

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ
РАБОТА
ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

Выполнил: Демешко Лидия Анатольевна

Научный руководитель: кандидат психологических наук, Тодышева Татьяна Юрьевна

Красноярск 2020

Введение.....	3
1. Глава. Послеродовая депрессия.....	7
1.1. Стадии послеродовой депрессии.....	8
1.2. Факторы возникновения.....	11
1.3. Психоэмоциональное состояние женщины страдающей послеродовой депрессией.....	23
2. Глава. Влияния и последствия послеродовой депрессии.....	29
2.1. Профилактики, помощь и лечение послеродовой депрессии.....	36
3. Глава. Практическая часть исследования.....	43
4. Выводы.....	52
5. Список литературы.....	55

Введение

У человека в шутку выделяют три пола: мужчины, женщины и беременные женщины. Как и в любой шутке, в этой скрывается немалая доля истины, поскольку деятельность организма беременной и кормящей женщины чрезвычайно специфична. В пред- и послеродовой период различные системы и органы начинают во многом функционировать по-другому, нестандартному «сценарию». Более того, в это время наблюдаются существенные изменения и в течении многих (особенно психических) болезней. В этом смысле не является исключением такое широко распространенное нарушение психики, как депрессия, называемая в данном случае материнской, или послеродовой. Считается, что женщина после родов должна буквально излучать счастье, но в обществе умалчивается о множестве трудностей в послеродовом периоде. Из-за высоких требований общества и недостаточной поддержки со стороны близких, новая мать может умалчивать о своих переживаниях и даже стесняться их. Женщина часто сталкивается с неожидаемыми проблемами как в физической, так и эмоциональной сфере. Женщины, страдающие послеродовой депрессией, часто молчат, они боятся общественного осуждения, что не поймут ее мыслей и переживаний. Как правило, они не любят сообщать другим о том, что они испытывают трудности после рождения ребенка. Первые две недели после родов многие женщины пребывают в угнетенном состоянии. Рождение ребенка является серьезным этапом в жизни его родителей и семьи в целом. С рождением первого ребенка в жизни женщины происходят серьезные изменения: появляются ограничения личного свободного времени, свободы перемещений, женщина, как правило, на определенное время оставляет профессиональную деятельность. Забота о младенце требует наличия у родителей значительных физических и психологических ресурсов. Так, происходит определенное перераспределение обязанностей внутри семьи, отношения между супружами в этот период реализуются в двух планах – партнерскими и детско-родительскими. Период перехода к родительству характеризуется повышенным стрессом, риском депрессивных эпизодов и ростом неудовлетворенности супружескими отношениями. В европейской культуре основная нагрузка по уходу за младенцем ложится на женщину. Матери чаще испытывают эмоциональное истощение в первые месяцы после рождения ребенка. Послеродовая депрессия оказывает влияние не только на благополучие женщины, но и на всю семейную систему. Женщинам в состоянии депрессии сложнее распознавать различные состояния ребенка и адекватно реагировать на них, что, в свою очередь, оказывает негативное влияние на формирование характера привязанности ребенка к матери, на его эмоциональное и интеллектуальное

развитие. Поддержка со стороны ближайших родственников необходима для профилактики или предотвращения данных ситуаций. Послеродовая депрессия возникает после беременности и родов, она является серьезным расстройством, ставящим под угрозу благополучие как матери, так и ребенка. В таких семьях существует повышенный риск нарушения эмоционального, социального и когнитивного развития у ребенка. Послеродовая депрессия является одним из наиболее распространенных осложнений послеродового периода и является серьезной проблемой не только для специалистов, наблюдающих женщин в этот период, но и для психиатров, психотерапевтов и клинических психологов. В МКБ-10 послеродовое депрессивное расстройство рассматривается в разделе F-53 (психотические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах). Для послеродовой депрессии характерны переживание подавленности, уныния, «отсутствие радости» в связи с рождением ребенка, чувство слабости, усталости, пессимистическая оценка жизненных перспектив, снижение или даже утрата прежних интересов, а также раздражительность, нарушение сна и ухудшение аппетита, когнитивные затруднения. Депрессивное расстройство может возникнуть как в первые недели после родов, так и в течение года, сочетаясь нередко с тревожными и астеническими проявлениями в эмоциональной сфере. Младенец страдает, поскольку у матери снижается или вообще отсутствует интерес к общению с ним, отсутствуют адекватные эмоциональные реакции на его поведение. Депрессия матери негативно воздействует на развитие ребенка, особенно на его чувство безопасности, удовлетворение актуальных психофизиологических и психологических потребностей. Поэтому, по данным ряда авторов, в первую очередь происходят нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах ребенка. ПД варьирует от умеренно выраженной, когда при поддержке со стороны близких симптомы проходят в течение нескольких недель, до тяжелой степени, когда может потребоваться госпитализация. Выделяют следующие основные симптомы ПД: – чувство вины и самообвинения; – пессимистичные, отрицательные мысли; – раздражительность и вспыльчивость; – пониженный тонус, особенно по утрам; – убеждение женщины в том, что она не справляется. В тяжелом состоянии женщина убеждена, что она не справится, могут возникать мысли о причинении себе вреда и даже о самоубийстве. При депрессии возникают следующие изменения в поведении: нарушение сна, плаксивость, потеря интереса к занятиям, которые раньше нравились, изменения в аппетите и весе, снижение энергии, проблемы с концентрацией внимания и памятью. Обычно эти симптомы наблюдаются в течение двух недель. Некоторые симптомы, например, нарушение сна, могут быть следствием заботы о ребенке. Связь с депрессией в подобных случаях поможет определить врач. Чаще у женщины

наблюдаются тревога, повышенное беспокойство и навязчивые мысли. Мать боится, что причинит ребенку вред, что он заболеет, и т. д. Это может быть причиной частых уборок, запрету на общение с ребенком других людей, и даже боязнь матери самой подходить к ребенку. К счастью, большинство женщин не идут на поводу подобных мыслей и способны заботиться о ребенке, несмотря на трудности страдающие женщины имеют ненормальный мыслительный процесс и теряют связь с реальностью. Отмечается значительная путаница, плохое суждение, бред и галлюцинации, обычно с религиозным качеством Послеродовой психоз может быть опасным для жизни как матери, так и ребенка. Послеродовой депрессии, как правило, редко существует какой-то один фактор, чаще существуют несколько факторов риска. Также влияет генетическая предрасположенность, социум, модели мышления. Наиболее важным фактором риска является социальное и экономическое положение женщины. При отсутствии поддержки от близких и родных, а также при финансовых трудностях, женщины сильнее подвержены риску развития депрессии. Перенесенные ранее заболевания, например, биполярное расстройство, также являются фактором риска ПД. Все подходы к лечению обычной депрессии, также помогают и при послеродовой депрессии. Иногда мать боится, что, если расскажет о своем состоянии, у нее могут забрать ребенка. Однако работа врача направлена на то, чтобы обеспечить всевозможные условия, для того чтобы женщина смогла справиться с трудностями, адаптироваться к новым условиям и заботиться о своем ребенке. Семья также должна участвовать в поддержке, откликаясь на перепады настроения с пониманием и терпением. Обычно акушерка и медсестра также могут распознать симптомы депрессии и посоветовать, что нужно делать. Существует несколько способов улучшить состояние при ПД: необходимо открыто поговорить о своих переживаниях с членами семьи, поговорить с терапевтом или медсестрой, осознать, что нельзя справиться с депрессией самостоятельно, особенно с младенцем на руках, если это возможно, отдохнуть от дома. Большинство женщин получают помощь от патронажных медсестер. Их учат распознавать ПД, в т. ч. при помощи Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии. При выявлении ПД депрессии, женщин регулярно навещают, оказывая разговорную терапию. Небольшому количеству женщин требуется назначение антидепрессантов. Некоторые препараты можно принимать при кормлении грудью. При назначении антидепрессантов подход должен быть индивидуальным к каждой женщине. В редких случаях, когда традиционные методы лечения не помогают, женщина направляется к психиатру, с которым обсуждаются дополнительные способы лечения. Выбор метода лечения, зависит от тяжести депрессии, от побочных действий лекарств, от того кормит ли женщина грудью ребенка. Каждый способ лечения должен иметь индивидуальных подход и обсуждаться с лечащим врачом. В

случае возможной послеродовой депрессии необходимо: выслушать волнения и тревоги женщины, помогать с работой по дому и уходу за ребенком, следить за изменениями ее настроения, мышления и поведения, помнить, что депрессия широко распространена и излечима, советовать обратиться за помощью к врачу. Нельзя: игнорировать тревогу женщины или преуменьшать ее. Период сразу после родов связан с наиболее высоким риском возникновения у женщин психических заболеваний. В этот период необходимо наблюдать за женщиной и, при наличии факторов риска, спланировать оказание необходимой помощи.

В рамках исследовательской работы предпринята попытка разработки комплекса предупредительных мер по снижению риска развития послеродовой депрессии, оценить к каким последствиям может привести послеродовая депрессия.

Цель: изучить особенности послеродовой депрессии.

Объект исследования: эмоциональное состояние женщины в послеродовом периоде.

Предмет исследования: факторы, способствующие развитию послеродовой депрессии и психоэмоциональное состояние женщины с послеродовой депрессией.

Были разработаны рекомендации для предупреждения послеродовой депрессии

Глава 1. Послеродовая депрессия

Послеродовой психоз (или согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра – психические и поведенческие расстройства, возникающие в первые 6 нед. после родов) – редкое расстройство психики, возникающее обычно в первые 2-6 нед. после родов. Возникающие после родов психические расстройства были известны еще во время Гиппократа, который упоминал о послеродовом «броде» и «мании». В последующем широкое распространение получил термин «родовая горячка». Причиной развития послеродовых психозов Гиппократ считал нарушение отделения лохий, «которые, попадая в голову, вызывают психические нарушения». Существовала теория, по которой «горячая кровь» после родов попадает в голову и вызывает психоз. В дальнейшем взгляды на причины, вызывающие психоз в послеродовой период, менялись, и значение стало придаваться наследственному предрасположению, психогенным факторам, эндокринно-диэнцефальным нарушениям и др. В настоящее время проблема послеродовых нарушений обобщена в большом количестве научных работ, отражающих противоречивые взгляды на этиологию, патогенез, клинические проявления и нозоологическую принадлежность послеродовых психических расстройств. Неясно, что именно провоцирует послеродовые психозы. Одна из гипотез связывает их с гормональными изменениями, в частности, уровня эстрогенов. Другие гипотезы содержат указание на изменение содержания уровня кортизона, серотонина, тиреоидного гормона, кальция и эндорфинов. Риск развития психоза увеличивается при отягощенной наследственности психическими нарушениями. Имеет место и интоксикационно-инфекционная природа развития послеродового психоза. Некоторые авторы считают важнейшей составляющей социально-психологические проблемы, возникающие у женщин в семье, психотравмирующие события и осложнения во время родов. Большинство исследователей относят послеродовые психозы к соматическим, однако, считая, что в их развитии принимает участие комплекс не только соматических, но и психологических факторов. На первое место среди них выдвигаются факторы, обусловленные самими родовыми процессами (соматическое напряжение, эндокринная перестройка и вегетативные сдвиги, кровопотеря, затяжные и тяжелые роды, дегидратация, белковые сдвиги, страх перед родовым актом, переутомление, психотравмирующие семейные обстоятельства, особенности преморбидной личности, перенесенные в прошлом ЧМТ, тяжелые психотравмы). В данное время нет точных причин, объясняющих происхождение послеродовых психозов. Клинические проявления обычно развиваются на 2-3 нед. на фоне астении. Чаще им предшествует продромальный период: бессонница,

истощаемость, лабильность аффекта, опасение за ребенка, генерализованные страхи, растерянность. Клинические проявления послеродовых психозов отличаются полиморфизмом, могут проявляться в виде аффективных расстройств, чаще депрессивных, депрессий с бредом, галлюцинаторно-бредовых состояний, делирия, аменции, онейроида. Однако в последнее время клиническая картина изменилась – на смену аментивноделириозных, кататонических и кататоноонейроидных состояний пришли астенодепрессивные, депрессивно-тревожные, депрессивно-параноидные, галлюцинаторно бредовые синдромы. Это, возможно, связано со снижением частоты послеинфекционных заболеваний и особенно септических состояний. Основной фактор, влияющий на постановку диагноза, – это связь с послеродовым периодом, в течение 6 нед. после родов.

1.1. Стадии депрессии

Послеродовая депрессия (ПД) – достаточно широко распространенное эмоциональное расстройство. Это длительное и субъективно тяжелое состояние, сопровождающееся снижением настроения, недостатком интереса к жизни, подавленностью.

Согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим заболеваниям, послеродовая депрессия это форма острой депрессии, что проявляется на четвертой недели после рождения ребенка. Процесс постановки диагноза включает не только временные рамки появления симптомов болезни, то также и ее стадию сложности. Послеродовая депрессия тесно связана с химическими, социальными и психологическими изменениями в жизни женщины, происходящими после рождения ребенка.

Современные исследования позволяют использовать объективные критерии для диагностики стиля переживания беременности и прогноза стиля материнского отношения, ценности ребенка и его динамики. Одним из основных критериев успешности материнства является способность матери быстро и адекватно реагировать на состояния ребенка и качественно удовлетворять его потребности (в том числе и в эмоциональном общении). Для этого матери необходимо чувствовать эмоциональное и физическое состояние малыша, ориентируясь на свое состояние, а не на рациональные способы контроля, то есть уметь синхронизироваться с эмоциональным состоянием ребенка.

Выделяют следующие клинические варианты послеродовых депрессий:

- послеродовая депрессия (преходящее состояние, встречается у трети женщин вскоре после рождения ребенка, обычно не требует специального лечения).
- лёгкое или умеренно выраженное депрессивное состояние, возникающее в течение года, следующего за рождением ребенка (развивается у 10% женщин).

- послеродовые психозы с атипичной картиной (депрессивные или маниакальные симптомы присутствуют одновременно, в дальнейшем высок риск развития биполярных расстройств).

