

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-кваліфікаційний рівень: Магістр

ДИПЛОМНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти на тему:

"Психологічна допомога матерям у період післяпологової депресії"

Виконала: студентка групи ТУзк-4-24-МПС (2.03) **Балог Зоряна Степанівна**

Науковий керівник: кандидат психологічних наук, доцент Вовканич М.Д.

Допущено до захисту, протокол №44-Ср від «09» березня 2026

Київ 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ.....	7
1.1. Сутність, форми та фактори післяпологової депресії.....	7
1.2. Психологічні особливості післяпологового стану матерів	17
1.3. Післяпологова депресія як психологічний феномен.....	28
1.4. Методи психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії	38
Висновки до Розділу 1.....	51
 РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ МАТЕРЯМ У ПЕРІОД ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ	52
2.1. Організація та методи дослідження.....	52
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	57
2.3. Програма психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії	74
2.4. Оцінка ефективності Програми психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії.....	84
Висновки до Розділу 2.....	86
 ВИСНОВКИ.....	88
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	93

ВСТУП

Актуальність теми. Післяпологова депресія це одна з найбільш соціально значущих проблем, що суттєво впливає на здоров'я матері та на багато аспектів її життя: на сім'ю в цілому, рідних та близьких та особливо на дитину. Типовий депресивний епізод переживають 10 - 20% жінок по всьому світу після народження дитини [1; 4; 22; 28; 44; 57]. Депресивний розлад для жінок може перерости в суттєву проблему, оскільки адекватна допомога може або запізнитися через пізню постановку діагнозу, або її може бути зовсім, оскільки жінки часто не зізнаються і не розповідають про свої почуття.

Актуальність проблеми психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії зумовлена зростаючою увагою сучасного суспільства до психічного здоров'я жінки в період материнства, а також усвідомленням значущості психологічного благополуччя матері для повноцінного розвитку дитини та стабільності сімейних відносин. Період після народження дитини є одним із найбільш кризових етапів у житті жінки, що супроводжується глибокими змінами в емоційній, когнітивній та соціальній сферах особистості. Поєднання нових соціальних ролей, підвищеної відповідальності, фізичної втоми та емоційного напруження створює умови для виникнення психологічних труднощів, серед яких післяпологова депресія займає особливе місце.

Післяпологова депресія не обмежується лише тимчасовими емоційними коливаннями, а може мати тривалий характер, негативно впливаючи на психічний стан матері, її самооцінку, здатність до емоційного контакту з дитиною та взаємодію з близьким оточенням. У психологічному вимірі цей стан проявляється у вигляді зниження емоційного фону, відчуття безпорадності, тривожності, емоційного виснаження, втрати інтересу до повсякденної діяльності та труднощів у прийнятті материнської ролі. За відсутності своєчасної психологічної підтримки такі прояви можуть закріплюватися, ускладнюючи процес адаптації жінки до нових життєвих умов.

З позиції психологічної науки проблема післяпологової депресії є

багатовимірною і потребує комплексного підходу, орієнтованого не лише на симптоматику, але й на внутрішні ресурси особистості, механізми психологічної адаптації та особливості переживання материнства. Саме психологічна допомога дозволяє створити умови для емоційної стабілізації, формування адекватних уявлень про материнську роль, розвитку навичок саморегуляції та подолання дезадаптивних моделей мислення і поведінки.

Крім того, актуальність дослідження зумовлена потребою розвитку практично орієнтованих програм психологічної допомоги матерям, які враховують сучасні соціальні умови, індивідуальні особливості жінок та специфіку післяпологового періоду. В умовах трансформації соціальних ролей, зростання психологічного навантаження та обмеженості соціальної підтримки роль психолога у супроводі матерів набуває особливої ваги.

Таким чином, тема психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії є актуальною як з науково-теоретичної, так і з практичної точки зору. Її дослідження сприяє поглибленню розуміння психологічних особливостей післяпологового періоду, обґрунтуванню ефективних форм і методів психологічної допомоги та підвищенню якості психологічного супроводу жінок у важливий етап їхнього життєвого розвитку.

Мета дослідження: на основі проведення всебічного теоретичного та практичного дослідження феномену післяпологової депресії розробити комплекс заходів психологічної допомоги матерям та оцінити їх ефективність.

Завдання дослідження:

1. Визначити сутність, форми та фактори післяпологової депресії;
2. Виявити психологічні особливості післяпологового стану матерів;
3. Розглянути післяпологову депресію як психологічний феномен;
4. Розглянути методи психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії;
5. Виявити фактори ризику розвитку депресивних розладів у післяпологовому періоді та оцінити ступінь депресивних проявів досліджуваних;

6. Розробити Програму психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії;

7. Оцінити ефективність Програми психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості жінок, які переживають післяпологову депресію.

Предмет дослідження – надання психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії.

Наукова новизна дослідження. Було проведено цілеспрямоване психологічне дослідження післяпологової депресії матерів. За результатами роботи уточнено фактори ризику розвитку післяпологової депресії та визначено їх прогностичну значимість. У рамках проспективного емпіричного дослідження на популяції жінок проведено оцінку діагностичної ефективності Единбурзької шкали післяпологової депресії, визначено її чутливість, специфічність, оптимальне граничне значення. Розроблено Програму психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії. Доведено високу ефективність запропонованої психотерапевтичних методики для корекції депресивних розладів післяпологового періоду.

Практична значущість роботи. Виявлені психологічні особливості перебігу післяпологової депресії та фактори ризику її розвитку дозволять покращити діагностику депресивних розладів післяпологового періоду. Доведена ефективність EPDS сприятиме ранньому виявленню депресивної симптоматики у післяпологовому періоді. Отримані дані про ефективність психотерапевтичних методик дозволять провести адекватне лікування пацієнток із післяпологовою депресією, запобігти посиленню психопатологічної симптоматики та можливе подальше рецидивування афективних розладів, скоротити терміни лікування пацієнток.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося на базі Пологового відділенні №1 Центральної міської клінічної лікарні (ЦМКЛ) м. Ужгорода. В ньому прийняли участь 150 жінок-пацієнток, середній вік $29,4 \pm 5,0$

років.

Методологія та методи дослідження. У роботі було використано методи клініко-психопатологічної, клініко-катамнестичної та психометричної оцінки. Психічний стан жінок оцінювався за допомогою методів що дозволяють вивчити клініко-психопатологічну структуру депресивних розладів у післяпологовому періоді, особливості їх перебігу та фактори ризику розвитку. Також була використана клінічна скринінгова методика у вигляді *самоопитувача*, призначеного для виявлення депресивних розладів у післяпологовому періоді (Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS)). Для визначення рівня афективних та тривожних проявів були використані психометричні шкали – шкали об'єктивної оцінки депресії (шкала оцінки депресії Монтогомері-Асберга (MADRS), оцінки тривоги (шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A)).

При статистичній обробці даних застосовувався пакет комп'ютерних програм STATISTICA 10.0. Для математичної обробки застосовувалися стандартні методи описової та порівняльної статистики: критерій Манна-Уїтні; критерій хі-квадрат Пірсона, W-критерій Вілкоксона, при малому обсязі вибірки (менше 5-ти осіб) критерій Фішера. Для оцінки взаємозв'язку кількох незалежних змінних та залежної змінної використана множинна лінійна регресія. Для оцінки якості алгоритму, який використовує шкала EPDS, було проведено ROC-аналіз (Receiver Operator Characteristic (curv)) з використанням характеристик площі під кривою ROC AUC (Area under ROC). За результатами ROC-аналізу було визначено оптимальне граничне значення шкали EPDS. По вибраній точці відсікання визначено чутливість, специфічність, прогностичну цінність шкали EPDS.

Структура дипломної роботи. Робота складається із вступу, двох розділів що об'єднують в собі 8 підрозділів, висновків та переліку використовуваних джерел літератури який становить 115 найменувань. Загальний обсяг дипломної роботи становить 103 сторінки, з них основного тексту 90 сторінок. Робота містить 14 рисунків та 5 таблиць.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ

1.1. Сутність, форми та фактори післяпологової депресії.

Післяпологовий період у житті породіллі характеризується біологічними, фізичними, соціальними, а також емоційними змінами. Нові позитивні емоції в післяпологовому періоді, пофарбовані радістю від появи дитини вимагають значної особистої та міжособистісної адаптації, особливо у первородящих. Але, значна частина жінок у післяпологовому періоді можуть бути вразливі до цілого ряду психічних станів, що в свою чергу впливає на їх психологічне здоров'я [3].

Післяпологова депресія (ПРД) є актуальною проблемою як для громадської охорони здоров'я так і для психологічної науки, щороку збільшується кількість молодих матерів, які випробовують на своєму здоров'ї та благополуччі малюків короткочасні або довгострокові несприятливі наслідки материнської депресії.

Згідно МКХ-10, (ПРД), має клінічну симптоматику депресії, але проявляється протягом 6 тижнів після пологів. При цьому ПРД може тривати до року.

Перші описи післяпологової депресії були виявлені в працях Сократа (700 р. до н.е.). Однак офіційною медициною цей розлад тривалий час не визнавався як окрема етіопатологічна одиниця. В даний час такі стани залишаються непоміченими фахівцями, поширеність депресивних розладів у післяпологовому періоді збільшується, і, отже, психологічний супровід жінок після народження дитини повинен проводитись в обов'язковому порядку на базі жіночих консультацій та у школах молодих матерів [6; 8].

Походження та розвиток післяпологової депресії розглядається у рамках поліетиологічної теорії. Відповідно до даного підходу емоційний розлад формується при поєднаному впливі трьох факторів: спадковості, специфічних

фізіологічних змін та психосоціальних особливостей. Переважна кількість матерів з депресією мають конституційну схильність – слабкий нестійкий тип вищої нервової діяльності, знижене вироблення нейромедіаторів, відповідальних за емоції та працездатність (серотонін, дофамін, норадреналін) [5].

Специфічні фізіологічні механізми, що лежать у основі розладу - різка зміна гормонального фону (припинення вагітності), больові та інші дискомфортні відчуття, пов'язані із процесом пологів. Загальним психосоціальним фактором, що провокує депресію, є зміна ролі жінки, скорочення часу на звичні приємні заняття, необхідність цілодобового догляду за немовлям.

До факторів ризику післяпологової депресії відносяться: низька соціальна підтримка, ускладнення при пологах, низька вага дитини при народженні, передчасні пологи, незапланована вагітність, попередні депресивні епізоди, стресові життєві події, тривога, насильство в сім'ї, низька самооцінка, дефіцит поживних речовин, погана задоволеність відносинами та соціальна незахищеність [6].

Розлади емоційної сфери у післяпологовий період розвиваються під впливом багатьох факторів. Організм жінки переживає стрес під час пологів, різко змінюється гормональний фон, з'являється нова соціальна роль матері, відбувається перебудова побуту та відносин усередині сім'ї.

Єдиної причини розвитку післяпологової депресії на даний момент не виявлено, проте аналіз наукової літератури показав, що існує кілька груп факторів ризику, пов'язаних з розвитком афективних розладів після пологів - *психічні, акушерсько-гінекологічні, біологічні та соціальні* [41; 42 ; 68].

До психічних факторів ризику відносять епізоди зниженого настрою (субдепресій та синдромально окреслених депресій) та/або тривоги, а також депресію під час вагітності [41; 67; 76; 98]. Крім того, великий вплив на розвиток післяпологової вагітності чинить подружня дисгармонія та психологічні внутрішні конфлікти жінки, неготової до прийняття нової ролі

матері [7]. Відповідно до дослідження С. Gauthreaux та співавт. (2017) між небажаною вагітністю і депресією в післяпологовому періоді є чіткий взаємозв'язок. У жінок, які народили незаплановану або небажану дитину, ймовірність розвитку симптомів післяпологової депресії на 50% вище, ніж у жінки з бажаною дитиною [50].

Велике значення надають акушерсько-гінекологічним факторам ризику. Існує ряд досліджень, які пов'язують виникнення афективних розладів у післяпологовому періоді з методом народження. За даними Нui Хu та співавт. (2017г) народження дитини шляхом кесаревого розтину призводить до підвищеного ризику розвитку післяпологової депресії. Можливою причиною цього автори вважають несприятливі фізіологічні наслідки, такі як інфекція, післяпологова кровотеча, пошкодження сечоводу та сечового міхура, розрив матки та ін. Однак результати інших досліджень подібного зв'язку не підтвердили [18; 26; 68; 69; 102]. За даними роботи І.А. Горькової та співавт. (2017г) розвиток післяпологової депресії не пов'язаний з варіантом народження дитини, проте результати вказують на необхідність первинної (інформування жінки про варіанти пологів та специфіки) медичного втручання і вторинної профілактики (психологічна допомога матерям після пологів) післяпологової депресії, переважно у жінок, які перенесли планову операцію кесаревого розтину, порівняно з жінками, які перенесли екстрене оперативне втручання під час пологів або народжували природним шляхом [4].

Також, на думку ряду авторів, існує кореляція між кількістю пологів у жінки та виникненням післяпологової депресії. Проте результати досліджень, пов'язаних із цією гіпотезою, досить суперечливі. Так, за даними LJ Mayberry та співавт. (2007), післяпологова депресія більш поширена у багатодітних матерів, ніж у жінок, що вперше народжують [75], в той час як результати іншого дослідження вказують на більш високу поширеність цього захворювання у першородних [67]. У роботі, проведений SE Mathisen та співавт. у 2013 році було встановлено, що у багатодітної матері ризик виникнення афективних розладів у післяпологовому періоді вищий, але пов'язано це з вищим

психологічним навантаженням, викликаним необхідністю піклуватися відразу про кількох дітей [74]. Протилежні результати цих досліджень дозволяють припустити, що кількість пологів сама по собі не є незалежним фактором для розвитку післяпологової депресії, а виникнення депресивних симптомів обумовлено психосоціальними умовами, в яких виявляється багатодітна жінка.

До біологічних факторів ризику відносять вік вагітної жінки різні ендокринні захворювання, артеріальну гіпертензію. Встановлено взаємозв'язок між віком майбутньої матері та розвитком післяпологової депресії. Дослідники вважають, що найімовірніше виникнення захворювання під час пологів у віці 13-19 років [68; 75; 95], тоді як найрідше депресія розвивається у жінок, які народжували у віці від 31 до 35 років [75; 78]. Імовірно, причиною подібної різниці є впевненість зрілих матерів в своєму соціальному статусі та психологічна готовність до ролі матері, що опосередковано знижує ризик виникнення тривожно-депресивних розладів.

Сюди ж можна віднести спадковість. Цей фактор включає особливості нервової системи, що визначають здатність організму адаптуватися до фізичного та психологічного стресу. Існує успадкована схильність до меланхолії та депресії.

Також безліч досліджень присвячено впливу гормональної функції жінки на виникнення афективних коливань. При гормональних зрушеннях скорочується вироблення прогестерону та гормонів щитовидної залози, посилюється синтез пролактину. Активна ендокринна перебудова відбивається на роботі ЦНС, провокуючи емоційну нестійкість, зниження працездатності, пригніченість. За даними ряду авторів наявність помірного або важкого передменструального синдрому в анамнезі може вказувати на високий ризик розвитку депресії у післяпологовому періоді [68; 34; 18]. Деякі автори виділяють зв'язок рівня статевих гормонів з розвитком депресивної симптоматики, пояснюючи таким чином високу поширеність післяпологової депресії. [32]. Проте результати дослідження С. Chatzicharalampous і співавт. (2011) вказують на відсутність зв'язку між виникненням післяпологових

розладів настрою і рівнем статевих стероїдних гормонів [36].

Значними у розвитку післяпологової депресії дослідники вважають обтяженість соматичними захворюваннями такими, як гіпотиреоз, хронічна артеріальна гіпертензія, гестаційна артеріальна гіпертензія, ожиріння. Наприклад, у дослідженні, проведеному Є.В. Козирко та співавт. (2016), у жінок із встановленою післяпологовою депресією у 43,1% випадків було виявлено зміну рівня гормонів щитовидної залози (у 24 спостереженнях – субклінічний гіпотиреоз, в 4 - гіпотиреоз з клінічними проявами), що говорить, про можливий вплив гіпотиреозу на розвиток післяпологової депресії [8].

Зв'язок тривожно-депресивних розладів з артеріальною гіпертензією у вагітних жінок було виявлено у роботі Ж.Р. Гарданової та співавт. (2016). При цьому було зазначено, що у пацієнток з хронічною артеріальною гіпертензією розвивався легкий або помірний ступінь депресії, тоді як у пацієнток із групи з гестаційною артеріальною гіпертензією було діагностовано більш виражені афективні коливання [2].

