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів”

Шкала	Середній бал		t-критерій Стьюдента	р	ANOVA	р
	А	А1				
Тривога	$-1,14 \pm 0,02$	$-1,27 \pm 0,06$	-10,28	0,00	105,63	0,00
Невротична депресія	$-1,28 \pm 0,02$	$-1,38 \pm 0,01$	-12,28	0,00	800,00	0,00
Астенія	$-1,32 \pm 0,02$	$-1,36 \pm 0,05$	-4,22	0,01	17,78	0,01
Істеричний тип реагування	$-1,34 \pm 0,03$	$-1,44 \pm 0,02$	-20,00	0,00	1000,00	0,00
Обсесивно-фобічні порушення	$-1,03 \pm 0,01$	$-1,29 \pm 0,01$	-1,68	0,17	6,82	0,06
Вегетативні порушення	$-1,24 \pm 0,05$	$-1,31 \pm 0,05$	-2,13	0,100	15,38	0,02
Загальний бал	$-1,27 \pm 0,06$	$-1,34 \pm 0,08$	-11,07	0,00	342,25	0,05

Як уже зазначалося, в допологовий період депресивна симптоматика виявлялася в 13 із 46 жінок контрольної групи (28,3%). Після пологів симптоми депресії невротичного спектру клінічного рівня виявлялися у 12 (26,1%) жінок контрольної групи, тоді як загалом вона спостерігалася у 18 (19,6%) досліджуваних жінок.

Встановлено, що між післяпологовими депресивними розладами невротичного спектру та допологовими негативними психічними станами існує тісний та сильний кореляційний зв'язок (таб. 2.7). Як видно з даної таблиці, коефіцієнт кореляції Пірсона $r_{xy} \cong -0,90$, що, згідно з таблицями Чеддока, відповідає сильному тісному взаємозв'язку між показниками допологових психічних станів і клінічних проявів післяпологової депресії. Негативне значення коефіцієнту кореляції в даному випадку вказує на те, що при збільшенні значень показників допологових негативних психічних станів показник клінічних проявів невротичних розладів знижується, що вказує на посилення невротичної симптоматики. Тобто, розвиток післяпологової депресії невротичного спектру напряму залежить від рівня негативних психічних станів у допологовий період, однак через те, що наявність і поглиблення клінічних проявів депресії невротичного спектру позначається коефіцієнтом із негативним знаком, кореляція також виходить зворотною.

Таблиця 2.7.

Кореляційний зв'язок між клінічними проявами післяпологової депресії невротичного спектру та негативними допологовими психічними станами

Клінічні прояви післяпологової депресії невротичного спектру	Допологові психічні стани					
	Особистісна тривожність	Реактивна тривожність	Симптоми депресії	Знижений (пригнічений) настрій	РСК	Ступінь тяжкості депресії
Клінічна післяпологова депресія невротичного спектру	- 0,99	- 0,99	- 0,94	- 0,99	- 0,99	- 0,99
Тривога	- 0,92	- 0,98	- 0,99	- 0,90	- 0,91	- 0,94
Невротична депресія	- 0,93	- 0,91	- 0,99	- 0,91	- 0,91	- 0,96
Астенія	- 0,99	- 0,99	- 0,96	- 0,99	- 0,99	- 0,99
Істеричний тип реагування	- 0,93	- 0,91	- 0,99	- 0,91	- 0,91	- 0,96
Обсесивно-фобічні порушення	- 0,93	- 0,91	- 0,99	- 0,91	- 0,91	- 0,96
Вегетативні порушення	- 0,99	- 0,99	- 0,96	- 0,99	- 0,99	- 0,99

Як видно з даної таблиці, найбільш значимим допологовим предиктором клінічної післяпологової депресії невротичного спектру є реактивна тривожність. Також слід зауважити, що допологові негативні психічні стани найбільше впливають на такі прояви післяпологової депресії, як астенія та вегетативні порушення, обумовлюючи досягнення клінічного рівня депресивних розладів у післяпологовому періоді.

Для оцінки ризику розвитку післяпологової депресії при наявності допологових негативних психічних станів і депресивних проявів було проведено обчислення критерію χ^2 за допомогою 4-польних таблиць (таб. 2.8.).

Таблиця 2.8.

Приклад розрахунку критерію χ^2 для оцінки ризику розвитку післяпологової депресії в залежності від наявності негативних психічних станів у період вагітності

	Category 1	Category 2	<i>Marginal Row Totals</i>
Group 1	1 (5.11) [3.3]	12 (7.89) [2.14]	13
Group 2	10 (5.89) [2.86]	5 (9.11) [1.85]	15
<i>Marginal Column Totals</i>	11	17	28 (Grand Total)

Статистичне значення критерію χ^2 дорівнює 10,1549. Р-значення становить 0,001439. Результат є статистично значущим ($p < 0,05$). Статистичне значення χ^2 із поправкою Єйтса становить 7,8329. Р-значення становить 0,00513. Результат є статистично значущим ($p < 0,05$). Таким чином, обчислення критерію χ^2 підтверджує залежність розвитку післяпологової депресії невротичного спектру від наявності негативних психічних станів у жінок в період вагітності.

2.4. Аналіз результатів емпіричного дослідження депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді

Як показали результати проведеного дослідження, підвищена особистісна тривожність вагітних жінок обумовлює їхню схильність до підвищення рівня реактивної тривожності. При цьому, якщо середній показник особистісної тривожності знаходиться в діапазоні помірних значень, то реактивна (ситуативна) тривожність досягає високих показників, які, до того ж, статистично достовірно ($p < 0,05$) суттєво зростають після пологів. Саме підвищена особистісна тривожність як стійка особистісна характеристика впливає на схильність до сприйняття будь-яких нових життєвих обставин як загрозливих, спотворюючи нормальні психофізіологічні адаптаційні реакції, зокрема, до стану материнства як нової соціальної ролі жінки та призводячи до надмірного занепокоєння й необґрунтованого хвилювання. Наявність високої тривожності спричиняє реакцію жінки на вагітність як на потенційно загрозливий стан як щодо зміни всього звичного способу життя, так і самосприйняття жінки та її самооцінки. Жінка боїться виявитися недостатньо компетентною, не впоратися, не забезпечити дитині потрібний догляд. У неї виникають сумніви в своїй здатності бути матір'ю, що можна пояснити надмірною фіксацією на суб'єктивній значимості ситуації вагітності та пологів. Переживання нового досвіду може не відповідати усталеним стереотипним уявленням про материнство, сформованим у жінки під впливом виховання, вона відчуває страх не виправдати очікувань найближчого соціального середовища, що може призвести навіть до психологічного неприйняття, відторгнення та навіть агресії до дитини в разі її небажаної статі, наявності відхилень розвитку, пологових ускладнень та навіть багатоплідності. Такі переживання, певною мірою ініційовані членами родини (чоловіком, батьками) або іншими значимими людьми, які замість надання психологічної підтримки провають у жінки небажані психологічні реакції, можуть призводити до формування клінічної післяпологової депресії як невротичного спектру, так і психотичного рівня, що потребує відповідних превентивних психопрофілактичних і психокорекційних заходів не лише стосовно жінки, але й

родини в цілому. З іншого боку, занадто низькі показники тривожності теж свідчать про неблагополучний стан, але в такому разі вони пов'язані з безтурботністю та низькою відповідальністю, психологічною неготовністю жінки до виконання соціальної ролі матері, що також створює відповідну небезпеку для дитини, яка може виявитися недоглянутою належним чином, занедбаною. Тож психодіагностика рівня особистісної тривожності та формування на її основі ситуативної тривожності є важливим компонентом психологічного супроводу вагітних і породіль, що дозволяє вчасно виявити наявні психологічні проблеми, спрогнозувати динаміку психічних станів жінки та забезпечити своєчасні ефективні психопрофілактичні й психокорекційні втручання.

Виявлення, при первинному психодіагностичному дослідженні вагітних жінок за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії, помірного рівня прояву депресивної симптоматики вказувало на наявність тривоги, занепокоєння, відчуття провини, проблеми зі сном, смуток і плаксивість при нездатності не лише сміятися, а навіть посміхатися, що підтверджувалося клінічними спостереженнями. Такі психоемоційні порушення віддзеркалювали дефіцит дієвих копінг-стратегій подолання депресивної симптоматики в допологовому періоді, що становило підвищений ризик післяпологової депресії, як це й було підтверджено в результаті повторного дослідження. Стан надмірного смутку в до- та післяпологовий період, у поєднанні з дефіцитом адекватного копінгу, насторожує щодо можливості появи стану несприйняття, психологічного відторгнення та проявів агресії щодо власної новонародженої дитини та/або аутоагресії, від думок про самопошкодження до реальних суїцидальних дій. У досліджуваних жінок прояви депресивної симптоматики не виходили за межі невротичного спектру, однак становили підвищений ризик загострення негативної симптоматики із переходом на більш глибокий, психотичний рівень післяпологової депресії, що обумовлює необхідність забезпечення надання таким жінкам вчасних та ефективних психопрофілактичних і психокорекційних втручань.

Діагностоване за шкалою Зунга у вагітних жінок зниження настрою помірного рівня після пологів проявилось клінічними симптомами субдепресивних та депресивних станів. Висока чутливість і специфічність цієї методики дозволяє не лише виявити симптоми депресії, але й провести їх диференціальну діагностику, що є основою для розробки та впровадження індивідуалізованих психопрофілактичних і психокорекційних втручань. Слід додатково зауважити, що в процесі дослідження порівнювалися середні бали по вибірці, тому помірний рівень проявів депресії вказував на те, що в ряді випадків вона досягала високих значень клінічного рівня, однак ці дані врівноважувалися низькими показниками тих учасниць дослідження, в яких прояви депресії були відсутніми. Тому на практиці необхідно аналізувати показники кожної досліджуваної жінки окремо, що дозволить відслідкувати динаміку її настрою протягом всього періоду спостереження,- до та після пологів,- і таким чином контролювати ризики розвитку клінічної депресії у вагітних і породіль та запобігати їй.

Як показало дослідження за методикою “РСК” Дж. Роттера, в досліджуваних вагітних жінок і породіль контрольної групи переважав екстернальний локус суб’єктивного контролю, що загострювало відчуття несприятливості соціальної ситуації вагітності та пологів та провокувало розвиток депресивної симптоматики. Екстернальний тип реагування на життєві події виявляється в недостатній самостійності та надмірному покладанні на зовнішні життєві обставини, перебільшенні ролі оточуючого середовища у подіях власного життя, що зазвичай поєднується з підвищеною тривожністю та невпевненістю, а також тактикою самовиправдання й переносу відповідальності на інших людей та випадкові обставини. У досліджуваних жінок екстернальність виявлялася, насамперед, у міжособистісних і сімейних стосунках, сімейних взаємовідносинах, ставленні до життєвих невдач і до здоров’я та хвороб як власних, так і новонародженої дитини, відповідальність за що перекладалася, зокрема, на медиків чи членів родини, що й спричиняло зниження загального показника інтернальності (рис. 2.2.). Водночас, у виробничих відносинах і досягненнях середній показник

інтернальності-екстернальності досліджуваних жінок був наближений до середньостатистичного рівня норми.

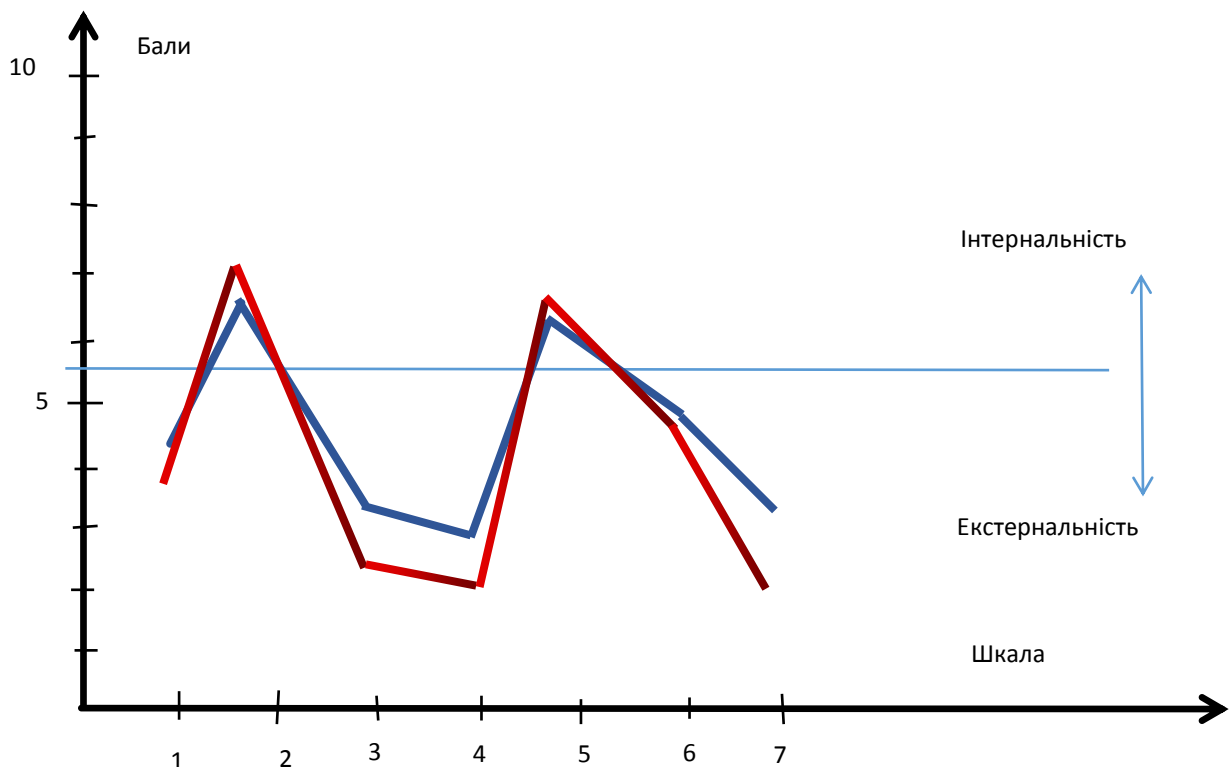


Рис. 2.2. Профіль РСК досліджуваних жінок контрольної групи (синій - до пологів, червоний - після пологів); 1 - шкала загальної інтернальності, 2 - шкала інтернальності в області досягнень, 3 - шкала інтернальності в сфері сімейних відносин, 4 - шкала інтернальності в області невдач, 5 - шкала інтернальності у виробничих відносинах, 6 - шкала інтернальності в сфері міжособистісних відносин, 7 - шкала інтернальності в області здоров'я та хвороб.