Следует отметить, что, как правило, причины ПД носят комплексный характер. Послеродовая депрессия проявляется: перепадами настроения, беспокойством, тревожностью, раздражительностью, бессонницей с одновременной сонливостью, отказом ухаживать за ребенком, постоянной плаксивостью, часто лежит, не хочет вставать с постели, не общается с ребенком и остальными членами семьи, к ребенку пропадает активный интерес, не проявляет никакой инициативы, ощущает особенное ухудшение настроения по утрам, неэнергична, жалуется на недостаточную помощь со стороны близких, жалуется на утомляемость. Если и в этом случае никто не обратит внимания на послеродовую депрессию и не инициирует начало ее лечения, расстройство, скорее всего, будет прогрессировать. Через несколько месяцев дальнейшее развитие послеродовой депрессии может привести к необходимости госпитализации женщины. Послеродовая депрессия может достигать различной глубины – от затянувшегося астенического синдрома с пониженным настроением, нарушениями сна и аппетита до тяжелых состояний, которые могут перейти в острый психоз или эндогенную депрессию. Таким образом, если послеродовой период сам по себе не является тем событием, которое провоцирует развитие депрессии после родов, то совокупность различных психотравмирующих факторов (как связанных с материнством, так и не связанных) повышает риск возникновения послеродовой депрессии. Если послеродовая депрессия не диагностируется и соответственно не лечится, она может приобрести хроническое течение, при этом у матери резко снижается самооценка. В таком случае ее охватывает стойкое чувство беспомощности и отчаяния.

Для понимания помощи надо понять глубинные причины депрессии.

Послеродовый период по многим психосоциальным параметрам можно отнести к группе состояний, сопровождающихся высокой стрессовой нагрузкой. Среди факторов, действующих на психический статус женщин, безусловно, главным является появление ребенка и начало формирования отношений в диаде «мать-дитя». Важное значение имеют изменения (чаще повышение) уровня и характера (циркадного ритма) физической нагрузки, изменение гормонального статуса. Среди психологических составляющих – это формирование образа «матери». При этом характер психопатологических проявлений может варьировать от легких, длиящихся несколько дней, депрессивных, нередко с тревожным оттенком симптомов, до выраженных психотических полиморфных нарушений. Вследствие многообразности клинических проявлений нозологическая идентификация диагностируемых

изменений по МКБ-10 нередко затруднена. Согласно МКБ-10 послеродовые психические и поведенческие нарушения отнесены к диагностической группе F53 и включают: F53.0 – постнатальную и послеродовую депрессию; F53.1 – послеродовый психоз; F53.8 – другие расстройства связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах; F53.9 – послеродовое психическое расстройство, неуточненное (Чуркин А.А., Мартюшов А.Н., 2010). Однако характер психических нарушений не

всегда укладывается в данную диагностическую группу, особенно при выявлении нарушений пограничного круга. Клиническая практика свидетельствует о том, что у многих женщин проявления носят малооформленный, донозологический характер, а в случае расширения клинических проявлений симптоматика отражает признаки тревожной, реже ажитированной депрессии. В этих случаях психопатологические нарушения наиболее близко соответствуют диагностической группе: F32.0 – легкий депрессивный эпизод. В ряде случаев психические нарушения послеродового периода носят психотический характер, и могут быть отнесены к послеродовому психозу, а так же быть проявлением шизофрении (F20) или биполярного аффективного расстройства (F31). Таким образом, психопатология послеродового периода достаточно многообразна и для постановки точного диагноза требует учета многих клинических данных. Наиболее часто в клинической практике встречаются легкие депрессии, в основе патогенеза которых, как правило, лежит комплекс с различным сочетанием психогенно обусловленных и соматогенных факторов. Среди последних важное место занимают повышение уровня физической нагрузки, изменение характера питания и гормонального статуса и др. Присутствие соматогенно обусловленных компонентов накладывает значительные ограничения на клинические возможности ряда широко применяемых для экспресс-диагностики депрессии шкал (шкала депрессии Спилбергера, Зунга и др.). Приводятся положительные отзывы о клиническом применении «Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии» – положительными признаками этой методики являются простота и краткосрочность опроса женщин, что позволяет использовать ее в качестве скрининга. Для постановки диагноза немаловажное значение имеет подробный сбор анамнеза, особенно анализ пренатального периода. Так как до 90,4% женщин при ретроспективной оценке и подробном опросе указывают на присутствие депрессивной симптоматики в период беременности. При этом ведущими факторами риска могут являться: неудовлетворенность браком, наличие депрессии в анамнезе, вопросы диагностики послеродовой депрессии остаются до конца не решенными и требуют дополнительных исследований на основе комплексного подхода.

1.2. Факторы возникновения

F53.0 Легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках
Депрессия постнатальная (послеродовая)

F53.1 Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках

Послеродовой психоз

Послеродовая депрессия по МКБ-10 относится к легким психическим и поведенческим расстройствам, связанным с физиологическими нарушениями послеродового периода (F53.0). Она диагностируется на основе критериев, одним из которых является расстройство сна. Цель обзора состоит в характеристике послеродовых расстройств сна и их роли в качестве предикторов в развитии послеродовой депрессии. В расстройствах сна родильниц с послеродовой депрессией обнаруживаются пресомнические, интрасомнические и постсомнические нарушения с негативными последствиями как для самой матери, так и для ее ребенка, существенно ухудшающие их качество жизни. Расстройства сна являются одним из предикторов послеродовой депрессии. Улучшение качества сна может стать одним из способов предотвращения последствий послеродовой депрессии.

Послеродовая депрессия (ПД) – достаточно широко распространенное эмоциональное расстройство. Это длительное и субъективно тяжелое состояние, сопровождающееся снижением настроения, недостатком интереса к жизни, подавленностью. У женщин с подобным расстройством выявляется высокий уровень тревоги, иногда – страхи. ПД – это сложная смесь физических, эмоциональных и поведенческих изменений, что происходит в жизни женщины сразу после родов. Процесс постановки диагноза включает не только временные рамки появления симптомов болезни, то также и ее стадию сложности. Послеродовая депрессия тесно связана с химическими, социальными и психологическими изменениями в жизни женщины, происходящими после рождения ребенка. Термин описывает ряд физических и эмоциональных изменений, которые переживает каждая молодая мама. К счастью, как и другие формы депрессии, послеродовую депрессию можно вылечить с помощью медикаментов или психотерапии. При ПД часто встречаются и соматовегетативные симптомы:

- отсутствие или снижение аппетита - те или иные расстройства сна (трудность при засыпании, раннее пробуждение, поверхностный сон, не приносящий чувства отдыха, или кошмарные сновидения)

- отсутствие сил и желания что-либо делать, сопровождающееся постоянным чувством усталости;
- невозможность сконцентрироваться на простых жизненных ситуациях; - головные боли, головокружение, мигрень
- неприятные ощущения в области сердца и живота, боли в суставах;
- нарушение менструального цикла, исчезновение сексуального влечения.

Для ПД характерна неспособность адекватно оценивать свое состояние, изменить плохое настроение на хорошее, тревогу и обидчивость – на спокойствие и деловитость. Ситуация усугубляется еще и тем, что негативные переживания, испытываемые женщиной, не похожие на ожидаемую радость и облегчение, которые должны были бы наступить после родов. Возникает чувство одиночества, изолированности, кажется, что никто не обращает внимания и совершенно не придает значения тому, что происходит с ней, не понимает всей важности ее беспокойство по поводу ребенка. Женщине кажется, что ее состояние совершенно не интересует окружающих, что они не поддерживают и не понимают ее.

Эмоциональный стресс во время беременности является серьезной психологической проблемой для женщины. При чрезмерной интенсивности, длительности и частой повторяемости стрессовых факторов происходит истощение адаптационных резервов организма, что может стать одной из причин развития послеродовых невротических расстройств. Одной из важных задач в проблеме развития стресса у беременных женщин является изучение психотравмирующих факторов, которые вызывают состояние внутреннего напряжения и дискомфорта. Влияние эмоционального стресса на течение беременности и родов, а также на состояние новорожденного изучены недостаточно. Необходимо дальнейшее изучение влияния различных психотравмирующих факторов на течение беременности и родов, а также на состояние матери и ребенка в послеродовом периоде. В современных условиях психологические и социальные проблемы семьи, ожидающей ребенка, демографический кризис в обществе могут выступать в качестве факторов, провоцирующих развитие невротических расстройств у женщины во время беременности. Это всегда сказывается на психологическом состоянии будущего ребенка. Беременность и роды для женщины являются временем значительных физиологических, психологических и социальных изменений. Молодые женщины, до 25 лет, как правило, стоят перед выбором, рожать ребенка или делать профессиональную карьеру. Очень часто у женщин в молодом возрасте этот внутриличностный конфликт является одной из причин развития невротических расстройств во время беременности. Для предупреждения развития этих состояний требуется тесное взаимодействие

акушеров и психологов. Беременные женщины часто испытывают тревогу из-за перестройки отношений с близкими родственниками. На данном этапе женщинам особенно необходима поддержка близких людей и квалифицированная помощь специалистов. Во второй половине беременности женщины часто испытывают страх перед предстоящими родами. Появляется неуверенность в себе как в будущей матери. На данном этапе необходимо проведение занятий, связанных с освоением женской роли матери и повышением чувства ответственности в течение родового процесса. Роды, прошедшие без осложнений, не всегда оказываются таковыми с психологической точки зрения. Если на протяжении беременности женщина в той или иной степени подвергалась воздействию стресса, то это может во многом изменить жизнь женщины, ее отношение к себе и ребенку после родов. Медицинские работники, сопровождающие женщину на протяжении всей беременности и родов, также оказывают влияние на ее психологическое состояние. В связи с этим медицинскому персоналу необходимо уметь взаимодействовать с беременными женщинами.

Абрамченко В. В. исследовал социально-психологические характеристики беременных женщин, проживающих в семьях с различной степенью социальной защищенности. Объектом исследования стали две группы женщин. Первая группа 340 беременных, имеющих различные параметры социальной незащищенности, вторая группа контрольная — 1962 беременные женщины, не имеющие параметров социальной незащищенности. Результаты проведенного исследования показали, что 50 % беременных из первой группы осознанно планировали беременность. В контрольной группе 75,5 % беременных планировали беременность. Одной из причин, обусловивших психологический дискомфорт женщин в период беременности, была тревога за будущего ребенка. Это беспокоило 50,5 % женщин в первой группе и 76,8 % в контрольной группе. Вторая основная причина — это материальное положение. В первой группе материальным положением были неудовлетворены 50,9 %, в контрольной группе — 42,3 %. Третья причина — неудовлетворительные условия проживания. В первой группе условиями проживания были неудовлетворены 27,7 %, в контрольной группе — 26,1 %. На то, что проблема взаимоотношений членов семьи была очень значимой во время беременности, указали 21,4 % женщин в первой группе и 33,5 % в контрольной группе. Ухудшением собственного здоровья в первой группе были обеспокоены 4,3 %, в контрольной группе — 11,6 %. Курили вне беременности 41,7 % опрошенных женщин в первой группе и 39 % в контрольной группе. На вопрос об эпизодическом употреблении спиртных напитков во время беременности положительно ответили 12,1 % беременных первой группы и 7,2 % беременных контрольной группы. В группе социально незащищенных женщин 11,7 % отметили негативное отношение к грудному

вскормливанию и 4,5 % негативно отнеслись к совместному пребыванию матери и ребенка в палате. В контрольной группе эти цифры составили 3,4 и 1,1 % соответственно. По результатам данного исследования был сделан вывод о том, что на психологическое состояние беременной женщины влияют ее взаимоотношения с мужем и другими близкими родственниками, состояние материального положения семьи и тревога за состояние здоровья будущего ребенка. Для благоприятного течения беременности и для дальнейших нормальных взаимоотношений между матерью и ребенком также очень важным аспектом является психологическая готовность женщины стать матерью.

Послеродовая депрессия обусловлена действием широкого спектра разнообразных факторов. Можно выделить четыре основные группы этих факторов:

1. Наследственная предрасположенность к аффективным расстройствам;
2. Физические и физиологические причины (изменения организма во время беременности и послеродов и т.п.);
3. социальные факторы (особенности семьи и социального окружения)
4. психологические факторы (особенности личности женщины, восприятия себя как женщины, матери и т.п.). Считается, что развитию послеродовой депрессии способствуют некоторые личностные черты, например, перфекционизм, склонность подавлять свои чувства и отсутствие умения просить других о помощи. Минительность, тревожность, так же склонность фиксировать внимание на негативных событиях. Трудности эмоциональной регуляции также могут лежать в основе депрессии.

Причины ПД носят комплексный характер

Наследственная предрасположенность к аффективным расстройствам, как правило, проявляется задолго до беременности и родов. Такие женщины часто испытывают значительные эмоциональные колебания: «приступы» раздражительности, вялости, утомляемости, повышенной плаксивости. Нередко им сопутствуют склонность к тревогам и страхам, вегетативные нарушения (головокружение, головная боль, тошнота, озноб, учащенное сердцебиение и мочеиспускание, нарушение сна и аппетита). Беременность и роды служат лишь толчком для возникновения депрессивного состояния.

Во время беременности происходит сильное изменение уровня гормонов в организме женщины: изменяется как количество выделяемых гормонов, так и их соотношение. Возрастающий уровень гормонов обеспечивает оптимальный кровоток в сосудах плаценты, а в момент родов - способность матки к сокращениям. После родов резкое снижение прогестерона и эстрогена

вызывает изменение эмоционального состояния женщины, возникновение вялости. Гормональные причины обычно связывают с постродовым унынием.

К физиологическим факторам возникновения ПД также можно отнести переутомление и недосыпание, связанные с кормлением и уходом за новорожденным. Физическое состояние после родов также может рассматриваться как один из факторов ПД, например, наличие швов, усталость, трудности с туалетом, принятием пищи, отсутствие комфорта в палате. С физическим состоянием также связано принятие образа тела после родов, женщины переживают за состояние фигуры, что никогда не удастся восстановить прежние формы.

К социальным факторам возникновения ПД в первую очередь относятся отношения в семье, так как в послеродовом периоде поддержка и внимание близких становятся крайне необходимы для женщины. Любые сложности во взаимоотношениях с мужем и родителями могут стать провоцирующим фактором послеродовой депрессии. Изменения, происходящие в жизни семьи после появления ребенка, также играют роль в возникновении депрессии. Отношения между супругами, родительские отношения текущие и предыдущие, жизненные события, способности и поддерживающие взаимоотношения отражаются на состоянии матери и ребенка. К примеру, если отец ребенка отказывается помогать жене в уходе за ребенком или проявляет недостаточно внимания к жене.