Згідно з даними мета-аналізу Е. Molynеaux і співавт. (2014), заснованому на 62 статтях, що включає 540373 жінок, які страждають ожирінням, стає зрозуміло що у жінок з надмірною вагою більша ймовірність виникнення післяпологової депресії, ніж у жінок з нормальною масою тіла. Також жінки, які страждають на ожиріння, мали значно вищі шанси появи симптомів післяпологової депресії в порівнянні з жінками з надмірною вагою (середня поширеність: ожиріння 13,0%, надмірна вага 11,8%, нормальна вага 9,9%) [80].

Сучасні дослідження також вказують на взаємозв'язок між розвитком післяпологової депресії та наявністю певних імунологічних маркерів (неоптерин, реактивні Т-лімфоцити). У дослідженнях D. Krause та співавт. (2014), виявлено, що перинатальні та постнатальні імунологічні параметри пов'язані з післяпологовими депресивними симптомами матерів. Крім того, визначено імунні маркери, які передбачають виникнення симптомів післяпологової депресії вже під час вагітності [69].

Також ряд авторів вказує на запалення, як на фактор ризику виникнення

симптомів післяпологової депресії [49;65;85]. Дослідження в галузі психонейроімунології показали, що депресія може бути пов'язана із запаленням, що проявляється в підвищенні рівня прозапальних цитокінів. Згідно з даними роботи М. Маес та співавт. (2000г) у жінок у післяпологовому періоді зі зниженим настроєм та високою тривожністю сироваткові концентрації інтролейкіну-6 та інших прозапальних цитокінів вище, ніж у жінок, які не мали депресивних симптомів. В результаті дослідження автори дійшли висновку, що афективна симптоматика може бути спричинена активацією системи запальної відповіді [72].

У роботі К. Kendall-Tackett та співавт. (2012) показано, що жінки в післяпологовому періоді особливо схильні до емоційних коливань, тому що їх рівень прозапальних цитокінів значно підвищується протягом останнього триместру вагітності. Крім того, порушення сну, фізичний дискомфорт після пологів і перенесена чи поточна психологічна травма, що самотійно можуть викликати підвищення рівня прозапальних цитокінів [65]. Тому лікування запальних захворювань у третьому триместрі може благотворно позначитися на психічному здоров'ї матері [3].

За даними різних джерел, для розвитку післяпологової депресії також значимі соціальні чинники. До них відносять рівень освіти, важке фінансове становище, відсутність підтримки з боку сім'ї, відсутність роботи чи просування кар'єри в матері [44; 70; 79]. Приміром зміна соціальної ситуації може чинити негативний вплив. Роль матері передбачає виконання певних функцій, перебудову життя. Джерелом депресії стає страх невідповідності очікуванням оточуючих та власному образу ідеальної мами, брак цікавих подій та спілкування. Ускладнення побуту теж можна визначити негативний фактором. Після появи дитини до звичайних обов'язків жінки додаються нові: догляд, годування, відвідування лікарів, виховання. Виснаження та депресія формуються внаслідок нестачі часу для відновлення моральних та фізичних сил.

У проспективному дослідженні Y. Miyake і співавт. (2011) простежено

зв'язок між зайнятістю, типом роботи, доходом, рівнем освіти та ризиком післяпологової депресії.

Погіршення подружніх стосунків в теорії може спричинити розвиток депресії. Немовля вимагає постійної уваги, обоє батьків частіше втомлюються. На період відновлення організму жінки обмежується сексуальна сфера життя. Все це стає причиною більш частих сварок, емоційної холодності подружжя та збільшує ризик депресії [1; 3; 5].

Ряд досліджень присвячений значущості емоційної підтримки з боку рідних та партнера. У роботі V. Escribà-Agüir та співавт. (2010), зазначено, що низька задоволеність шлюбом, депресія партнера та депресія під час вагітності збільшують ймовірність депресії протягом перших 12 місяців після народження дитини. Згідно з отриманими даними психосоціальні та особистісні фактори також були значущими предикторами депресії протягом перших 12 місяців після пологів [44].

Одну з ключових ролей має фактор емоційного та фізичного насильства над жінкою в час вагітності. за оцінок різних авторів від 4% до 78% жінок, які відчувають симптоми післяпологової депресії, були об'єктом насильницьких дій [77; 88; 94]. За даними дослідження JJ Rogathi та співавт. (2017), проведеному в країнах, що розвиваються, кожна третя вагітна жінка в досліджуваній популяції зазнавала насильства зі сторін інтимного партнера, що спричинило розвиток афективних розладів у післяпологовому періоді. Найчастіше всього симптоми післяпологової депресії, пов'язані з епізодами домашнього насильства, виникали у молодих жінок, які раніше не мали періодів тривало зниженого настрою [88].

Також на розвиток афективної симптоматики та тяжкість її прояву може впливати характер споживаної їжі, куріння, фізичні навантаження [8; 43; 83; 90]. У дослідженні S. Salimi та співавт. (2015) отримані результати, які свідчать про те, що жінки, які палять сигарети до вагітності та продовжують курити протягом останніх 3 місяців вагітності та у післяпологовому періоді, частіше мають схильність до коливань настрою порівняно з жінками, які кинули

палити. До того ж, у жінок, які курять у післяпологовому періоді, незалежно від того чи курили вони протягом останніх 3 місяців вагітності, частіше виникають симптоми післяпологової депресії в порівнянні з жінками, які не курили під час вагітності та продовжують утримуватися від куріння після пологів [90].

Крім відмови від куріння, важливу роль у профілактиці виникнення афективних розладів відводять також характеру харчування та фізичним навантаженням. Згідно з даними наукових досліджень збалансована дієта та заняття спортом під час вагітності та в післяпологовому періоді можуть знизити вираженість депресивної симптоматики у матерів після народження дитини [6; 43; 83].

До загальних проявів депресивного розладу належать пригніченість настрою, безпричинна мінливість емоцій, плаксивість, дратівливість, зниження мотивації до будь-якої діяльності. Порушення сну проявляються безсонням або надмірною сонливістю. Апетит стає підвищеним, аж до обжерливості, або повністю пропадає. Суб'єктивно жінки переживають почуття власної нікчемності, звинувачують себе в нездатності виконувати функції матері, у відсутності прихильності та любові до дитини. Вони відчувають нездатність зосередитися на домашніх обов'язках, що не можуть самостійно приймати рішення у повсякденних справах. Усуваються від звичного спілкування від контактів з близькими людьми [1]. При тяжкому перебігу депресії виникають думки про заподіяння шкоди собі та дитині.

За характером течії виділяють кілька форм післяпологових депресій:

1. При невротичному варіанті розладу відбувається загострення негативних переживань, що виявились у період вагітності та пологів, наприклад, спровокованих загрозою викидня. Характерний симптом – підвищена тривожність.

Пацієнтки перебувають у постійному очікуванні поганої події (хвороби, смерті дитини, розпаду сім'ї). Напруженість проявляється спалахами дратівливості та дисфорії. Жінки стають запальними, іноді агресивними.

2. У важких випадках формуються панічні атаки, іпохондрія, головні та

загрудинні болі, напади тахікардії, пітливості, задишки. Стан поступово погіршується протягом дня, до вечора виникає психічне та фізичне виснаження – занепад сил, слабкість, апатичність, невтішний плач [5].

3. При депресії з невротичними складовими в якості основних симптомів розвиваються соматичні розлади. Емоційні переживання відкидаються пацієнткою як неприйнятні. На перший план виходить безсоння, зниження апетиту, втрата ваги. Такий розлад ґрунтується на впливі психотравмуючих ситуацій перед вагітністю та протягом вагітності.

4. Інший варіант депресії – меланхолія з маревним компонентом. Ключовими симптомами є психомоторна загальмованість та почуття провини. Жінки гостро переживають уявну неспроможність називають себе «поганою матір'ю». Переважають надцінні ідеї, що реалізують самозвинувачення, самоприпинення, суїцидальні нахили. Ця форма розладу здатна переходити у тяжче захворювання – післяпологовий психоз.

5. Найпоширенішим варіантом депресії серед молодих матерів є затяжна форма. Вона часто сприймається пацієнтками як втома, нудьга, адаптація до режиму дитини та ролі мами. Розвиток симптомів відбувається повільно, тому звернення до фахівців дуже рідкісні.

Жінки відчують слабкість, знемогу, яка помилкова пов'язується з пережитими пологами, крововтратою. Посилюється плаксивість та дратівливість, важко переносяться нічні пробудження для годування новонародженого. Догляд за дитиною тяжкий, але зберігається критичне ставлення до власних переживань [6, 8].

До симптомів післяпологової депресії відносяться: порушення сну, тривогу, страх заподіяння шкоди дитині, коливання настрою, виражений смуток і плаксивість, почуття невпевненості в собі, втрату інтересу до повсякденної діяльності, уповільнення мислення, зниження здатності концентруватися та приймати рішення, відсутність сил, зміну апетиту, відчуття провини та власної марності, виникнення суїцидальних думок [28, с. 4].

Залежно від клінічної картини в літературі виділяють, здебільшого, 3

типи післяпологової депресії: астенічний тип, для якого властива підвищена стомлюваність, виснажливість, дратівливість, гіподинамія, а також різноманітні вегетативні симптоми; тривожний тип, якому поруч із гіпотимією, характерно почуття вираженої тривоги, невмотивованого страху, переважно за дитину, невпевненість у своїх силах, почуття внутрішньої напруги і порушення сну; і астено-тривожний тип, який включає, як виражену стомлюваність, так і почуття тривоги, що супроводжується порушенням сну [14;15;59]. Згідно з дослідженням А.А. Прибиткова (2011р) для психогенних депресій поряд з тривожною та астенічною симптоматикою, також характерні істеро-депресивні та меланхолійні розлади [14]. Клінічна картина істеро-депресивних розладів включає демонстративну поведінку, стурбованість станом власного здоров'я, а не станом дитини, перебільшення тяжкості випробовуваних симптомів, лабільність настрою та коливання глибини депресії, пов'язане із зовнішніми факторами, конверсійну симптоматику, у вигляді скарг на «комк в горлі», «слабкість в ногах» [14]. Меланхолійні депресії післяпологового періоду відрізняються безпричинним песимізмом, пригніченістю, зневірою, сповільненістю мислення та гіподинамією [14].

У разі розвитку важкого депресивного епізоду можуть виникати суїцидальні спроби [29; 55; 51; 84]. За даними досліджень до 20% випадків материнської смертності в післяпологовому періоді припадає на суїциди [84].

Крім негативного впливу на психічне здоров'я та фізичне самопочуття матері, депресія в післяпологовому періоді можуть спричинити несприятливі наслідки для здоров'я дитини. Існують дослідження, які доводять, що післяпологова депресія може порушити формування зв'язку між матір'ю та немовлям, що, у свою чергу, може призвести до порушення емоційного, соціального та когнітивного розвитку дитини [99]. Також відомо, що діти матерів, які страждали на післяпологову депресію, менш прив'язані до матері, у них знижується здатність до загальнопізнавального та мовного розвитку, зростає рівень загальної захворюваності [99].

За даними роботи А.В. Філонєко порушення дитячо-материнських

зв'язків є передумовою не тільки для поведінкових та психопатологічних відхилень, але також і соматичної патології у дітей. З дитинства в них відзначається затримка у психомоторному розвитку, виникають захворювання вегетативної нервової системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихальної та імунної системи [96]. У крайніх випадках, порушення зв'язку між матір'ю та дитиною може призвести до спроб дітовбивства [38, с. 104].

1.2. Психологічні особливості післяпологового стану матерів

Післяпологовий стан – один із складних, багатогранних та надзвичайно чутливих станів жіночого життя. Післяпологовий період загально визнано вважається часом підвищеного ризику розвитку симптомів складного емоційного стану, що обумовлено сукупністю біологічних змін та змін соціальних ролей у житті жінки. «Вагітність передбачає кінець існування жінки як незалежної окремої істоти та початок неодмінних та безповоротних відносин матері дитини» [8, с.27].

З народженням дитини починається цікавий та відповідальний період у житті молодої мами, і цей період із психологічної точки зору дуже неоднозначний. Багато радості, багато турбот. Нові відчуття мають вбудуватися в колишнє життя, щось змінюється, щось залишається незмінним.

Гормональна перебудова в жіночому організмі суттєво впливає на чутливість її нервової системи, зростає нервово-психічне навантаження. І в цьому «матінка-природа» розраховувала все до дрібниць.

Мати дійсно має стати буквально як оголений провід, щоб краще відчувати свого нещодавно народженого малюка: відчувати його потреби, стан його настрою. Це інстинктивне почуття ріднить жінку із самками тваринного світу. Адже способи спілкування мами та малюка невербальні.

Загострена інтуїція дозволяє мамі відчувати всі сигнали дитини. Це інтуїтивне знання треба цінувати. Але, на жаль, подібна чутливість поширюється не лише на спілкування з новонародженим. Мати загострено

відчуває все, що відбувається навколо неї. Будь-яке необережне слово, погляд залишають свій слід у душі. Як із нею спілкуються близькі, яким тоном і з якою інтонацією з нею говорить лікар, – все має значення.

Звичайно, незаперечно важливим для психологічного самопочуття молодої матері є те, як пройшли пологи. Фізичний стан після пологів може розглядатися як один із факторів емоційно-нестабільного стану (наприклад, наявність швів, втома, труднощі з туалетом, прийняттям їжі, відсутність комфорту у палаті). Заходи та маніпуляції, пов'язані з лікувально-діагностичним процесом без належного роз'яснення можуть бути незрозумілими, неприємними і викликати страх. При цьому болючі відчуття, навіть дуже слабкі при виконанні медичних маніпуляцій можуть сприйматися як значні та ще більше посилювати напругу та почуття страху. Незвична обстановка та незвичні предмети, що іноді мають негативний вигляд (наприклад, медичні інструменти), вживання персоналом спеціальних медичних термінів можуть викликати емоційне збудження та тривогу. Особливо у жінок, які ніколи не лежали в лікарні. Тому представляється надзвичайно важливою психологічна підготовленість лікарів та медсестер для ведення доброзичливої і таким чином розслаблюючої комунікації, що посилює довіру пацієнток та їх комфортніше самопочуття у незвичних умовах стаціонару.

З фізичним станом пов'язане й ухвалення образу тіла після пологів. Ряд нових мам переживають за стан фігури, болісно сприймають появу обвислого живота, переживають, що не вдасться відновити колишні форми.

Самка будь-якої тварини після пологів повинна бачити, нюхати, чіпати своє дитинча. І жінка не є винятком. Тільки розуміти головою, що дитина лежить окремо через необхідність, і при цьому не відчувати її – дуже важко для мами. Тому знаходження мами та малюка в палаті спільного перебування вкрай необхідне. Грудне вигодовування на вимогу дитини дозволяє стабілізувати гормональний фон у жіночому організмі, тим самим сприяючи вирівнюванню її емоційного стану.

На самопочуття молоді мами у післяпологовому періоді також впливає статус народженої дитини та особливості її темпераменту Недоношена дитина, дитина з наявністю патологій у розвитку – серйозна нарцисична травма для мами. Почуття неповноцінності, винятковості, відчуття покарання від Бога, долі – це часто виникаючі і вкрай болючі думки для жінок. Такі мами або схильні відчувати почуття провини і намагатися «виправити» ситуацію своєю підвищеною «включеністю» у новонародженого, або дратуватися і злитися на дитину, на оточуючих, звинувачуючи всіх у тому, що трапилося. Втома від підвищеної психічної напруги, загнаність, депресивні реакції – часті супутники таких пацієнток. Їм потрібна робота з психологом. Особливого психологічного супроводу вимагають молоді мами, які втратили новонароджених. Їхня тривала реабілітація, а також реабілітація членів їх сімей – особлива робота, яка потребує спеціального навчання психолога. Медперсоналу пологових будинків та жіночих консультацій також необхідні знання з психологічного супроводу жінок із втратою.

При яскравому неспівпадінні темпераментів мами та дитини, їй важче відчувати малюка та діяти залежно від його потреб. Деякі дослідники виділяють «важкий» темперамент немовлят, як «синдром характеристик, що включає високий рівень активності, інтенсивні емоційні реакції, труднощі пристосування і в цілому негативний настрій» [5, с.66]. Останнім часом до цього набору додають нерегулярність станів (наприклад, голоду, сну, збудження, уваги) та сигналів немовляти, що може призвести до складнощів читання сигналів та формування відповідної поведінки матері, до проблем регулювання стану дитини, наприклад, проблем годування. Почуття «поганості» та неуспішність може почати переслідувати маму. Особливо якщо вона надто орієнтована на соціальну думку, на порівняння себе та своєї дитини з іншими мамами та дітьми. Вирішити, що вона гірша за інших справляється зі своїми обов'язками, що «у хорошій мамі дитина мовчить, а у поганій – кричить» дуже легко. Особливо, якщо у родичів та медперсоналу не вистачає емпатичного ставлення до молоді мами.