Деякі досліджувані жінки відрізнялися не лише підвищеною екстернальністю стосовно сімейних обставин, але й схильні були приписувати собі успіхи та досягнення, тоді як у невдачах і проблемах звинувачували несприятливі обставини й оточуючих людей, причому як чоловіка, батьків, так і медичний персонал. Така недостатня довіра чи іноді навіть зневага до медичного персоналу, до лікарів та медичних сестер, знецінювала їхні рекомендації, які жінки виконували нерегулярно, постійно перевіряючи призначення на інтернет-сайтах і форумах, шукаючи виправдання себе та намагаючись знецінити турботу інших. Цей аспект варто враховувати при розробці психопрофілактичних та психокорекційних методик.

Посилення тяжкості проявів депресії від малого рівня в допологовому періоді до помірного рівня після пологів, виявлене за Шкалою оцінки депресії Монтгомері-Асберга (MADRS), свідчило про розвиток у деяких жінок контрольної групи (12 осіб, або 26,1%) клінічної післяпологової депресії невротичного спектру, що підтвердилося результатами дослідження за допомогою Клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів. При цьому, основними проявами невротичних станів у породіль були, окрім тривоги та депресії, також значна астения та виражені вегетативні порушення.

Як показав кореляційний аналіз, саме рівень реактивної тривожності і стан вегетативної нервової системи є тими допологовими факторами, що обумовлюють клінічну картину післяпологової депресії невротичного спектру. Тож заходи психопрофілактики та психокорекції післяпологових депресивних розладів невротичного спектру мають включати попередження й подолання астенізації та тренування регуляторних механізмів вегетативної нервової системи як у допологовий період, так і від самого початку планування вагітності.

Висновки до Розділу 2

Другий розділ дипломної роботи присвячено опису плану дослідження, формування репрезентативної вибірки досліджуваних жінок експериментальної та контрольної груп, підбору валідних психодіагностичних методик та проведення констатуючого експерименту зі статистичною обробкою, візуалізацією та аналізом отриманих результатів, що відповідало 3-му та 4-му етапам дослідження.

В дослідженні взяли участь 92 жінки, які знаходилися під спостереженням в клініці ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук’янової” НАМН України (ПАГ). Дослідження тривало 1,5 місяці, включало допологовий та післяпологовий періоди. Визначалася наявність чи відсутність депресивних симптомів в до- та післяпологовому періоді, зв’язок між ними та фактори ризику.

Для проведення емпіричного дослідження були використані валідні та надійні психодіагностичні методики: Шкала самооцінки рівня реактивної та

ситуативної тривожності Ч. Спілбергера, Единбурзька шкала післяпологової депресії, Шкала самооцінки депресії Зунга (Self-rating depression scale SDS), Опитувальник “Рівень суб’єктивного контролю (РСК)” Дж.Роттера, Шкала Монтгомері-Асберга (MADRS) та Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів.

Обробка результатів здійснювалася за допомогою методів математичної статистики, а саме: t-критерію Стьюдента та дисперсійного аналізу ANOVA для непов’язаних і пов’язаних сукупностей, коефіцієнту кореляції Пірсона (r_{xy}), а також критерію хі-квадрат (χ^2), обчислення якого здійснювалося за допомогою 4-польних таблиць.

У допологовому періоді депресивна симптоматика була виявлена в 30,4% досліджуваних вагітних, із них 13 (28,3%) в контрольній групі, а після пологів ознаки післяпологової депресії невротичного спектру спостерігалися в 26,1% жінок контрольної групи. Ці показники поширеності депресивних симптомів у вагітних і породіль в ранньому післяпологовому періоді співставні із зазначеними джерелах наукової літератури, однак значення в допологовому періоді є трохи вищими. Вірогідно, що виявлене зростання поширеності тривожно-депресивної симптоматики у вагітних пов’язане зі стресогенним впливом ситуації повномасштабної війни, що додає тривоги та невпевненості.

Встановлено, що в допологовому періоді в жінок спостерігається високий рівень реактивної тривожності, який статистично достовірно та значимо підвищується після пологів до дуже високого рівня ($p < 0,05$), а отже може бути проявом післяпологової депресії.

Виявлено, що після пологів у 12 (26,1%) жінок контрольної групи, яким не проводили психокорекційні та психопрофілактичні заходи за розробленою програмою, розвинулися субдепресивні та депресивні стани клінічного рівня.

Визначено, що між післяпологовими депресивними розладами невротичного спектру та допологовими негативними психічними станами існує тісний та сильний кореляційний зв’язок. При цьому, найбільш значимим допологовим предиктором клінічної післяпологової депресії невротичного спектру є реактивна

тривожність, при чому підвищена особистісна тривожність вагітних жінок обумовлює їхню схильність до підвищення рівня реактивної тривожності.

Констатовано, що допологові негативні психічні стани найбільше впливають на такі прояви післяпологової депресії, як астения та вегетативні порушення, обумовлюючи досягнення клінічного рівня депресивних розладів у післяпологовому періоді.

Висловлене припущення, що саме стан надмірного смутку в до- та післяпологовий період, у поєднанні з дефіцитом адекватного копінгу, є фактором ризику можливості появи стану несприйняття, психологічного відторгнення та проявів агресії щодо власної новонародженої дитини та/або аутоагресії, від думок про самопошкодження до реальних суїцидальних дій. Встановлено, що в досліджуваних вагітних жінок і породіль контрольної групи із проявами депресії переважав екстернальний локус суб'єктивного контролю. Враховуючи, що саме рівень реактивної тривожності і стан вегетативної нервової системи є тими допологовими факторами, що обумовлюють клінічну картину післяпологової депресії невротичного спектру, заходи психопрофілактики та психокорекції мають включати попередження й подолання астенізації та тренування регуляторних механізмів вегетативної нервової системи як у допологовий та післяпологовий періоди, так і від самого початку планування вагітності.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ І ПРОФІЛАКТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО СПЕКТРУ В ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

3.1. Обґрунтування та розробка програми заходів з психокорекції та психопрофілактики депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді

Результати констатуючого експерименту засвідчили необхідність якомога більш ранніх психокорекційних і психопрофілактичних втручань та постійного психологічного супроводу протягом всього періоду вагітності, під час пологів та після них, для попередження розвитку післяпологової депресії невротичного спектру.

Визначення допологових предикторів розвитку депресивних розладів клінічного рівня дозволило розробити обґрунтований алгоритм психологічного супроводу, програми психокорекції негативних психічних станів вагітних і породіль і попередження їх виникнення, представлений на рис. 3.1.

Комплексний підхід до організації психологічного супроводу включав психодіагностику за допомогою батареї валідних і надійних психологічних тестів, випробуваних в процесі констатуючого експерименту на досліджуваних жінках контрольної групи, і здійснення психопрофілактично-психокорекційних втручань у трьох основних напрямках: особистісному, мікросоціальному та психофізичному (соматовегетативному).

На особистісному рівні, психокорекційна робота була спрямована на формування адекватного ставлення жінки до ситуації вагітності та пологів, прийняття нею нової соціальної ролі материнства, зменшення рівня тривожності та надмірного занепокоєння, розвиток позитивного сприйняття власної дитини і тренінг навичок догляду за нею. Крім того, здійснювалася корекція копінг-стратегій особистості та типів її реагування на стресогенні ситуації, зменшення істероїдності та екстернальності.

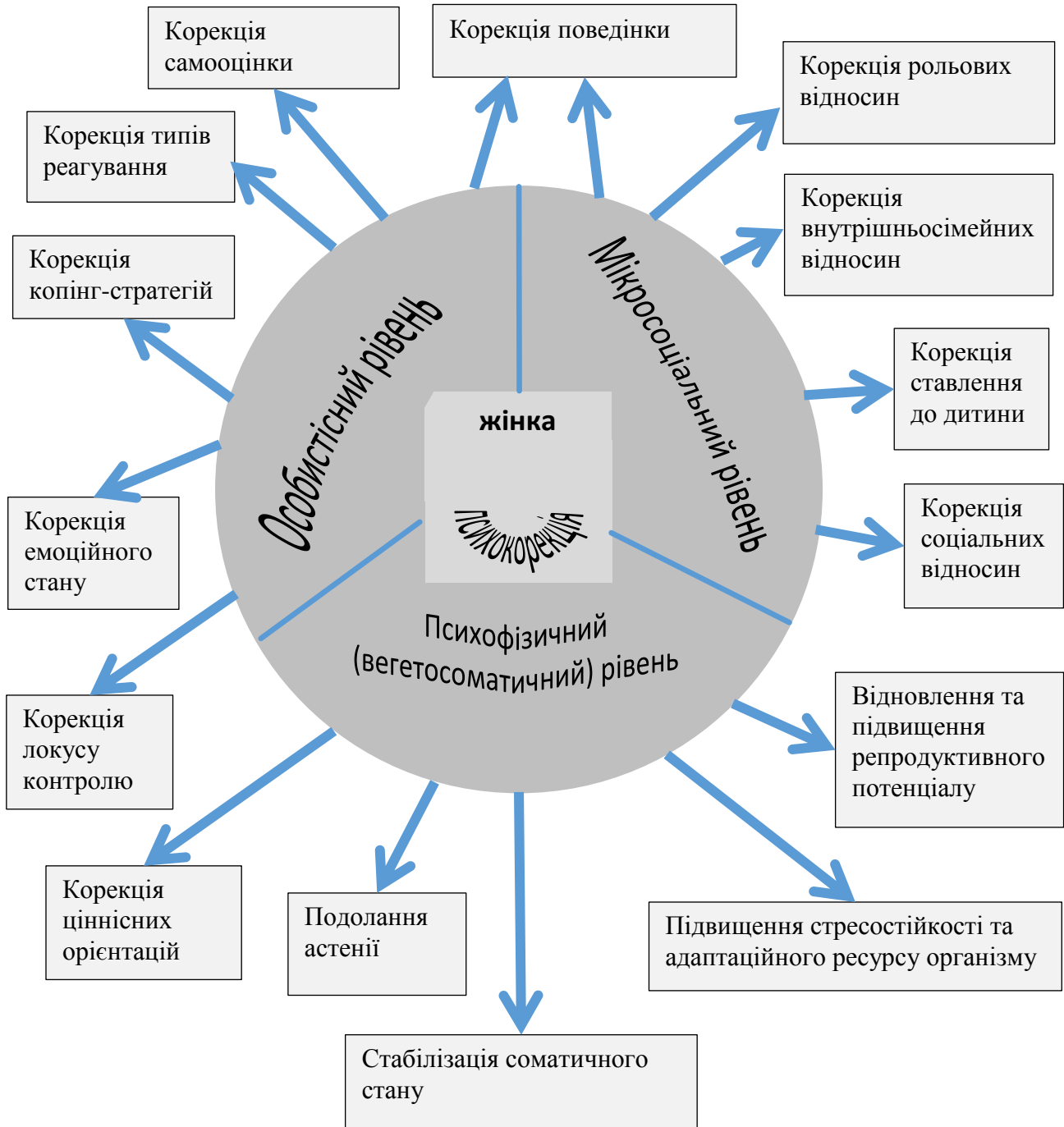


Рис. 3.1. Алгоритм надання комплексної психопрофілактичної та психокорекційної допомоги вагітним і породіллям для попередження розвитку післяпологової депресії невротичного спектру

На мікросоціальному рівні, психокорекційно-психопрофілактична робота здійснювалася із залученням чоловіка та інших членів родини, з якими проживає жінка. У даному дослідженні брали участь лише жінки, які народжували свою першу дитину, але загалом психокорекційне втручання на рівні мікросоціуму,

родини, має бути спрямоване також і на раніше народжених дітей, особливо якщо це діти від попередніх шлюбів, щоб попередити можливі прояви сиблінгового суперництва та інші вірогідні несприятливі конфліктні ситуації в родині. Члени родини, насамперед чоловік, мають усвідомлювати свою важливу роль у забезпеченні психологічного та соматичного благополуччя жінки під час вагітності та після пологів, навчитися наданню психологічної підтримки та партнерському виконанню сімейних обов'язків по догляду за дитиною.

Третім напрямком корекційного впливу була профілактика розвитку астенії та соматовегетативних порушень і подолання їх проявів. У процесі констатуючого експерименту було з'ясовано провідну роль астеновегетативного синдрому у виникненні клінічної післяпологової депресії невротичного спектру, що обумовлювало важливість спрямування психокорекційних заходів на його попередження та подолання, що потребувало не лише психологічних, але й підтримуючих фармакотерапевтичних втручань, які в даному дослідженні проводилися із застосуванням фітоадаптогенів.