Зачастую неумение построить свою собственную семейную жизнь обусловлено отсутствием позитивного опыта семейной жизни, полученного в детстве и юности в родительской семье. Доверие, поддержка и любовь родителей способствуют формированию у будущей мамы уверенности в себе, что помогает впоследствии адаптироваться к новой для себя роли матери. А если у женщины нет положительного опыта семейной жизни, который помогает строить взаимоотношения в собственной семье, она оказывается неподготовленной к восприятию себя в роли жены, а затем и матери. Ей труднее понять причины неизбежных трудностей семейной жизни. Она хуже адаптируется к любому стрессу, в том числе к беременности и родам. Материальное положение, жилищные условия, также могут в некоторой степени воздействовать на состояние матери.

Психологические причины возникновения ПД можно рассматривать с двух точек зрения:

1. личностные особенности женщины, преморбидные характеристики;
 2. отношение к материнству, готовность к принятию новой социальной роли и т.п. особенности переживания женщиной беременности;
- ориентация на стратегию воспитания и ухода за младенцем;

- ранний детский опыт будущей матери (наличие или отсутствие - привязанности к матери, стиль родительского воспитания, игровые предпочтения и пр.).

Психологическая готовности к родам, состоит из:

1. Телесной.
2. Когнитивной. Включает комплекс представлений, стереотипов и знаний о самом процессе родов, о необходимых действиях роженицы во время родов, о том, каков может быть результат родов, и как поведение женщины в родах на него влияет. А также всевозможные негативные последствия.
3. Эмоциональной. Представляет собой комплекс отношений, чувств, переживаемых эмоций, а также возможные страхи и опасения женщины по поводу предстоящих родов. Также сюда относятся уверенность/неуверенность женщины в благополучном протекании собственных родов.
4. Мотивационной- принятие женщиной решения родить, какой мотив за этим стоит.
5. Семейной. Включает в себя восприятие женщины комплекса взаимоотношений с мужем, его включенности, отстраненности в процесс беременности, ожидания ребенка, родов.

При неразвитой семейной составляющей женщина чувствует свое одиночество, отделенность от мужа, воспринимает беременность и роды как часть своей личной жизни и изменений, происходящих только с ней. При этом женщина может чувствовать острую неудовлетворенную потребность разделить свои переживания с мужем, получить поддержку с его стороны. А муж при этом может воспринимать свою роль в период беременности и родов (а затем и в воспитании ребенка) как добытчика и кормильца семьи.

Анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме личностных особенностей женщин с ПД позволил выявить следующие факторы, способствующих формированию депрессивных расстройств в послеродовом периоде:

- Низкая стрессоустойчивость;
- Высокая тревожность;
- Лабильность эмоциональной сферы;
- Неуверенность в себе, низкая самооценка;
- Мнительность;
- Наличие внутриличностных конфликтов;
- Склонность к ипохондрии;
- Высокая чувствительность;
- Зависимость и внушаемость;

- Склонность к депрессиям, депрессивный склад личности;
- Склонность к формированию страхов и фобий;
- Инфантильность;
- Внутренний локус контроля (чрезмерно развитый, проявляющийся в склонности к самообвинению);
- «Негативное мышление», т.е. оценка происходящих событий с негативной по отношению к собственной личности точки зрения.
- Сильные и неоднократные стрессы или длительные переживания после однократного сильного стресса во втором и третьем триместре;
- Затяжные депрессивные или затяжные острые отрицательные эмоциональные состояния в течение всей беременности;
- Постоянное самообвинение и самобичевание (например, по поводу возникшего в начале беременности желания сделать аборт);
- Концентрация на страхе перед процессом родов;
- Систематический и просто частый отказ себе в переживании удовольствия;
- Попытки наверстать упущенное и обязательно доделать то, что не успели до беременности.
- Амбиции, нацеленность на карьерный рост.

Существуют данные о повышенном риске появления ПД после вторых и последующих родов при наличии подобного опыта в прошлом.

Также причиной возникновения ПД могут стать переживания, возникающие непосредственно после родов. Это и развитие чувства ответственности за ребенка, и конфликт между собственной личностью и формированием концепции материнства, приобретением новой социальной роли, изменением привычного образа жизни.

Одним из основным фактором развития послеродовой депрессии может проходить течение беременности. По мере появления психологических исследований в этой области возникла потребность во внедрении новых терминов. В качестве одного из них Н. П. Коваленко предложила термин «внутренняя картина беременности». Внутренняя картина беременности — это комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанных с формирующимся у нее образом беременности, на основе которого она строит свое поведение, направленное на адаптацию к своему состоянию. Во время беременности у женщины формируется психологическая готовность стать матерью. В связи с этим Я-концепция беременной женщины претерпевает серьезные изменения. Задача психологов в этот период состоит в том, чтобы помочь женщине в формировании эффективной Я-концепции, где ее составляющие, такие как воля, чувства и мысли были бы скоординированы, сбалансированы и направлены на формирование позитивного мысленного,

эмоционального и поведенческого аспектов в период формирования психологической готовности стать матерью. Роль матери занимает особое место в жизни женщины. В процессе формирования роли матери изменяются приоритеты ценностей, меняется представление о себе и окружающей жизни, меняются стереотипы поведения. Каждая женщина по-своему реализует эту роль. Многое зависит от традиций семьи, от стремлений и идеалов, приобретенных в процессе воспитания и обучения, а также от ее индивидуальных особенностей. Для успешного выполнения роли матери необходимо постоянное развитие и самосовершенствование личности женщины и достижение индивидуальных особенностей, способностей, позволяющих сформировать соответствующий потенциал будущего ребенка. Самосовершенствование предполагает концентрацию психической и физической активности женщины для преодоления собственных недостатков, для поиска и реализации внутренних резервов. Роль матери так или иначе зависит от разных функций, которые выполняет женщина и от состояний, в которых она может находиться. Для обеспечения правильного формирования роли матери у женщины должна быть сформирована адекватная самооценка, также должен быть сформирован мотивационный компонент. Материнская ответственность начинает зарождаться у женщины при первом шевелении плода. Однако далеко не все женщины в состоянии самостоятельно справиться с задачей, выработать в себе ответственность за своего будущего ребенка. Для того чтобы изменить эту ситуацию, необходимо профессиональное сопровождение молодой семьи в период ожидания и рождения ребенка. Большинство специалистов, работающих с беременными, готовят женщину к родам как к конечной цели, а не к тому, что роды это хоть и очень важный, но все-таки начальный этап во взаимоотношениях матери и ребенка. В результате такой позиции не дифференцируется отношение женщины к самим родам, к ребенку и к себе как к матери в целом. В этом случае женщина настроена на длительную работу, готова к переживанию боли, осознает, что в родах необходима ее активность, однако главным считает не сам процесс, а его результат — рождение ребенка. Чаще всего такое переживание родов в целом соответствует предварительным ожиданиям женщины. Именно этот вариант отношения к родам соответствует адекватному стилю переживания беременности и высокому уровню эмоционального благополучия ребенка. На психический статус беременных большое влияние оказывают социально-психологические и индивидуально-психологические факторы. Изучение закономерных связей психических и соматических факторов в формировании тех или иных психологических состояний у беременных женщин является одной из главных задач психологов, работающих в этой области. Рождение первого ребенка является кризисным периодом в семейной жизни для обоих

супругов. Появление нового члена семьи влечет за собой перераспределение обязанностей, изменение личностных ориентаций и предпочтений. Острее воспринимаются материально-бытовые проблемы, чаще возникают конфликты между супругами и их родителями. Молодые родители часто бывают плохо подготовленными к рождению первенца: женщины не готовы принять на себя новую роль матери, а зачастую просто не умеют ухаживать за новорожденным, а отцы не в состоянии помогать своим женам и оказывать морально-психологическую поддержку. Как показывает практика беременные, ожидающие рождение первенца, в течение первого года после родов нуждаются в социально-психологической помощи. Незапланированная беременность при отсутствии психологической готовности к материнству создает в большинстве случаев кризисную ситуацию, если беременность является основным поводом для вступления в брак или для совместного проживания, то в этом случае возникает целый ряд проблем: материальные, жилищные, бытовые, прекращение учебы, перспектива потери места работы. Также обостряются такие психологические проблемы, как неготовность молодых супругов к рождению ребенка и сложные взаимоотношения с родителями. После рождения ребенка появляются новые проблемы: вынужденное ограничение женщины семейными рамками, материальная зависимость женщины от родителей или от мужа, неопытность в уходе за ребенком, физическая усталость. Во время беременности возникает не только физиологическая перестройка в организме матери, но и влияет на ее эмоциональное состояние. В результате беременные становятся более ранимыми, чувствительными к стрессовым воздействиям, у них легче развиваются невротические реакции. Особую проблему представляют ситуации, когда сама беременность становится психотравмирующим фактором. Особенного внимания заслуживают беременные женщины в несовершеннолетнем возрасте.

Беременность в этот период связана с большим количеством стрессовых факторов психологического, социального и физиологического характера, нарушающих формирование гестационной доминанты и процесс адаптации. Беременность и роды у таких женщин в условиях их физиологической, психологической и социальной незрелости достаточно часто протекают с большим количеством осложнений и представляют значительный риск как для женщины, так и для ребенка. Поиск эффективных путей профилактики медицинских и психологических проблем у беременных женщин является актуальной задачей данных специалистов. Однако даже самое благополучное течение беременности и исход родов не решают всех проблем, поскольку несовершеннолетние беременные женщины имеют низкий уровень качества жизни, меньшие социально-экономические перспективы, а их дети отличаются низкими показателями здоровья. Желанная беременность тоже

может сопровождаться рядом психологических проблем. В ряде случаев желание женщины забеременеть обусловлено стремлением исправить нарушенные межличностные взаимоотношения. Как правило, послеродовой период у таких женщин сопровождается тяжелым депрессивным состоянием и вспышками немотивированной агрессии на окружающих и даже иногда на своего ребенка. Безусловно, психологическая подготовка беременных женщин к родам является очень важным этапом, но проводимые с этой целью занятия должны учитывать индивидуальные особенности каждой женщины. Психологическая подготовка должна включать в себя не только групповые, но и индивидуальные занятия. Кроме того, зачастую требуется работать также с членами семьи беременной женщины. Несовершеннолетние женщины нуждаются в специальных занятиях по особому плану, поскольку их базовый уровень знаний по обсуждаемым вопросам находится еще на низком уровне. Помимо общей подготовки к родам, психоэмоциональное состояние юных беременных может потребовать психокоррекции и психотерапии (индивидуальной, групповой или семейной). Так же существует проблема нежелания несовершеннолетних посещать занятия по подготовке беременных к родам. Это связано в основном с низким уровнем мотивации и с негативным психоэмоциональным состоянием несовершеннолетних беременных женщин. Однако не только подростки неохотно посещают занятия по подготовке беременных к родам и уходу за ребенком. В результате большинство молодых женщин оказываются неподготовленными к родам и не владеют элементарными навыками ухода за ребенком. С наступлением беременности многие женщины отмечают изменения самочувствия, выражющиеся в раздражительности, плаксивости, повышенной утомляемости, изменении аппетита, тошноте, сонливости в течение дня. Также у беременных женщин часто появляются тревожные расстройства. Тревога является фундаментальным эмоциональным состоянием, присущим человеку в ситуации неопределенности и ожидания с непрогнозируемым исходом. Тревожное состояние субъективно характеризуется ощущением внутреннего напряжения с активацией реакций вегетативной нервной системы. Определенный уровень тревоги имеет мобилизирующую функцию, при котором возникающее возбуждение необходимо для выполнения тех или иных задач. В данном случае представляют интерес прежде всего тревожные состояния у беременных, достигающие уровня психопатологических расстройств, имеющие связь с акушерской патологией и требующие срочной коррекции. Для дифференцирования физиологической тревожной напряженности от тревожных расстройств невротического и психотического уровней можно рассмотреть несколько примеров, в которых описываются различные клинические проявления, характерные для каждого из этих уровней. На физиологическом уровне чувство тревоги оценивается как

внутренний дискомфорт, небольшое волнение, успешно подавляемое. В данном случае тревожное состояние возникает время от времени в субъективно значимых ситуациях. Целесообразная деятельность не нарушена. В случае невротической тревожности во время беседы с беременной женщиной заметно, что она напряжена, насторожена, иногда вздрагивает, оглядывается. Речь несколько сбивчива, с запоминанием или излишней детализацией. Женщина высказывает мысли об опасности, неприятных событиях, ожидающих ее или семью в ближайшем будущем. Отмечается тремор рук, учащается пульс. При тревожности психотического уровня отмечается резкое двигательное возбуждение, может быть беспорядочное метание, стремление убежать от ситуации. Иногда, наоборот, возникает «общая скованность» или полная обездвиженность (крайний вариант), зрачки расширены, кожные покровы бледные, холодный пот. В последние десятилетия было выполнено не мало работ по изучению уровня тревоги у беременных. Наиболее высокий уровень тревожности отмечается в первом и в третьем триместрах беременности и в послеродовом периоде. Повышение уровня тревожности в первом триместре связано с изменениями самочувствия в рамках астенического состояния в начале беременности (тошнота, рвота, нарушения сна и аппетита). К факторам, влияющим на повышение уровня тревожности в третьем триместре, относится эмоциональное негативное переживание будущих матерей в связи с субъективным ощущением внешней привлекательности, изменением формы тела, страхом перед родами, опасениями за исход беременности. Установлено, что независимо от срока беременности, наиболее интенсивное стрессовое воздействие оказывают тревожные опасения за здоровье ребенка, исход беременности в связи с наличием акушерских осложнений, семейные конфликты, и материально-бытовое неблагополучие. Послеродовый период является временем повышенного риска развития невротических нарушений, в первую очередь, эмоциональных. Появление тревоги наряду с другими невротическими симптомами (депрессии, истерии, неврастении, расстройства ночного сна) формирует клиническую картину неврозов, невротических реакций, психопатии, психосоматических расстройств. Одним из часто встречающихся нарушений в период беременности являются депрессии. Они различаются по степени выраженности. К невротическому уровню относят реактивные депрессии и депрессивный невроз. Симптомы невротической депрессии (печаль, расстройства сна, снижение аппетита, подавленность, усталость, раздражительность) проходят быстро. В данном случае эти симптомы вызваны отрицательными жизненными событиями, не носят стойкий длительный характер. Если депрессивные симптомы сильно выражены, длительны и глубоко переживаемы и возникли без видимых причин, то это свидетельствует о депрессии психотического уровня. Невротические

депрессии проявляются такими симптомами, как частые смены настроения с тенденцией к снижению к вечеру. Часто снижение настроения сочетается с тревогой, с затруднениями засыпания, сон, как правило, поверхностный. Также отмечаются трудности при сосредоточении внимания, чувство усталости. К наиболее часто встречающимся причинам развития невротических депрессий на ранних сроках беременности относятся супружеские и внутриличностные конфликты, связанные с сомнениями относительно целесообразности сохранения беременности, тяжелые утраты, выкидыши. На более поздних сроках беременности первостепенное психотравмирующее значение приобретают преждевременные роды и внутриутробная гибель плода. Среди психологических факторов развития послеродовых невротических депрессий наибольшее значение имеют первые роды, предменструальный синдром в анамнезе, личностные особенности женщин, отделение ребенка от матери. Высокая частота невротических расстройств среди первородящих женщин объясняется следующими причинами. Рождение первого ребенка несет огромные перемены в жизни женщины, связанные с целым рядом проблем: ограничением личной свободы ради ухода за ребенком, впервые полученный опыт родовых болей, тревога и ответственность за жизнь новорожденного, кормление, недосыпание. Большинство женщин нуждаются в повышенном внимании и поддержке для адаптации к своей новой роли матери. В отличие от депрессий дородового периода в клинической картине невротических депрессий послеродового периода наиболее часто встречаются переживания женщинами собственной ущербности, беспомощности, невозможности справиться с уходом за ребенком, а также опасения о его здоровье, ипохондрические идеи.