За спостереженнями, складнішим буває післяпологовий стан у жінок, які першородять. Зміна життєвого статусу, народження себе в новій ролі, ролі мами, викликає гордість і страх одночасно. Ніжність та переповненість коханням іноді супроводжується тихим жахом. Здається, що життя закінчилося: більше не буде зустрічей з друзями, відпочинку та спокійного перегляду кіно. Тепер все і вся належатиме йому, цьому маленькому комочку. Молоді мами з тривогою дослухаються: дихає? спить? як жити далі? Усі ці думки одночасно викликають почуття провини. Адже мама усміхнена з плаката добра, ніжна і яка не сумнівається в собі, ніяк не схожа на них. Б.Чалмерс вважає, що причини психологічної нестабільності стану жінки частіше пов'язані з переживанням щодо материнської ролі, ніж із переживанням пологів [4, с.12]. Якщо нова мати опиняється у полоні у міфів про романтичне материнство, має ідеалістичні ставлення до дитини, то ймовірність втрати емоційного рівноваги підвищується.

Дінора Пайнз у своїй книзі «Несвідоме використання свого тіла жінкою» пише: «Після пологів настає період пристосування до почуття спустошеності та відчуття порожнечі там, де була дитина. Матері знову потрібно змінити образ свого тіла, щоб почуватися цілою і не пустою всередині, перш, ніж відбудеться зживання з реальним народженням дитини та визнання її як окремої людини, і, крім того, їй одночасно необхідно з цією реальною дитиною поєднати того, що був настільки потаємною частиною її тіла. Матерей нерідко неприємно дивує, що вони не відчують негайного припливу всепоглинаючої материнської любові до дитини, яку їм показують. Таким чином, збудження та полегшення від пологів часто змінюється періодом занепаду та депресії, як це буває після довгоочікуваного успіху» [61, с.37].

Втома, підвищена чутливість, почуття безпорадності, безнадійності, надмірна залежність, почуття неадекватності, тривоги, страху, почуття «зміни» (Я не така, якою була раніше), почуття, що «життя ніколи не буде таким самим знову», брак енергії, втрата інтересу до життя, до інтиму, безпричинні страхи за своє здоров'я, життя та безпеку дитини – все це може почати «переслідувати» жінку. На соматичному рівні такий складний емоційний стан може

супроводжуватись сонливістю, втратою апетиту, тенденціями до запорів. Ці симптоми можуть початися відразу після пологів, досягаючи піку на 3-7 день і незабаром зникнути. Але час прояву стану може змінюватись, може наступити і через 2-3 тижні після пологів. І утримуватися по-різному: від кількох тижнів до кількох місяців. Чутливий стан молодих мам протягом перших тижнів після пологів дитячий психоаналітик Д.В. Віннікотт назвав «первинним почуттям материнства» та визначив як нормативний стан, що проходить само собою [71, с. 47]. Якщо ж пацієнтка не зустрічає розуміння лікарів та близьких, її стан може загостритися і при несприятливому прогнозі перейти в депресивний, де вона вже потребуватиме допомоги професіоналів. Десь у 50% жінок у післяпологовому періоді виникає легка форма післяпологового неврозу, відома в англійській літературі під назвою «baby-blue», у післяпологову депресію переходить 15-20% занедбаних випадків. На даний момент існує ряд підходів до позначення та характеристики даних станів. З наукової точки зору, «післяпологова нудьга» за ступенем її виразності, за термінами її тривалості, з урахуванням індивідуального підходу має градації. Реактивні депресивні стани короткочасні і проходять власними силами протягом 1-3 тижнів. Саме їх прийнято називати легкою формою післяпологового неврозу або первинним почуттям материнства за Віннікоттом.

Якщо складний емоційний стан зберігається більше місяця і має нав'язливий характер, включаючи у себе порушення сну та апетиту, психіатри відносять такий стан до депресії. Невротичні депресії представлені такими симптомами, як лабільність настрою з тенденцією до зниження до вечора, нерідко поєднуються з тривогою, поганим засипанням, поверхневим «лагідним» сном, труднощі при зосередженні уваги, почуття втоми, відсутності сил. Тут необхідні консультації психолога, іноді психіатра. Характерними для ендогенних депресій ознаками є: раннє ранкове пробудження (пізнє безсоння), добові коливання настрою (погіршення настрою в ранкові години), сумний пригнічений вираз обличчя, ознаки психомоторної загальмованості, почуття провини, туги, печалі, малоцінності, труднощі в прийнятті про смерть [7].

Найбільш важкі та тривало протікаючі випадки невротичних та неврозоподібних станів при поглибленому аналізі виявляють складний генезис: поєднання психотравмуючих обставин, соматичних ускладнень у післяпологовому періоді, що виснажують хронічні захворювання в анамнезі, астеничні особливості конституції. Ці стани надзвичайно ригідні щодо різних видів терапії, оскільки ліквідація однієї і навіть кількох патогенетичних ланок неврозу все ж таки не усуває повністю його патогенетичну основу. Зanedбані стани, що характеризуються нічними кошмарами, сильною м'язовою напругою всього опорно-рухового апарату, повною байдужістю під час годування, внутрішньою відмовою від тілесного контакту з дитиною, що глибоко сидять страхами або навіть панікою (страх перед завтрашнім днем), порушенням самооцінки (я тепер ні на що не годжуся), порушенням самовідчуттям (я тепер сама не своя, моє тіло тепер мене не слухається) вимагають обов'язкового комплексного залучення низки фахівців [42].

Нерідко, при уважному зборі анамнезу можна спостерігати закономірності: бабуся страждала на післяпологову депресію, мама лежала в психо-неврологічному диспансері з подібним діагнозом, і дочка, народивши, зіткнулася з тією самою проблемою. Також післяпологовий період є критичним у плані можливого рецидиву вже існуючого неврозу.

Питання правильної діагностики важливе для ухвалення рішення про медикаментозний супровід жінок. Адже унаслідок тривалого депресивного стану відбуваються кримінальні дії, що відрізняються невмотивованою агресією, жорстоким характером та спрямованістю проти близьких.

У післяпологовому періоді відбувається притирання між подружжям у сім'ї. Тепер вони не лише «чоловік і дружина», а й «мама та тато». Наскільки кожен із них був готовий до появи малюка, які стереотипи вони несуть зі своїх дитячих сімей, наскільки їхні погляди на місце дитини у сім'ї схожі? Все це буде впливати на побудову взаємовідносин у «трійці», у цій більш правильній та універсальній системі по порівняно з «двійкою». Спочатку молода мама на 90% йде в материнство, і це нормально. Тільки через місяць-два вона починає

потихеньку «виринати» з тандему з дитиною у зовнішній світ. Наскільки вистачить терпіння чоловікові справлятися з несвідомою ревнощами до малюка і часом витримати надмірну тривожність дружини? Наскільки вистачить мудрості жінці ділити свою енергію між дитиною та чоловіком? Від відповідей на ці запитання залежатиме час і інтенсивність притирання між молодими людьми.

Якщо народжена не перша дитина, то важливо в який період взаємин у парі вона з'явилася. І тут багатьох мам турбує тема ревнощів та конкуренції між дітьми. Як зуміти розподілити увагу між дітьми та ще й залишити «шматочок» чоловікові і про себе не забути? При збиранні анамнезу важливо звернути увагу на наявність сиблінгового суперництва у біографії самої жінки. Часто невирішені проблеми дитинства мають тенденцію зміщуватися на своїх дітей. Для молодой мами величезна зміна, фізична та емоційна, є нормальною критичною перехідною фазою і, отже, супроводжується поживавленням конфліктів та тривог минулого, які обтяжують її ношу. Як би сильно не ідентифікувалися її чоловік та сім'я з нею в цей час, зміна емоційного життя матері сімейства веде до зміни внутрішньосімейних відносин, отже «кожна вагітність і народження дитини повинні неминуче супроводжуватися нормальною сімейною кризою та закінчуватися абсорбцією нового члена сім'ї» [91].

На психологічне самопочуття у післяпологовому періоді впливають і індивідуальнопсихологічні особливості особистості пацієнтки, її темперамент, акцентуації характеру. Дослідження В.І. Брутман показують, що вік матері також впливає на емоційний стан після пологів [10].

Жінки віком до 21 року схильні до депресивних станів, оскільки вони не готові до виконання материнської ролі, що не закінчили освіти, не можуть самостійно забезпечити своє існування. «Для жінки, яка чекає на первістка, вагітність доводить її статеву приналежність і видимим чином заявляє зовнішньому світу, що вона перебувала в інтимних стосунках. Психологічно це підтверджує, що вона володіє зрілим тілом, здатним до репродукції, але це

зовсім не означає, що вона має рівно зріле емоційне его, здатне до прийняття відповідальності та вимог материнства» [111, с.183]. Завдання, яке повинна буде виконати молода мати, це поєднання реальності з несвідомими фантазіями, надіями, мріями. Крім того, вона має вперше зустрітися з вимогами безпорадного залежного створіння. Завдання може виявитися непосильним, особливо для юної недосвідченої матері. У цей період підтримка від оточення безцінна, особливо підтримка від чоловіка, матері або будь-якої значущої та зацікавленої особи.

Конфлікт між власною особистістю та формуванням концепції материнства, придбанням нової соціальної ролі також може впливати на стан жінки. Чому так важливо буває зібрати анамнез пацієнтки, поставити ключові питання, які допоможуть прояснити ситуацію. Наприклад, породілля може страждати на «комплекс відмінниці», який у післяпологовому періоді може проявитися в невротизації, в напруженому бажанні все робити правильно, ідеально. Таким чином, вона може уникнути визначення «досить хорошої матері» за Віннікоттом в якийсь ідеальний образ. Інфантильна жінка буде постійно орієнтуватися на поради бабусь, лікарів, журналів, забуваючи про довіру своєї материнської інтуїції про довіру контакту з дитиною [55].

У становленні материнства велику роль відіграють стосунки породіллі зі своєю матір'ю, з бабусею. Збір інформації на тему «дочки-матері» надає психологу неоціненну допомогу у розумінні психологічного самопочуття жінки у післяпологовий період, що допомагає передбачати можливі порушення дитячо-батьківських відносин. Одну з вирішальних ролей грає те, яка у матері, що народила, була мати (наскільки вона здатна була бути матір'ю) і яким чином вона ставилася до своєї жіночності та становлення жіночності своєї дочки. Це визначає той психологічний сценарій, який схильна реалізовувати дочку у своєму житті. Існує зв'язок між психосексуальним розвитком дівчинки та її становленням у дорослому житті як матері. На думку ряду авторів, причиною розвитку післяпологової депресії у пацієнток може стати несвідоме відкидання жіночої ролі та/або амбівалентне ставлення до материнства.

Також важливо знати про те, як була народжена сама молода мама, як пройшов післяпологовий період у її матері. Ця інформація накладається на власний післяпологовий період жінки як несвідомі спогади і може викликати складні емоційні реакції у мами разом з додатковими проблемами. Наприклад, пацієнтка віком 26 років, народжує вперше, у віці дитини близько 3 місяців почала відчувати незрозумілі напади тривоги, думаючи про кінець світу. Почуття безпорадності стало прогресувати, викликаючи непрохідний смуток. Відчуття своєї винятковості, ненормальності більше і більше формувалося ще й у зв'язку з нерозумінням близьких, які знецінюють переживання жінки. У роботі з психологом, при збиранні анамнезу, виявилось, що в ранньому дитинстві, у 3-місячному віці пацієнтка лежала із запаленням легень у лікарні без мами. Той страх, та тривога від перебування в незнайомій обстановці без первинного об'єкта, що зафіксувалися у несвідомому вагітної (і з точки зору психотерапевтичного підходу, можуть класифікуватися як наявність ранньої дитячої травми) вийшли на поверхню, коли жінка народила і вік дитини наближався до «віку її травми». У дитинстві відсутність звичної обстановки, відсутність мами сприймається буквально як аварія світу (у пацієнтки не випадкові страхи кінця світу за асоціаціями з ранніми дитячими переживаннями). Витіснена тривога піднялася з несвідомого до свідомості жінки через підвищену чутливості нервової системи в ранньому післяпологовому періоді та віковій синхронії. В результаті опрацювання цієї теми з психологом, «пазли сьогодення та минулого склалися», тривожні стани пацієнтки пішли [44, с.75].

Психологу важливо пройти психоаналітичне навчання, для того щоб знати складні механізми будови психіки та вміти правильно розпоряджатися отриманою під час розмови з жінкою інформацією. Ці знання та вміння особливо важливі для роботи зі складними післяпологовими станами, післяпологовими депресіями.

Д.Грехем у своїй роботі «Як стати батьком самому собі» пише: «Даючи життя дитині, мати нерідко переживає багато моментів свого народження і ті

стани, якими супроводжувалася її власна поява на світ. Якщо їй довелося «відключити» свої почуття на той момент, то спогад про це і переживання цього тепер може посилити колишній імпринтний досвід та «відкрити шлюзи» депресивному стану. У в результаті вона може втратити здатність радіти народженню своєї дитини. Можливо також вона відчує неможливість контакту з дитиною та з розчаруванням виявить, що вона нездатна визнати власну дитину та прийняти її. Цей момент може виявитися дуже болючим як для дитини, так і для дитини. матері» [20].

Психологічний стан жінки у післяпологовий період безпосередньо пов'язаний з її мотиваційною. готовністю стати матір'ю і зі стилем виношування вагітності. Вагітним, що виношує дитину за так званими непрямими мотивами, з тривожним, амбівалентним та відкидаючим стилями виношування, а також з ейфоричним стилем, складніше прийняти себе в ролі матері та налагодити контакт з малюком.

Так само варто зупинитися на несподіваних стресових станах, що відбулися під час вагітності або в післяпологовий період (смерть родича, аварія, розлучення і т.п.) - все це безумовно буде впливати на особливості психологічного самопочуття молодої мами у післяпологовому періоді. Під час вагітності, під впливом домінанти вагітності, жінка інстинктивно захищає своє дитинча, свою вагітність, не дозволяючи «опуститись» у стрес. Після ж пологів, як би відпружинюють усі ті затиснуті почуття, які так ретельно контролювалися нею, адже завдання народження виконане. Жінку, що називається, «накриває» хвилею сильних почуттів, у яких без сторонньої допомоги вона ризикує «захлинутися».

Наприклад, у пацієнтки 28 років на 7 місяці вагітності раптово від серцевого нападу помер батько. Намагаючись сильно не переживати, щоб не спровокувати передчасних пологів, вагітна не була присутня на похороні, всіляко намагалася відволіктися від цієї теми. Благополучно народивши сина, поступово вона впала у депресію. Не відреагувавши свого болю, вона просто відклала її. Закономірно затиснуті почуття повинні були вийти. У

післяпологовий період радість народження та гіркота втрати зімкнулися. Психологічна робота тривала протягом року. В результаті жінка спромоглася відгорювати втрату, вийти з депресії і продовжити адекватне життя у своїй сім'ї [44, с.76].

Тривала психотравмуюча ситуація (важка сімейна обстановка, зради та моральні образи з боку партнера, великі матеріальні труднощі тощо), що має місце під час вагітності, у післяпологовий період може сприяти розвитку складних емоційних переживань породіллі, особливо якщо вона мала фантазії про те, що дитина «врятує» її з цієї ситуації, змінить життя чи ставлення на краще. Розуміючи, що вирішувати важку життєву ситуацію доведеться таки їй самій, та ще й дбати при цьому про дитину, виявляється непомірно важко. І потребує підтримки, знаходження додаткових ресурсів.

Медперсоналу, що працює в пологових будинках та жіночих консультаціях, необхідне знання психологічних особливостей жінок у післяпологовому періоді; факторів, що впливають на емоційний стан породіль. Слід звертати увагу на різкі видимі перепади настроїв пацієнток, плаксивість, збудливість чи загальмованість, скарги на порушений сон, постійне занепокоєння за дитини. Прислухатися до коментарів молодих мам, які перебувають у одній палаті. При цьому важливо уважно вислухати жінку, приділивши їй додатковий час для розмови, ставити уточнюючі питання. Тон розмови має бути доброзичливим. Важливо не критикувати, не знецінювати емоції, матері, зняти з неї відчуття своєї винятковості, пояснивши особливості післяпологового самопочуття мам. Необхідно допомогти у налагодженні грудного вигодовування, у знаходженні контакту з малюком, формування навичок догляду за новонародженим. Якщо не створюється відчуття сприятливого впливу бесіди медперсоналу на жінку, або її самопочуття здається складнішим, ніж на те є знання медперсоналу слід залучити до бесіди психолога. Після роботи психолога необхідно отримати рекомендації щодо подальшої взаємодії з пацієнткою

1.3. Післяпологова депресія як психологічний феномен.