Психокорекційна програма включала такі засоби впливу, як:

- психотерапевтично спрямована бесіда;
- рольові ігри;
- тренінги спілкування;
- тренінги нормалізації самооцінки;
- тренінги навичок догляду за дитиною;
- арт-терапія (музикотерапія, пісочна терапія, лялькотерапія);
- аутотренінг, вправи на релаксацію, дихальна гімнастика;
- лікувальна фізкультура;
- фітоароматерапія;
- вітамінотерапія (за призначенням лікуючого лікаря) (Додаток 3).

До участі в психокорекційній програмі були залучені 46 жінок експериментальної групи. Їхні показники психічних станів при первинному психодіагностичному дослідженні суттєво не відрізнялися від таких у досліджуваних 46 жінок контрольної групи. Протягом всього періоду

експериментального дослідження - під час останнього місяця вагітності та на першому тижні після пологів - жінки експериментальної групи брали участь у психокорекційній програмі, тоді як із жінками контрольної групи така робота не проводилася. На четвертий день після пологів проводилося повторне психодіагностичне дослідження кожної з його учасниць і здійснювалося порівняння результатів у експериментальній та контрольній групах.

3.2. Проведення формуючого експерименту з психокорекції та психопрофілактики депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді та аналіз його результатів

В таб. 3.1. показано динаміку рівня тривожності досліджуваних жінок експериментальної групи, які брали участь у психокорекційній програмі, за методикою Ч. Спілбергера.

Таблиця 3.1.

Середні показники особистісної та реактивної тривожності жінок експериментальної групи до (А) та після (А2) пологів

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	p	ANOVA	p
	А	А2				
Особистісна тривожність	41,8±1,3	36,2±1,6	-59,03	0,00	3484,44	0,00
Реактивна тривожність	58,3±3,7	44,5±2,1	-27,27	0,00	943,91	0,00

Якщо у жінок контрольної групи, які не брали участь у психокорекційних заходах, після пологів спостерігалася статистично достовірне та значуще підвищення показників як особистісної, так і реактивної тривожності ($p < 0,05$), то в експериментальній групі, де здійснювався психокорекційний психологічний супровід в до- та післяпологовий період, при повторному дослідженні було виявлено статистично достовірне та значуще ($p < 0,05$) зменшення рівня особистісної та реактивної тривожності. При цьому особистісна тривожність, яка пов'язана переважно з особистісними властивостями, залишилася в діапазоні помірних значень, тоді як реактивна знизилася від високих значень до помірних, що свідчить про ефективність проведених психокорекційних заходів. Водночас

зниження показника особистісної тривожності вказує на гармонізаційний вплив психокорекційної програми на особистість спостережуваних жінок експериментальної групи.

В наступній таб. 3.2. показані результати до- та післяпологового дослідження жінок експериментальної групи за методикою “Единбурзька шкала післяпологової депресії”.

Таблиця 3.2.

Середні показники проявів депресії в жінок експериментальної групи за Единбурзькою шкалою до (А) та після (А2) пологів

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	p	ANOVA	p
	А	А2				
Депресія	8,75±0,2	6,41±0,3	-739,97	0,00	547560,00	0,00

При початковому дослідженні показник депресії вагітних жінок дорівнював 8,75±0,2 балів, що вказувало на досить високу вірогідність розвитку в них післяпологової депресії. Однак в результаті психокорекційного супроводу було досягнуто статистично значиме та достовірне ($p < 0,05$) зниження рівня депресії до 6,41±0,3 балів, що відповідає діапазону низького рівня розвитку післяпологової депресії. У контрольній групі, де психокорекційні заходи не проводилися, показник рівня депресії після пологів, навпаки, значно підвищився. Таким чином, участь досліджуваних жінок експериментальної групи в психокорекційній програмі дозволила запобігти в них розвитку післяпологової депресії.

Що стосується результатів визначення динаміки настрою досліджуваних жінок експериментальної групи за Шкалою самооцінки депресії Зунга, то вони представлені в таб. 3.3.

Таблиця 3.3.

**Середні показники проявів депресії в жінок експериментальної групи до (А)
та після (А2) пологів за Шкалою самооцінки депресії Зунга**

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	р	ANOVA	р
	А	А2				
Настрій	61,9±3,5	45,8±4,6	-46,28	0,00	2142,23	0,00

Якщо при первинному дослідженні показник настрою більшості вагітних жінок перевищував 60 балів, що відповідало значному зниженню настрою та становило високий ризик розвитку післяпологової депресії, то при повторному дослідженні середній бал настрою жінок експериментальної групи, які брали участь у психокорекційній програмі, статистично достовірно ($p < 0,05$) знизився до діапазону нормальних показників. У контрольній групі, навпаки, після пологів у багатьох жінок спостерігалось істотне зниження настрою ($p < 0,05$), що свідчило про розвиток симптомів післяпологової депресії, яка врешті була встановлена в цій групі у 26,1% випадків. Тобто, психокорекційний супровід сприяв психопрофілактиці післяпологової депресії.

При первинному психодіагностичному дослідженні за методикою “РСК” Дж. Роттера було виявлено переважання у вагітних жінок екстернального типу суб’єктивного контролю. При повторному дослідженні показники суб’єктивного контролю у жінок, які не брали участі в психокорекційній програмі, ще більше поглибилися в бік екстернальності, тоді як у експериментальній групі, навпаки, спостерігалася їх нормалізація в напрямку підвищення інтернальності, як це можна бачити в наступній таб. 3.4. Отже, участь досліджуваних жінок експериментальної групи в психокорекційній програмі сприяла статистично достовірній та значущій ($p < 0,05$) динаміці ріння суб’єктивного контролю в бік інтернальності, що свідчило про гармонізацію їхньої особистості та ставлення до дитини, більш позитивне сприйняття ситуації вагітності та пологів, підвищення власної відповідальності, впевненості в успішному виконанні ролі матері, зниження ризику розвитку післяпологової депресії.

Таблиця 3.4.

Середні показники екстернальності-інтернальності жінок експериментальної групи до (А) та після (А2) пологів за методикою “РСК” Дж. Роттера

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	p	ANOVA	p
	A	A2				
Рівень суб’єктивного контролю	4,25±0,35	5,26±0,32	106,46	0,00	11334,44	0,00

Результати дослідження жінок експериментальної групи до та після пологів за методикою “Шкала Монтгомері-Асберга” показані в наступній таб. 3.5.

Таблиця 3.5.

Середні показники дослідження жінок експериментальної групи до (А) та після (А2) пологів за методикою “Шкала Монтгомері-Асберга”

Показник	Середній бал		t-критерій Стьюдента	p	ANOVA	p
	A	A2				
Сумарний показник ступеня тяжкості депресії	20,10±0,6	14,66±0,8	-30,10	0,00	960,83	0,00

При первинному дослідженні за методикою “Шкала Монтгомері-Асберга” сумарний бал у вагітних жінок відповідав малому депресивному епізоду (20,10±0,6 балів). У контрольній групі після пологів цей показник збільшився до рівня помірного депресивного епізоду (27,25±2,8 балів), що віддзеркалювало розвиток симптомів післяпологової депресії. В експериментальній групі, психокорекційна програма дозволила запобігти розвитку післяпологової депресії та нормалізувати показники за методикою “Шкала Монтгомері-Асберга” до 14,66±0,8 балів, що відповідає діапазону відсутності депресивного епізоду.

Повторне дослідження жінок експериментальної групи за допомогою методики “Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів” підтвердило відсутність у більшості з них клінічних проявів післяпологової депресії, як це можна бачити з середніх показників, представлених у таб. 3.6.

Таблиця 3.6.

Результати дослідження жінок експериментальної групи до (А) та після (А2) пологів за методикою “Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів”

Шкала	Середній бал		t-критерій Стьюдента	p	ANOVA	p
	А	А2				
Тривога	-1,14±0,02	1,10±0,02	158,39	0,00	25088	0,00
Невротична депресія	-1,28±0,02	1,04±0,01	218,73	0,00	47843,5	0,00
Астенія	-1,32±0,02	1,16±0,03	133,82	0,00	17901,9	0,00
Істеричний тип реагування	-1,34±0,03	-0,18±0,06	4,79	0,01	22,99	0,01
Обсесивно-фобічні порушення	-1,03±0,01	0,12±0,05	58,29	0,00	3397,65	0,00
Вегетативні порушення	-1,24±0,05	1,22±0,04	80,13	0,00	6421,02	0,00
Загальний бал	-1,27±0,06	0,74±0,05	56,85	0,00	3232,08	0,00

Таким чином, результати дослідження переконливо свідчать про те, що психологічний супровід жінок протягом допологового періоду, під час пологів та післяпологового періоду, їхня участь у психокорекційній програмі дозволили запобігти розвитку клінічної післяпологової депресії невротичного рівня. Тобто, розроблена та апробована комплексна психокорекційна програма є ефективним засобом психопрофілактики післяпологової депресії та може бути рекомендована для нормалізації психічних станів вагітних і породіль.

Як показало обчислення критерію хі-квадрат, розроблена психокорекційна програма статистично достовірно сприяла психопрофілактиці післяпологових депресій (таб. 3.7.). Якщо в контрольній групі ознаки післяпологової депресії спостерігалися в 13 випадках (28,3%) та були по суті продовженням негативних психічних станів, формування яких почалося ще в допологовому періоді, то в жінок експериментальної групи в післяпологовому періоді ознаки депресії спостерігалися лише в 5 (10,9%) випадках, хоча в допологовому вони становили 15 (32,6%).

Таблиця 3.7.

Приклад обчислення критерію χ^2 за допомогою 4-польних таблиць для визначення ролі психокорекційної програми як фактора запобігання розвитку післяпологової депресії невротичного спектру

	Category 1	Category 2	Marginal Row Totals
Group 1	33 (37) [0.43]	13 (9) [1.78]	46
Group 2	41 (37) [0.43]	5 (9) [1.78]	46
Marginal Column Totals	74	18	92 (Grand Total)

Статистичні розрахунки дозволили визначити, що статистичне значення χ^2 -квадрат дорівнює 4,4204. Р-значення становить 0,035511. Таким чином, отриманий результат є статистично значущим при $p < 0,05$.

Отже, результати дослідження та їхньої статистичної обробки дозволяють переконливо стверджувати, що психологічний супровід вагітних і породіль із використанням комплексної психокорекційної програми є дієвим засобом психопрофілактики післяпологових депресій невротичного спектру.

Наочно порівняні результати післяпологової діагностики досліджуваних жінок експериментальної та контрольної груп показані на рис. 3.2. Як видно з даного рисунку, спостерігається суттєва різниця між показниками психічних станів жінок контрольної групи, у яких вони становлять ризик формування клінічних проявів післяпологової депресії та виявляють її ознаки, та жінок експериментальної групи, в більшості з яких участь у психокорекційній програмі сприяла нормалізації психічних станів та запобіганню розвитку післяпологової депресії.

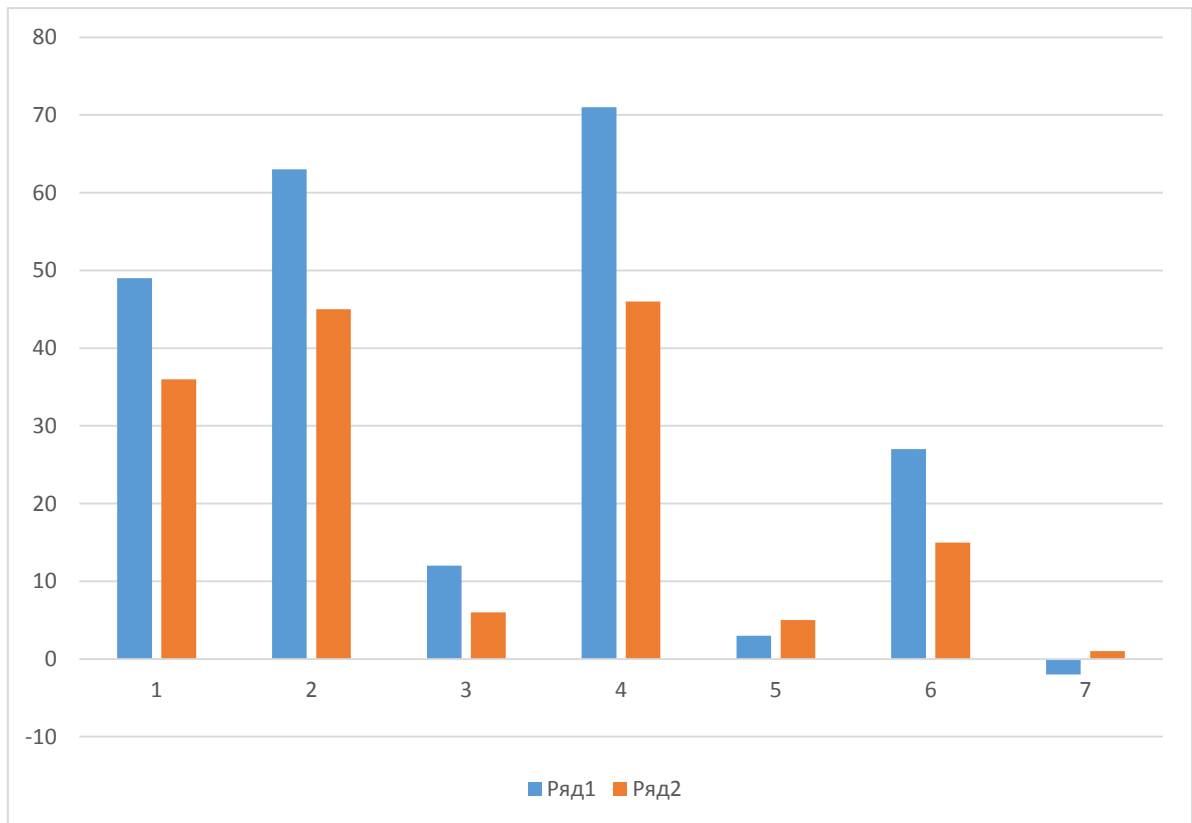


Рис. 3.2. Порівняння післяпологових психічних станів жінок контрольної (ряд 1) та експериментальної (ряд 2) досліджуваних груп (1 - особистісна тривожність, 2 - реактивна тривожність, 3 - депресія, 4 - поганий настрій, 5 - суб'єктивний контроль, 6 - тяжкість депресії, 7 - глибина невротизації)