Депрессивное состояние матерей неблагоприятно влияет на их взаимоотношения с младенцами. Женщины с депрессивными расстройствами по сравнению со здоровыми женщинами чаще испытывают противоречие или негативные чувства к детям, что затрудняет их общение, не позволяет матерям адекватно воспринимать новорожденных. Безусловно, женщины с послеродовыми невротическими депрессиями нуждаются в психологической помощи. Только здоровая мать может обеспечить чувство безопасности и доверия ребенка к окружающему миру. Послеродовая депрессия чаще всего возникает у женщин с такими личностными чертами, как повышенная тревожность, ранее перенесенная послеродовая депрессия. Семейные дисгармоничные взаимоотношения являются одним из важных факторов, способствующих формированию послеродовых невротических депрессий. Чаще всего женщины жалуются на отсутствие сочувствия со стороны мужа, который «не разделяет ее заботы и проблемы»: «Он не понимает, как мне трудно. Он мне не помогает». Женщины чувствуют себя одинокими, беспомощными, лишенными поддержки. В ряде случаев внутриличностный

конфликт может быть причиной семейной неудовлетворенности женщины. Разрешение этого конфликта требует психологической коррекции с участием всей семьи. Среди причин развития послеродовых невротических депрессий также большое значение имеют неблагоприятные социально-экономические условия. Причиной развития послеродовой депрессии у пациенток может стать бессознательное отвержение женской роли или амбивалентное отношение к материнству. Такое отношение возникает в результате воспитания без матери (например, из-за смерти матери, когда девушка еще не достигает подросткового возраста) или воспитание доминирующей, авторитарной, эмоционально холодной матерью. Целью психокоррекции является помочь пациенткам в осознании своих внутриличностных проблем и их разрешении. В случае невозможности изменения психотравмирующей ситуации проводимое психокоррекционное воздействие позволяет женщинам изменить свое отношение к стрессорному фактору. Первым этапом в работе с беременной является правильно построенная беседа, которая устанавливает с нею доверительные отношения. Предоставляя женщине время для изложения ее жалоб, переживаний или истории болезни, нужно создать атмосферу для формирования контакта на основе сочувствия, сопереживания и заинтересованности. Следует учитывать, что женщины, даже догадываясь о психогенных причинах своего состояния, могут не высказывать их вслух. Часто они полагают, что врачи интересуются только гинекологическими причинами или считают психологические проблемы признаками слабости. Необходимо обращать внимание на мотивации деторождения.

1.3. Психоэмоциональное состояние женщины страдающей послеродовой депрессией

Депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин. Психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности, оказывают неблагополучное влияние на социальное функционирование. Несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений у беременных женщин, в большем количестве случаев они не диагностируются. Изучение факторов, влияющих на их формирование, с целью разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины. Женщины жалуются на сниженное настроение, к которому присоединялись или с которым сочетались тревожные переживания и страхи предстоящих трудностей, опасностей и изменений жизни. Тревожные переживания представлены состоянием тревожной гипотимии, то есть сниженным настроением, связанным с ожиданием опасности (в протекании родов, предстоящем материнстве и пр.). Страхи

беременных женщин порой носят доминирующий характер, связанный с реальной ситуацией, преобладающей в сознании, вытесняя все другие мысли, и мешали сосредоточиться на текущей деятельности.

Тревога порой не имеет под собой реальных событий или обстоятельств. Сами женщины это состояние описывали как чувство внутреннего напряжения, которое либо присутствовало постоянно, либо как бы «накатывало» неожиданно и длилось различные промежутки времени. Отмечается появление язвительной придирчивости, мелочной критичности, что провоцирует конфликты с окружающими людьми, что еще больше снижало настроение. У повторнородящих женщин тревога носит рациональный характер и обусловлена реальными источниками: отягощенным анамнезом, неблагополучно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины. Для большинства женщин тревожно-депрессивные переживания связаны с отношением к себе беременной. Это может отражать неготовность этих женщин к изменениям в семейной и социальной сферах жизни, к принятию роли матери. Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством во всех случаях сочетаются с отклонением от адекватного стиля переживания беременности, с неблагоприятной семейной ситуацией, с отрицательным отношением к изменениям в собственном организме и недовольством отношением окружающих, с отклонением от адекватного восприятия ценности ребенка и неблагоприятной тенденцией интерференции ценностей, с отклонением от адекватного типа материнского отношения. Отношение к изменениям в своем состоянии и претензии к другим людям, в том числе к отцу ребенка, близким родственникам, медицинскому персоналу, отражают неудовлетворенность ситуацией материнства (и беременностью) и могут служить одним из диагностических показателей. В первом триместре беременности как один из наиболее значимых стрессогенных факторов беременные женщины выделили изменение собственного самочувствия, утомляемость усталость. Во втором триместре беременности среди стрессогенных факторов связанных с повышением тревожности можно выделить госпитализация в больницу, конфликты на работе, страх перед родами. В третьем триместре беременности происходят существенные изменения. Все стрессогенные факторы положительно связаны с уровнем тревожности. Именно в третьем триместре женщины выделили наиболее значимым для себя стрессогенным фактором тревогу за будущего малыша. А все остальные факторы тем или иным образом могут оказаться на здоровье будущего ребенка, поэтому и вызывают повышенный уровень тревожности. Для повторнородящих женщин среди стрессогенных факторов, влияющих на развитие тревоги, были отмечены — болезни старших детей,

болезни родителей или мужа. Общее эмоциональное состояние беременной женщины очень нестабильное, она постоянно думает о предстоящих родах, о своем здоровье и о здоровье будущего малыша, поэтому «плохой сон при беременности», «конфликты с начальством», «госпитализация в больницу», «повышенная усталость, утомляемость», «страх перед родами» — все влечет за собой повышение уровня тревожности. Нарушение психической адаптации, которое наблюдается у всех беременных женщин, является многофакторным образованием, связанным как с проявлениями самой беременности, так и с особенностями личности, структурой неврозоподобных расстройств и различными психосоциальными характеристиками. Стressовые факторы и формирующиеся вследствие них смешанные тревожные и депрессивные расстройства в период беременности является одним из серьезных факторов риска перинатальной патологии. Возрастает угроза прерывания беременности. Высокий уровень личностной тревожности, проявляющийся в эмоциональной дискомфорте, астении, ощущении непонятной угрозы и неуверенности в себе, тревожной оценке перспективы. При нервно-психической напряжении при любом сроке беременности может появляться агрессивность, раздражительность, вспыльчивость. Особенности психоэмоциональных расстройств: эмоциональная лабильность, раздражительность, возбуждение, депрессия, плаксивость, апатия, ухудшение памяти, нарушение сосредотачиваемости, утомляемость, слабость, нарушения формулы сна (бессонница/летаргия), чувство страха, ощущение тоски, нарушения либидо, гиперчувствительность к звукам и запахам, обонятельные и слуховые галлюцинации. Данная клиническая симптоматика варьирует в зависимости от триместра беременности. Таким образом, нарушение психической адаптации, которое наблюдается в клинической картине, является многофакторным образованием, связанным как с клиническими проявлениями, так и с особенностями личности, структурой неврозоподобных расстройств и различными психосоциальными характеристиками. Важно отметить, что все эти проявления связаны с таким физиологическим механизмом как беременность и послеродовой период.

- Женщина начинает испытывать непроходящее ощущение подавленности. Она не в состоянии справиться с этим угнетающим чувством, которое особенно усиливается в вечернее или утреннее время (иногда оно появляется и утром, и вечером);
- Часто в голове возникают мысли об отсутствии смысла дальнейшей жизни;
- Может начать формироваться комплекс вины, особенно если у ребенка какие-либо проблемы со здоровьем;

- Нарастает раздражительность, которая проявляется в виде агрессии, направленной на всех членов семьи (чаще всего, от этих проявлений страдает муж и старшие дети);
- Рассеянность внимания, невозможность сконцентрироваться на одном занятии является важнейшим симптомом из большинства признаков послеродовой депрессии;
- Повышается эмоциональная чувствительность. Она выражается в чрезмерной плаксивости, которая появляется при самых, казалось бы, незначительных поводах. На фоне того, что женщина испытывает эмоциональное истощение, наблюдается упадок сил;
- Невозможность полноценного отдыха, так как обуревающие женщину чувства не дают ей возможности спокойно спать. Поэтому бессонница является характерным признаком послеродовой депрессии;
- Аигедония, или невозможность получать удовольствие от любых радостных моментов жизни. Сопровождается нежеланием смеяться над шутками, унылостью, хандрой и апатией;
- Чрезмерная озабоченность здоровьем появившегося на свет ребенка. Мамы с послеродовой депрессией являются частыми посетительницами педиатров и детских врачей, имеющих более узкую специальность;
- Опасения за состояние собственного здоровья. Женщина начинает искать и обязательно находит признаки болезней. На этом фоне начинает развиваться ипохондрия, которая сопровождается частыми жалобами на собственное здоровье, восприятие любых обычных ощущений, как признаков патологии, убежденность в наличии то одного, то другого заболевания;
- Иногда происходит и так, что женщина вовсе перестает беспокоиться за младенца, более того, испытывает к нему чувство отторжения и неприязни. Подобное состояние может приводить к тому, что женщина убеждает себя в том, что ребенок не её собственный, а подмененный в родильном доме;
- Наблюдается частая смена настроений;
- Нередко женщины, впавшие в депрессию, наблюдают у себя провалы в памяти;
- На фоне развивающейся послеродовой депрессии могут возникать функциональные расстройства, например, нарушения деятельности ЖКТ, появление головных болей. Из физических проявлений депрессии можно также выделить неприятные ощущения в суставах, мышцах, спине, частые головокружения;

- У женщины может пропадать желание принимать пищу, на этом фоне начинается неконтролируемая потеря веса;
- Меняется походка и речь. Чаще всего, они ускоряются, хотя в редких случаях может наблюдаться медлительность и заторможенность.
- Отсутствие или снижение аппетита;
- Те или иные расстройства сна (трудность при засыпании, раннее пробуждение, поверхностный сон, не приносящий чувства отдыха, или кошмарные сновидения);
- Астенический синдром, отсутствие сил и желания что-либо делать, сопровождающееся постоянным чувством усталости;
- Невозможность сконцентрироваться на простейших жизненных ситуациях;
- Нарушения менструального цикла, исчезновение сексуального влечения.

Возможно возникновение и другой соматической симптоматики, призванной маскировать депрессию.

Для ПД характерна неспособность адекватно оценивать свое состояние, изменить плохое настроение на хорошее, тревогу и обидчивость - на спокойствие. Ситуация усугубляется еще и тем, что негативные переживания, испытываемые женщиной, не похожи на ожидаемые радость и облегчение, которые должны были бы наступить после родов. Возникает чувство одиночества, изолированности, кажется, что никто не обращает внимания и совершенно не придаст значения тому, что происходит с ней, не понимает всей важности ее беспокойства по поводу ребенка. Женщине кажется, что ее состояние совершенно не интересно окружающим, что они не поддерживают и не понимают ее.

Когда депрессивное состояние усугубляется, оно может трансформироваться в психоз, при котором нередко возникают мысли о том, чтобы причинить вред себе, или даже ребенку.

В медицинской практике депрессия (от лат. *deprimo* «давить», «подавить») — это психическое расстройство, характеризующееся так называемой депрессивной триадой ("триадой Ясперса"):

- 1) снижением настроения, утратой способности переживать радость (ангедония);
- 2) нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.) и
- 3) двигательной заторможенностью.

Отмечается снижение энергичности, выраженная утомляемость порой даже при небольшой нагрузке. К другим симптомам относятся:
а) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;

- б) снижение самооценки и уверенности в себе;
- в) идеи виновности и уничижения;
- г) мрачное и пессимистичное видение будущего;
- д) идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид;
- е) различные нарушения сна (режима, продолжительности, качества ит.д.);
- ж) снижение аппетита

Глава 2. Влияние и последствия послеродовой депрессии

Женщины с ПД часто отстранены, что не позволяет в полной мере откликаться на потребности ребенка. Удовлетворение базовых потребностей и эмоциональных является залогом развития здоровой психики ребенка. В работе «О природе привязанности ребенка к матери» Боулби впервые высказал предположение, что существует биологически обусловленная система привязанности, отвечающая за развитие эмоциональной связи между матерью и ребенком. Для ребенка привязанность важна с точки зрения безопасности и выживания. Современные исследования показывают, что система привязанности представляет собой первичную генетически закрепленную мотивационную систему, которая активируется сразу после рождения, при первом контакте новорожденного с матерью и выполняет функцию обеспечения ребенку материнской заботы, гарантирующей выживание. Большое внимание уделяется также изучению гормональной поддержки привязанности, роли окситоцина. Этот гормон образуется уже во время беременности, «настраивая» мать на принятие ею будущего ребенка; он играет важную роль в родах и в постнатальном периоде, способствует установлению взаимной привязанности между ребенком и матерью. Показано, что окситоцин выделяется как у матери, так и ребенка во время кормления, покачивания ребенка на руках, что приводит к сопутствующим психологическим эффектам: желанию поддерживать контакт, чувству близости и расслабления.