Післяпологова депресія матерів є складним багатовимірним психологічним явищем, яке формується на перетині особистісних, емоційних, соціальних та екзистенційних факторів. У межах психологічної науки післяпологова депресія розглядається не лише як афективний розлад настрою, а як особливий стан психіки жінки, що виникає внаслідок глибокої трансформації її ідентичності, життєвих ролей, системи цінностей та міжособистісних відносин. Материнство, яке в соціальному дискурсі часто ідеалізується як період радості, гармонії та самореалізації, на психологічному рівні може супроводжуватися кризовими переживаннями, внутрішніми конфліктами та відчуттям втрати контролю над власним життям.

З психологічної точки зору післяпологова депресія не є раптовим або ізольованим явищем. Вона формується як процес, що має передумови ще до народження дитини, пов'язані з особистісною структурою жінки, її досвідом дитинства, характером прив'язаностей, рівнем емоційної зрілості, очікуваннями щодо материнства та якістю соціальної підтримки. Народження дитини стає своєрідним тригером, який актуалізує раніше неусвідомлені внутрішні конфлікти, страхи та незадоволені психологічні потреби [88, с.37].

Психологічні особливості стану матерів у період післяпологової депресії проявляються передусім у сфері емоційної регуляції. Для жінок характерні стійкі негативні емоційні стани, такі як пригніченість, тривожність, емоційна спустошеність, відчуття безнадійності та внутрішньої порожнечі. Важливо підкреслити, що ці переживання часто супроводжуються почуттям провини, яке має специфічний психологічний характер. Мати відчуває провину не лише за власний емоційний стан, але й за те, що не відповідає соціальному образу «ідеальної матері», яка повинна відчувати безумовну любов і радість від материнства.

У межах психологічного аналізу значну увагу приділяють феномену

розбіжності між очікуваним і реальним досвідом материнства. До народження дитини у свідомості жінки часто формується ідеалізований образ материнської ролі, підкріплений соціальними нормами, медіа-дискурсом та міжпоколінними уявленнями. Реальний досвід, який включає фізичне виснаження, нестачу сну, втрату особистого простору та зростання відповідальності, вступає в конфлікт із цим образом. Така розбіжність породжує внутрішнє напруження, фрустрацію та відчуття особистісної неспроможності [33, с.75].

Особливої уваги заслуговує проблема зміни ідентичності жінки після народження дитини. З психологічної точки зору материнство є кризою ідентичності, оскільки жінка змушена інтегрувати нову роль у вже сформовану структуру «Я». У період післяпологової депресії цей процес інтеграції порушується. Жінка може відчувати втрату колишньої себе, знецінення власних досягнень поза материнством, а також страх остаточної втрати автономії. Такі переживання часто супроводжуються амбівалентними почуттями щодо дитини, які залишаються табуйованими та витісненими, що, у свою чергу, посилює депресивний стан.

На когнітивному рівні післяпологова депресія проявляється у формуванні негативних автоматичних думок та дисфункціональних переконань. Жінки схильні до катастрофізації, узагальнення негативного досвіду та фіксації на власних помилках. Поширеними є думки про власну некомпетентність як матері, страх завдати шкоди дитині або переконання у власній емоційній холодності. Такі когнітивні спотворення формують замкнене коло, у якому негативні думки посилюють негативні емоції, а емоційний стан, своєю чергою, підтримує викривлене сприйняття реальності.

Важливим психологічним аспектом післяпологової депресії є порушення процесів прив'язаності між матір'ю та дитиною. З точки зору теорії прив'язаності, емоційний стан матері безпосередньо впливає на якість ранньої взаємодії з немовлям. У стані депресії жінка може відчувати емоційну відстороненість, труднощі у встановленні емоційного контакту, знижену чутливість до сигналів дитини. Це не є свідомим небажанням піклуватися про

дитину, а наслідком зниження психологічних ресурсів та емоційного виснаження [14, с.64].

Соціально-психологічний вимір післяпологової депресії включає аналіз міжособистісних відносин жінки з партнером, родиною та ширшим соціальним оточенням. Відсутність емоційної підтримки, нерозуміння з боку близьких, знецінення переживань матері або навпаки надмірний контроль з боку родичів можуть виступати значущими чинниками поглиблення депресивного стану. Психологічно жінка у цей період є особливо вразливою до соціальних оцінок і критики, що посилює почуття ізоляції та самотності.

Окремо слід розглянути роль особистісних рис у формуванні післяпологової депресії. Дослідження у галузі психології вказують на підвищений ризик розвитку депресивних станів у жінок із високим рівнем перфекціонізму, підвищеною тривожністю, низькою самооцінкою та схильністю до самозвинувачення. Перфекціоністичні установки щодо материнства формують нереалістичні стандарти, невідповідність яким сприймається як особистісна поразка. У поєднанні з хронічною втомою це створює ґрунт для розвитку депресивної симптоматики [100, с.24].

Глибинний психологічний аналіз післяпологової депресії дозволяє розглядати цей стан як результат актуалізації несвідомих внутрішніх конфліктів, що пов'язані з досвідом попередніх життєвих етапів жінки. Народження дитини часто активізує ранні дитячі переживання, пов'язані з образом матері, стилем виховання та якістю емоційної прив'язаності у власній сім'ї походження. Якщо у жінки в дитинстві були порушені базові потреби у безпеці, прийнятті та емоційній підтримці, то процес становлення у ролі матері може супроводжуватися підвищеним рівнем тривоги, страхом повторення негативного сценарію або, навпаки, несвідомим прагненням до ідеалізованого материнства як способу компенсувати власні дефіцити.

У межах психодинамічного підходу післяпологова депресія інтерпретується як конфлікт між реальним «Я» та ідеалізованим образом материнської ролі. Неспроможність відповідати цьому образу викликає

внутрішню напругу, яка не знаходить адекватного емоційного вираження та трансформується у депресивні симптоми. Жінка може не усвідомлювати джерело своїх переживань, однак відчувати постійне невдоволення собою, зниження самоцінності та втрату сенсу власної діяльності [78, с.29].

Особливе місце у психологічній структурі післяпологової депресії займає феномен амбівалентності материнських почуттів. З одного боку, жінка може відчувати любов, турботу та відповідальність за дитину, з іншого — втому, роздратування, бажання дистанціюватися або повернутися до «допологового» життя. Соціальні норми часто не допускають існування таких суперечливих почуттів, що призводить до їх витіснення та внутрішньої заборони на їх усвідомлення. Невизнана амбівалентність посилює внутрішній конфлікт і сприяє розвитку депресивного стану.

З психологічної точки зору важливим чинником післяпологової депресії є хронічне емоційне виснаження. Після народження дитини жінка стикається з постійним дефіцитом відновлення психологічних ресурсів. Нерегулярний сон, фізична втома, безперервна відповідальність за немовля та відсутність часу для себе формують стан, близький до емоційного вигорання. У такому стані знижується здатність до саморегуляції, що робить жінку більш вразливою до негативних емоцій та стресових факторів.

Емоційне вигорання матерів у післяпологовий період має специфічні психологічні ознаки. Воно проявляється у зниженні емпатії, відчутті відчуження, автоматизації доглядових дій та втраті емоційного залучення у взаємодію з дитиною. При цьому жінка може продовжувати виконувати всі необхідні функції догляду, але внутрішньо переживати порожнечу та безсилля. Усвідомлення цієї невідповідності між зовнішньою поведінкою та внутрішнім станом посилює почуття провини і сорому [66, с.13].

На рівні самосприйняття післяпологова депресія часто супроводжується кризою самооцінки. Жінка може почати оцінювати себе виключно через призму материнської ролі, знецінюючи інші аспекти власної особистості. Професійні досягнення, особисті інтереси та соціальні ролі відходять на другий план або

сприймаються як несумісні з материнством. Така звужена ідентифікація призводить до втрати відчуття цілісності «Я» та зростання внутрішньої фрустрації.

Важливим психологічним чинником післяпологової депресії є зміна характеру подружніх або партнерських відносин. Після народження дитини система взаємодії між партнерами зазнає істотних трансформацій. Зменшується емоційна близькість, зростає кількість побутових конфліктів, змінюється розподіл ролей і відповідальності. Якщо партнер не залучений емоційно або не надає достатньої підтримки, жінка може відчувати себе самотньою навіть у межах сімейних стосунків. Психологічна самотність у цей період є одним із ключових факторів поглиблення депресивних переживань [99, с.52].

З позицій соціальної психології післяпологова депресія також пов'язана з феноменом соціального порівняння. Сучасні медіа, соціальні мережі та публічні образи «успішного материнства» створюють ілюзію легкості та гармонії, що не відповідає реальному досвіду більшості жінок. Порівнюючи себе з цими образами, мати з післяпологовою депресією може відчувати власну неповноцінність, що посилює негативне самосприйняття та емоційний дискомфорт.

Особливу увагу у психологічному аналізі слід приділяти екзистенційному виміру післяпологової депресії. Народження дитини змінює життєві пріоритети, ставить питання про сенс життя, свободу вибору та відповідальність. Для деяких жінок ці питання набувають кризового характеру, особливо якщо материнство не було повністю усвідомленим або бажаним рішенням. Внутрішній конфлікт між прагненням до самореалізації та необхідністю повної відданості материнській ролі може стати джерелом глибокого психологічного напруження.

Післяпологова депресія як психологічний феномен має певну динаміку розвитку, що проявляється у поступовій зміні емоційних, когнітивних та поведінкових характеристик стану матері. На початкових етапах жінка часто переживає підвищену емоційну вразливість, сльозливість, нестійкість настрою

та внутрішнє напруження. Ці прояви можуть сприйматися як тимчасова адаптаційна реакція на нову життєву ситуацію, однак за відсутності емоційної підтримки та можливості психологічного розвантаження вони поступово трансформуються у стійкий депресивний стан [65, с.211].

З психологічної точки зору важливо підкреслити, що післяпологова депресія не виникає раптово, а формується як результат накопичення внутрішнього стресу та незадоволених потреб. У міру поглиблення стану у жінки з'являється відчуття втрати контролю над власними емоціями, знижується здатність до позитивного емоційного відгуку, формується песимістичне бачення майбутнього. Когнітивні процеси набувають характеру ригідності, мислення концентрується на негативних аспектах власного досвіду, а будь-які труднощі сприймаються як підтвердження особистої неспроможності.

Особливої уваги заслуговує вплив післяпологової депресії на материнську поведінку. Психологічні труднощі матері можуть відображатися у зниженні чутливості до сигналів дитини, затримці емоційного реагування або формальному виконанні доглядових функцій без глибокого емоційного залучення. Така модель взаємодії не є свідомим вибором жінки, а радше наслідком її внутрішнього виснаження та емоційної перевантаженості. Водночас усвідомлення власної емоційної відстороненості часто стає додатковим джерелом провини та самозвинувачення.

Психологічний стан матері з післяпологовою депресією може характеризуватися суперечливими тенденціями щодо дитини. З одного боку, жінка відчуває сильну відповідальність і страх завдати шкоди, з іншого — прагнення уникнути контакту через внутрішнє напруження та тривогу. Ця внутрішня боротьба призводить до нестабільності материнських реакцій, що може ускладнювати формування безпечної емоційної прив'язаності між матір'ю та дитиною.

З позицій теорії прив'язаності післяпологова депресія матері розглядається як фактор ризику порушення емоційного контакту у діаді «мати —

дитина». Хронічний депресивний стан знижує здатність матері до чутливого реагування, синхронізації емоцій та підтримки емоційної регуляції немовляти. Внаслідок цього дитина може демонструвати підвищену тривожність, труднощі самозаспокоєння або, навпаки, ознаки емоційної пасивності. Однак важливо підкреслити, що ці процеси не мають фатального характеру і значною мірою залежать від наявності підтримувального середовища та своєчасної психологічної допомоги [19, с.141].

На рівні особистісної регуляції післяпологова депресія супроводжується зниженням здатності до усвідомлення власних емоцій та потреб. Жінка може втрачати контакт із внутрішніми сигналами втоми, перевантаження або емоційного болю, що призводить до ігнорування власних меж. Така дезадаптивна стратегія саморегуляції часто закріплюється під впливом соціальних очікувань, які вимагають від матері постійної самопожертви та безумовної відданості дитині.

У психологічній структурі післяпологової депресії важливу роль відіграють механізми захисту. Найбільш поширеними є витіснення, раціоналізація та емоційна ізоляція. Жінка може пояснювати свій стан виключно зовнішніми обставинами, уникаючи контакту з власними почуттями, або, навпаки, повністю зосереджуватися на внутрішніх переживаннях, втрачаючи зв'язок із реальністю. Такі захисні механізми тимчасово знижують рівень тривоги, але у довготривалій перспективі сприяють хронізації депресивного стану [104, с.38].

Важливим аспектом психологічного аналізу є диференціація післяпологової депресії від інших емоційних станів після пологів. Короткочасні епізоди емоційної лабільності, що виникають у перші дні після народження дитини, мають адаптаційний характер і зазвичай не супроводжуються стійкими негативними когніціями. Натомість післяпологова депресія характеризується тривалістю, глибиною переживань та суттєвим впливом на повсякденне функціонування жінки. З психологічної точки зору ключовим критерієм є не інтенсивність окремих емоцій, а їхня стабільність і вплив на структуру

особистості.

Особливе значення у розвитку та підтриманні післяпологової депресії мають особистісні риси матері. Підвищений рівень перфекціонізму, зовнішній локус контролю, схильність до самокритики та низька толерантність до невизначеності можуть посилювати вразливість до депресивних переживань. Такі жінки частіше сприймають труднощі материнства як доказ власної некомпетентності, що формує замкнене коло негативного самосприйняття та емоційного виснаження.

У психологічному аналізі післяпологової депресії суттєве значення має виявлення факторів ризику та захисних чинників, які впливають на перебіг адаптації жінки до материнства. До факторів ризику насамперед належать попередній досвід емоційних розладів, хронічний стрес, дефіцит соціальної підтримки, а також наявність внутрішніх конфліктів, пов'язаних із роллю матері. Водночас ці чинники не діють ізольовано, а формують складну систему взаємозалежностей, у межах якої психологічна вразливість може посилюватися або, навпаки, компенсуватися іншими ресурсами [93, с.82].

Одним із ключових психологічних детермінантів післяпологової депресії є якість соціальної взаємодії жінки після народження дитини. Соціальна підтримка виконує не лише інструментальну функцію допомоги у догляді за дитиною, а й емоційно-регулятивну роль. Можливість бути почутою, прийнятою та зрозумілою значно знижує рівень внутрішнього напруження та сприяє відновленню емоційної рівноваги. Натомість ізоляція або знецінення переживань матері можуть посилювати депресивні тенденції та формувати відчуття самотності навіть у присутності близьких людей.

З психологічної точки зору важливо розглядати сімейний контекст як систему, що переживає трансформацію після появи дитини. Зміна ролей, перерозподіл відповідальності та нові очікування можуть стати як джерелом підтримки, так і фактором напруги. За відсутності відкритої комунікації між партнерами жінка може відчувати емоційне перевантаження, пов'язане з необхідністю відповідати образу «ідеальної матері» без права на слабкість чи

втому. Такі внутрішні установки значною мірою підтримуються соціальними стереотипами та культурними наративами про материнство.

Психологічні захисні фактори післяпологової депресії включають сформовані навички саморегуляції, гнучке мислення та здатність до рефлексії власного стану. Жінки, які здатні усвідомлювати та вербалізувати свої почуття, легше адаптуються до нових життєвих умов і рідше застрягають у деструктивних емоційних патернах. Усвідомлення того, що негативні переживання є частиною нормального адаптаційного процесу, знижує інтенсивність самозвинувачення та сприяє формуванню більш реалістичного образу материнства [63, с.98].

Важливим аспектом психологічного подолання післяпологової депресії є формування внутрішніх ресурсів особистості. До таких ресурсів належать відчуття власної компетентності, позитивний образ «Я», а також здатність до прийняття допомоги. Парадоксально, але саме прагнення бути самодостатньою та повністю контролювати ситуацію часто стає перешкодою для відновлення емоційного балансу. У цьому контексті психологічна робота спрямована на переосмислення уявлень про силу та слабкість, а також на формування більш адаптивних стратегій взаємодії з оточенням.