Таким чином, програма психокорекції сприяла зниженню особистісної та реактивної тривожності жінок у післяпологовому періоді, хоча до пологів спостерігалася підвищена особистісна й висока реактивна тривожність. Знизився ризик розвитку депресивної симптоматики, зменшилися її прояви, покращився настрій досліджуваних жінок експериментальної групи. Суб'єктивний контроль змінився в бік інтеріоризації. Із 15 (32,6%) жінок експериментальної групи, в яких до пологів спостерігалися ознаки депресії, клінічна післяпологова депресія невротичного спектру розвинулася лише в 5 (10,9%), тоді як в контрольній групі - в 12 (26,1%) із 13 (28,3%) осіб із допологовими симптомами депресії. Ефективність психокорекційної програми була обумовлена її комплексним впливом на три основні складові формування депресивних розладів у вагітних і породіль, а саме: особистісні, мікросоціальні та психофізичні фактори, що сприяло не лише гармонізації особистості, впорядкуванню її поведінки,

нормалізації мікросоціальних відносин, але й зменшенню вегетативних порушень та астенізації, за рахунок підвищення психофізичних адаптаційних ресурсів організму жінки. Такий підхід, як показали результати проведеного дослідження, виявився ефективним для профілактики та зменшення проявів післяпологової депресії і сприяв відновленню та підвищенню репродуктивного потенціалу породіль.

Висновки до Розділу 3

У третьому розділі обгрунтовано розробку комплексної програми психокорекції та психопрофілактики депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому періоді та проведено формуючий експеримент з оцінки її ефективності.

Показана необхідність якомога більш ранніх психокорекційних і психопрофілактичних втручань та постійного психологічного супроводу жінки протягом всього періоду вагітності, під час пологів та після них, для попередження розвитку післяпологової депресії невротичного спектру.

На основі визначення допологових предикторів розвитку депресивних розладів клінічного рівня, розроблено обгрунтований алгоритм психологічного супроводу та комплексної програми психокорекції негативних психічних станів вагітних і породіль і попередження розвитку клінічної післяпологової депресії невротичного спектру, що включає психодіагностику та здійснення психопрофілактично-психокорекційних втручань у трьох основних напрямках: особистісному, мікросоціальному і психофізичному (соматовегетативному).

Психокорекційний психологічний супровід в до- та післяпологовий період сприяв статистично достовірному та значущому ($p < 0,05$) зменшенню рівня особистісної тривожності в межах діапазону помірних значень та зниженню реактивної тривожності від високих значень до помірних, що свідчить про ефективність проведених психокорекційних заходів та гармонізаційний вплив психокорекційної програми на особистість спостережуваних жінок експериментальної групи.

Виявлений вплив психокорекційної програми на нормалізацію настрою вагітних і породіль та зниження в них проявів депресії до низького рівня.

Показано, що психологічний супровід вагітних і породіль та участь у психокорекційній програмі сприяли нормалізації показників суб'єктивного контролю в напрямку інтернальності, що також свідчило про гармонізацію особистості жінок, більш позитивне сприйняття ситуації вагітності та пологів, покращення ставлення до дитини, підвищення власної відповідальності, впевненості в успішному виконанні ролі матері, зниження ризику розвитку післяпологової депресії, яка, при наявності депресивних проявів при первинному обстеженні в 15 (32,5%) із 46 жінок експериментальної групи розвинулася лише в 5 (10,9%) випадках, причому середній бал експериментальної групи при повторному дослідженні за методикою “Шкала Монтгомері-Асберга” відповідав діапазону відсутності депресивного епізоду.

Таким чином, можна стверджувати, що розроблена та апробована комплексна психокорекційна програма є ефективним засобом психопрофілактики післяпологової депресії невротичного спектру, і може бути рекомендована для нормалізації психічних станів вагітних і породіль.

Підтверджено, що ефективність психокорекційної програми щодо психопрофілактики, зменшення проявів післяпологової депресії, відновлення та підвищення репродуктивного потенціалу породіль забезпечувалася комплексним впливом на особистісні, мікросоціальні та психофізичні фактори формування депресивних розладів, що сприяло гармонізації особистості жінки, впорядкуванню її поведінки в до- та післяпологовий період, нормалізації мікросоціальних відносин, зменшенню вегетативних порушень та астенизації, підвищенню психофізичних адаптаційних ресурсів організму.

ВИСНОВКИ

1. По першому завданню, проаналізовано 112 джерел наукової літератури (66 україномовних, 46 англomовних).

Показана актуальність проблеми післяпологової депресії - депресивного розладу, що виникає під час вагітності або протягом чотирьох тижнів після пологів - в Україні, де, за даними джерел наукової літератури, її частота (27,7%) є значно вищою від такої в більшості розвинених країн світу, де вона коливається в межах 3-10% .

Висловлено припущення, що ризик післяпологової депресії у жінок в Україні підвищується в зв'язку із життям у постійних стресових умовах небезпеки, невизначеності та непередбачуваності, пов'язаних із ситуацією повномасштабної війни.

Підтверджено, що клінічне значення післяпологової депресії полягає в її негативному впливі як на здоров'я жінки, так і на ранній розвиток її дитини, а також на сімейні та соціальні стосунки, якість життя жінки та родини в цілому.

Виявлено, що післяпологова депресія виникає внаслідок порушення механізмів фізичної та психологічної адаптації жінки до вагітності та пологів і підвищує вразливість жінки до розвитку більш глибоких психічних розладів.

Встановлено, що предикторами післяпологової депресії є преморбідні особистісні особливості жінки, надмірний самоконтроль, неадекватність самооцінки, ускладнена вагітність, травматичні пологи, наявність депресивних проявів у минулому, несприятлива сімейна ситуація, соціальні негаразди.

Виокремлені клінічні прояви післяпологової депресії, серед яких негативні психічні стани зниженого настрою, стурбованості, тривоги, страху, байдужості чи навіть ворожості до новонародженої дитини, порушення сну, загальне виснаження, порушення соціальної адаптації, зниження якості життя та підвищений суїцидальний ризик.

Показана необхідність вчасного виявлення депресивної симптоматики у вагітних і породіль, визначення ризиків її розвитку та психологічного супроводу жінки під час вагітності, пологів та в післяпологовий період для забезпечення можливості прогнозування розвитку післяпологової депресії, вчасного та ефективного здійснення психопрофілактичних і психокорекційних заходів, збереження та подальшого підвищення репродуктивного потенціалу жінки.

2. По другому завданню, проведено дослідження 92 жінок у допологовий період та на четвертий день після пологів за допомогою психодіагностичних методик: Шкала самооцінки рівня реактивної та ситуативної тривожності Ч. Спілбергера, Единбурзька шкала післяпологової депресії, Шкала самооцінки депресії Зунга (Self-rating depression scale SDS), Опитувальник “Рівень суб’єктивного контролю (РСК)” Дж.Роттера, Шкала Монтгомері-Асберга (MADRS) та Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів.

У допологовому періоді депресивна симптоматика виявлена в 30,4% всіх досліджуваних вагітних, а після пологів ознаки післяпологової депресії невротичного спектру спостерігалися в 26,1% жінок контрольної групи. Ці показники співставні із зазначеними в джерелах наукової літератури по Україні (25,5%-37,7%), однак є вищими за такі в більшості розвинених країн (3%-10%). Значна поширеність тривожно-депресивної симптоматики у вагітних і породіль в Україні може бути пов’язана зі стресогенним впливом ситуації повномасштабної війни.

Встановлено тісний та сильний кореляційний зв’язок між післяпологовими депресивними розладами невротичного спектру та допологовими негативними психічними станами. Виявлено, що найбільш значимим допологовим предиктором клінічної післяпологової депресії невротичного спектру є реактивна тривожність, при чому підвищена особистісна тривожність вагітних жінок обумовлює їхню схильність до підвищення рівня реактивної тривожності. Встановлено, що прояви депресії у вагітних жінок і породіль пов’язані з переважанням екстернального локусу суб’єктивного контролю. Виникнення

клінічної післяпологової депресії невротичного спектру пов'язане також із проявами астеничного синдрому та соматовегетативними порушеннями. Отже, заходи психопрофілактики та психокорекції мають включати попередження й подолання астенізації та тренування регуляторних механізмів вегетативної нервової системи як у допологовий та післяпологовий періоди, так і від самого початку планування вагітності.

Висловлене припущення, що стан надмірного смутку в до- та післяпологовий період, у поєднанні з дефіцитом адекватного копінгу, є фактором ризику можливості появи стану несприйняття, психологічного відторгнення та проявів агресії щодо власної новонародженої дитини та/або аутоагресії, від думок про самопошкодження до реальних суїцидальних дій, що потребує подальшого поглибленого дослідження цього аспекту.

3. По третьому завданню, показана необхідність якомога більш ранніх психокорекційних і психопрофілактичних втручань та постійного психологічного супроводу протягом всього періоду вагітності, під час пологів та після них, для попередження розвитку післяпологової депресії невротичного спектру.

На основі визначення допологових предикторів розвитку депресивних розладів клінічного рівня, розроблено обґрунтований алгоритм психологічного супроводу, програми психокорекції негативних психічних станів вагітних і породіль і попередження їх виникнення, заснований на здійсненні психопрофілактично-психокорекційних втручань у трьох основних напрямках: особистісному, мікросоціальному та психофізичному (соматовегетативному).

Встановлено, що психокорекційний психологічний супровід в до- та післяпологовий період сприяє статистично достовірному та значущому ($p < 0,05$) зменшенню рівня особистісної тривожності в межах діапазону помірних значень, зниженню реактивної тривожності від високих значень до помірних та динаміку показників суб'єктивного контролю в напрямку інтернальності, забезпечуючи гармонізаційний вплив на особистість жінки, нормалізацію настрою вагітних і породіль, зниження в них проявів депресії до низького рівня, більш позитивне сприйняття ситуації вагітності та пологів, покращення ставлення до дитини,

підвищення власної відповідальності, впевненості в успішному виконанні ролі матері, зниження ризику розвитку післяпологової депресії.

Продемонстровано ефективність психокорекційної програми щодо психопрофілактики, зменшення проявів післяпологової депресії, відновлення та підвищення психофізичних адаптаційних ресурсів організму та репродуктивного потенціалу породіль.

Підтверджено, що психологічний супровід вагітних і породіль сприяє зниженню проявів післяпологової депресії невротичного спектру.

Отже, розроблена та апробована комплексна психокорекційна програма є ефективним засобом психопрофілактики післяпологової депресії невротичного спектру, і може бути рекомендована для нормалізації психічних станів вагітних і породіль.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кондратова А.С., Матвійчук С.М., Маринчина І.М. Післяпологові депресивні розлади—актуальна проблема сьогодення. Потенційні шляхи розвитку науки (частина I): матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції м. Київ, 20-21 листоп. 2020 року. Київ: МЦНіД, 2020. С. 15.
2. Савіцька С.П. Особливості поведінки жінок з постнатальними депресивними розладами. Професійний розвиток та становлення особистості сучасного фахівця в умовах освітнього простору: матеріали X-ї Всеукр. студент. науково-практ. конф., м. Хмельницький, 19–20 листоп. 2020 року, 2020. С. 146.
3. Йожикова Д.О. Скринінг стану психологічного здоров'я матері як один з елементів педіатричного прийому. Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції м. Запоріжжя, 23-24 лютого 2023 року. Запоріжжя: ЗДМУ, 2023. 207 с.
4. Астахов В.М. Особливості психологічного супроводу вагітних жінок, які мешкають у зоні конфлікту. Вісник КНУ імені Т.Г. Шевченка. Військово-спеціальні науки, 2018. № 1 (38). С. 14-18.
5. Бацилева О.В. Психологічний супровід вагітних в умовах військового стану. Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір (до 25-річчя Національного університету «Одеська юридична академія» та 175-річчя Одеської школи права): матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 24 черв. 2022 р.) / Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.», каф-ра психології. Одеса: Національний університет «Одеська юридична академія», 2022. С. 8-12. URL: <https://hdl.handle.net/11300/18037> (дата звернення: 15.11.2023)
6. Влох С.Р. Післяпологова депресія у жінок із депресією та тривогою під час вагітності. Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація, 2015. № 1-2. С. 111-117.