ПД имея ряд симтомов представляет серьезную проблему послеродового периода. Она характеризуется сниженным настроением, раздражительностью, нарушением концентрации внимания, чувством вины и беспокойством. ПД влияет на жизнь матери, ребенка и семьи в целом. ПД меняет восприятие матери своего ребенка, ее манеру общения с ним. Период детства – самый уязвимый период для возникновения расстройств психического развития, который определяет начальный этап становления личности в конкретных социальных условиях. Для младенца общение с матерью является первым эмоциональным опытом, который влияет на психологическое и физическое здоровье малыша. Причем чем младше ребенок, тем сильнее это влияние. Нарушения в системе мать – дитя может стать причиной психосоматических расстройств у новорожденного. Мать является своеобразной социальной средой для младенца, через нее он познает окружающий мир, что влияет на его рост и развитие. Многие ученые утверждают, что дети матерей с ПД чаще имеют отклонения в эмоциональном и когнитивном развитии. В дальнейшем эти дети будут более подвержены депрессивным расстройствам. Проблема изучения взаимодействия материнского поведения и психического развития детей является одной из актуальных в современной медицине, так как в

настоящее время число родильниц, страдающих ПД, возрастает. Депрессивное состояние матери изменяет ее отношения с миром. В первую очередь, изменяется поведение в отношении собственного ребенка, так как именно с ним она проводит больше всего времени. Изменения в эмоциональной сфере сопровождаются снижением настроения, грустью, потерей интереса к любым занятиям, плааксивостью, утратой радости и удовольствия, появлением болевых ощущений без определенной локализации. Притупляются материнские чувства, при этом, женщины не могут понять, что с ними происходит и почему они не испытывают чувства любви к своему ребенку. Матери становятся менее эмоциональны в общении с ребенком, меньше разговаривают с ним и редко берут его на руки. Они долго реагируют на плач младенца. Появляется раздражительность и негативная реакция на любые его действия. Тогда женщина начинает испытывать чувства вины за свое поведение, что сочетается с чувством тревоги за здоровье малыша.

Психофизический упадок энергии, что затрудняет уход за ребенком. Женщина много времени проводит в постели, с жалобами на выраженную слабость. К тому же, данное депрессивное состояние может оказаться на снижении лактационной способности. Нарушения в когнитивной сфере характеризуются снижением ясности мышления, появляются трудности сосредоточения и принятия решений. Возникает тревога, страх, беспокойство за ребенка. Возможно развитие чувства неполноценности. Влияние ПД на развитие ребенка ПД матери оказывает непосредственное влияние на физическое, когнитивное, нервно-психическое развитие ребенка.

Наблюдалась связь ПД матери с полом ребенка и социальным классом по показателям активности, отвлекаемости, а также нарушениям поведения.

В 7-8 мес. формирование *привязанности*, которая с точки зрения Боулби является биологическим механизмом, обеспечивающим безопасность ребенка; комплекс *привязанности* является сформированным комплексом эмоциональных образов, который связывает ребенка и значимого взрослого. В Боулби Джон описал такое явление как привязанность, которое формируется в 6-7 месяцев. Он упрекал Фрейда в том, что последний отрицал реальное взаимодействие матери и ребёнка, идя вглубь. В классическом психоанализе считается, что главное – это удовлетворение потребностей,

Б. Д. заметил, что ребёнку больше важно эмоциональное взаимодействие. Он построил новое представление об инстинктах.

Инстинктивное поведение очень гибкое, оно реагирует на изменение среды. Как раз привязанность – некая форма регуляции поведения, является необходимой для защиты ребёнка, иначе он не выживет. Эмоциональные реакции – это способ «привязать» к себе мать. Т. о., привязанность – это особый тип поведения и эмоциональная связь. При этом, регуляция поведения

опирается на когнитивную карту или рабочие модели, которые отражают и среду и внутренние представления.

Поведение при этом отличается специфичностью, которая заключается в обеспечении близости с родительской особью, оно диктуется потребностью в защите от опасности. В основе привязанности лежат инстинктивные компоненты; это процесс, который начинается с момента рождения ребёнка, проявляется в первой реакции на лицо и т. д. Затем взрослый начинает использовать ребёнком как надёжная база для подпитки и проявляется в 2-3 года как очень выраженная форма отношений (система).

При разлуке система активируется. Если мать исчезает, то ребёнок начинает её искать. А. Фрейд проводила исследования: детей, оставшихся под бомбёжкой в Лондоне рядом с материами и детей, которые были вывезены из города, но без матерей – у них были выражены неврозы. Если разлучение произошло после 6 месяцев (привязанность уже сформировалась), то ребёнок оказывается травмированным, что проявляется в плаче, крике, отчуждении, ступоре, так как у него ещё не сформировалось собственное «Я». Главным качеством матери является чувствительность и длительность взаимодействия, что и формирует привязанность.

Нормальная привязанность обеспечивает ребенку нормальное исследовательское поведение, что создает основу для взаимодействия с окружающим миром и другими взрослыми.

М. Эйнсворт выделила следующие *типы привязанности*:

- 1) **надежная привязанность** (характеризуется огорчается, когда уходит мама, после ухода мамы возвращаются к исследовательской деятельности, но она носит менее активный характер, при возвращении мамы они радуются приходу матери);
- 2) **избегающая привязанность** (дети не реагировали на уход матери и не реагировали на приход матери, поведение ребенка с уходом матери практически не менялось);
- 3) **амбивалентная привязанность** (ребенок сильно огорчался уходу матери, исследовательская деятельность разрушается, после прихода матери ребенок привлекает внимание к себе негативным способом);
- 4) **дезорганизованная привязанность** (определенный паттерн не складывается).

В результате исследования матерей, имеющих детей с разными типами привязанностей, оказалось, что для формирования привязанностей важным является частота эмоционального общения матери с ребенком, а также активный отклик матери на плач ребенка.

Все привязанности – факторы риска, кроме первой, которая является основой для нормального развития. Первая привязанность может повлиять на привязанность детей к друзьям, далее – на отношения с Любимыми.

Есть дети, у которых не развита привязанность – это патология. Когда у ребёнка нет главных лиц в его окружении, то это плохо и привязанность может не сформироваться. Следовательно, не будет друзей, подруг, не возникнет любовь.

Для детей матерей с ПД характерно отсутствие комплекса «оживления» в ответ на эмоциональное общение, у них значительно больше отрицательных и меньше положительных эмоций, чем у 10-месячных детей матерей без депрессии. Известно, женщины с ПД иначе относятся к своему ребенку: воспринимают его как более надоедливого, неспокойного. Впоследствии такие дети испытывают затруднения в выражении чувств, жалуются на постоянную тревожность, чувство страха, имеют склонность к развитию депрессии или любого другого психического заболевания. У младенцев матерей, страдающих ПД, также развивается депрессивный стиль реагирования. Влияние ПД на социальное функционирование М. Эйнсворт разработала процедуру, известную как «странный ситуация». В ходе эксперимента мать и ребенка вводили в игровую комнату, в которой ребенок мог свободно передвигаться. Затем, ребенок взаимодействовал с незнакомым взрослым сначала в присутствии матери, затем без неё. На основании этого исследования были выявлены три типа привязанности: 1. Безопасная привязанность – ребенок перестаёт изучать игрушки при появлении незнакомца, идет на контакт, быстро успокаивается, затем в случае необходимости легко переходит к игре. 2. Тревожно-амбивалентная привязанность – характеризуется сочетанием отрицательных эмоций при разлуке с матерью и реакции "наказания" при появлении матери. Поведение ребенка по отношению к незнакомому человеку может быть, как чрезмерно доверительным, так и игнорирующими. 3. Игнорирующая привязанность характеризуется отсутствием интереса у ребенка к другим людям, новым ситуациям, активное избегание контактов, предложенных матерью. В литературе подтверждается влияние ПД на привязанность младенцев. В частности, младенцы матерей с ПД чаще проявляют неуверенность (игнорирующую или тревожно-амбивалентную привязанности), тогда как младенцы матерей, не страдающих ПД, чаще – безопасную привязанность. Типы привязанности, обнаруженные М. Эйнсворт, рассматриваются в современной психологии привязанности как специфические адаптационные модели в рамках нормативных отношений матери и ребенка. Дезорганизованная привязанность, напротив, не является адаптивной стратегией поведения, она указывает, что у ребенка в стрессовой ситуации расставания и воссоединения с матерью нет адекватной модели поведения. Кроме того, клиницисты обнаруживают в группах клинически больных детей и в детско-родительских диадах с отклонениями в отношениях иные

психопатологические паттерны привязанности, которые они обозначают как «нарушения привязанности». Исследования П. Криттенден, в которых изучались дети, испытывающие пренебрежение, жестокое обращение, ставшие жертвами насилия со стороны взрослых, привели к расширению классификации паттернов привязанности в детском возрасте. У них были обнаружены следующие паттерны: сочетание тревожно-избегающего и амбивалентного поведения, а также сочетание тревожно-избегающего и дезорганизованного поведения; кроме того, у детей наблюдалось неадекватные аффекты и неверные социальные представления. Криттенден выявила у детей дошкольного возраста такие специфические отклонения в поведении, как навязчивая забота и чрезмерное приспособление во взаимодействии с матерью в сочетании с паттерном тревожно-избегающей привязанности. Изучая проявления тревожно-амбивалентной привязанности у детей данных групп, она выявила детей с агрессивным, угрожающим поведением, а также с беспомощным, инфантильным поведением во взаимоотношениях с матерью. К вышеприведенным психопатологическим паттернам привязанности Криттенден в дальнейшем добавила паттерн, характерный для школьного возраста — с наказывающим поведением, и для подросткового возраста — с уходом в себя и проявлениями спектра поведения от угрожающего до параноидного. Подобное поведение при крайних вариантах проявления избегающей и амбивалентной привязанности сочетается с нарушениями аффективной сферы и социальных когниций. Каким образом привязанность ребенка к матери в раннем детстве связана с его дальнейшим развитием? Как качество привязанности влияет на характер межличностных отношений ребенка в будущем? Дж. Боулби в своих известных работах «Привязанность» и «Разлука» высказал предположение, объясняющее как стабильность, так и долговременное влияние ранних привязанностей. В результате опыта взаимодействия, разлук и воссоединения ребенка с матерью (первичным опекуном) формируются внутренние операционные модели («рабочие модели») представляющие собой ментальные (когнитивные) репрезентации Себя и Другого, которые в дальнейшем используются для интерпретации межличностных отношений. Современные исследования внутренних операционных моделей направлены на изучение связи между качеством привязанности, образом «Я» и «Других». Показано, что младенцы, имеющие позитивную операционную (рабочую) модель «Я» и своих опекунов, формируют надежную безопасную привязанность; проявляют уверенность в себе, позволяющую исследовать и преодолевать новые вызовы окружающего мира; в дальнейшей жизни способны устанавливать надежные, доверительные, теплые дружеские и семейные отношения. Позитивная модель «Я» в соединении с негативной моделью «Других», в случае невосприимчивых и навязчивых опекунов

указывает на высокую вероятность формирования у ребенка избегающей привязанности и обесценивания эмоциональных связей. Негативная модель «Я» и позитивная модель «Других», если ребенок не всегда получает необходимое ему внимание и отзывчивость опекунов, связана с сопротивляющейся привязанностью, трудностями установления позитивных эмоциональных межличностных отношений. Негативная операционная модель «Я» и «Других» связывается с дезорганизованной/дезориентированной привязанностью, боязнью испытать обиду, страдание в близких взаимоотношениях. Ребенок формирует операционные модели для каждого из опекунов: матери, отца, других близких людей. Такие операционные модели, изначально гибкие, по мере развития ребенка стабилизируются, становятся ментальной репрезентацией привязанности. Надежная стабильная репрезентация привязанности способствует личностной стабильности. Дети матерей с ПД испытывают больше негативных эмоций, они не проявляют интереса к окружающим людям, незнакомым предметам, не синхронизируют своё поведение с поведением матери, в её отсутствие не выражают недовольство. Более того, дети часто плачут при общении с матерью, стараются избегать контакта. Такое же поведение проявляется при взаимодействии с незнакомыми взрослыми, не имеющими депрессию. Пониженная чувствительность матери к ребенку, эмоциональная холодность, тревожность, характерные для ПД, оказывают отрицательное влияние на взаимодействие матери с ребенком, особенно в течение 1 года жизни. У многих женщин симптомы ПД делятся в течение 2 лет, что является значимым фактором риска для формирования «интернализации» и «экстернализации» поведения ребенка в возрасте 2 и 3,5 лет. Экстернализационные проблемы заключаются в агрессивном поведении, гиперактивности, непослушании, а проблемы интернализации включают в себя тревожность, депрессию. У детей могут появляться трудности в общении, они чаще склонны к дезориентированному поведению. Дети матерей, имеющих ПД, по сравнению с детьми здоровых матерей, значительно чаще проявляют протест, при общении отводят взгляд, мало играют, не могут сконцентрироваться на чем-либо. Депрессивный стиль поведения проявляется не только при взаимодействии с матерью, но и при общении с другими людьми. Материнская ПД оказывает значительное влияние на нарушение сна младенцев, особенно в возрасте до 24 недель. Длительность, скорость засыпания, характер сна, а также количество пробуждений и продолжительность спокойного дневного и ночного сна у детей, матери которых имеют ПД, сильно отличаются от аналогичных показателей у детей здоровых матерей. Уровень содержание в крови младенцев кортизола и норадреналина соответствует уровню тяжести материнской ПД. Во время глубокого сна в передней доле гипофиза синтезируется СТГ, отвечающий за

рост и развитие организма. Нарушение сна приводит к снижению данного гормона и, как следствие, уменьшению длины тела. Синдром внезапной смерти представляет собой одну из основных причин летальных исходов у детей, родившихся живыми и считающихся здоровыми. Тесная взаимосвязь между материнской психопатологией и младенческими вегетативными дисфункциями говорит о значимости ранней диагностики и лечения материнской ПД. Известно, что ПД матери способствует высокой заболеваемости ребенка, увеличивает риск возникновения хронических болезней. Изменение регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у матерей с ПД способствует угнетению иммунитета, что приводит к иммунной и эндокринной патологии у детей. У младенцев матерей с ПД отмечается несостоительность клеточного звена врожденного и приобретенного иммунитета, пониженная иммунологическая реактивность, депрессия иммунного статуса. Доказано, что общая заболеваемость детей, матери которых страдали ПД, на 1-м году жизни выше на 69%. Чаще всего встречаются патологии органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, болезни кожи, анемия. Известно, что у таких детей болезни желудочно-кишечного тракта встречаются на 40% чаще, нижних дыхательных путей – на 27% по сравнению с детьми здоровых матерей. Исследована взаимосвязь между ПД матери и травматизмом детей: высокий риск приобретения травмы сохраняется до 3-летнего возраста. Известно, что женщины во время беременности часто страдают железодефицитной анемией, это приводит к изменениям качества жизни, эмоциональной нестабильности, депрессии, снижению когнитивных способностей. Нервно-психическое развитие большинства (68%) младенцев 1-го года жизни, матери которых страдали ПД, отставало от эпикризного на 1–2 срока. ПД матери негативно сказывается на речевом развитии, когнитивных способностях ребенка. У таких детей низкий словарный запас, снижено количество понимаемых слов, речь бедная, слоговая.