Узагальнюючи психологічні особливості післяпологової депресії матерів, доцільно розглядати цей стан як багатовимірне явище, що формується на перетині емоційних, когнітивних, особистісних та соціальних чинників. Післяпологова депресія в психологічному контексті не зводиться до короткочасного емоційного спаду чи ситуативної реакції на втому, а є складним процесом дезадаптації, який відображає труднощі інтеграції нової життєвої ролі та перебудови внутрішньої системи самосприйняття. Саме тому її аналіз потребує цілісного підходу, орієнтованого не лише на симптоми, а й на глибинні психологічні механізми [70, с.21].

З позицій психологічної науки важливо наголосити, що материнство є не лише біологічним чи соціальним фактом, а насамперед психологічним процесом становлення нової ідентичності. Поява дитини запускає інтенсивні

внутрішні зміни, які торкаються уявлень жінки про себе, своє тіло, власні можливості та майбутнє. За умов недостатньої внутрішньої готовності або наявності внутрішніх суперечностей ці зміни можуть набувати кризового характеру, що й створює психологічне підґрунтя для розвитку депресивного стану.

Післяпологова депресія часто супроводжується порушенням здатності жінки до емоційного саморегулювання. Спостерігається зниження толерантності до стресу, труднощі у відновленні після емоційних перевантажень та підвищена чутливість до зовнішніх подразників. У психологічному вимірі це пов'язано з виснаженням адаптаційних ресурсів, що накопичуються ще під час вагітності та посилюються у післяпологовий період. Втрата відчуття внутрішнього контролю над власним емоційним станом сприяє формуванню відчуття безпорадності та безнадійності.

Особливу увагу в психологічному аналізі післяпологової депресії слід приділяти когнітивним спотворенням, які підтримують депресивний стан. Серед них поширеними є узагальнені негативні переконання щодо власної неспроможності, катастрофізація труднощів материнства та схильність до жорсткої самокритики. Такі когнітивні установки значною мірою обмежують можливість конструктивного вирішення проблем і сприяють закріпленню негативного емоційного фону. Усвідомлення та переосмислення цих переконань є важливим завданням психологічної роботи [44, с.63].

Психологічні дослідження також вказують на значення емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною у контексті післяпологової депресії. Депресивний стан може ускладнювати формування цього зв'язку, що, у свою чергу, посилює почуття провини та тривоги у жінки. Однак із психологічної точки зору важливо підкреслити, що труднощі емоційного контакту не є свідченням відсутності материнських почуттів, а радше відображають тимчасовий стан емоційного виснаження. Усвідомлення цього факту має принципове значення для зниження внутрішнього напруження та самозвинувачення.

У контексті психологічної допомоги післяпологова депресія розглядається як стан, що піддається корекції за умови своєчасного втручання. Психологічна підтримка спрямована на відновлення цілісності особистості матері, формування більш реалістичних очікувань щодо материнства та розвиток навичок емоційної стійкості. Значну роль відіграє створення умов для безпечного вираження емоцій, зокрема тих, які у суспільстві часто вважаються неприйнятними для матері, таких як роздратування, злість чи бажання дистанціюватися.

Важливою складовою психологічного підходу є робота з ресурсами жінки. Поступове відновлення інтересу до власних потреб, підтримка автономії та збереження елементів особистого життя сприяють зниженню депресивної симптоматики. Психологічна практика показує, що прийняття власної недосконалості та відмова від ідеалізованих уявлень про материнство є ключовими кроками на шляху до емоційного відновлення.

Таким чином, післяпологова депресія матерів у розрізі психології постає як складний адаптаційний процес, що відображає глибинні зміни в структурі особистості та системі життєвих смислів жінки. Її вивчення в межах психологічної науки дозволяє відійти від суто медичної інтерпретації та зосередитися на внутрішньому досвіді матері, її переживаннях і потребах. Такий підхід не лише поглиблює розуміння феномену післяпологової депресії, а й створює підґрунтя для розробки ефективних психологічних стратегій підтримки, спрямованих на збереження психічного здоров'я матері та гармонійний розвиток її взаємодії з дитиною.

1.4. Методи психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії

Психологічна допомога матерям у період післяпологової депресії посідає особливе місце в системі сучасної практичної психології, оскільки цей стан виникає на перетині особистісних, емоційних і соціальних трансформацій,

пов'язаних із народженням дитини. На відміну від медичного підходу, який фокусується передусім на симптоматиці та біологічних чинниках, психологічні методи допомоги спрямовані на роботу з внутрішнім досвідом жінки, її переживаннями, уявленнями про материнство, систему цінностей та способи емоційної саморегуляції. Саме тому в межах психологічного підходу післяпологова депресія розглядається як кризовий, але потенційно подоланий етап особистісного розвитку [56, с.74].

Сучасна психологічна наука пропонує широкий спектр методів і форм допомоги матерям, які переживають післяпологову депресію. Вибір конкретного методу залежить від інтенсивності депресивних проявів, особистісних особливостей жінки, її соціального оточення, а також від доступних ресурсів психологічної підтримки. Важливим принципом є індивідуалізація психологічного втручання, оскільки універсального підходу, ефективного для всіх матерів, не існує.

Одним із найбільш поширених і науково обґрунтованих методів психологічної допомоги при післяпологовій депресії є когнітивно-поведінкова терапія. Цей напрям бере свій початок у працях Аарона Бека та Альберта Елліса і ґрунтується на положенні про визначальну роль когнітивних установок у формуванні емоційних станів. У контексті післяпологової депресії когнітивно-поведінкова терапія спрямована на виявлення та корекцію дисфункціональних переконань матері щодо себе, своєї ролі та власної спроможності виконувати материнські функції.

Типовими когнітивними спотвореннями у жінок з післяпологовою депресією є переконання типу «я погана мати», «інші справляються краще», «я не маю права втомлюватися», «якщо мені важко, значить зі мною щось не так». Ці думки сприяють формуванню стійкого почуття провини, зниженню самооцінки і емоційного виснаження. Завдання психолога полягає у допомозі усвідомити автоматичний характер цих думок, перевірити їх реалістичність і поступово сформував більш гнучке і підтримувальне мислення.

Поведінковий компонент когнітивно-поведінкової терапії у роботі з

післяпологовою депресією передбачає поступове відновлення активності матері, розширення репертуару поведінкових стратегій та формування навичок самопомоги. Це може включати планування часу, навчання технікам релаксації, розвиток навичок асертивної поведінки у взаємодії з близькими. Важливо, що ці інтервенції не мають на меті підвищити вимоги до жінки, а, навпаки, допомагають їй зменшити рівень перевантаження та повернути відчуття контролю над власним життям [90, с.113].

Іншим важливим напрямом психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії є психодинамічна терапія, витоки якої пов'язані з ідеями Зигмунда Фрейда та подальшими розробками об'єктних відносин, зокрема працями Мелані Кляйн, Дональда Віннікотта та Джона Боулбі. У межах психодинамічного підходу післяпологова депресія розглядається як прояв несвідомих внутрішніх конфліктів, які актуалізуються у зв'язку з народженням дитини.

Психодинамічна терапія зосереджується на дослідженні раннього досвіду жінки, її стосунків із батьками, а також на особливостях формування материнської ідентичності. Народження дитини може активізувати несвідомі спогади та переживання, пов'язані з власним дитинством, що іноді призводить до внутрішнього напруження та емоційної дезорганізації. Робота з цими глибинними процесами дозволяє жінці краще зрозуміти власні емоційні реакції та зменшити їхній деструктивний вплив.

Особливе місце в психодинамічному підході займає концепція «достатньо хорошої матері», запропонована Дональдом Віннікоттом. Згідно з цією ідеєю, материнство не передбачає досконалості, а базується на поступовому пристосуванні матері до потреб дитини. Усвідомлення цього положення має значний терапевтичний ефект для матерів із післяпологовою депресією, оскільки знижує рівень внутрішнього тиску та самозвинувачення.

Важливе місце серед методів психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії посідає міжособистісна терапія, відома як interpersonal psychotherapy (IPT). Цей підхід був розроблений Джеральдом Клерманом і

Майроном Вайсманом та спочатку застосовувався для лікування депресивних розладів у дорослих. Згодом міжособистісна терапія була адаптована для роботи з післяпологовою депресією та довела свою ефективність у численних психологічних дослідженнях [71, с.51].

Міжособистісна терапія ґрунтується на припущенні, що депресивні стани тісно пов'язані з порушеннями у сфері соціальних відносин та міжособистісної взаємодії. У післяпологовий період жінка стикається з різкими змінами у стосунках із партнером, родиною, друзями, а також із трансформацією власної соціальної ролі. Ці зміни можуть супроводжуватися конфліктами, почуттям ізольованості або втрати підтримки, що створює сприятливе підґрунтя для розвитку депресивних переживань.

У межах міжособистісної терапії робота з матір'ю зосереджується на кількох ключових сферах, зокрема на адаптації до нової ролі, опрацюванні міжособистісних конфліктів, переживанні втрат та дефіциті соціальної підтримки. Психолог допомагає жінці усвідомити, яким чином труднощі у взаєминах впливають на її емоційний стан, а також сприяє формуванню більш ефективних комунікативних стратегій. Значна увага приділяється розвитку навичок відкритого вираження потреб і почуттів, що особливо важливо у післяпологовий період.

Ефективність міжособистісної терапії при післяпологовій депресії пояснюється її фокусом на актуальних життєвих подіях і реальних труднощах, з якими стикається мати. На відміну від деяких інших підходів, ІРТ не вимагає глибокого аналізу минулого досвіду, що робить її доступною для жінок у стані емоційного виснаження. Водночас цей метод сприяє зменшенню почуття самотності та підвищенню суб'єктивного відчуття підтримки.

Окремим напрямом психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії є системна та сімейна терапія. Цей підхід розглядає індивідуальні психологічні труднощі не ізольовано, а в контексті сімейної системи, частиною якої є жінка. Представники системного підходу, зокрема Сальвадор Мінухін, Мюррей Боуен та Вірджинія Сатір, підкреслювали, що

симптоми одного члена сім'ї часто відображають напруження або дисфункції у всій системі [113, с.64].

У післяпологовий період сімейна система зазнає суттєвих змін: змінюється структура ролей, рівень відповідальності та характер взаємодії між партнерами. Якщо ці зміни відбуваються без достатньої адаптації, це може сприяти емоційному перевантаженню матері та посиленню депресивних проявів. Системна терапія у такому випадку спрямована на відновлення балансу у сімейних взаєминах та створення більш підтримувального середовища для жінки.

Психологічна робота в межах сімейної терапії може включати спільні консультації з партнером, обговорення очікувань щодо розподілу обов'язків, а також дослідження комунікативних патернів у родині. Особливе значення надається зниженню рівня критики та взаємних звинувачень, які часто загострюються у період після народження дитини. Формування атмосфери емоційної безпеки сприяє не лише зменшенню депресивних симптомів у матері, а й покращенню загального психологічного клімату в сім'ї.

У межах системного підходу також розглядається вплив міжпоколінних сценаріїв на переживання материнства. Досвід жінки як дитини у власній родині може значною мірою визначати її уявлення про роль матері та стиль взаємодії з дитиною. Усвідомлення цих сценаріїв дозволяє зменшити їхній несвідомий вплив і сприяє формуванню більш гнучкої та адаптивної моделі материнської поведінки.

Ще одним важливим методом психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії є групова психотерапія та психологічні групи підтримки. Цей формат роботи ґрунтується на ідеї терапевтичного потенціалу групової взаємодії, розроблений у працях Ірвіна Ялома. Групи підтримки для матерів створюють можливість поділитися власним досвідом, отримати емоційну підтримку та зменшити відчуття ізольованості.

У груповому форматі жінки мають змогу побачити, що їхні переживання не є унікальними чи патологічними. Усвідомлення спільності труднощів

знижує рівень сорому та самозвинувачення, які часто супроводжують післяпологову депресію. Крім того, групова взаємодія сприяє обміну практичними стратегіями подолання труднощів та формуванню відчуття приналежності до підтримувальної спільноти [77, с.18].

Вагоме місце серед немедичних методів психологічної допомоги матерям із післяпологовою депресією займають гуманістичні підходи, насамперед клієнт-центрована терапія, розроблена Карлом Роджерсом. Основною ідеєю цього напрямку є уявлення про внутрішні ресурси особистості, здатної до саморозвитку та відновлення за умови створення відповідного психологічного середовища. У контексті післяпологової депресії гуманістичний підхід набуває особливої значущості, оскільки спрямований на підтримку суб'єктивного досвіду жінки та прийняття її емоцій без оцінювання.

Клієнт-центрована терапія базується на таких принципах, як емпатійне розуміння, безумовне позитивне прийняття та автентичність психолога. Для матерів, які переживають післяпологову депресію, надзвичайно важливим є досвід прийняття без осуду, адже вони часто стикаються з соціальним тиском і стереотипними очікуваннями щодо «ідеального материнства». Психологічний простір, у якому жінка може відкрито говорити про страхи, розчарування або амбівалентні почуття щодо дитини, сприяє зниженню внутрішнього напруження та емоційного виснаження.

У межах гуманістичної терапії значна увага приділяється розвитку самосприйняття та самоцінності жінки не лише як матері, але і як окремої особистості. Це особливо актуально у післяпологовий період, коли ідентичність жінки зазнає суттєвих змін. Психолог допомагає клієнтці усвідомити власні потреби, межі та ресурси, що сприяє формуванню більш реалістичних очікувань щодо себе та материнської ролі [51, с.132].

Екзистенційна психотерапія також може бути ефективною у роботі з матерями, які переживають післяпологову депресію. Цей підхід, представлений у працях Віктора Франкла, Ролло Мея та Ірвіна Ялома, зосереджується на питаннях смислу, свободи вибору та відповідальності. Після народження

дитини жінка нерідко стикається з екзистенційною кризою, пов'язаною з переосмисленням життєвих цінностей і власної ролі у світі.

Екзистенційна терапія допомагає жінці усвідомити та прийняти складні переживання, пов'язані з втратою звичного способу життя, відчуттям обмеження свободи або страхом не відповідати новим очікуванням. Замість уникання цих переживань клієнтка навчається досліджувати їх як природну частину життєвого переходу. Такий підхід сприяє формуванню більш глибокого розуміння власного досвіду материнства та знаходженню індивідуального смислу у новій життєвій ситуації.

Окрему групу методів психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії становлять підходи, орієнтовані на розвиток емоційної регуляції та усвідомленості. Зокрема, значного поширення набула терапія, заснована на усвідомленості (*mindfulness-based interventions*), яка бере початок у працях Джона Кабат-Зінна. Ці методи спрямовані на формування навичок уважного ставлення до власних переживань без їх оцінювання чи придушення.

Для матерів із післяпологовою депресією практики усвідомленості можуть бути корисними у зниженні рівня тривоги, емоційної реактивності та хронічного стресу. Регулярні вправи з фокусування уваги на теперішньому моменті допомагають жінці краще усвідомлювати свої емоційні стани та тілесні відчуття, що сприяє більш своєчасному розпізнаванню ознак перевтоми або емоційного виснаження [91, с.68].

Методи, орієнтовані на усвідомленість, також можуть сприяти покращенню емоційного контакту між матір'ю та дитиною. Здатність бути присутньою у взаємодії з немовлям, уважно реагувати на його сигнали та потреби позитивно впливає на формування безпечної прихильності. Водночас ці підходи допомагають жінці зменшити надмірну самокритику та навчитися ставитися до себе з більшим співчуттям.

Важливим напрямом психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії є психоедукація, яка розглядається як систематичне інформування жінок про психологічні особливості післяпологового періоду,

можливі емоційні реакції та механізми їх виникнення. Психоедукаційний підхід ґрунтується на положенні, що усвідомлення причин власного стану значною мірою знижує рівень тривоги та почуття безпорадності. Для багатьох матерів депресивні симптоми стають менш загрозливими, коли вони розуміють, що подібні переживання є поширеним явищем і не свідчать про особистісну неспроможність.

Психоосвітні заходи спрямовані на формування у жінок реалістичних уявлень про материнство, нормалізацію емоційних труднощів після пологів, зниження рівня самозвинувачення та стигматизації психічних розладів. У межах таких програм матерям пояснюють психологічні механізми післяпологової депресії, роль гормональних змін, вплив хронічного недосипання, перевтоми та соціальної ізоляції. Психоедукація може проводитися як індивідуально, так і в груповому форматі, а також у вигляді тренінгів або інформаційних курсів для майбутніх батьків [10, с.161].