7. Коренєва Ю.П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. Психологічні перспективи, 2018. № 32. С. 149-161.
8. Гільман А.Ю. Дослідження негативних психічних станів у жінок у період вагітності. Public Health Journal. 2022. № 2. С. 18-24.
9. Коренєва Ю.П. Психологічний зміст тривожності у жінок під час вагітності. Матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції аспірантів і студентів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень», м. Луцьк 17-18 травня 2016 року, 2016. Т. 1. С. 441–443.
10. Кравцова О.К. Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи. Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки, 2019. Вип. 7. С. 98-117.
11. Коренєва Ю.П. Психологічний стан вагітної жінки: матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Стан та перспективи розвитку педагогіки та психології в Україні та світі», м. Київ 2-3 вересня 2016 року. Київ: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2016. С. 88-92.
12. Коренєва Ю.П. Тривожність як чинник невротизації особистості: теоретичний ракурс проблеми. Теоретичні і прикладні проблеми психології / за заг. ред. Н.Є. Завацької. Луганськ: Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, 2016. № 1 (39). С. 100–109.
13. Zhao, X.H., & Zhang, Z.H. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian journal of psychiatry*, 2020. P. 53.
14. Анчева І.А. Сучасний погляд на психологічну готовність жінки до материнства. Здоров'я жінки, 2017. № 6. С. 50-52.
15. Астахов В.М. Психогенні розлади та вагітність: особливості прояву та шляхи профілактики. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: матеріали і тези доповідей V Всеукраїнської науково-практичної конференції., м. Київ, 18 листопада 2020 р.. Київ, 2020. С. 10-13.

16. Астахов В.М. Дослідження репродуктивних установок як елементу репродуктивної поведінки сучасної молоді. Психолого-педагогічні координати розвитку особистості: зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., 3-4 червня 2021 р. Полтава: Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2021. С. 175-179.

17. Астахов В.М. Психологічний супровід у репродуктивній медицині: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с.

18. Кузнецова В.І. Рекомендації щодо організації психологічної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності. Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія», 2020. № 2. С. 154-159.

19. Egede L.E. Major depression in individuals with chronic medical disorder: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 2007. P. 409-416.

20. Meyer B., Ringel F., Winter Y. Health-related quality of life in patients with subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovasc. Dis.*, 2010. Vol. 30. P. 423.

21. Huang C.Q., Wang Z.R., Li Y.H. Cognitive function and risk for depression in old age: a metaanalysis of published literature. *Int. Psychogeriatr.* 2010. № 12. P. 1-10.

22. Winter Y., Korchounov A., Zhukova T., Bertschi N. Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *J. Neurosci Rural. Pract.*, 2011. 2 (1). P. 27-32.

23. Pattanayak R.D. Depression in dementia patients: issues and challenges for a physician. *J. Assoc. Physicians India.* 2011. Vol. 59. P. 650.

24. Мещерякова С.Ю. Вивчення психологічної готовності до материнства як чинника розвитку наступних взаємин матері та дитини, 2010. 245 с.

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

26. Дубницька Е.Б. Проблеми клініки та терапії депресій, пов'язаних з репродуктивним циклом жінок. Психічні розлади у загальній медицині. 2008. № 1. С. 52-55.
27. Дубоссарська Ю.А. Проблеми репродуктивного здоров'я з позиції перинатальної психології. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України, 2014. № 33/34. С. 129-133.
28. Назаренко Л. Г. Роль стану психоемоційної сфери вагітної жінки при нормальному і ускладненому гестаційному процесі (огляд літератури). Жіночий лікар, 2013. № 2. С. 42-46.
29. Басюк О.Б. Особливості Я-концепції осіб юнацького віку з високим рівнем невротичності: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Івано-Франківськ, 2011.
30. Коц С.М. Вікова фізіологія та вища нервова діяльність: навчальний посібник. Харків: ХНПУ, 2020. 228 с.
31. Свиридова Н.К. Невротичні розлади–зворотні порушення нервової системи. Східно-європейський неврологічний журнал, 2019. № 1. С. 23-29.
32. МКХ-10 онлайн-довідник (укр). Міжнародна класифікація хвороб URL: <http://mkh10.com.ua/> (дата звернення: 15.11.2023)
33. Коренева Ю.П. Несприятливий сімейний мікроклімат як чинник тривожності, фрустрованості й підвищеної невротизації вагітних жінок. Arena nauki. Kwartalne miedzynarodowe czasopismo naukowe. 2018. № 1 (4). С. 33 – 40.
34. Fenyna O. Neurotic conditions in a married couple as a factor of family dysfunction. *Psychological Prospects Journal*. 37 (Jun. 2021), 244–255. URL: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-244-255> (дата звернення: 15.11.2023).
35. Tyrer P., Tyrer H., Johnson T., & Yang M. Thirty-year outcome of anxiety and depressive disorders and personality status: comprehensive evaluation of mixed symptoms and the general neurotic syndrome in the follow-up of a randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 2022. № 52 (16).

36. Holubova M., Prasko J., Ociskova M., et al. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*, 2019. P. 81-95.
37. Holubova M., Prasko J., Hodny F., et al.. Self-stigma, severity of psychopathology, dissociation, parental style and comorbid personality disorder in patient with neurotic spectrum disorders. *Neuroendocrinology Letters*, 2021. № 42 (2).
38. Chauhan G., Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022, PMID: 32310364.
39. Sauer-Zavala, S., Fournier, J. C., Steele, S. J., et al. Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial. *Psychological medicine*, 2021. № 51 (14).
40. Regier, D.A. Developmental History of Mood Disorder Classification. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Mood Disorders*, 2022. P. 15.
41. Sorokina, O.Y., & Volel, B.A. Neurotic depression: the problem of nosological qualification. *Psikhiatriya*, 2019. № (81). P. 6-19.
42. Iorfino, F., Marangoni, C., Cui, L., et al. Familial aggregation of anxiety disorder subtypes and anxious temperament in the NIMH Family Study of Affective Spectrum Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 2021. 281. P. 751-758.
43. Кашаєва А. Емоційні стани як психологічний феномен. Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи. Аксіологічні аспекти розвитку науки та освіти. Конін –Ужгород – Херсон – Кривий Ріг: Посвіт, 2018. С. 341 – 343.
44. Ємець О.Я. Чинники стабілізації психоемоційного стану жінок у пренатальний та постнатальний періоди Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки. 2019. Вип. 7. С. 34-47.
45. Weissman M.M. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. URL: https://www.academia.edu/7386626/Sex_differences_in_rates_of_depression_cross_national_perspectives (дата звернення: 15.11.2023).

46. Paykel E.S. The depression by women. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1991-30546-001> (дата звернення: 15.11.2023).
47. Levine S. Developmental changes in right hemisphere involvement in face recognition URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0278262688900577> (дата звернення: 15.11.2023).
48. Abraham G.E. Hormonal and behavioral changes during the menstrual cycle. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4040970/>(дата звернення: 15.11.2023).
49. Maes M. Increased serum interleukin-1-receptor-antagonist concentrations in major depression. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8988262/>(дата звернення: 15.11.2023).
50. Chrousos G.P. Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: clinical implications. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9696732/>(дата звернення: 15.11.2023).
51. Akiskal H.S. The relationship of personality to affective disorders: a critical review. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6344834/>(дата звернення: 15.11.2023).
52. Blumenthal S.J. Women's mental health: the new national focus. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8669777/>(дата звернення: 15.11.2023).
53. Rethelyi J. Heart disease: environment, stress and gender / J. Rethelyi, М.Корр. URL: <https://search.worldcat.org/title/heart-disease-environment-stress-and-gender/oclc/53020591> (дата звернення: 15.11.2023).
54. Tolle R. Psychiatrie. URL: <https://www.abebooks.com/Psychiatrie-W-Schulte-R-T%C3%B6lle-Walter/30865695552/bd.>(дата звернення: 15.11.2023).
55. Пузь І.В. Проблема формування психологічної готовності молоді до батьківства. Актуальні проблеми психологічної теорії та практики: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених, м. Вінниця, 29 березня 2018 року. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. С. 170-174.

56. Сергієні О. Емоційний стан жінки в різні періоди. Наукові перспективи (Naukovі perspektivi), 2022. № 7 (25).
57. Шрамко І. А. Соціальна підтримка жінок в період вагітності та після пологів. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: зб. наук. праць.- Острог: Вид-во НаУОА, 2018. № 7. С. 108-113.
58. Ігумнова О.Б. Програма психокорекції негативних емоційних станів осіб у складних життєвих обставинах. Молодий вчений, 2017. № 11. С. 798-801.
59. Піотрович Л.М. Стан репродуктивного здоров'я населення України. Вісник наукових досліджень, 2021. № 2. С. 82-86.
60. Шпатаковська Г.В. Дослідження психоемоційного стану жінок у період адаптації до вагітності. Вісник Одеського національного університету. Психологія. 2016. Т.14. № 26. С. 102 -110.
61. Прокоф'єва-Акопова С. Вагітність як фактор емоційної нестабільності жінок. Наука і освіта: науково-практичний журнал, 2020. № 3. С. 33-38.
62. Літвінова О.В. Емпіричні показники особливостей емоційного стану жінки під час вагітності. Теоретичні і прикладні проблеми психології: збірник наукових праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. № 3(47). Т. 2. С. 67– 70.
63. Шишук О.С. Самосприйняття вагітності як показник психологічного здоров'я жінки. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2016. № 3 (5). С. 142 – 150.
64. Шмілик Н. Особливості взаємозв'язку рівня сформованості готовності до материнства з типом переживання вагітності. Педагогіка і психологія професійної освіти, 2016. № 1. С. 139-148.
65. Коренева Ю.П. Ускладнені психостани вагітних жінок різного віку: медіально-рефлексійний тренінговий підхід. Психогенеза особистості: норма і девіація. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2017. С. 87–93.

66. Сюсюка В. Г. Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю. Вісник наукових досліджень, 2017. № 1. С. 95-98.
67. Sirakovska, O. Psychological aspects of women's reproductive health. *Psychological journal*, 2018, 4(4), P. 185–205.
68. Паскаль О.В. Особливості соціально-психологічного супроводу молодих людей на етапі підготовки до вагітності та батьківства. *Інноваційна педагогіка*, 2020. Вип. 28. С. 255-258.
69. Martyniuk, I. Socio-psychological determinants of self-esteem of pregnant women. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 2020. № 6 (10). P. 57-65.
70. Мартинюк І.С. Теоретичний аналіз наукових поглядів до вивчення самооцінки вагітних жінок. *Психофізіологія та медична психологія. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2021. Т.32 (71). № 6. С. 107 - 112.
71. Христюк В.О. Процес формування особистості дівчини як майбутньої матері. *Вісник студентського наукового товариства: збірник наукових праць студентів*. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2016. Вип. 15. С. 262 -264.
72. Чередниченко Т.В. Стиль переживання вагітності як показник психологічної готовності до материнства. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2018. Вип. 1(2). С. 108-113.
73. Фартушок Т. Роль психо-емоційної сфери вагітної жінки у перебігу гестаційного процесу. *Грааль науки (GRAIL OF SCIENCE)*, 2021. № 2-3. С. 572-579.
74. Ходаківська О. Психологічний вплив стресу на вагітність жінки і на взаємини молодого подружжя. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, 2019. № 13. С. 586-596.
75. Томаржевська І.В. Теоретичні аспекти проблеми психологічної готовності до материнства в молодих жінок. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 2021. С.141-146.
76. Козира П. Теоретико-методологічні засади вивчення цінностей готовності до материнства. *Молодий вчений*, 2022. № 4 (104). С. 55-60.

77. Barba-Müller E., Craddock S., Carmona S., & Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Archives of women's mental health*, 2019. № 22. P. 289-299.

78. Finlayson K., Crossland N., Bonet M., & Downe, S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PloS one*, 2020. № 15 (4).

79. Данилова Ю. Моніторинг, діагностика та корекція негативних психоемоційних станів під час вагітності як шляхи попередження розвитку післяпологової депресії. The I International Scientific and Practical Conference «Modern methods for the development of science», January 09–11, Haifa, Israel, 2023. 388 p.

80. Stojanov J., Stankovic M., Zikic O., et al. The risk for nonpsychotic postpartum mood and anxiety disorders during the COVID-19 pandemic. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2021. 56 (4). P. 228-239.

81. Slavin V., Gamble J., Creedy D. K., et al. Measuring physical and mental health during pregnancy and postpartum in an Australian childbearing population-validation of the PROMIS Global Short Form. *BMC pregnancy and childbirth*, 2019. 19 (1). P. 1-19.

82. Антонова З.О. Психологічні особливості постнатальних депресивних розладів у жінок та чинники їх виникнення. Київський науково-педагогічний вісник, 2020. № 21. С. 5.-11.

83. Wilcox M., McGee, B. A., Ionescu D. F., et al. Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum period: results from a longitudinal study. *Archives of women's mental health*, 2021. № 24. P. 119-131.

84. Osborne, L.M., Voegtline, K., Standeven, L.R., et al. High worry in pregnancy predicts postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 2021. P. 294, 701-706.

85. Yu M., Li, H., Xu, D. R., et al. Trajectories of perinatal depressive symptoms from early pregnancy to six weeks postpartum and their risk factors-a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 2020, № 275, P. 149-156.

86. Banasiewicz, J., Zaręba K., Bińkowska M., et al. Perinatal predictors of postpartum depression: Results of a retrospective comparative study. *Journal of clinical medicine*, 2020. № 9(9). P. 2952.
87. Chrzan-Dętkoś M., Walczak-Kozłowska T., & Lipowska M. The need for additional mental health support for women in the postpartum period in the times of epidemic crisis. *BMC pregnancy and childbirth*, № 21(1). P. 1-9.
88. Pataky, E. A., & Ehlert, U. (2020). Longitudinal assessment of symptoms of postpartum mood disorder in women with and without a history of depression. *Archives of women's mental health*, 2020. № 23. P. 391-399.
89. Sahin E., & Seven M. (2019). Depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2019. № 55(3).
90. Грабчак О.В. Особливості соціально-психологічної роботи з жінками, що страждають на постнатальну депресію. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна, 2019. № 17. С. 120-123.
91. Perry A., Gordon-Smith K., Jones L., & Jones I. Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: a review. *Brain sciences*, 2021. № 11(1). P. 47.
92. Putnick D. L., Sundaram R., Bell E. M., et al. Trajectories of maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 2020. №146 (5).
93. Batt M. M., Duffy K. A., Novick A. M., et al. Is postpartum depression different from depression occurring outside of the perinatal period? A review of the evidence. *Focus*, 2020. № 18(2). P. 106-119.
94. Zhang Y., Wang S., Hermann A., et al. Development and validation of a machine learning algorithm for predicting the risk of postpartum depression among pregnant women. *Journal of affective disorders*, 2021. № 279. P. 1-8.
95. Trifu S., Vladuti A., & Popescu A. The neuroendocrinological aspects of pregnancy and postpartum depression. *Acta Endocrinologica (Bucharest)*, 2019. № 15 (3). P. 410.