Депрессия у матери оказывает негативное влияние на ребенка. В частности, оно отражается на физическом, нервно-психическом, когнитивном развитии, воздействует на эмоциональное поведение, социальное функционирование, сон ребенка. Причем, эти изменения проявляются не только в младенчестве и детском возрасте, но и в дальнейшем развитии человека. ПД приводит к повышению заболеваемости, что влечет за собой увеличение детской смертности. Данная проблема актуальна для развития психически, физически здорового населения, и снижения показателей смертности. Исследование ПД заслуживает более пристального внимания для улучшения ее распознавания, лечения и предупреждения, смягчения последствий ПД на детей и семью в целом.

2.1. Профилактика, помощь и лечение послеродовой депрессии

Один из важнейших этапов - это самопомощь при послеродовой депрессии, к ним можно отнести:

1. Важно понять и осознать, что с таким состоянием сталкиваются женщины, что это проблема не только у вас. Не стоит идеализировать роль мамы и жены, которая все успевает, не расстраивается, не огорчается, находится в абсолютной любви и не устает. В сравнении с собой с «идеальной» всегда найдется повод себя упрекнуть и испытать чувство вины. Все это может привести к бесконечному самобичеванию. Реальная мать как и любой другой человек может испытывать усталость, у нее может что-то не получаться, может заканчиваться терпение и она может испытывать разные чувства по этому поводу. Не корить себя за злость, за негативные чувства. Ее ресурсы не безграничны и раздражение бывает при хронической стрессовой ситуации. Не упрекайте себя, позвольте себе принять состояние и восстановиться.
2. Следует себе напоминать, что состояние временное, что бессонные ночи закончатся, ребенок подрастет и станет легче, что это такой период и через него проходят многие мамы. Ставить не драматизировать, не смотреть через «темные очки» на данный период жизни, стараться видеть положительные стороны, благодарить за то, что есть.
3. С частыми подъемами ночью на плач ребенка, на кормления, хронические недосыпы и истощение присущи данному периоду. Надо понимать, что мама не может быть такой же деятельной и работоспособной, что не всегда есть этот ресурс. В таком состоянии не надо переутомляться, откладывать какое-то домашнее дела можно немного отложить, а за место этого днем спать вместе с малышом. Задать вопрос себе, хочешь быть идеальной хозяйкой или нервной и истощенной мамой. Даже если удается сделать что-то одно, то это уже не мало. Не критикуйте себя, относитесь к себе бережно. Примите свое состояние. Надо помнить, что хорошее состояние, настроение и самочувствие самое важно для мамы и малыша.
4. Понимание того, что предъявление к себе сверх требований может вызывать чувство вины, затягивать как в пучину, вызывать тревожность и в итоге можно впасть в глубочайшую депрессию.
5. Ставить просить о помощи, вовлекать мужа, бабушек, няню по возможности. Это даст возможности восстановить силы.
6. Необходимо нормализовать сон, это поможет быстрее восстановиться.
7. В свободное время стараться не отдаваться тревожным мыслям, а выбирайте для себя то, что вы любили и то, что вас радовало. Встречи с

- приятными для вас людьми, спорт, расслабление, йога, медитация, рисование, пение.
8. Может это музыка любимая, танцы, интересные фильмы, аудиокниги.
 9. По возможности чаще гулять на свежем воздухе с малышом.
 10. Постараться не избегать общения. Возможно это будут такие мамочки с малышами, с которыми можно поделиться своими мыслями и переживаниями, понять, что вы не одни.
 11. Ставить за свою внешность, потому что ежедневное созерцание себя с растрепанными волосами, в пижаме конечно же не всегда способствует улучшению настроения.
 12. Говорите о своих чувствах, не замыкайтесь в себе и в своем одиночестве. Расскажите о своем душевном состоянии отцу ребенка, возможно он не сразу поймет, возможно ему самому тяжело в новой роли и адаптации к новой жизни. Кроме всего прочего женщина становится выключена из привычной ей социальной жизни: работа, успех и признание на некоторое время остаются в прошлом. И для того, чтобы компенсировать это недостающее звено в жизни, мамы стараются все это компенсировать через ребенка. Но ребенок, это не средство для компенсации своих амбиций, это в дальнейшем может осложнить ваши отношения сейчас или в будущем. Сейчас малышу гораздо важнее любовь и заботливое отношение мамы, а не ее успехи в воспитании идеального и успешного ребенка.
 13. По возможности проводить время с супругом, стараться видеть и замечать друг друга, видеть друг друге мужчину и женщину, говорить друг о друге, не только о ребенке. Ведь рождение малыша как счастливый, так и непростой период в жизни супружеских в новой роли, адаптация к детско-родительским отношениям. В этот период можно потерять эмоциональную близость и отдалиться друг от друга. Ведь супружеские отношения-это фундамент детско-родительских отношений.
 14. Если вам кажется, что вы «ничего не хотите», помогите своим желаниям оформиться.
 15. Важно наладить нормальный процесс лактации. Для этого есть специалисты по грудному вскармливанию, которые смогут вас проинформировать по всем тонкостям данного процесса. Лактация-это гормонозависимое состояние, при котором организм продуцирует пролактин и окситоцин (это гормоны связи и любви). Специалисты заметили, что при налаженной лактации послеродовые перепады настроения у женщин встречаются гораздо реже или протекают в более легкой форме. В свою очередь проблемы с лактацией возникают у женщин на фоне стресса.

16. Питание будет влиять на ваше самочувствие, поэтому необходимо полноценное сбалансированное питание, достаточное количество витаминов группы В, что необходимо для нервной системы, витамин D.

Что важно знать близким и родным, что пониженное настроение, тоска, плаксивость и печаль – это не каприз и не блажь, такое состояние не нравится и самой женщине, она сама с трудом переживает свое состояние, что ей необходима помощь и поддержка. Не надо говорить слова «вставай и иди», взвывать к разуму или силе воли, это только увеличивает в ней чувство вины и недовольства собой. Попытайтесь поддержать и понять ее тревогу. Постарайтесь выполнить то, в чем она нуждается, а не чего вы хотите.

Психологическая помощь матери и ребенку на разных этапах развития материнства и материнско-детского взаимодействия должна строиться с учетом всех особенностей содержания и развития материнской потребностно-мотивационной сферы женщины. Своевременная диагностика содержания и развития материнской сферы позволяют выявить группу риска (нарушение материнско-детского взаимодействия, девиантное материнство, послеродовые депрессии и т.п.) на первых месяцах беременности и даже в период планирования беременности (в центрах планирования семьи, в женских консультациях). Опираясь на представление об онтогенетических этапах материнской сферы, можно строить профилактическую и коррекционную работу. Психологическая помощь для женщины по проблемам материнства может осуществляться в рамках различных форм психологической практики. Чаще всего это не специализированные психологические службы. Можно выделить направления психологической практики, где женщина может получить более или менее полноценную и квалифицированную помощь по проблемам материнства:

- Подготовка к родам и материнству (курсы для будущих родителей, школы подготовки к родам и т.д.).
- Индивидуальное и семейно-психологическое консультирование и психотерапия. - Психологическая помощь матери и ребенку.

Каждый из этих направлений основывается на всевозможных психологических подходах и технике консультирования и терапии и более менее включая проблематику материнства.

Подготовка к родам и материнству. Такая подготовка осуществляется различными медицинскими и психологическими организациями, а также неформальными объединениями родителей и индивидуально практикующими специалистами (психологами, акушерами и т.п.). Это могут быть курсы и школы для будущих родителей и другие, которые в основном ставят своей

целью подготовку беременных женщин и семейных пар к родам. В такую подготовку входит обучение технике расслабления, дыхания, регуляции своих эмоциональных состояний, освоение разных навыков для облегчения родов, в том числе «родового голоса» и т.п. Обычно включаются занятия по повышению родительской компетентности, гимнастика, различные формы творческой деятельности. В некоторых случаях программа шире, с акцентом на психологическую подготовку к родам и материнству. Используются различные формы групповой работы, направленной на развитие творческих способностей, личностный рост, развитие эмоциональной сферы, снятие тревоги, обработка образа ребенка, своих ожиданий от родов, используются методы пренатального обучения и налаживания взаимодействия матери с ребенком во время беременности. Занятия в таких школах проводятся групповые, часто совместные для будущих матерей и отцов. Включаются методы арт-терапии, групповой психотерапии, музыкальной и телесно-ориентированной терапии, аутотренинг, хоровой и индивидуальный пение и т.п., частично адаптированные для целей подготовки к родам и материнству. Разработаны оригинальные методы, например обработки образа ребенка и своих ожиданий от родов с помощью медитаций, рисунков, других видов творческой деятельности, групповое обсуждение проблем беременности и родов, освоение родового голоса и пение колыбельных песен и др. Проводится тренинг поведения в родах, взаимодействия с ребенком, семейных отношений. За рубежом такие школы и курсы достаточно широко распространены и чаще всего проводятся на базе родильных домов или местных медицинских учреждений. Недостатком этой формы психологической помощи является ориентация на роды в качестве основной и часто конечной цели. Хотя в большинстве случаев речь идет о налаживании взаимоотношения с ребенком, и вся подготовка строится с позиций обеспечения для него лучшего будущего, однако контакт со специалистами после родов прерывается, и дальнейшие проблемы материнства должны решаться либо самостоятельно, либо женщина вынуждена обращаться к другим специалистам. Кроме того, такая подготовка ориентирована на групповую работу, часто вообще без использования индивидуального консультирования. Обычно не проводится предварительная индивидуальная диагностика особенностей материнской сферы, и женщины в процессе групповых занятий сами прорабатывают свои проблемы. Разумеется, этот способ также является очень эффективным, особенно в тех случаях, когда подготовка к родам сочетается с ведением родов.

Индивидуальное и семейно-психологическое консультирование и психотерапия Проблемы материнства могут решаться в рамках общей семейной и индивидуальной консультационной и психотерапевтической работы. В данном случае важно, насколько психолог знаком с проблемами беременности и материнства. Часто применяются психоаналитические

подходы к консультированию и терапии, ориентированные на обработку личных проблем матери, а также центрированная для клиента и семейная терапия и консультирование. Недостатком этих форм психологической помощи является их несистематичность, разорванная с работой других специалистов, имеющих отношение к ведению беременности, родов, педиатрической службы. Мать оказывается перед необходимостью обращаться к разным специалистам по разным поводам, связанным с материнством. Лучше обстоят дела при комплексном подходе, но, к сожалению, он очень редко бывает доступен для женщины. Психологическая помощь матери и ребенку чаще всего этот вид психологической помощи ориентирован на дошкольный и более старший возраст ребенка. Для родителей с детьми раннего возраста такая помощь оказывается психологами детских дошкольных учреждений или в специализированных центрах, очень редко – в психологических консультациях. Консультирование для матерей с младенцами, а тем более новорожденными, не говоря уже о пренатальный период, практически не проводится и только начинает водиться в практику. За рубежом этот вид помощи распространен, однако для родителей с маленькими детьми он также менее доступен и чаще всего совмещенный с педиатрической практикой. При предоставлении такого рода психологической помощи широко используются методы диагностики развития ребенка, его эмоционального благополучия, диагностике родительского отношения и взаимодействия матери с ребенком. Этот род психологической практики традиционно ориентирован на проблемы ребенка, мать, и ее психологические проблемы рассматриваются (и корректируются) с позиций оптимизации условий развития ребенка. Чаще всего это детско-родительское или семейное консультирование, которое проводят специалисты в области психического развития ребенка. Нередко в этих случаях открывающиеся для матери ее собственные проблемы побудили ее обращаться к другим специалистам. Такое положение относительно проблем материнства снижает эффективность этого вида психологической помощи.

Индивидуальное консультирование по проблемам материнства начинается чаще всего в период беременности и может охватывать послеродовой и более поздние периоды материнско-детского взаимодействия. Хорошо, если оно может сочетаться с групповой работой (подготовка к родам, школа для родителей и т.п.). Консультирование включает несколько сеансов, количество и продолжительность которых зависят от конкретного случая. При общем ведении беременности целесообразна следующая последовательность этапов консультирования, каждый из которых может включать один или более сеансы. Этап планирования беременности. Проводится диагностика содержания и онтогенеза материнской сферы женщины, определяется «стартовая» ценность ребенка, содержание ценностей, «внедряются», и

тенденция их интерференции с ценностью ребенка. При анализе онтогенеза выявляются возможные нарушения онтогенетических этапов (недостаточность опыта, его неадекватное для задач материнства содержание). При необходимости делаются профилактические или коррекционные мероприятия. Первый триместр беременности. Проводится дополнительная диагностика содержания материнской сферы и динамики ее развития в начале беременности. Обсуждаются ситуация идентификации беременности, стиль переживания соматической симптоматики, содержание и динамика эмоционального состояния. Строится первая психологическая гипотеза динамики развития материнской сферы в беременности и интерференции ценности ребенка с теми, что «внедряются». Второй триместр беременности. Обсуждается первое шевеление ребенка, отношение к шевелению в дальнейшем. Проводится диагностика динамики развития материнской сферы, уточняется первичная гипотеза, строится прогноз особенностей родов и послеродовых взаимодействий с ребенком. Обсуждаются возможности и способы установления взаимосвязи с ребенком на основе ощущений от шевеления. Третий триместр. Проводится дальнейшая диагностика динамики развития материнской сферы. Проектируется перинатальное взаимодействие с ребенком. Уточняются гипотеза и прогноз родов и послеродового периода. Предродовой период. Основная цель – уточнение гипотезы и прогноза родов и послеродового периода и психологическая подготовка к родам. Послеродовой период. Патронаж на дому. Обсуждение родов, первого впечатления от взаимодействия с ребенком, существующих проблем. Установление контакта с ребенком, процесса кормления. Уточнение гипотезы и прогноза стиля материнско-детских отношений. Делается прогноз возможного возникновения послеродовой депрессии.