Психоедукаційні програми можуть реалізовуватися у форматі індивідуальних консультацій, групових занять або дистанційних курсів. У межах таких програм жінкам надається інформація про етапи емоційної адаптації до материнства, вплив гормональних змін на психічний стан, роль сну та фізичного виснаження у розвитку депресивних симптомів. Особлива увага приділяється нормалізації амбівалентних почуттів, які можуть виникати у матері щодо дитини або материнської ролі.

Окрім інформування, психоедукація передбачає формування практичних навичок самодопомоги. До них належать навички управління стресом, розпізнавання ранніх ознак емоційного виснаження, а також звернення по підтримку до близьких або фахівців. Таким чином, психоедукаційні інтервенції мають профілактичний потенціал і можуть запобігати поглибленню депресивних проявів.

Групова психологічна терапія є ще одним ефективним методом допомоги матерям у період післяпологової депресії. Участь у групі створює умови для соціальної підтримки та зменшення почуття ізольованості, яке часто

супроводжує депресивні стани. В груповому форматі жінки отримують можливість поділитися власним досвідом, почути схожі історії інших матерів та усвідомити, що їхні переживання не є унікальними чи патологічними.

Групова терапія може проводитися в межах різних теоретичних підходів, зокрема когнітивно-поведінкового, гуманістичного або інтегративного. Незалежно від методологічної основи, ключовим терапевтичним чинником є взаємна підтримка та емпатійне прийняття учасниць групи. Для матерів, які відчують провину або сором через власний емоційний стан, групова взаємодія може мати коригувальний ефект, сприяючи формуванню більш позитивного образу себе [79, с.33].

Окремо слід відзначити програми психологічного супроводу, орієнтовані не лише на матір, але й на її найближче соціальне оточення. Залучення партнера, членів родини або інших значущих осіб до психологічної роботи дозволяє створити більш підтримувальне середовище для жінки. У таких програмах особлива увага приділяється розвитку навичок емоційної підтримки, розподілу обов'язків та зниженню міжособистісної напруги в сім'ї.

З позицій психологічної практики післяпологова депресія розглядається не лише як індивідуальна проблема жінки, а як феномен, що потребує комплексного підходу. Психологічне консультування у цьому випадку спрямоване на створення безпечного простору для дослідження внутрішніх переживань матері, її страхів, сумнівів та нереалізованих очікувань. Особливу увагу приділяють роботі з почуттям провини, яке часто стає центральним елементом депресивного переживання.

У процесі психологічної допомоги важливим є відновлення контакту жінки з власними потребами та тілесними відчуттями. Післяпологовий період часто супроводжується ігноруванням фізичних та емоційних сигналів виснаження, що сприяє накопиченню стресу. Психологічні інтервенції, спрямовані на розвиток усвідомленості, допомагають жінці повернути здатність помічати власний стан і своєчасно реагувати на нього.

Окремого значення набуває робота з особистісною ідентичністю матері.

Поява дитини може викликати кризу ідентичності, пов'язану з відчуттям втрати попередніх ролей та життєвих орієнтирів. У психологічному сенсі післяпологова депресія часто є відображенням труднощів інтеграції нової ролі матері у загальну структуру особистості. Поступове прийняття змін, переосмислення цінностей та формування нового образу себе дозволяють знизити внутрішній конфлікт і сприяють психологічному відновленню.

З точки зору довготривалих наслідків важливо підкреслити, що своєчасна психологічна підтримка здатна значною мірою змінити траєкторію розвитку післяпологової депресії. За умови адекватної допомоги депресивні переживання не лише зменшуються, а й можуть стати точкою особистісного зростання. Жінка набуває нових навичок емоційної регуляції, глибшого розуміння себе та більш усвідомленого ставлення до материнства.

Психологічне консультування партнерів матерів із післяпологовою депресією спрямоване на підвищення їхньої обізнаності щодо особливостей цього стану та формування адекватних стратегій взаємодії. Розуміння партнером психологічних труднощів жінки зменшує ризик конфліктів і сприяє стабілізації сімейних відносин, що, у свою чергу, позитивно впливає на процес психологічного відновлення матері [87, с.144].

У сучасних умовах все більшого поширення набувають дистанційні форми психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії. Онлайн-консультування, групи підтримки у віртуальному форматі та спеціалізовані мобільні програми дозволяють подолати бар'єри доступності психологічної допомоги, пов'язані з браком часу, фізичною втомою або відсутністю можливості відвідувати очні консультації. Для багатьох матерів дистанційні формати стають єдиною реальною можливістю отримати психологічну підтримку.

Інтегративні підходи у психологічній допомозі матерям у період післяпологової депресії займають особливе місце серед сучасних напрямів психосоціальної підтримки, оскільки дозволяють поєднувати різні методи психотерапії залежно від індивідуальних потреб жінки, глибини депресивних

проявів, особистісних ресурсів та соціального контексту. Інтегративна модель виходить із положення, що післяпологова депресія є багатовимірним явищем, у формуванні якого взаємодіють біологічні, психологічні, соціальні та культурні чинники, а отже ефективна допомога не може обмежуватися застосуванням одного терапевтичного інструменту.

У межах інтегративного підходу психолог може комбінувати елементи когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічних методів, клієнт-центрованого консультування, технік емоційної регуляції, тілесно-орієнтованих практик і системної сімейної роботи. Такий підхід дозволяє не лише зменшити симптоми депресії, але й працювати з глибинними причинами емоційної дезадаптації, порушенням материнської ідентичності, внутрішніми конфліктами та дефіцитом підтримки [17, с.54].

Важливим напрямом психологічної підтримки є групова психотерапія для матерів у післяпологовий період. Групові форми роботи створюють простір для емоційного обміну, зниження відчуття ізольованості та самотності, формування досвіду прийняття і взаємної підтримки. У групах жінки мають можливість відкрито говорити про власні переживання, страхи, амбівалентні почуття до дитини та материнської ролі, не побоюючись осуду. Дослідження показують, що групова терапія сприяє зниженню рівня депресивної симптоматики та підвищенню психологічної стійкості матерів.

Окремим напрямом психологічної допомоги є робота з подружньою парою або сім'єю. Післяпологова депресія матері часто впливає на якість подружніх стосунків, рівень емоційної близькості та ефективність розподілу батьківських ролей. Сімейна психотерапія дозволяє працювати з комунікативними труднощами, неусвідомленими очікуваннями партнерів, конфліктами та дефіцитом підтримки з боку близького оточення. Залучення партнера до терапевтичного процесу підвищує ефективність психологічної допомоги та сприяє формуванню сприятливого емоційного клімату в родині.

У сучасній психологічній практиці дедалі більшого поширення набувають дистанційні форми психологічної допомоги матерям у період

післяпологової депресії. Онлайн-консультування, відеосесанси психотерапії, мобільні програми психологічної підтримки та чат-групи дозволяють долати бар'єри, пов'язані з браком часу, фізичною втомою, обмеженою мобільністю або відсутністю доступу до фахівців у регіонах. За умови дотримання професійних стандартів дистанційні методи можуть бути ефективним доповненням до традиційної очної терапії [19, с.11].

Не менш значущим аспектом психологічної допомоги є профілактика післяпологової депресії. Психологічна підготовка жінок до материнства, робота з тривожністю під час вагітності, формування навичок емоційної саморегуляції та підтримка у період адаптації до нової ролі знижують ризик розвитку депресивних розладів після пологів. Профілактичні програми можуть реалізовуватися в межах жіночих консультацій, перинатальних центрів та соціальних служб. Робота психолога з жінками має починатися із профілактики складних емоційних післяпологових станів ще під час вагітності. Необхідно інформувати вагітних про можливу появу короткочасних розладів настрою в ранньому післяпологовому періоді, наприклад, на «Школі для вагітних»; говорити про причини таких станів. Подібне роз'яснення знижує емоційну напруженість та тривогу пацієнток, веде до розуміння та поваги своїх почуттів. Важливо повідомляти про притирання в сім'ї з чоловіком, із родичами у зв'язку з появою дитини, щоб молода мама розуміла нормативність цих процесів. Адже відчуття себе винятковою, яка відрізняється від інших болісною для будь-кого.

Таким чином, просвітницька діяльність вагітної або пацієнтки, яка прийшла на прийом до психолога в післяпологовий період, є незаперечно важливою. При розмові з жінкою важливо уважно її слухати, звертаючи увагу на невербальну мову тіла, ставити уточнюючі питання, щоб визначити ступінь психологічних страждань, глибину їх проявів. Нерідко психолог виступає в ролі тієї підтримуючої мами, якої так не вистачає молодій жінці. І саме від нього вона отримує «дозвіл» на свої суперечливі почуття, на неідеальність, на створення свого стилю материнства, який часто відрізняється від стилю, прийнятого в роді. Д.В. Винникотт пише: «Для матері надзвичайно важливо

робити те, що вона вважає за потрібне: це дозволяє їй повністю розкритися як матері. Якщо вона робить тільки те, що їй кажуть, вона завжди так робитиме, і щоб стати кращою матір'ю, їй знадобляться вказівки когось досвідченішого. Але якщо вона почувається вільною діяти природним чином, вона зростає в ході своєї роботи. Також матерям корисно знати: годі очікувати, що й здорові діти розвиватимуться, не даючи їм жодних підстав тривог і занепокоєнь» [11].

Важливо пам'ятати, що правильно підібрана діагностика дає психологу інформацію для побудови подальшої роботи. Незалежно від методів, якими працює психолог, розмова – основний метод роботи. Емпатичне вислуховування, розширення поля бачення ситуації, аналітична робота, усвідомлення тих фактів, які витісняє пацієнтка - все це зміцнює его, знижує ступінь тривожності. Пошук ресурсу – один із ключових моментів роботи. Методи символдрами, арт-терапії допомагають жінкам у цьому пошуку. Виявлення опори у собі, у зацікавленій людині поруч допомагає повірити у себе. У більш складних ситуаціях недостатньо працювати з психологом у режимі консультування, важливо переходити на режим психотерапії (регулярні зустрічі, зазвичай 1-2 рази на тиждень, обмежені тимчасовими рамками). Це режим тривалішої роботи, що вимагає спеціального навчання психолога та постійного підвищення кваліфікації, а також регулярної участі у професійних супервізійних та інтервізійних групах (де відбувається обговорення важких випадків роботи з колегами та провідним групи, психологом вищого рангу).

Таким чином, методи психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії є багатокомпонентними та потребують індивідуального підходу. Ефективна психологічна підтримка базується на поєднанні різних терапевтичних напрямів, урахуванні особистісних особливостей жінки, її сімейного та соціального контексту, а також на формуванні довготривалих ресурсів психологічної стійкості. Комплексний підхід до психологічної допомоги не лише сприяє подоланню депресивних симптомів, але й позитивно впливає на якість материнсько-дитячих стосунків, психоемоційний розвиток дитини та загальне благополуччя сім'ї.

Висновки до Розділу 1

Єдиної причини розвитку післяпологової депресії на даний момент не виявлено, проте аналіз наукової літератури показав, що існує кілька груп факторів ризику, пов'язаних з розвитком афективних розладів після пологів - *психічні, акушерсько-гінекологічні, біологічні та соціальні*

Фактори, що впливають на розвиток післяпологового неврозу, можна виділити: 1.Характерологічні особливості особистості, акцентуація темпераменту, характеру. 2.Вік мами. 3. Психологічна неготовність жінки до вагітності та пологів, неконструктивні стилі виношування вагітності. 4. Складні взаємини у сім'ї (між подружжям, з родичами), статус матері одиночки; соціально-побутові проблеми. 5. Наявність обтяженого акушерського чи соматичного анамнезу. 6. Наявність негативного минулого досвіду, що з пологами. 7. Обтяжений психологічною травмою дитячого віку анамнез вагітної. 8. Народження немовлят з відставанням у фізичному чи розумовому розвитку (часто передчасно народжені діти), немовлят із «важким темпераментом». 9. Післяпологове перебування мам та немовлят у палатах роздільного перебування. Також помічено значне погіршення настрою у пацієнток, розлучених із новонародженим через необхідність обсервації чи переведення до дитячої лікарні. 10. Наявність гострої стресової ситуації. 11. Сезонний фактор. За спостереженнями ряду психологів, у весняний та літній період менше проявів післяпологового неврозу у мам, ніж восени/зимою. 12. Депресивні післяпологові стани в анамнезі молодої вроді жіночої лінії.

Сучасна психологічна наука пропонує широкий спектр методів і форм допомоги матерям, які переживають післяпологову депресію: когнітивно-поведінкова терапія; психодинамічна терапія; міжособистісна терапія; системна та сімейна терапія; групова психотерапія та психологічні групи підтримки; клієнт-центрована терапія; екзистенційна психотерапія; терапія, заснована на усвідомленості (mindfulness-based interventions); психоедукація.

РОЗДІЛ 2.

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ МАТЕРЯМ У ПЕРІОД ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ

2.1. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження жінок післяпологового періоду проводилося з по серпня 2025 по січень 2026р. До дослідження включалися жінки віком від 18 років, які перебувають в Пологовому відділенні №1 Центральної міської клінічної лікарні (ЦМКЛ) м. Ужгорода. на 0-3 день після пологів. До дослідження не включалися пацієнти з рекурентним депресивним розладом, шизофренією та шизоафективними психозами, тяжкою соматичною патологією, пацієнти, які страждають на алкоголізм, наркоманію та/або токсикоманію.

Перед включенням до дослідження усі жінки отримали роз'яснення потенційних ризиків.

До уваги були взяті наступні параметри:

- демографічні параметри (стать, віковий склад, освіта, сімейний стан, кількість дітей, вид зайнятості, житлові умови (стан житла, кількість мешканців));
- психологічні фактори ризику (насильство з боку партнера, небажана вагітність, небажана стать дитини, подружня дисгармонія, внутрішньоособистісний конфлікт, пов'язаний з поточною вагітністю, психотравмуючі ситуації під час вагітності);
- соматичний та психічний статуси на 0-3 день після пологів та протягом 6-ти місяців спостереження (у тому числі на тлі психологічної терапії);
- дані психометричних шкал на 0-3 день після пологів і протягом 6 місяців спостереження.
- акушерсько-гінекологічний анамнез (кількість пологів, наявність

абортів та викиднів в анамнезі, гінекологічні захворювання, патологія поточних вагітностей та пологів, метод народження дитини, перинатальний статус дитини);

- клініко-анамнестичні характеристики (спадкова обтяженість з психічної та соматичної патології, перинатальна патологія, невротичні реакції у дитячому віці, розлади особистості, органічні фактори, хронічні соматичні захворювання, тютюнопаління, тривалі періоди зниження настрою та тривоги до та під час поточної вагітності);

Відповідно до критеріїв відбору в дослідження було включено 150 жінок, середній вік $29,4 \pm 5,0$ років. 90% жінок були одружені; 79,3% мали постійну зайнятість; 75,3% отримали вищу освіту, 20% - фахову передвищу, 4,7% - загальну середню освіту; 94,7% проживали у задовільних умовах (Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика вибірки

Показники	Абс	%
Середній вік	29,4 $\pm$ 5,0	
Сімейне становище		
не в шлюбі	15	10%
в шлюбі	135	90%
Освіта		
загальна середня	7	4,7%
фахова передвища	30	20%
вища	113	75,3%
Трудова зайнятість		
не працює	31	20,7%
працює	119	79,3%
Умови проживання		
незадовільні	8	5,3%
задовільні	142	94,7%

Методи дослідження.

Психічний стан жінок оцінювався за допомогою методів що дозволяють вивчити клініко-психопатологічну структуру афективних розладів у післяпологовому періоді, особливості їх перебігу та фактори ризику розвитку. Також була використана клінічна скринінгова методика у вигляді *самоопитувача*, призначеного для виявлення депресивних розладів у післяпологовому періоді (Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS)). Для визначення рівня афективних та тривожних проявів були використані психометричні шкали – шкали об'єктивної оцінки депресії (шкала оцінки депресії Монтогомері-Асберга (MADRS), оцінки тривоги (шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A)).