96. Araji S., Griffin A., Dixon L., et al.. An overview of maternal anxiety during pregnancy and the post-partum period. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 2020. № 4(4).
97. Türkmen, H., Yalniz Dİlçen, H., & Özçoban, F. A. Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: a prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2021. № 39(4). P. 422-434.
98. Obrochta, C. A., Chambers, C., & Bandoli, G. Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women and Birth*, 2020. № 33(6). P. 583-591.
99. Краснюк Л. В. Підбір і перевірка ефективного діагностичного інструментарію для дослідження психоемоційного стану особистості. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник тез Всеукраїнські науково-практичної конференції, м. Львів, 21 жовтня 2016 р.. Львів: ЛьВДУВС, 2016. С. 160-164.
100. Мельник А.П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 152 с.
101. Юр'єва Л.М. Охорона психічного здоров'я: підручник для лікарів. Харків: Строков Д. В., 2022. С. 51.
102. Неурова А.Б. Діагностика індивідуально-психологічних властивостей особистості: навчально-методичний посібник. Львів: НАСВ, 2016. 181 с.
103. Юр'єва Л.М. Діагностика та лікування диссомнічних порушень у хворих на тривожно-депресивні розлади (огляд літератури). *Український вісник психоневрології*, 2020. Т.28. Вип. 3. С. 70-76.
104. Пушкарьова Т.М. Алгоритм скринінгової діагностики депресивних і тривожно-депресивних розладів у жінок під час вагітності та після пологів. *Перинатологія і педіатрія*, 2017. № 1. С. 74-79.
105. Клебан В.Є. Алгоритм скринінгової діагностики депресивних і тривожно-депресивних розладів у жінок під час вагітності та після пологів. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*, 2019. С. 116-120.

106. Бацилєва О.В. Репродуктивне здоров'я чи репродуктивний потенціал: два підходи до вирішення однієї проблеми. Координати розвитку психології здоров'я: реалії та перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Вінниця, 22-23 листопада 2018 р. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2018. С. 25-29.

107. Пузь І.В. Тривожність як чинник дестабілізації психоемоційного стану у жінок під час вагітності. Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин, 23 квітня 2021 р.: матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції. Кам'янець-Подільській: Видавець Ковальчук О. В., 2021. С. 103-106.

108. Анчева І. А. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. Здоров'я жінки, 2017. № 5. С. 32-34.

109. Астахов В.М. Нейрогуморальні та психосоціальні передумови погіршення стану здоров'я жінок під час згасання репродуктивної функції. Координати розвитку психології здоров'я: реалії та перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Вінниця, 22-23 листоп. 2018 року. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2018. С. 16-20.

110. Астахов В.М. Клініко-психологічні аспекти вагітності та особливості перебігу пологів у жінок з різним типом психологічного компоненту гестаційної домінанти Запорізький медичний журнал, 2020. Т.22. № 5 (122). С. 701-708.

111. Бацилєва О.В. Тип психологічного компоненту гестаційної домінанти та особливості внутрішньосімейних взаємин: емпіричне дослідження. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 18 листопада 2021 року. Київ, 2021. С. 16-19.

112. Бацилєва О.В. Психологічні аспекти готовності молоді до усвідомленого батьківства. International scientific professional periodical journal "THE UNITY OF SCIENCE" August, 2018. P. 42-45.

Шкала тривоги Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером.

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4

10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4

27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1.РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\Sigma 2$ – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2.ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\Sigma 2$ – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Единбурзька шкала післяпологової депресії

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

Единбурзька шкала післяпологової депресії призначена для виявлення депресивних розладів у передпологовому та післяпологовому періодах, у тому числі в епідеміологічних масштабах.

Единбурзька шкала післяпологової депресії: клінічна значимість

Единбурзька шкала післяпологової депресії була розроблена в 1987 році фахівцями з Единбурга та Лівінгстона. В якості базової методики була обрана «Шкала самооцінки депресії Зунга», 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, що при різних умовах може бути як позитивним, так і негативним.

Единбурзька шкала післяпологової депресії: опис

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.

Інструкція / опитувальник

Інструкція: «Ви зараз вагітні, або недавно народили, тому ми хотіли б дізнатися, як ви почуваетесь. Будь ласка, відзначте в кожному пункті твердження, найбільш відповідне вашому стану протягом останнього тижня, не тільки сьогодні».

1. Я була готова сміятися і бачити світлий бік того, що відбувається

- ✓ так само, як завжди
- ✓ тепер дещо менше, ніж завжди
- ✓ значно менше
- ✓ зовсім не бачу

2. Я дивилася в майбутнє із задоволенням до оточуючих обставин

- ✓ так само, як завжди
- ✓ менше, ніж зазвичай
- ✓ значно менше, ніж зазвичай
- ✓ навряд чи

3. Я без потреби звинувачувала себе, якщо щось відбувалося неправильно

- ✓ так, у більшості випадків
- ✓ так, іноді
- ✓ ні, не часто
- ✓ ні, ніколи

4. Мені було тривожно і неспокійно без видимої причини

- ✓ ні, анітрохи
- ✓ навряд чи коли-небудь

✓ так, іноді

✓ так, дуже часто

5. Я відчувала переляк або паніку без значного приводу

✓ так, досить багато

✓ так, іноді

✓ ні, не багато

✓ ні, анітрохи

6. Обставини були сильніші від мене

✓ так, більшість часу я не була готова впоратися з ними взагалі

✓ так, іноді я не справлялася так, як зазвичай

✓ ні, більшість часу я справлялася досить добре

✓ ні, я справлялася так само, як завжди

7. Я була така нещасна, що навіть погано спала

✓ так, більшість часу

✓ так, іноді

✓ ні, не дуже часто

✓ ні, анітрохи

8. Я сумувала або була нещасна

✓ так, більшість часу

✓ так, досить часто

✓ ні, не часто

✓ ні, анітрохи

9. Я була така нещасна, що навіть плакала

✓ так, майже увесь час

✓ так, досить часто

✓ ні, тільки випадково

✓ ні, ніколи

10. Думка про нанесення шкоди собі виникала у мене...

- ✓ так, досить часто
- ✓ іноді
- ✓ навряд чи
- ✓ ніколи

Шкала Зунга для самооцінки депресії (Zung Self-Rating Depression Scale)

Для діагностики депресивного стану та вивчення акцентуації характеру (депресивної акцентуації), пов'язаної з цим захворюванням, можна використовувати просту методику «Самооцінка депресії», яка являє собою шкалу депресії з 20 питань.

Самооцінка депресії: опис

Депресивний стан характеризується тужливим настроєм, апатією, різким зниженням працездатності. Набута в цьому стані безпорадність, відсутність волювої активності призводять іноді до клінічної депресії та навіть у деяких випадках – до суїциду.

Подолання депресивних переживань вимагає мобілізації відомих функцій самооцінки: психологічного захисту, регулятивної, а також когнітивної (пізнавальної). Усі ці функції синергічно забезпечують самопізнання, хоча найбільше значення для свідомого виходу з критичної ситуації має пізнавальна функція, що має відповідну пізнавальну форму самооцінки.

Шкала самооцінки депресії (20 питань): інструкція

Відповідаючи на питання, закресліть найбільш підходящу для вас цифру праворуч, залежно від відповідності наведених суджень вашому звичайному стану.

1. Я схильний вірити в своє краще майбутнє

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

2. Останнім часом мене все дратує

- ✓ Так

- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

3. Навіть незначні зусилля викликають у мене втому

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

4. Я легко знаходжу вирішення чергових проблем

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

5. Через незрозумілий неспокій мені іноді важко всидіти на місці

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

6. Якщо мені доведеться померти, це принесе тільки полегшення оточуючим мене людям

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

7. Я переконаний у своїй необхідності для моїх близьких

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

8. Моя кмітливість мені не зраджує

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

9. Колишні радості так само сильно для мене привабливі

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

10. Іноді мені дуже легко заплакати

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

11. Мене турбують болі в животі

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

12. Моя доля цілком мене задовольняє

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

13. Відсутністю апетиту я не страждаю

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

14. Мені часто буває досить сумно

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

15. Тільки вранці (вечорами) я відчуваю себе краще

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

16. Я часто відчуваю безсоння

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

17. Останнім часом я худну

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

18. Те, що я вмію, у мене завжди виходить легко

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

19. Мені подобається розглядати фотографії симпатичних незнайомок

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

20. Іноді моє серце починає битися швидше без особливої на те причини

- ✓ Так
- ✓ Майже так
- ✓ Майже ні
- ✓ Ні

Опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК)

РСК виявляє *екстернальний* або *інтернальний* тип поведінки. У першому випадку людина вважає, що події, які з нею відбуваються, — результат дії зовнішніх сил — випадку, інших людей тощо. У другому випадку людина інтерпретує значущі події як результат своєї діяльності.

Локус контролю, характерний для індивіда, універсальний щодо будь-яких подій та ситуацій, з якими йому доведеться зіштовхнутися. Той самий тип контролю характеризує поведінку цієї особистості і при невдачах, і при досягненнях, причому це стосується різних сфер соціального життя.

Конформна та поступлива поведінка більш властива людям із *екстернальним* локусом. *Інтернали*, на відміну від екстернатів, менш схильні підпорядковуватись тиску інших, чинять спротив, коли відчують, що ними маніпулюють, реагують сильніше ніж екстернали на втрату особистої свободи.

Люди з інтернальними локусами контролю краще працюють наодинці, ніж під наглядом або при відеозаписі. Для екстернатів характерне прагнення до постійного спілкування.

Екстернальність корелює з тривожністю та депресією.

Інтернали надають перевагу недирективним методам психокорекції, екстернали суб'єктивно більш орієнтовані на зовнішній контроль.

Опитувальник РСК складається з 44 пунктів. Він містить пункти, які вимірюють екстернальність-інтернальність у міжособистісних та сімейних стосунках, а також пункти, які вимірюють РСК щодо хвороб і здоров'я.

Для збільшення спектра можливих застосувань опитувальник сконструйований у двох варіантах, які відрізняються форматом відповідей досліджуваних. **Варіант А** використовують для дослідження. Він потребує відповіді за 6-ти бальною шкалою (-3, -2, -1, +1, +2, +3), в якій відповідь «+3» означає «повністю згоден», «-3» — «зовсім не згоден» із цим пунктом.

Варіант Б призначений для психодіагностики. Він потребує відповіді за бінарною шкалою «згоден-не згоден».

Текст опитувальника

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей та зусиль людини.
2. Більшість розлучень відбувається через те, що люди не захотіли пристосуватись один до одного.
3. Хвороба — справа випадку; якщо судилося захворіти, то нічого не вдієш.
4. Люди залишаються самотніми, тому що самі не виявляють зацікавленості та дружелюбності до оточуючих.
5. Здійснення моїх бажань часто залежить від сприятливих обставин.
6. Недоцільно витратити зусилля на завоювання симпатії інших людей.
7. Зовнішні обставини — батьки та добробут — впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво виявляється ефективнішим, коли повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність.
10. Мої оцінки в школі частіше залежали від випадкових обставин (наприклад, від настрою вчителя), ніж від моїх власних зусиль.
11. Коли я планую, то вірю, що зможу здійснити їх.
12. Те, що багато людей вважає вдачею, насправді результат довгих цілеспрямованих зусиль.
13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі та ліки.
14. Якщо люди не підходять один одному, то яких би зусиль вони не докладали б, налагодити сімейне життя вони все ж не зможуть.
15. Те хороше, що я роблю, зазвичай правильно оцінюють інші.
16. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.

17. Гадаю, що випадок або доля не відіграють важливої ролі в моєму житті.
18. Я намагаюсь не планувати заздалегіть, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
19. Мої оцінки в школі найперше залежали від моїх зусиль та рівня підготовки.
20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю провину за собою, ніж за протилежною стороною.
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначати, що і як робити.
23. Думаю, що мій спосіб життя в жодному разі не є причиною моїх хвороб.
24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям досягти успіхів.
25. За погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють.
26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити у стосунках в сім'ї, які склалися.
27. Якщо я дуже захочу, то зможу завоювати симпатії до себе будь-кого.
28. На молоде покоління впливає так багато різних обставин, що зусилля батьків у їхньому вихованні часто марні.
29. Те, що зі мною трапляється, — результат моїх зусиль.
30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять так, а не по-іншому.
31. Людина, яка не змогла досягти успіху у своїй роботі, очевидно, не виявила достатньо зусиль.
32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, чого хочу.
33. У неприємностях та невдачах, які були у моєму житті, частіше були винні інші люди, а не я сам.

34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити та правильно одягати.

35. У складних обставинах я схильний почекати, поки проблеми вирішаться самі.

36. Успіх — результат наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.

37. Я відчуваю, що саме від мене залежить щастя моєї родини.

38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я одним людям подобаюсь, а іншим — ні.

39. Я завжди схильний приймати рішення та діяти самостійно, а не сподіватись на допомогу інших або на долю.