Окончание периода новорожденности. Диагностика динамики развития материнской сферы и актуальной материнско-детского взаимодействия. Общая диагностика психического развития ребенка. Помощь в решении возникающих проблем взаимодействия с ребенком. Дальнейшие консультации по мере необходимости, желательно контролировать в конце каждого полугодия жизни ребенка. В процессе консультаций вводятся необходимые действия. Их форма зависит от результатов диагностики. Во время беременности обязательно включаются способы подготовки к родам и материнству, учитывающие возможность групповой работы. При необходимости делаются индивидуальные меры психотерапии и психокоррекции.

Диагноз ПРД ставится на основании клинических проявлений и при использовании клинических опросов, анкетировании и диагностических шкал. Наиболее широко используется Edinburgh Postnatal Depression Scale, которая

подходит как для диагностики ПРД, так и скрининга взрослых для изучения психического здоровья населения и определения депрессивных эпизодов. В зависимости от темы исследований среди беременных и рожениц с депрессивными симптомами используются и другие анкеты и шкалы – Шкала социальной поддержки, Общая анкета здоровья, Шкала рейтинга событий, Опрос родительских ожиданий, тест Эдинбургская шкала, шкала Гамильтона, Леонгард-Шмитек, шкала Спилберга и Ханина, Анкеты Структурированное клиническое интервью и Диагностическое и Статистическое Руководство по Психическим Расстройствам позволяют отличить ПРД от большой депрессии. Лечение ПРД следует начинать рано и должно быть направлено на восстановление нормальных отношений между матерью и ребенком, устранивая характерные для заболевания депрессивные симптомы. Лечение ПРД направлено также на защиту от краткосрочных и долгосрочных вредных последствий ПРД. Медикаментозное лечение ПРД включает применение антидепрессантов. Программа психотерапевтического лечения длится девять недель с 12 собеседованиями и фокусируется на чувствах матери, на ее когнитивных и поведенческих способностях, на ее активности и самооценке с использованием тренинга релаксации. Подходит для ранней интервенции для защиты связи мать-ребенок для женщин с ПРД. Так же в программу входят три модуля: 1. провоцирование удовольствия от деятельности; 2. уменьшение плохих мыслей и 3. поддержка социальной помощи. Как преимущества этой программы указываются ее меньшая продолжительность, возможность привлечения большего числа женщин и возможность проведения курса в первичном медицинском центре.

Послеродовой психоз – достаточно редкое расстройство психики и носит полиморфный характер: от поведенческих расстройств по форме тревожных, эмоционально неустойчивых, до психозов с изменением сознания. 2. Лечение послеродовых психозов в определенной степени зависит от особенностей ведущего психопатологического синдрома. Прекращение лактации благоприятно влияет на исход послеродовых психозов. 3. Использование препаратов сбалансированного спектра действия (велаксин) и атипичного нейролептика (кветиапин) показало высокую эффективность при лечении послеродовых психозов.

Глава 3. Практическая часть исследования.

Интервью с респондентом:

Респонденту 33 года, ребенку 1.5 года. В 31 год родила дочку - первого ребенка. Ребенок запланированный, долго не могла забеременеть. До беременности работала в сфере продаж, постоянно коммуницировала с людьми, последнее время работала в крупной сети директором магазина. Когда узнала о долгожданной беременности, то счастья не было предела. Вся беременность прошла легко и только проходя мимо зеркала замечала, что живот растет, чувствовала себя хорошо. Чувство эйфории и ожидание малыша переполняло. Ожидание того, что скоро с мужем увидят своего ребенка и теперь их будет трое, они будут счастливы, будут гулять, радоваться и наблюдать как растет их розовощекий малыш, что теперь у них будет полная семья, что они будут постоянно путешествовать вместе на машине. Мысли о счастливом материнстве очень радовали. Но в один миг все это перечеркнулось и закончилось. Ожидания с реальностью не совпали совершенно. Роды прошли не так, как хотелось и планировалось, пришлось делать экстренное кесарево, так как у ребенка началась гипоксия, в процессе, когда поставили наркоз, выяснилось, что у роженицы непереносимость наркоза. Собирали консилиум врачей и принимали решение, что делать. Ребенок был обмотан пуповиной, на голове гематома- в следствии чего и по показаниям, в больнице с новорожденным остались на месяц. Новоиспеченная мама не была готовка к такому повороту событий: страх за жизнь ребенка, переживания, невозможность быть в условиях больницы, невозможность помыться, уединиться, плачь детей, невозможность спать. К такому не была готова, так же как и к новой роли матери- она не понимала, что происходит, как подойти к ребенку, на фоне переживания не появлялось молоко в нужном количестве, ребенок постоянно плакал, его докармливали, что вызывало еще больший стресс. Ощущение клетки, безнадежности, уязвимости не покидало. При выписке клиентка подумала, что это временный период, что домашние стены лечат и все пройдет. Но это было только начало. Прерывистый сон, ребенок постоянно плакал: колики, частые кормления и беспокойно спал. Усталость не проходило и сил совершенно не было. Этим она поделилась со своими близкими, что ей плохо и не справляется. Но родственники ответили: «Так живут все, не ной, нечего себя жалеть!» В социальных сетях пестрили фото о счастливом материнстве и статьи про абсолютную любовь к своему ребенку. Но клиентка осознавала, что у нее любовь не проснулась к ребенку, только чувство вины, раздражения и одиночества. Отсутствие какого-либо понимания от окружающих. Ощущение себя неполноценной женщиной, что она не справляется со своей ролью, что маленький ребенок кроме чувства раздражения и обременения ничего не вызывает. Отсюда и чувство вины.

Тревога за то, что ребенку не дала тепла и внимания, нужной заботы, а так же сравнение постоянные со знакомыми мамочками не давали покоя. Плакать стала все чаще и чаще, но поделиться о своем состоянии ни с кем не могла. Хроническое состояние усталости и недосыпа. Рассказы мамы и свекровки, как она все успевала, что у нее все были накормлены, намыто, поглажено и мужа с улыбкой встречала привели к тому, что она стала мыть полы по 4-5 раз в день, постоянно перекладывать вещи с места на место, протирать пыль. Так же оставалось чувство беспомощности и ненужности, вины и тревоги за ребенка. Ощущение того, что она плохая мама не покидали ее. Осознала, что она не может любить своего ребенка. Читала истории о любви матерей к своим детям и плакала, что в ней этого нет или не заложено вообще. Слезы и отчаяние, раздражал крик ребенка, начинала злиться на себя и стала бить себя по голове, стала вырывать себе волосы в период истерики и слез. Появилось чувство безысходности, чувствовала себя как в «клетке». Жизнь превратилась в рутину, однообразие беспространное из чувства долга, что надо и щемящей боли внутри, пустоты. Под глазами огромные синяки и ощущение себя зомби. Отношения с мужем в свою очередь очень охладели, какого-то понимания и теплоты общения перестало существовать в их доме.

В общении со своими подругами, когда говорила, что плохо, они отвечали: «Что ты жалуешься, сама так долго мечтала о ребенке! У тебя здоровый ребенок, муж и квартира, хватит ныть!» Социальные контакты уменьшились, с кем-то вообще перестала общаться, так как разошлись интересы, да и рассказать было нечего, кроме памперсов. Пропало желание общаться с людьми вообще, порой даже на звонки телефонные не отвечала. Ощущение пустоты и одиночества, что ты совершенно никому не нужен и подать руку помощи некому. Ребенок стал более активным и постоянно просился на ручки, все время с ним. Клиентка говорит, что порой осознаешь что уже вечер, а еще зубы не чистила и волосы не расчесывала. Как снежный ком чувство уныния, тоски и одиночества засасывали все больше и больше, аппетит не проходила, ничего не радовало, ничего не хотелось, ничто не вызывало положительных эмоций. Хотелось лежать в кровати и не двигаться. Либо просто одеться и уйти навсегда. Когда гуляла с ребенком, то ни солнце, ни запахи из пекарни, ни смех ребенка и т.д. - ничего не вызвало улыбки, умиления или восторга. Пропало ощущение себя женщиной, а больше чувство, что ты –ОНО, функциональная машина, которая только должна.

Клиентка сказала, что как-то ее посетила мысль, когда она стояла у окна, что ей захотелось открыть окно и выйти в него. Чтобы все это закончилось. Что ей стало очень страшно от своих мыслей.

Ребенок подрос, стало видно его эмоции и неподдельную радость в жизнь. Это стало умилять клиентку, и она начала улыбаться. Чувства к малышу начали

возникать, а с ними и огромное чувство вины, что она раньше не справилась и не смогла. Аннотация так же не прошла, как и чувство одиночества, хронической усталости и недосыпа не пропало.

Подведение итогов практической работы над темой исследования.

Исследование проводилось на тему выявления послеродовой депрессии, принимали участие респондент в возрасте 33 лет, использовались: Эдинбургская шкала ПД, шкала депрессии Бэка, шкала тревоги Спилбергера и Ханина, методика Леогарда-Шмишека на акцентуации характера. По результатам исследования были даны определенные рекомендации для решения проблемы в данном эмоциональном состоянии.

Эдинбургская шкала послеродовой (постнатальной) депрессии (англ. Edinburgh Postnatal Depression Scale) - клиническая скрининговая методика в виде самоопросника, предназначенная для выявления депрессивный расстройств в предродовом и послеродовом периодах. Была разработана J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky в 1987 г. в Эдинбурге и Ливингстоне. Методика должна быть использована для массовых обследований молодых матерей для выявления контингента лиц, нуждающихся в консультации специалиста. Методика проста в обращении, заполняется пациенткой самостоятельно, время использования - не более 5-6 минут. Также может быть использована для диагностики депрессивных расстройств у отца ребёнка. Пройдя данный опросник у респондента выявлена Высока вероятность послеродовой депрессии. О чём говорит постоянное чувство подавленности, ангедония, астенический синдром.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложена А. Т. Беком и его коллегами в 1961 году и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник,ключающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после

просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры.

В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдаётся на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Пройдя данный опросник у респондента выявлена выраженная тяжелая депрессия о чем свидетельствует бал 34 из 63. Это говорит о том, что респондент перестал видеть себя, свое настоящее и будущее в положительном ключе, меньше стал интересоваться социумом.

Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработан Ч.Д.Спилбергером и адаптирован Ю.Л.Ханиным.

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности - естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности - это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если

психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную тревожность, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным.

По данной методике у респондента выявлена высокая ситуативная тревожность 55 из 80, так же высокая личностная тревожность 61 бал из 80. Респондент испытывает высокий уровень тревожности, что вызывает постоянное внутреннее напряжение.

Опросник Шмишека - личностный опросник, который предназначен для диагностики типа акцентуации личности, является реализацией типологического подхода к ее изучению. Опубликован Г. Шмишеком (H. Schmieschek) в 1970 г.

Методика состоит из 88 вопросов, на которые требуется ответить «да» или «нет». Разработан также сокращенный вариант опросника. С помощью данной методики определяются следующие 10 типов акцентуации личности (по классификации К. Леонгарда):

Педантичный тип 22 бала

Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, тяжелостью на подъем, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. На службе ведет себя как бюрократ, предъявляя окружающим много формальных требований. Пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий нетороплив, усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

Возбудимый тип 24 бала

Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочегаются у людей такого типа с властью физиологических влечений. Ему характерна повышенная импульсивность, инстинктивность,

грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и бранью, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе. Отмечается низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным, работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Он может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых.

Циклотимный тип 24 бала

Характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Им свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у них картины гипертимии: жажда деятельности, повышенная говорливость, скачка идей; печальные— подавленность, замедленность реакций и мышления, так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми. В подростковом возрасте можно обнаружить два варианта циклотимической акцентуации: типичные и лабильные циклоиды. Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем проявляется вялость, упадок сил, то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий. Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами, наблюдается падение аппетита, бессонница, или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию, не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившиеся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям. У лабильных циклоидов фазы смены настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. "Плохие" дни отмечаются более насыщенными дурным настроением, чем вялостью. В период подъема выражены желания иметь друзей, быть в компании. Настроение влияет на самооценку.

Экзальтированный тип 24 бала

Яркая черта этого типа — способность восторгаться, восхищаться, а также— улыбчивость, ощущение счастья, радости, наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние— от печальных. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дела до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены

сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

вывод

В ходе исследования по методике на депрессию Бэка у респондента выявлена депрессия, Эдинбургская шкала подтвердила послеродовую депрессию. Проводя диагностику респондент описал свое психоэмоциональное состояние, как крайне грустное, с упадком сил, что не видит будущего, постоянная тревога за ребенка и его здоровье. По опроснику Леонгарда – Шмишека у респондента преобладает циклотимный, возбудимый, экзальтированный и педантичный тип. По методике Спилберга-Ханина оценивает как высокий уровень тревожности. По результатом данного исследования рекомендуем клиенту обратиться к врачу эндокринологу и сдачи анализов, для выявления есть ли причины тяжелой депрессии в гормональных нарушениях, работе щитовидной железы, анемии. Так же рекомендовано обратиться клиенту к психиатру для постановки диагноза и медикаментозного лечения для снятия данных симптомов. В дальнейшем обратиться к психотерапевту и провести психотерапевтическую работу. Так же рекомендация к семейной психотерапии.

В ходе исследования было выявлено, что одной из причин возникновения послеродовой депрессии были сформированные глубинные установки, убеждения и ожидания. Работа с клиентом в Когнитивно-поведенческом подходе, менять глубинные установку и, автоматические мысли, которые приводят к таким подавленным эмоциям. Тревога из-за того, что нет способность контролировать события собственной жизни. Отсутствие социальной поддержке так же способствовало к ощущению одиночества. Недостаток опыта по уходу за детьми. Физическое истощение из-за отсутствие полноценного сна, социальная изолированность. Отсутствие помощи и поддержки со стороны мужа. Поиск именно своего ресурса, в чем она может его черпать, чтобы вернуть удовольствие и радость к жизни. Чувство хронической усталости, потери себя и как следствие возникновение депрессии. Появление чувство ответственности за другого человека, невозможность расслабиться. Фruстрация, расхождение ожидаемого и реального. Ограничение социальной деятельности, контактов и привычного уклада жизни. Высокие требования к себе, представление картины «Идеальная-Я». Сложности в адаптации к новой роли. Что вызывает высокий уровень тревожности. При этом она воспринимает себя как маму отвергающую, формальную, недостаточно эмоционального тепла. В результате чего возникает чувство вины, отчаяния и апатии. Погружена в себя и свои мысли: грустная, молчаливая, медлительная.