Діагноз післяпологової депресії встановлювався згідно критеріям МКБ-10:

1. Депресивний розлад, пов'язаний із післяпологовим періодом (що виник в перебіг 6 тижнів після пологів).
2. Депресивний розлад не відповідає критеріям, що застосовуються до розладів, класифікованих в будь-яких інших рубриках цього класу (це пояснюється або недостатністю доступної інформації, або тим, що є додаткові клінічні прояви, що робить недоречною класифікацію цих розладів у будь-яких інших рубриках)

Виразність депресивної симптоматики визначалася відповідно до критеріїв МКХ-10, а також за шкалою оцінки тяжкості депресії MADRS – 15 балів і менше відповідало відсутності депресії, від 16 до 25 балів - легкій депресії, від 26 до 30 - середній, вище 30 - тяжкій. Виразність тривожної симптоматики визначалася шкалою HAM-A: від 8 до 17 балів відповідало легкій тривозі, від 18 до 25 балів – тривозі помірної тяжкості; від 26 до 30 балів – важкій тривозі, понад 30 балів – вкрай важкій тривозі.

Також була використана клінічна скринінгова методика у вигляді самоопитувача EPDS, яка вказувала на ймовірність розвитку афективних розладів післяпологового періоду. За даними авторів шкали EPDS, бали від 9 до

13 свідчать про високу, більше 80% ймовірності розвитку післяпологової депресії, бали вище 13 говорять про 100% ймовірність розвитку депресивної симптоматики.

Жінки оглядалися із застосуванням психометричних шкал кожні 4 тижні протягом 6 місяців спостереження. При виявленні депресії жінки оглядалися кожні 2 тижні.

Усі жінки з виявленою післяпологовою депресією пройшли «Програму психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії». За допомогою шкал MADRS та HAM-A проводився аналіз результатів терапії в точках спостереження – до початку терапії, щотижня протягом перших 12 тижнів і кожні 2 тижні в подальшому. Проводилася оцінка швидкості редукції афективної симптоматики, досягнення ремісії, що визначається за допомогою психометричних шкал ($MADRS < 12$, $HAM-A < 8$). Стан жінок без афективної патології також із психометричних методів оцінювався на момент включення до дослідження та протягом наступних місяців.

Статистична обробка матеріалу

При статистичній обробці даних застосовувався пакет комп'ютерних програм STATISTICA 10.0. Для математичної обробки застосовувалися стандартні методи описової та порівняльної статистики: критерій Манна-Уїтні; критерій хі-квадрат Пірсона, W-критерій Вілкоксона, при малому обсязі вибірки (менше 5-ти осіб) критерій Фішера; визначення відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ) (порівняння якісних показників). Для оцінки взаємозв'язку кількох незалежних змінних та залежної змінної використана множинна лінійна регресія.

Для оцінки якості алгоритму, який використовує шкала EPDS, було проведено ROC-аналіз (Receiver Operator Characteristic (curv)) з використанням характеристик площі під кривою ROC AUC (Area under ROC). Для оцінки AUC застосовувалася традиційна інтерпретація значень: $AUC < 0,7$ - низька діагностична точність, $AUC 0,7-0,9$ - помірна діагностична точність та $AUC > 0,9$ - висока діагностична точність [47]. За результатами ROC-аналізу було

визначено оптимальне граничне значення шкали EPDS. По вибраній точці відсікання визначено чутливість, специфічність, прогностичну цінність шкали EPDS.

Також були визначені інші діагностичні характеристики Единбурзької шкали післяпологової депресії, такі як позитивна прогностична значимість (ППЗ), негативна прогностична значимість (НПЗ), відношення правдоподібності позитивного результату (ВППР), відношення правдоподібності негативного результату (ВПНР) та діагностична ефективність шкали (ДЕ).

Для цього результати шкали на 0-3 день після пологів (з пороговим значенням 10 балів) були зіставлені з оцінкою, отриманою при психологічному обстеженні протягом 6 тижнів.

При зіставленні результати були розділені на 4 групи:

ІП - істиннопозитивні результати (випадки встановленого діагнозу депресії при балі за шкалою EPDS дорівнює 10 балів або вище);

ХП - хибнопозитивні результати (випадки без афективної патології, але мають бал за шкалою EPDS вище або дорівнює 10 балів);

ІН - істиннонегативні результати (випадки без афективної патології та з балом за шкалою EPDS нижче 10 балів);

ХН - помилково-негативні результати (випадки встановленого діагнозу депресії, але мають бал за шкалою EPDS нижче 10 балів).

Розрахунок позитивної прогностичної значимості (ППЗ) проводився за формулою: $ППЗ = (ІП / (ІП + ХП)) \times 100$. Розрахунок негативної прогностичної значимості (НПЗ) проводився за формулою:

$$НПЗ = (ІН / (ІН + ХН)) \times 100$$

Розрахунок ВППР (відношення ймовірності позитивного результату за наявності депресії і ймовірності позитивного результату за відсутності депресії) проводився за такою формулою: $ВППР = (чутливість/100) / (1 - (специфічність/100))$. Відношення правдоподібності негативного результату (ВПНР), тобто. відношення ймовірності негативного результату тесту за наявності депресії та

ймовірності негативного результату тесту за відсутності було розраховано за формулою: $ВПНР = (1 - (\text{чутливість}/100)) / (\text{специфічність}/100)$.

Діагностична ефективність (ДЕ) або точність шкали (тобто загальна ймовірність того, що пацієнт буде правильно класифікований) була розрахована за формулою:

$$ДЕ = ((ІП+ІН)/(ІП+ІН+ХП+ХН)) \times 100$$

Для визначення значущості впливу виявлених факторів ризику розвитку післяпологової депресії був проведений дискримінантний аналіз. Методика покрокового дискримінантного аналізу полягає в процесі послідовного виключення змінних, що мають найменшу здатність дискримінувати групи (у досліджуваній вибірці групи жінок з післяпологовою депресією і без), таким чином в результаті аналізу залишаються змінні, чий внесок у дискримінацію більше за інших. До аналізу було включено 30 характеристик, у тому числі соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, психологічні фактори ризику, акушерсько-гінекологічний анамнез, а також значення шкали EPDS. Максимальне часткове значення для виключення було встановлено $F = 2,71$. Для перевірки гіпотези про рівність групових середніх використана лямбда Вілкса. Рівень значущості відповідав $p < 0,05$. До аналізу було включено 30 характеристик, у тому числі соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, психологічні фактори ризику, акушерсько-гінекологічний анамнез, а також значення шкали EPDS. Максимальне часткове значення для виключення було встановлено $F = 2,71$. Для перевірки гіпотези про рівність групових середніх використана лямбда Вілкса. Рівень значущості відповідав $p < 0,05$.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Загальна характеристика обстежених.

При оцінці клініко-анамнестичних даних виявлено, що 26,6% жінок мали обтяженість із психічної патології та 74,6% із соматичної патології. Патологія розвитку перинатального періоду спостерігалася в 106% жінок, невротичні

реакції в дитячому віці – у 6% (Таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Клініко-анаместична характеристика вибірки. Психологічні фактори ризику

Показники	Абс	%
Спадкова обтяженість по психічної/соматичної патології	40 / 112	26,6%/74,6%
Перинатальна патологія	16	10,6%
Невротичні реакції в дитячому віці	9	6%
Розлади особистості	5	3,3%
Органічні фактори	21	14%
Хронічні соматичні захворювання	6	4%
Тютюнопаління		
некурці	117	78%
курці, але кинули до вагітності	22	14,6%
палили під час вагітності	11	7,4%
Тривалі періоди зниження настрою або вираженої тривоги до поточної вагітності	61	40,7%
Тривалі періоди зниження настрою або вираженої тривоги під час поточної вагітності	56	37,3%
Насильство зі сторони партнера	1	0,7%
Небажана вагітність	9	6%
Небажана стать дитини	4	2,7%
Подружня дисгармонія	14	9,3%
Внутрішньоособистісний конфлікт, пов'язаний з поточною вагітністю	4	2,7%

Лише 3,3% жінок виявляли розлади особистості, у всіх випадках не досягають рівня психопатії. Органічні фактори, такі як перенесені ЧМТ, наркоз, інфекційна чи судинна патологія головного мозку, було виявлено у 14% жінок. Більшість досліджуваних жінок (78%) не курила, 14,6% кинули курити до вагітності. Лише 7,4% жінок продовжували палити під час вагітності (Таблиця 2.2). Близько 40,7% обстежуваних повідомляли про тривалі, більше тижня,

періоди зниження настрою або тривоги в анамнезі, і 37,3% - про періоди зниження настрою або тривоги під час поточної вагітності (Таблиця 2.2).

Було розглянуто психологічні чинники ризику. Лише мала частина жінок підтверджували факт насильства з боку партнера чи небажаності вагітності (0,7% та 6% відповідно). 9,3% повідомляли про подружню дисгармонію. У 16% відзначалися психотравмуючі ситуації під час поточної вагітності (таблиця 2.2).

Аналіз психопатологічної структури афективних розладів післяпологового періоду

На 0-3 день після пологів було проведено психологічну оцінку стану жінок та психометричну оцінку досліджуваних за трьома шкалами. Середній бал за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії складав $6,4 \pm 4,1$ бали. У 30,6% досліджуваних бал за Единбурзькою шкалою дорівнював 9 балів або вище, що відповідало пороговому значенню високої ймовірності розвитку післяпологової депресії.

За шкалою оцінки депресії Монтгомері-Асберга на 0-3 день після пологів середній бал склав $5,6 \pm 5,1$ балів для всієї вибірки. Наявність депресії ($\text{MADRS} \geq 16$) було виявлено у 14 жінок (9,3%). Середній бал за шкалою оцінки тривоги Гамільтона становив $- 2,7 \pm 3,8$. Лише у 12,0% жінок було виявлено поодинокі симптоми тривоги, які не досягали рівня тривожного розладу.

При клініко-психопатологічній оцінці жінок протягом 6-ти тижнів після пологів клінічна депресія виявлена у 11,3%. 94,1% їх були легкими, і 5,9% - середнього ступеня тяжкості (рис.2.1). У досліджуваній вибірці не було виявлено синдромологічно окресленого тривожного розладу.

Жінки з післяпологовою депресією переважно скаржилися на знижений настрій (100,0%), тривогу (64,7%), порушення сну (52,9%), стомлюваність (52,9%) та страхи, які в основному стосуються здоров'я дитини. (58,8%). Рідше спостерігалися почуття провини (29,4%), ангедонія (29,4%), плаксивість (29,4%). Тільки 17,6% скаржилися на почуття неглибокої туги, що періодично виникає.

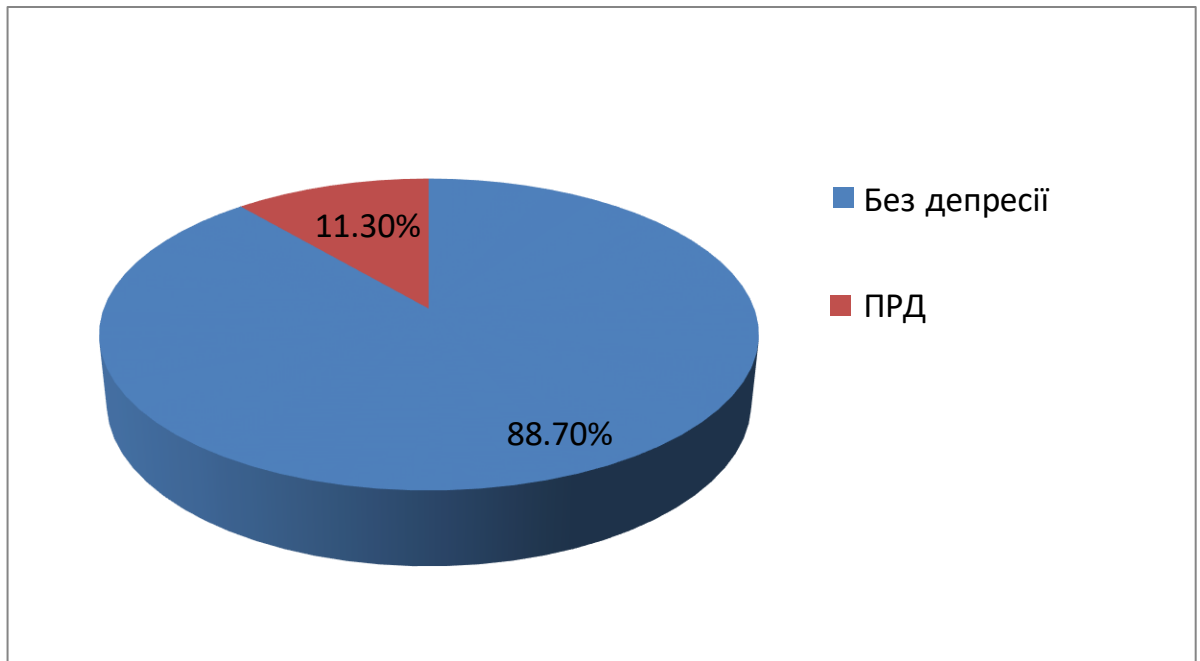


Рис.2.1.Клінічна депресія, виявлена у жінок у післяпологовому періоді (6 тижнів після пологів)

Також було проведено порівняльний аналіз виразності симптомів, отриманої при оцінці шкалою MADRS, у групах з післяпологовою депресією та без. Показники виразності симптомів статистично значно відрізнялися між групами. Найбільш високі значення в групі депресивних хворих були отримані для симптомів тривоги ($2,64 \pm 0,49$), гіпотимії ($2,23 \pm 0,44$), порушень сну ($2,17 \pm 0,39$), концентрації уваги ($2,05 \pm 0,66$) та підвищеної стомлюваності ($1,92 \pm 0$).

Тривожні переживання і порушення сну були характерні також і для породіллі без депресії, однак порівняння їх виразності при психометричній оцінці з групою жінок з депресією досягало статистично значущою різниці (тривога - $1,28 \pm 0,56$ і $2,64 \pm 0,89$, відповідно, $p < 0,05$; порушення сну - $1,34 \pm 0,74$ і $2,17 \pm 0,39$, відповідно, $p < 0,05$), відображаючи психопатологічну структуру депресивного синдрому (рис.2.2).