40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, попри всі її старання.

41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити, навіть при найсильнішому бажанні.

42. Здібні люди, які не зуміли реалізувати своїх можливостей, повинні звинувачувати в цьому тільки себе.

43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.

44. Більшість невдач у моєму житті відбувалося від невміння, незнання або лінощів і мало залежали від удачі.

Обробку заповнених відповідей слід проводити за зазначеним нижче ключем, підсумовуючи відповіді на пункти у стовпчиках «+» зі своїм знаком і відповіді на пункти у стовпчиках «-» із зворотним знаком.

Показники опитувальника РСК організовані відповідно до принципу ієрархічної структури системи регуляції діяльності.

1. Із	+	—	2. Ід	Ключ	5. Ів	+	—	
				+				
				—				
2	1			12	1	19	1	
4	3			15	5	22	9	
11	5			27	6	25	10	
12	6			32	14	42	30	
13	7			36	26			
15	8			37	43	6. Іх	+	—
16	9					13	3	
17	10		3. Ін	+	—	34	23	
19	14			2	7			
20	18			4	24			
22	21			20	33			
25	23			31	38			
27	24			42	40			
29	26			44	41			
31	28							
32	30		4. Іс	+	—			
34	33			2	7			
36	35			16	14			
37	38			20	26			
39	40			32	28			
42	41			37	41			
44	43							

1. Шкала загальної інтернальності (Із). *Високий* показник за цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті були результатом їхніх дій. Таким чином, вони відчувають власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. *Низький* показник за шкалою Із відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі досліджувані не бачать зв'язку між своїми діями та значущими для них подіями в житті, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток та вважають, що більшість їх — результат випадку або дій інших людей.

2. Шкала інтернальності в галузі досягнень (Ід). *Високі* показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями та ситуаціями. Такі люди вважають, що вони самі досягли всього того, що було і є у їхньому житті, і що вони здатні успішно досягати своєї мети в майбутньому. *Низькі* показники за шкалою Ід свідчать про те, що людина

приписує свої успіхи, досягнення та радощі зовнішнім обставинам — везінню, щасливій долі або допомозі інших людей.

3. Шкала **інтернальності в галузі невдач (Ін)**. *Високі* показники за цією шкалою свідчать про розвинене відчуття суб'єктивного контролю стосовно негативних подій та ситуацій, які виявляються у схильності звинувачувати самого себе у різноманітних неприємностях та стражданнях. *Низькі* показники **Ін** доводять, що досліджуваний схильний приписувати відповідальність іншим людям або вважати їх результатом невезіння.

4. Шкала **інтернальності у сімейних стосунках (Іс)**. *Високі* показники **Іс** означають, що людина вважає себе відповідальною за події, які відбуваються в її подружньому житті. *Низькі* **Іс** вказують на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, які виникають у його сім'ї.

5. Шкала **інтернальності в галузі виробничих відносин (Ів)**. *Високий* **Ів** підтверджує те, що людина вважає свої дії важливим фактором організації власної виробничої діяльності, в стосунках у колективі, у своєму просуванні тощо. *Низький* **Ів** вказує на те, що досліджуваний схильний приписувати важливіше значення зовнішнім обставинам — керівництву, співробітникам, везінню-невезінню.

6. Шкала **інтернальності стосовно здоров'я і хвороб (Іх)**. *Високі* показники **Іх** свідчать про те, що досліджуваний вважає себе відповідальним за своє здоров'я: якщо він хворий, то звинувачує в цьому самого себе і вважає, що одужання багато в чому залежить від його дій. Людина з *низьким* **Іх** вважає здоров'я та хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Дослідження самооцінок людей із різними типами суб'єктивного контролю довело, що:

- люди з низьким РСК вважають себе егоїстичними, нерішучими, залежними, несправедливими, метушливими, ворожими, невпевненими, нещирими, несамотійними, дратівливими;
- люди з високим РСК — добрими, незалежними, рішучими, справедливими, здібними, дружелюбними, чесними, самотійними, спокійними.

Таким чином, РСК пов'язаний з відчуттям людиною своєї сили, достоїнства, відповідальності за те, що відбувається, з самоповагою, соціальною зрілістю та самотійністю особистості.

Тест призначений для індивідуального та групового дослідження. Застосування опитувальника РСК придатне для вирішення низки соціально-психологічних та медико-психологічних проблем. Рівень суб'єктивного контролю підвищується в процесі психокорекційного впливу на особистість, тому можливе застосування РСК для оцінювання ефективності методів психологічної корекції.

Шкала оцінки депресії Монтгомері-Асберга (MADRS)

Тест на депресію складається лише з 10 питань і дуже простий у проходженні.

Шкала Монтгомері - Асберг не складний тест на депресію, простий у проходженні служить для швидкої та точної оцінки депресії та її тяжкості.

Використовується при діагностиці депресивного стану та для оцінки ефективності лікування депресії. Належить до стандартизованих тестів і широко застосовується щодо діагнозу депресія в психіатрії.

Він належить до стандартизованих об'єктивних клінічних тестів і шкал, які застосовуються при постановці діагнозу депресія.

Як проходити тест:

Треба відповісти на 10 питань, є 7 варіантів відповідей на кожне запитання, 4 відповіді описані, а 3 відповіді проміжні, так само приймається за відповідь.

1.Об'єктивні ознаки зниженого настрою

- ✓ Відсутність ознак зниженого настрою
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Виглядає пригніченим, але легко пожвавлюється.
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Виглядає сумним та нещасним більшу частину часу
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Постійно виглядає пригніченим. Вкрай пригнічений

2.Суб'єктивні ознаки зниженого настрою

- ✓ Епізодичне почуття смутку, зумовлене обставинами.
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Сумний або віддалений настрій, що легко піддається поліпшенню.
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Домінуюче почуття пригніченості чи зневіри. Настрій ще схильний до впливу зовнішніх обставин
- ✓ проміжна відповідь

- ✓ Постійне чи незмінне почуття пригніченості, розпачу чи пригніченості
- 3.Внутрішня напруженість
- ✓ Спокійний. Лише швидкоплинне почуття внутрішньої напруженості
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Епізодично відчуває роздратування та відчуття болючого дискомфорту
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Стійке почуття внутрішньої напруженості або епізодична паніка, яка потребує зусиль для її подолання
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Неослабний страх чи душевний біль. Непереборна паніка
- 4.Порушення сну
- ✓ Сон не порушений
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Незначне утруднення засинання або дещо укорочений, поверхневий чи уривчастий сон.
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Сон укорочений або переривається не менш як на 2 години
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Тривалість сну менше 2-3 годин
- 5. Зниження апетиту
- ✓ Нормальний або підвищений апетит
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Дещо знижений апетит
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Відсутність апетиту. Їжа не має смаку
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Необхідний примус для їжі
- 6.Порушення концентрації уваги
- ✓ Немає порушень концентрації
- ✓ проміжна відповідь

- ✓ Епізодично важко зібратися з думками
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Труднощі концентрації та тривалого зосередження зі зниженням здатності читати або вести розмову
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Без значних зусиль не здатний читати чи вести розмову

7. Апатія

- ✓ Відсутність труднощів розпочати будь-яку діяльність. Відсутність повільності
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Важко розпочати діяльність
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Важко розпочати просту повсякденну діяльність, її виконання дається із зусиллям
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Повна апатія. Нездатність виконати будь-що без сторонньої допомоги.

8. Втрата здатності відчувати

- ✓ Нормальний інтерес до навколишнього або інших людей
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Зниження здатності отримувати задоволення від того, що раніше захоплювало
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Втрата інтересу до навколишнього. Втрата почуттів до друзів та знайомих.
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Відчуття емоційного паралічу, втрата здатності відчувати гнів, смуток чи задоволення, повна чи навіть хвороблива втрата почуттів до близьких родичів та друзів

9. Песимістичні думки

- ✓ Відсутність песимістичних думок
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Епізодичні думки про власну неспроможність, самодокори та занижена самооцінка

- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Постійне самозвинувачення чи конкретні, але ще зберігають раціональність, ідеї провини чи гріха. Наростаюча песимістична оцінка майбутнього
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Маячні ідеї повного краху, каяття або невикупного гріха. Абсурдне і непохитне самозвинувачення.

10. Суїцидальні думки

- ✓ Задоволений життям або приймає його таким, яким воно є
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Втома від життя. Лише швидкоплинні суїцидальні думки
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Можливо, краще було б померти; суїцидальні думки стають звичними, а самогубство сприймається як можливий спосіб вирішення проблем за відсутності конкретних суїцидальних планів чи намірів.
- ✓ проміжна відповідь
- ✓ Конкретне планування самогубства за першої можливості; активні приготування до самогубства.

**Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів
(К.К. Яхін, Д.М. Менделевич)**

Застосовується для виявлення та оцінки невротичних станів.

Інструкція: випробуваному пропонується оцінити свій поточний стан за п'ятибальною системою: 5 балів - ніколи не було, 4 бали - рідко, 3 бали - іноді, 2 бали - часто, 1 бал - постійно або завжди.

1. Ваш сон поверхневий і неспокійний?
2. Чи помічаєте Ви, що стали більш повільні і мляві, немає колишньої енергійності?
3. Після сну Ви відчуваєте себе втомленим і «розбитим» (невідпочилим)?
4. У Вас поганий апетит?
5. У Вас бувають відчуття здавлювання в грудях і відчуття браку повітря при заворушеннях або розладах?
6. Вам важко буває заснути, якщо Вас що-небудь турбує?
7. Чи відчуваєте Ви себе пригніченим і пригнобленим?
8. Чи відчуваєте Ви у себе підвищену стомлюваність, втому?
9. Чи помічаєте Ви, що колишня робота дається Вам важче і вимагає великих зусиль?
10. Чи помічаєте Ви, що стали більш розсіяним і неуважним забуваєте куди поклали яку-небудь річ або не можете згадати, що тільки збиралися робити?
11. Вас турбують нав'язливі спогади?
12. Чи буває у Вас відчуття якогось неспокою (наче щось має трапитися), хоча особливих причин і немає?
13. У Вас виникає страх захворіти важким захворюванням (рак, інфаркт, психічне захворювання і т. д.)?
14. Ви не можете стримувати сльози і плачете?
15. Чи помічаєте Ви, що потреба в інтимному житті для Вас стала менше або навіть стала Вас обтяжувати?

16. Ви стали більш дратівливі і запальні?
17. Чи приходить Вам думка, що у Вашому житті мало радості і щастя?
18. Чи помічаєте Ви, що стали якимось байдужим, немає колишніх інтересів і захоплень?
19. Чи перевіряєте Ви багаторазово виконані дії: вимкнений газ, вода, електрика, замкнені двері і т. д.?
20. Чи турбують Вас болі або неприємні відчуття в області серця?
21. Коли Ви турбуєтеся, у Вас буває так погано з серцем, що Вам доводиться приймати ліки або навіть викликати «швидку допомогу»?
22. Чи буває у Вас дзвін у вухах або брижі в очах?
23. Чи бувають у Вас напади прискореного серцебиття?
24. Ви так чутливі, що гучні звуки, яскраве світло і яскраві фарби дратують Вас?
25. Чи відчуваєте Ви в пальцях рук і ніг, або в тілі поколювання, повзання мурашок, оніміння або інші неприємні відчуття?
26. У Вас бувають періоди такого занепокоєння, що Ви навіть не можете всидіти на місці?
27. Ви до кінця роботи так сильно втомлюєтеся, що Вам необхідно відпочити, перш ніж взятися за що-небудь?
28. Очікування Вас турбує і нервує?
29. У Вас паморочиться голова і темніє в очах, якщо Ви різко встанете або нахилитесь?
30. При різкій зміні погоди у Вас погіршується самопочуття?
31. Ви помічали як у Вас мимоволі сіпаються голова і плечі, або повіки, вилиці, особливо, коли Ви хвилюєтеся?
32. У Вас бувають кошмарні сновидіння?
33. Ви відчуваєте тривогу і занепокоєння за кого-небудь чи за що-небудь?
34. Чи відчуваєте Ви клубок у горлі при хвилюванні?
35. Чи буває у Вас відчуття, що до Вас ставляться байдуже, ніхто не прагне Вас зрозуміти і поспівчувати, і Ви відчуваєте себе самотнім?

36. Чи відчуваєте Ви труднощі при ковтанні їжі, особливо коли Ви хвилюєтеся?

37. Ви звертали увагу на те, що руки або ноги у Вас знаходяться в неспокійному стані?

38. Чи турбує Вас, що ви не можете звільнитися від нав'язливих думок , які постійно повертаються (мелодія, вірш, сумніви)?

39. Ви легко пітнієте при стресових ситуаціях?

40. Чи буває у Вас страх залишатися на самоті в порожній квартирі?

41. Чи відчуваєте Ви у себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?

42. У Вас бувають запаморочення або нудота до кінця робочого дня?

43. Ви погано переносите транспорт (Вас «заколисуює» і Вам стає погано)?

44. Навіть у теплу погоду ноги і руки у вас холодні?

45. Чи легко Ви ображаєтеся?

46. У Вас бувають нав'язливі сумніви в правильності Ваших вчинків або рішень?

47. Чи не вважаєте Ви, що Ваша праця на роботі чи вдома недостатньо оцінюється навколишніми?

48. Вам часто хочеться побути на самоті?

49. Ви помічаєте, що Ваші близькі ставляться до Вас байдуже або навіть неприязно?

50. Ви відчуваєте себе скуто або невпевнено в суспільстві?

51. Чи бувають у Вас головні болі?