Из рекомендаций также методы самопомощи:

1. Надо осознать, что с таким состояниям сталкиваются женщины, что это проблема не только у вас. Не стоит идеализировать роль мамы и жены.
2. В картине мира «Я-идеальной» всегда найдется повод себя упрекнуть и испытать чувство вины. Все это может привести к бесконечному самобичеванию.
3. Реальная мать как и любой другой человек может испытывать усталость, у нее может что-то не получаться, может заканчиваться терпение и она может испытывать разные чувства по этому поводу. Не корить себя за злость, за негативные чувства. Ресурсы не безграничны и раздражение бывает при хронической стрессовой ситуации.
4. Относиться к себе бережно, не упрекайте себя, не критиковать, позвольте себе принять состоянис и восстановиться.
5. Следует себе напоминать, что состояние временное, что бессонные ночи закончатся, ребенок подрастет и станет легче, что это такой период и через него проходят многие мамы.
6. Ставраться не драматизировать, не смотреть через «темные очки» на данный период жизни, стараться видеть положительные стороны, благодарить за то, что есть.
7. Надо понимать, что мама не может быть такой же деятельной и работоспособной, что не всегда есть этот ресурс.
8. В таком состоянии надо бережно к себе относиться, чувствуя свое эмоциональное состояние, отложить какие-то домашние дела а за место этого днем спспать вместе с малышом.
9. Задать вопрос себе, хочешь быть идеальной, но при этом нервной и истощённой мамой?
- 10.Надо помнить, что хорошее состояние, настроение и самочувствие самое важно для мамы и малыша.
- 11.Понимание того, что предъявление к себе сверх требований может вызывать чувство вины, затягивать как в пучину, вызывать тревожность и в итоге можно впасть в глубочайшую депрессию.
- 12.Стараться просить о помощи, вовлекать мужа, бабушек, няню по возможности. Это даст возможности восстановить силы.
- 13.Необходимо нормализовать сон, это поможет быстрее восстановиться.
- 14.В свободное время стараться не отдаваться тревожным мыслям, а выбирайте для себя то, что вы любили и то, что вас радовало. Встречи с приятными для вас людьми, спорт, расслабление, йога, медитация, рисование, пение.
- 15.Может это музыка любимая, танцы, интересные фильмы, аудиокниги.
- 16.По возможности чаще гулять на свежем воздухе с малышом.

17. Постараться не избегать общения. Возможно это будут такие мамочки с малышами, с которыми можно поделиться своими мыслями и переживаниями, понять, что вы не одни.
18. Ставраться следить за своей внешностью, потому что ежедневное созерцание себя с растрепанными волосами, в пижаме конечно же не всегда способствует улучшению настроения.
19. Говорите о своих чувствах, не замыкайтесь в себе и в своем одиночестве. Расскажите о своем душевном состоянии отцу ребенка
20. По возможности проводить время с супругом, стараться видеть и замечать друг друга, видеть друг друге мужчину и женщину, говорить друг о друге, не только о ребенке.
21. Если вам кажется, что вы «ничего не хотите», помогите своим желаниям оформиться.
22. Важно наладить нормальный процесс лактации. Для этого есть специалисты по грудному вскармливанию, которые смогут вас проинформировать по всем тонкостям данного процесса
23. Питание будет влиять на ваше самочувствие, поэтому необходимо полноценное сбалансированное питание, достаточное количество витаминов группы В, что необходимо для нервной системы, витамин D.

Вывод

Проблема сохранения здоровья матери и ребенка является одной из важнейших проблем современного общества. Данная тема представляет интерес не только для медиков, но и для психологов. До последнего времени изучалась в основном медицинская сторона этой проблемы. Лишь в последние годы стали заниматься изучением психологических аспектов здоровья беременных.

Беременные женщины нуждаются в квалифицированной помощи не только акушеров, но и психологов. Роль психологов должна заключаться в формировании психологической готовности беременной к родам. Не менее важно помогать женщине в формировании психологической готовности стать матерью. Особенно это касается первородящих женщин. Заслуживают внимания также женщины, которые в прошлом имели негативный опыт беременности (выкидыши, внематочная беременность, аборт), а также женщины, у которых предыдущие роды проходили с осложнениями. Эти категории женщин нуждаются в психологической помощи на протяжении всей беременности, а также в течение первого года после родов для предотвращения развития послеродовых невротических расстройств (депрессии, агрессии, тревожных состояний). В центрах планирования семьи очень важно оказывать психологическую помощь не только самой женщине, но и ее ближайшим родственникам, что позволит существенно повысить ее эффективность.

Профилактика послеродовой депрессии должна начинаться не после родов, а еще во время беременности. Беременная женщина (особенно относящаяся к группе риска по наследственности и собственному психологическому состоянию или заболеваниям в прошлом) должна находиться в щадящем охранительном режиме, который должен быть организован близкими дома, коллегами и самой женщиной – на работе. Значительную помощь в профилактике послеродовой депрессии играет супруг будущей матери. Он должен быть проинформирован об эмоциональных состояниях беременной и родившей женщины, внимателен к поведению беременной жены, чтобы вовремя заметить изменения и обратиться за помощью. Для предупреждения возникновения послеродовой депрессии необходимо тщательное информирование родственников и самой беременной женщины о том, что в послеродовом периоде возможны перепады настроения. Супруги должны знать о проявлениях послеродовой депрессии, чтобы вовремя ее заподозрить и начать лечить. Для этого необходимо посещать специализированные школы молодых родителей и формировать теплый, доверительный микроклимат в семье. Для предотвращения депрессивных расстройств важным является поддержание «телесного» здоровья. Дело в том, что тело и психика находятся

в сложных взаимоотношениях, и хорошее физическое здоровье повышает устойчивость к стрессу. Необходимо выполнение всех рекомендации по питанию и образу жизни, которые дает акушер-гинеколог. В случае каких-либо осложнений в течение беременности необходим полноценный курс лечения. Необходимо помнить, что от здоровья матери зависит и здоровье ребенка. После родов нужно стараться избегать переутомления, недосыпания. В этом могут помочь родственники, взяв часть забот по уходу за ребенком на себя. Необходимо, чтобы в уходе за ребенком участвовал и его отец. Это способствует укреплению отношений между супругами и формированию эмоциональной связи между отцом и новорожденным. Если ранее у матери наблюдались депрессивные состояния или депрессивными расстройствами страдали ее родственники, то желательно заранее проконсультироваться с психотерапевтом для проведения профилактики депрессий в послеродовом периоде. Она призвана способствовать повышению ценности семьи и материнства в общественном сознании, содействовать нравственному воспитанию будущих родителей, укреплению психического и физического здоровья беременных женщин. Психологическая работа (психологическое консультирование) осуществляется на основании добровольного информированного согласия и отличается разнообразием форм, выбор которых производится индивидуально и в соответствии с желанием женщины. Работа психолога, направленная на профилактику таких состояний, крайне важна. От того, получит ли женщина квалифицированную психологическую помощь, зачастую зависит протекание беременности, родов, послеродового периода. Общеизвестно, насколько облегчается протекание беременности, снижается риск возникновения различных патологических состояний (токсикозы, обострения имеющихся хронических соматических заболеваний и др.) и, – соответственно, – увеличивается число здоровых новорожденных, если женщина спокойна, эмоционально настроена на благополучное материнство, чувствует поддержку медиков и близких людей. В первые недели жизни малыша у него формируется будущий характер, его эмоциональная сфера, отношения с родителями, закладываются основы его взаимодействия с миром людей. Таким образом, снизить частоту возникновения послеродовой депрессии может своевременное выявление групп риска и проведение профилактических мероприятий. Существенно значение имеет предродовая подготовка женщины. Во время дородовой подготовки женщины важно обсуждать эмоциональные аспекты родительства, объяснить, что послеродовая депрессия – временное явление. Необходимо вовремя распознать симптомы и снизить связанные с ними чувство вины и тревоги. Дородовые занятия также предполагают поддержку одиноких женщин. Если депрессия возникает во время беременности, то можно эффективно использовать психотерапию. Профилактика послеродовой

депрессии, безусловно, является сложной задачей, т.к. многие факторы (особенно внешние) невозможно заранее предугадать. В целом психосоциальные воздействия не способствуют уменьшению количества женщин, у которых возникает послеродовая депрессия. Однако оказание интенсивной, профессиональной послеродовой поддержки является профилактикой и послужит снижению риска возникновения послеродовой депрессии.

Список литературы

1. Смулевич А.Б. Депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин//Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003.
2. Баз Л.Л., Скобло Г.В., Васильковская Н.К. Послеродовые материнские депрессии и психотерапия // Семейная психология и семейная терапия. 2000. № 3.
3. Авдеев, Д. А. Депрессия – как страсть и как болезнь. – М. : Мир, 2002.
4. Авербух, Е. С. Депрессивные состояния. – Л. : Медицина, 1982.
5. Головин, С. Ю. Словарь практического психолога. – Мн. : Харвест, 2001. – 800 с.
6. Мельников, В. А. Практикум по основам психологии. – Симферополь : СГУ, 1997. – 390 с.
7. Филиппова, Г. Г. Психология материнства : учебное пособие. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002.
8. Шапаренко, В. «Здравствуй, грусть!» (все о послеродовой депрессии) // Мир семьи. – 2007. – № 6.
9. Гречаный С.В., Кожадей Е.В. Взаимосвязь послеродовой депрессии с установками пациенток на материнство и брак //Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. - СПб.: Издательство «Таро», 2016.
10. Прибытков А.А. Психогенные послеродовые депрессии непсихотического уровня (клиническая картина и опыт терапии) //Социальная и клиническая психиатрия. -2011. -Т. 21, № 1
11. Филоненко А. В. Терапия послеродовой депрессии и грудное вскармливание новорожденного (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. - 2012. - № 2.
12. Фоменко А.Н., Гречаный С.В. Психосоциальная поддержка как метод оказания помощи при послеродовых аффективных расстройствах // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. - СПб.: Издательство «Таро», 2016.
13. Захарова Е.И. Психология освоения родительства. М.: ИИУ МГОУ, 2014
14. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. М.: Гардарики. 2005.
15. Якупова В.А. Психологические условия успешного освоения материнской роли. Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 1.
16. Голенков А.В., Гартфельдер Д.В., Филоненко А.В., Родионова В.А., Филоненко В.А. Выявление послеродовой депрессии у женщин,

- имеющих малолетних детей, с использованием шкальных оценок // Психическое здоровье. 2016. №11.
17. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства // Бюллетень сибирской медицины. 2015. Т. 14, № 6.
18. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2002. № 3.
19. Филоненко А.В. Влияние послеродовой депрессии родильницы на показатели психосоматического здоровья младенца // Медицинская сестра. 2013. №7.
20. Филоненко А.В., Голенков А.В. Влияние послеродовой депрессии на семью // Психическое здоровье. 2011. Т. 9 №6(61).
21. Прибытков А.А. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2006.
22. Скобло Г., Баз Л.Л., Дробинская А. Ей бы радоваться, а она плачет // Материнство. 1997. № 4.
23. Скобло Г., Баз Л.Л., Дробинская А. Одна депрессия на двоих // Материнство. 1997. № 5.
24. Смулевич А.Б. Депрессии в общесоматической практике. СПб., 2001.
25. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2006.
26. Ковпак.Д., Третьяк Л. Депрессия. Современные подходы к диагностике и лечению. Наука и техника., 2013.
27. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. — М.: Гардарики, 2005
28. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. — М.: ЭКСМО – пресс, 2000
29. Эйдемиллер Э., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 2008
30. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. — М.: Класс, 1998
31. Алешина, Ю.Е. Цикл развития семьи: исследования и проблемы / Ю.Е. Алешина. — Самара // Психология семьи : хрестоматия / Ред. Д.Я. Райгородский. — Самара : Бахрах-М, 2007.
32. Алешина Ю.Е Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — Изд. 2-е. — М.: Независимая фирма "Класс", 1999

33. Варга А.Я. Системная психотерапия супружеских пар. — М.: Когито-Центр, 2012
34. Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. — М.: Класс, 1998
35. Варга А.Я. Психология семейных отношений. Курс лекций. — М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000
36. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. Основные понятия, методы и клиническая практика. Сборник статей. — М.: Когито-центр, 2008
37. Олифирович Н.И. Зинкевич-Куземкина Т.А., Валента Т.Ф. Психология семейных кризисов. — СПб.: Речь, 2006
38. Сатир В. Психотерапия семьи. — СПб.: Речь, 2000
39. Кернберг О. Отношения любви. Норма и патология. — М.: Класс, 2000
40. Пономарева И.М. Специфика и этапы психологического консультирования лиц, переживающих кризисную ситуацию развода // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2014. № 1. С. 45–52.
41. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. 3-е изд. Берн Э. Игры, в которые играют люди. — М.: Эксмо, 2016
42. Роджерс К. «Я-концепция» «Личностно-ориентированная психотерапия»
43. Черников А. Системная семейная терапия. Интегративная модель диагностики. — М.: Класс, 2001
44. Джонсон С.М. Практика эмоционально-фокусированной супружеской терапии. — М.: Научный мир, 2013
45. Маданес К. Стратегическая семейная терапия. — М.: Класс
46. Хайнц Бриш К. Терапия нарушений привязанности. От теории к практике. — М.: Когито-Центрр, 2012
47. Минухин С. Фишман Ч. Техники семейной терапии. — М.: Класс, 1998
48. Дружинин В.Н. Психология семьи [Текст] : научное издание / В. Н. Дружинин. - 3-е изд. - М. : Питер, 2007.
49. Елизаров А. Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: Учебное пособие. – М.: «Ось-89», 2003.
50. Авдеева Н.Н., Хаймовская Н.А. Развитие образа себя и привязанностей у детей от рождения до трех лет в семье и доме ребенка. М.: Смысл, 2003.

51. Авдеева Н.Н., Хохлачева И.В. Особенности привязанности ребенка к матери, стиль детско-родительских отношений и адаптация ребенка к ДОУ // Психологическая наука и образование. 2010. №
52. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003.