52. Чи помічаєте Ви, як стукає або пульсує кров у судинах, особливо якщо ви хвилюєтеся?

53. Чи здійснюєте Ви машинально непотрібні дії (потираєте руки, поправляєте одяг, волосся та т.д.)?

54. Ви легко червонієте або бліднете?

55. Покривається Ваше обличчя, шия або груди червоними плямами при хвилюванні?

56. Чи приходять Вам на роботі думки, що з Вами може несподівано щось трапитися і Вам не встигнуть надати допомогу?

57. Чи виникають у вас болі або неприємні відчуття в області шлунка, коли Ви турбуєтеся?

58. Чи приходять Вам думки, що Ваші подруги (друзі) або близькі більш щасливі, ніж Ви?

59. Чи бувають у Вас запори або проноси?

60. Коли Ви турбуєтеся у Вас буває відрижка або Вас нудить?

61. Перш ніж прийняти рішення Ви довго вагаєтеся?

62. Чи легко змінюється Ваш настрій?

63. При розладах у Вас з'являється свербіж шкіри або висип?

64. Після сильного розладу Ви втрачали голос або у Вас віднімалися руки або ноги?

65. У Вас підвищене слиновиділення?

66. Чи буває, що Ви не можете одна перейти вулицю, відкриту площу?

67. Чи буває, що Ви відчуваєте сильне почуття голоду, а ледве почавши їсти, швидше наїдаєтесь?

68. У Вас виникає почуття, що в багатьох неприємностях винні Ви самі?

Обробка: використовуються таблиці значень діагностичних коефіцієнтів по шести шкалам:

Шкала тривоги

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

Шкала невротичної депресії

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1,18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Шкала астенії

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
3	- 1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	- 1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	- 1,18	0	0,79	1,18
14	- 1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	- 1,19	- 0,44	0,18	1,2	1,08
45	- 1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	- 0,5	- 0,56	0,38	0,56	0

Шкала істеричного типу реагування

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
5	- 1,41	- 1,25	-0,5	0,4	1,53
21	- 1,2	-1,48	-1,26	- 0,18	0,67
31	- 1,15	-1,15	-0,87	- 0,1	0,74
34	-1,48	- 1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	- 1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	- 1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	- 1,38	- 1,08	-0,64	- 0,1	0,52
49	- 1,08	- 1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	- 1,2	- 1,34	- 0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	- 1,08	- 0,38	0,23

Шкала obsесивно-фобічних порушень

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

Шкала вегетативних порушень

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	-1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,44	0	0,78	0,45
44	-1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Інтерпретація: підсумовують діагностичні коефіцієнти по шести шкалам і вибудовують графік. Показник більше +1,28 вказує на рівень здоров'я, менше - 1,28 - хворобливий характер виявлених розладів.

**Програма заходів для психокорекції та психопрофілактики
депресивних розладів невротичного спектру в жінок у післяпологовому
періоді**

Програма складається з декількох частин, що висвітлюють психопрофілактичну та психокорекційну роботу з вагітними та породіллями.

Комплексний підхід до організації психологічного супроводу включає психологічну діагностику з використанням комплексу валідних і надійних психологічних тестів, які були апробовані в ході констатуючого експерименту з жінками контрольної групи, та здійснення психопрофілактичних і психокорекційних інтервенцій у трьох основних напрямках: *особистісному, мікросоціальному та психофізичному (соматовегетативному)*.

Особистісний рівень передбачає корекцію самооцінки, корекцію типів реагування, корекцію копінг-стратегій, корекцію емоційного стану, корекцію локусу контролю, корекцію поведінки.

Мікросоціальний рівень вміщує в себе корекцію поведінки, корекцію рольових відносин, корекцію внутрішньосімейних відносин, корекцію ставлення до дитини, корекцію соціальних відносин.

Психофізичний (вегетосоматичний) рівень – це корекція ціннісних орієнтацій, подолання астенії, стабілізація соматичного стану, підвищення стресостійкості та адаптаційного ресурсу організму, відновлення та підвищення репродуктивного потенціалу.

Структура індивідуального консультування з питань первинної профілактики депресивних розладів невротичного спектру в жінок передбачає:

1. визначення потреб клієнтки;
 2. збір інформації;
 3. діагностичні тести (прямі, проєктивні, вузькопрофільні методики).
- Виявлення деструктивних образів і процесів;
4. постановка позитивних цілей, виходячи з предмету запиту;

5. базова терапія, побудована на ресурсах клієнтки;
 6. оволодіння техніками саморегуляції (використання образів, цілеспрямована візуалізація ситуацій, методи відволікання, контрольоване дихання);

7. оцінка ефективності виконаної роботи. Зворотній зв'язок.

Психокорекційна програма включає такі засоби впливу, як:

- психотерапевтично спрямована бесіда;
- рольові ігри;
- тренінги спілкування;
- тренінги нормалізації самооцінки;
- тренінги навичок догляду за дитиною;
- арт-терапія (музикотерапія, пісочна терапія, лялькотерапія);
- аутотренінг, вправи на релаксацію, дихальна гімнастика;
- лікувальна фізкультура;
- фітоароматерапія;
- вітамінотерапія (за призначенням лікуючого лікаря).

Психотерапевтична бесіда для вагітних і породіль має на меті створити підтримуюче та зрозуміле середовище, де можна висловити емоції та розглянути стресові ситуації. Ця бесіда спрямована на розвиток самооцінки та впорядкування емоційного стану жінки.

1. *Введення:* розпочинаємо бесіду з представлення себе та цілей терапевтичної бесіди. Також наголошуємо на безпечності та конфіденційності розмови.
2. *Розмова про емоції:* запитуємо, як клієнтці вдалося впоратися із змінами на шляху до материнства. Зосереджуємо увагу на конкретних ситуаціях, які викликають у жінки стрес.
3. *Визначення цілей:* обговорюємо, які конкретні цілі ми можемо досягти в ході терапії. Усіляко заохочуємо позитивні, реалістичні цілі.
4. *Розвиток міжособистісних відносин:* підкреслюємо важливість підтримки від близьких та розглядаємо стратегії залучення допомоги.

Заохочуємо щодо можливості включення партнера чи родини до «групи підтримки».

5. *Навчання стратегіям копіngu*: ознайомлюємо із засобами копіngu зі стресом. Розглядаємо використання медитації, дихальних вправ, фізичної активності.
6. *Сприяння психічному здоров'ю*: обговорюємо важливість догляду за собою та відпочинку.
7. *План дій*: спільно створюємо план дій для досягнення поставлених цілей. Визначаємо частоту і тривалість зустрічей.
8. *Підсумок*: підкреслюємо позитивні зміни та обговорюємо враження від сесії. Пропонуємо подальшу психологічну підтримку.

Рольові ігри можуть бути корисним інструментом для практики нових навичок і поліпшення психічного здоров'я вагітних і породіль, які мають депресивні розлади. Вони дозволяють апробувати нові ситуації та перспективи, сприяють розвитку нових стратегій копіngu та можуть надихнути на позитивні зміни. Використані в процесі роботи ідеї для рольових ігор:

Рольова гра "Підтримка від близьких":

Запрошуємо партнера чи близьких друзів для створення сценарію, де вони висловлюють підтримку та розуміння вагітної чи породіллі. Спільно відтворюємо ситуації, які можуть виникнути, та вивчаємо, як ефективно взаємодіяти.

Рольова гра "Самозахист у стресовій ситуації":

Створюємо сценарій, де вагітна чи породілля стикається зі стресовою ситуацією (наприклад, коментарі чи ситуації, які викликають напруженість). Вивчаємо та практикуємо способи ефективного реагування, використовуючи навички копіngu.

Рольова гра "Догляд за собою":

Придумуємо сценарій, де вагітна чи породілля має час для власного догляду за собою та відпочинку. Вивчаємо та практикуємо приємні та релаксуючі дії, які можуть полегшити емоційне напруження.

Рольова гра "Позитивна візуалізація":

Створюємо сценарій, де вагітна чи породілля використовує позитивну візуалізацію для подолання стресу чи підняття настрою. Практикуємо разом засоби візуалізації, щоб підтримати психічне здоров'я.

Рольова гра "Комунікація із медичним персоналом":

Відтворюємо сценарій візиту до лікаря чи іншого медичного працівника. Вивчаємо та практикуємо ефективну комунікацію, включаючи висловлювання своїх потреб та бажань.

Тренінги спілкування є корисними для вагітних і породіль, які мають прояви депресивних розладів, допомагаючи їм розвивати навички ефективної комунікації та зміцнювати стосунки.

Активне слухання:

Вправи на активне слухання допомагають зосередитися на сприйнятті інформації від співрозмовників. Вагітні та породіллі можуть практикувати висловлювання своїх почуттів та бути уважними до почуттів інших.

Вираження емоцій:

Тренінг на вираження емоцій дозволяє ефективно висловлювати почуття, навіть якщо вони здаються складними чи суперечливими. Важливо створити безпечне середовище для вираження навіть негативних емоцій.

Позитивні висловлювання:

Вправи на позитивні висловлювання сприятимуть формуванню оптимістичного бачення ситуацій. Зосереджується увага на позитивних аспектах та можливостях.

Ефективне вирішення конфліктів:

Тренінг на вирішення конфліктів навчає стратегіям спілкування в умовах напруження. Вагітні та породіллі можуть вивчати, як висловлювати свої потреби без агресії та як сприймати точки зору інших.

Спілкування із медичним персоналом:

Тренінг може охоплювати спілкування із лікарями, акушерами та іншими фахівцями. Вивчаємо, як ставити питання, висловлювати свої побоювання та брати участь у прийнятті рішень.

Партнерське спілкування:

Тренінги включають вправи для поліпшення спілкування між партнерами під час вагітності та після пологів. Зосереджуємо увагу на взаєморозумінні та підтримці.

Створення плану спілкування:

Допомагаємо вагітним та породіллям у розробці плану спілкування для складних ситуацій. Вивчаємо ефективні слова та вирази для висловлення своїх потреб.

Нормалізація самооцінки важлива для вагітних і породіль, оскільки вони можуть стикатися із змінами емоційного стану, змінами у своєму тілі. Тренінги з нормалізації самооцінки допомагають виявити позитивні аспекти в динаміці терапії, розвивати впевненість та сприяти психічному благополуччю.

Позитивне висвітлення змін у тілі: розглядаємо позитивні сторони та чудові можливості, які принесла зміна у жіночому тілі, до і після пологів. Спрямовуємо увагу на силу, жіночність та внутрішню красу.

Емоційна саморефлексія: надаємо можливість вагітним і породіллям висловлювати свої почуття стосовно свого емоційного стану.

Створення позитивного образу себе: проводимо вправи на створення позитивного образу себе, які можуть покращити самооцінку та підвищити самоповагу.

Навички догляду за дитиною є важливим елементом материнства. Основні ідеї для тренінгів навичок догляду за дитиною: техніки годування, засоби для догляду за гігієною, пеленання, вивчення сигналів та потреб дитини, навички купання, спілкування з дитиною, здоров'я та безпека, підготовка до сну.

Арт-терапія для вагітних і породіль є відмінним способом сприяти психологічному та емоційному благополуччю майбутніх матерів. Цей вид терапії

може бути корисним для зняття стресу, зміцнення зв'язку з майбутньою дитиною, вираження емоцій та розвитку самосприйняття. Основні елементи арт-терапії: малювання та розфарбовування: надаємо вагітній жінці чи породіллі можливість вибрати кольори та створити малюнок, що відображає її почуття та емоції. Також це може бути малювання «білбордів» з майбутніми побажаннями для дитини або створення "мандали матері", що є важливим елементом самовираження; ліплення з глини: використовуємо глину для створення символічних образів, пов'язаних із материнством та дітьми; музика та звуки: слухання релаксуючої музики або створення власних музичних композицій, обираємо звуки, які асоціюються з комфортом та безпекою; групова арт-терапія: створення груп арт-терапії підсилює взаємодію між жінками, які переживають подібний період у своєму житті, обговорення та обмін досвідом є додатковим елементом підтримки.

Аутотренінг, вправи на релаксацію та дихальна гімнастика є дуже корисними для вагітних та породіль. **Аутотренінг:** прогресивна м'язова розслабленість, візуалізація. **Вправи на релаксацію:** глибока м'язова розслабленість, релаксаційна музика, медитація на дихання. **Дихальна гімнастика:** дихальна вправа "Спокійний потік": вдихаємо через ніс, уявляючи, що вдихаємо свіжий та спокійний потік повітря. Видихаємо через відкритий рот, уявляючи, як наша напруга виходить разом із видихом. Дихання з кільцевим рухом: вдихаємо, піднімаючи руки над головою. Затримуємо дихання та робимо кілька обертів руками. Повільно видихаємо, опускаючи руки.

Лікувальна фізкультура може допомогти підтримати фізичне здоров'я та психічний стан, зменшуючи рівень стресу. **Фітоароматерапія та вітамінотерапія** можуть впливати на емоційний стан та підтримувати нормальний розвиток плоду. Важливо звернутися до лікаря для конкретних порад та рекомендацій, адже кожна вагітність унікальна, і необхідно враховувати індивідуальні особливості.

Підтверджено ефективність психокорекційної програми з точки зору психопрофілактики, зниження рівня післяпологової депресії, відновлення та підвищення психофізичних адаптаційних ресурсів материнського організму та репродуктивного потенціалу.

Показано, що надання психологічної підтримки вагітним та породіллям сприяє зменшенню проявів післяпологової депресії.

Таким чином, розроблена та апробована комплексна психокорекційна програма є ефективним засобом психологічної профілактики депресивних розладів невротичного спектру та може бути рекомендована для нормалізації психологічного стану вагітних та породіль.