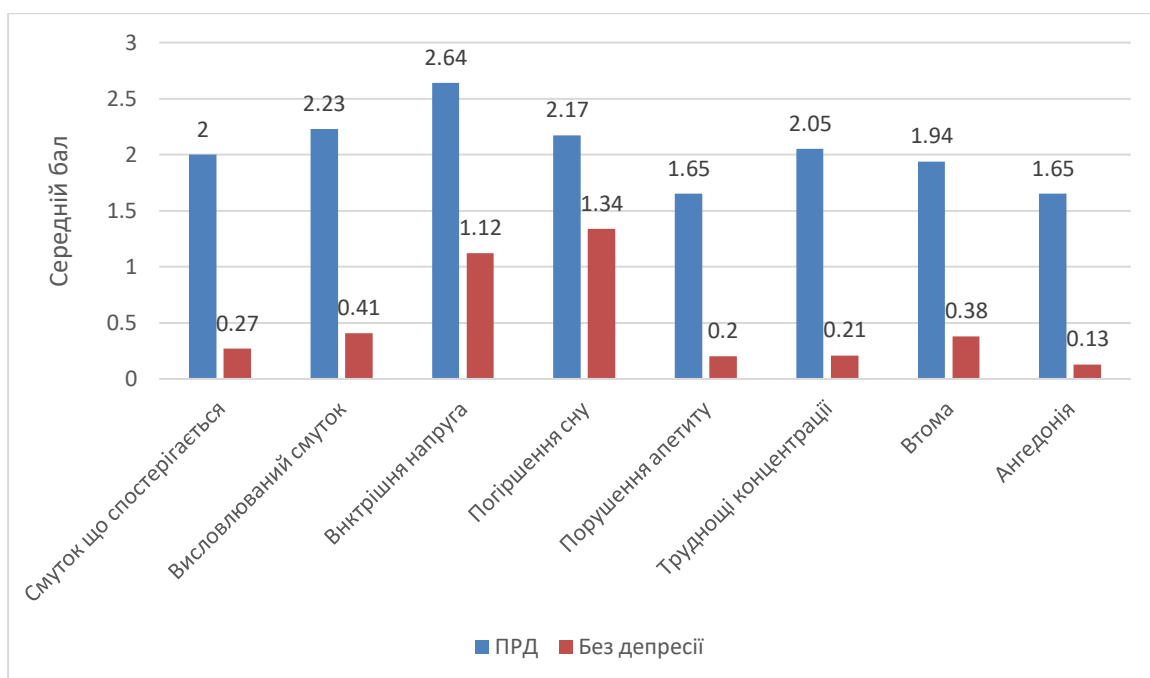


Рис.2.2. Розподіл депресивних симптомів за шкалою MADRS по групам

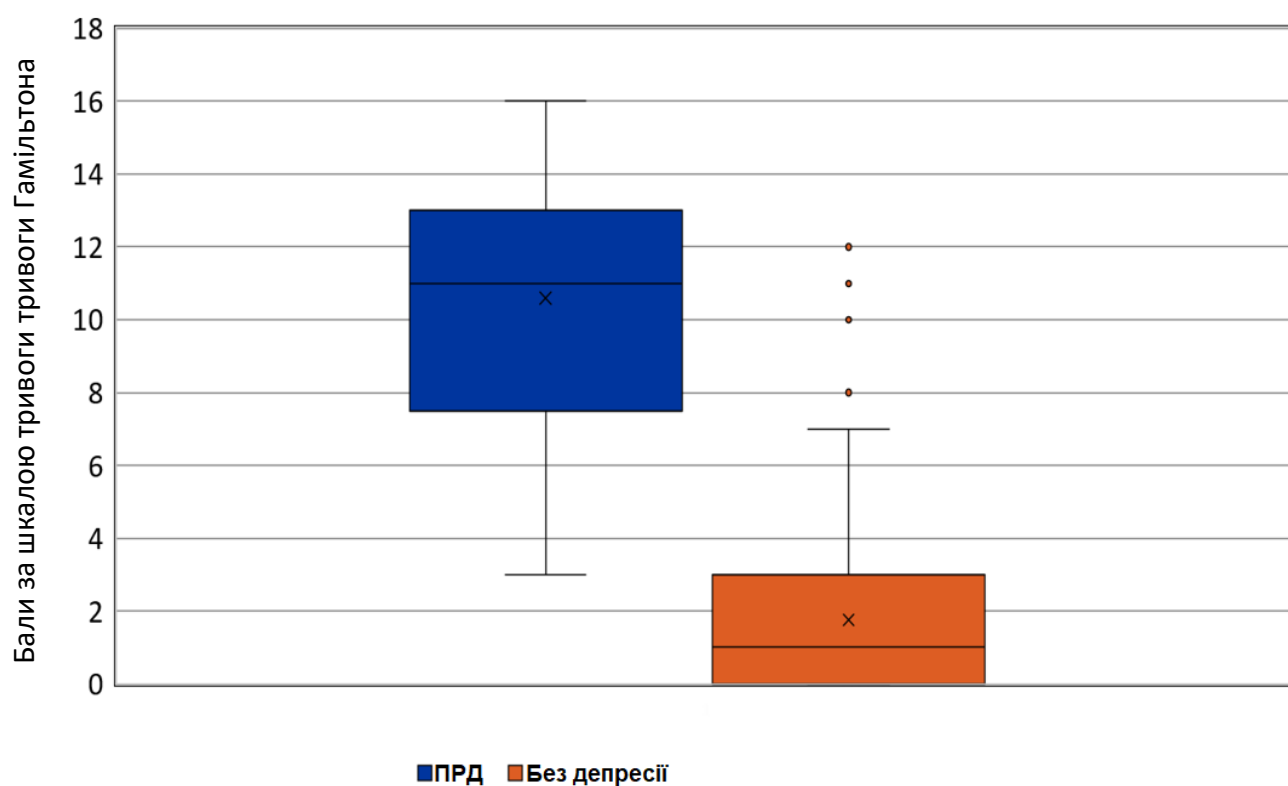


Рис.2.3.Порівняння між групами середнього бала за шкалою тривоги Гамільтона

При оцінці за шкалою тривоги Гамільтона в групі з депресією на 0-3 день після пологів був виявлений значуще високий середній бал - $10,58 \pm 3,48$ балів (у порівнянні з $1,78 \pm 2,42$ у групі без депресії, $p < 0,05$), що відповідає рівню легкої тривоги (рис.2.3). Однак при клініко-психопатологічному обстеженні жінок післяпологового періоду та протягом наступних 6 місяців спостереження синдромологічно окресленого тривожного розладу виявлено не було.

Порівняльний аналіз характеристик жінок з післяпологовою депресією та без.

При порівняльному аналізі соціо-демографічних характеристик був виявлено відмінності за віком ($p=0,44$), сімейним станом ($p=0,26$), рівнем освіти ($0,72$) і трудової зайнятості ($p=0,74$) (Таблиця 2.3).

Таблиця 2.3

Порівняння характеристик у групах з післяпологовою депресією та без депресії

Показники	Післяпологова депресія (абс; %) n = 17 (100%)	Без депресії (абс; %) n=133 (100%)	Значимість відмінностей, p
Середній вік	28,3 ($\pm 5,31$)	29,5 ($\pm 5,0$)	$p=0,44$
Вища освіта відсутність вищої освіти	10 (58,8%)/ 7 (41,2%)	84 (63,2%)/ 49 (36,8%)	$p=0,72$
працює/ні працює	3 (17,6%)	28 (21,0%)	$p=0,74$
Одружена не одружена	14 (82,4%)/ 3 (17,6%)	121 (90,9%)/ 12 (9,1%)	$p=0,26$
Патологія вагітності у матері	3 (17,6%)	13 (9,8%)	$p=0,32$
Супутні захворювання	2 (11,7%)	4 (3,0%)	$p=0,08$
Спадкова обтяженість психічними захворюванням	4 (23,5%)	36 (27,0%)	$p=0,75$
Періоди зниженого настрою або тривоги в анамнезі	10 (58,8%)	42 (31,6%)	$p < 0,05$
Подружня дисгармонія	1 (5,8%)	13 (9,8%)	$p=0,6$
Насильство зі сторони партнера	0 (0%)	1 (0,8%)	$p=0,71$

Продовження табл.2.3

Небажана вагітність	3 (17,6%)	6 (4,5%)	$p<0,05$
Періоди зниженого настрою або тривоги під час поточної вагітності	13 (76,5%)	43 (32,3%)	$p<0,001$
Небажана стать дитини	1 (5,8%)	3 (2,3%)	$p=0,38$
Психотравмуючі ситуації під час поточною вагітності	7 (41,2%)	17 (12,8%)	$p<0,001$
Внутрішньоособистісний конфлікт	1 (5,8%)	3 (2,3%)	$p=0,38$
Куріння під час вагітності	3 (17,6%)	8 (6,0%)	$p=0,08$
Фізична активність	6 (35,3%)	26 (19,5%)	$p=0,13$
Здорове харчування	7 (41,2%)	38 (28,6%)	$p=0,28$
Патологія поточної вагітності або пологів	12 (70,6%)	30 (22,6%)	$p<0,001$
Перші пологи	9 (52,9%)	66 (49,6%)	$p=0,79$
Метод народження; природні пологи/ кесарів розтин	6(35,3)/ 11 (64,7%)	87(65,4)/ 46 (34,6%)	$p<0,01$
Перинатальний статус дитини (<7 балів шкалою Апгар)	7 (41,2%)	17 (12,8%)	$p<0,001$

При порівняльному аналізі клініко-анамнестичних характеристик не було виявлено різниці між жінками за фактом наявності патології вагітності у матері ($p = 0,32$) або спадкової обтяженості психічними захворюваннями ($p = 0,75$). Частка жінок із супутніми соматичними захворюваннями була вище в групі з післяпологовою депресією в порівнянні з групою без афективної патології (11,7% та 3,0%, відповідно); рівень значимості становив 0,08 (Таблиця 2.3).

Було виявлено вплив таких факторів як *тривалі періоди зниження настрою та тривоги в анамнезі та під час поточної вагітності* ($p<0,05$ та $p<0,001$, відповідно). Періоди зниженого настрою та/або тривоги в анамнезі (рис.2.4), або під час поточної вагітності значно частіше зустрічалися в групі жінок із депресією (рис.2.5).

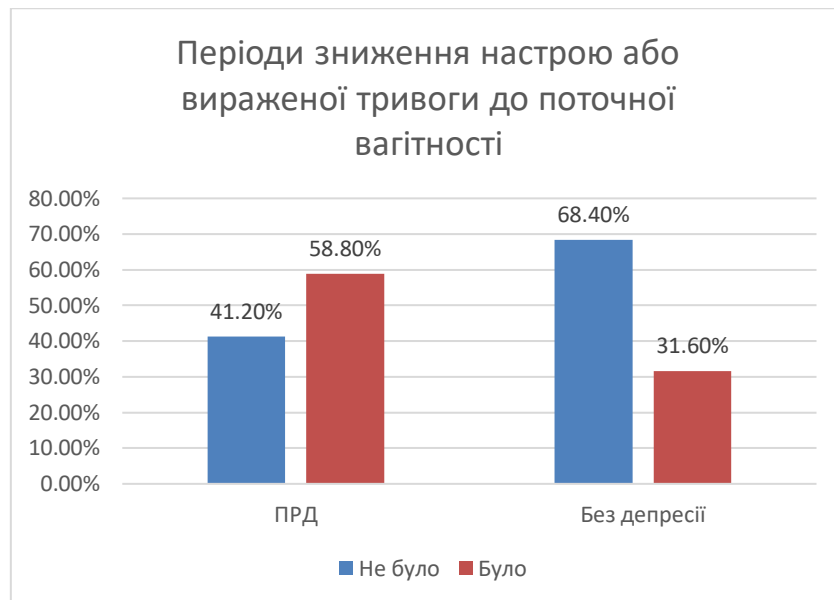


Рис.2.4.Фактори ризику, що впливають на розвиток післяпологової депресії (періоди зниженого настрою або тривоги в анамнезі)

При оцінці груп за соціально-психологічними характеристиками не було виявлено впливу таких факторів, як насильство зі сторони партнера ($P = 0,71$), небажана стать дитини ($p=0,38$), подружня дисгармонія ($p=0,60$), внутрішньоособистісний конфлікт ($p=0,38$), пов'язаний з поточною вагітністю, а також фізична активність та правильне харчування ($p=0,13$ та $p=0,28$, відповідно) (таблиця 2.3).

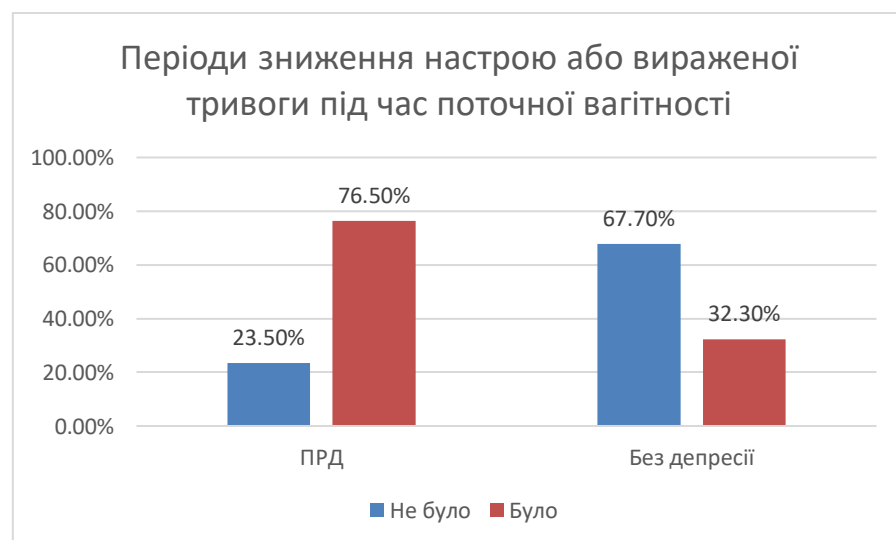


Рис.2.5.Фактори ризику, що впливають на розвиток післяпологової депресії (періоди зниженого настрою або тривоги під час поточної вагітності)

У жінок, які продовжували курити під час вагітності, післяпологова депресія розвивалася частіше, ніж у жінок, що не палять; рівень значущості відмінностей становив 0,08.

Вплив мали такі фактори ризику, як небажана вагітність (Рис.2.6). та психотравмуючі ситуації під час вагітності ($p < 0,05$ та $p < 0,001$, відповідно) (Рис.2.7).

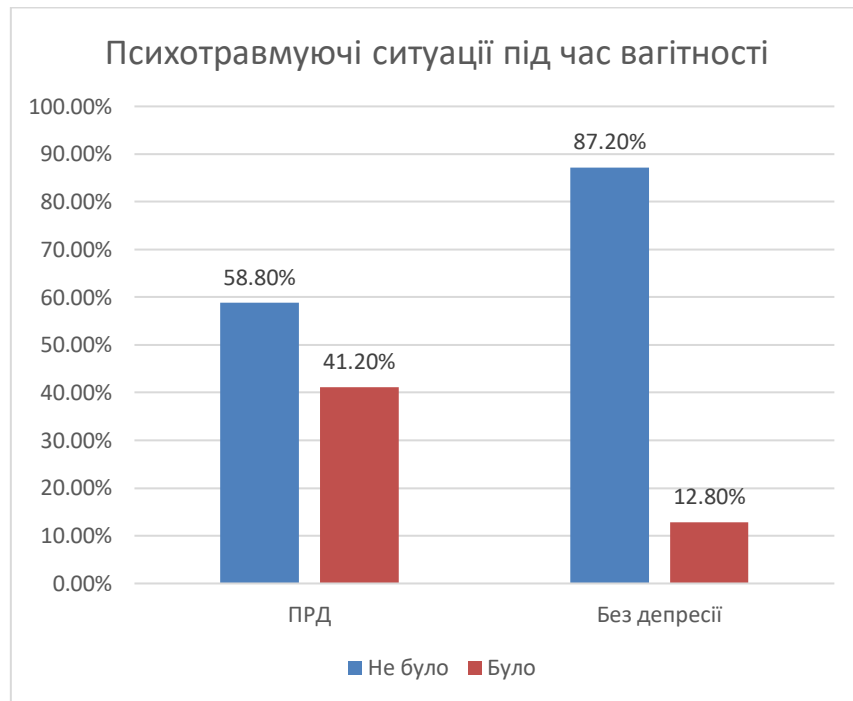


Рис.2.6.Фактори ризику, що впливають на розвиток післяпологової депресії (психотравмуючі ситуації під час поточної вагітності)

З метою оцінки виразності впливу виявлених факторів ризику на розвиток афективної симптоматики було проведено аналіз найбільш значимих предикторів з використанням методу множинної регресії. Узагальнена лінійна модель була побудована для всієї досліджуваної вибірки з оцінкою впливу найбільш значущих факторів - афективної патології під час вагітності (*епізоди зниженого настрою або підвищеної тривожності*, що не досягають клінічної значущості) і *психотравмуючі ситуації під час вагітності*, пояснюючи 38% загальної мінливості ($p < 0,05$, тест відношення правдоподібностей) (рис.2.8).

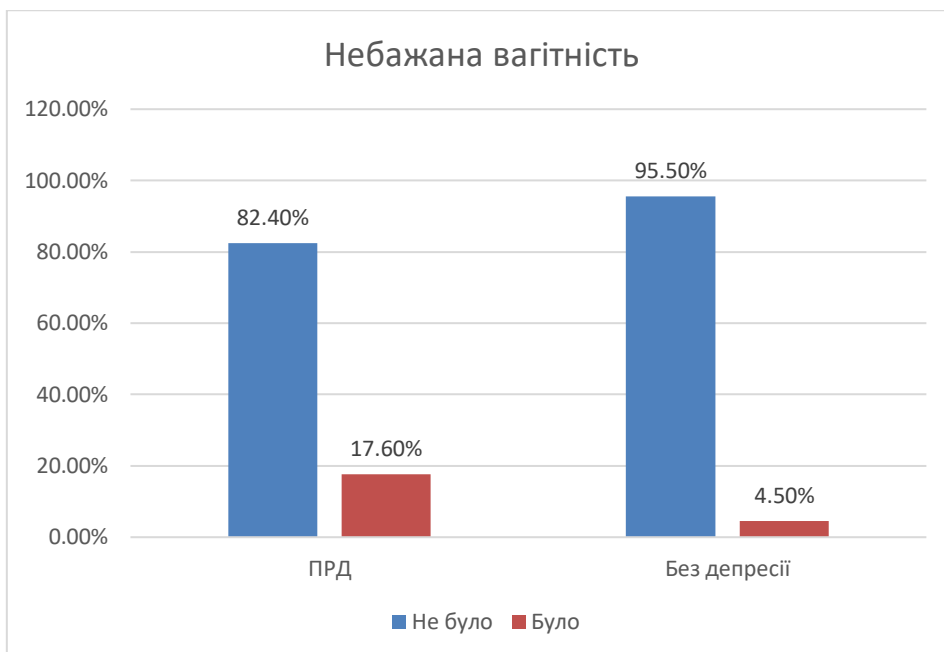


Рис.2.7.Фактори ризику, що впливають на розвиток післяпологової депресії (небажана вагітність)

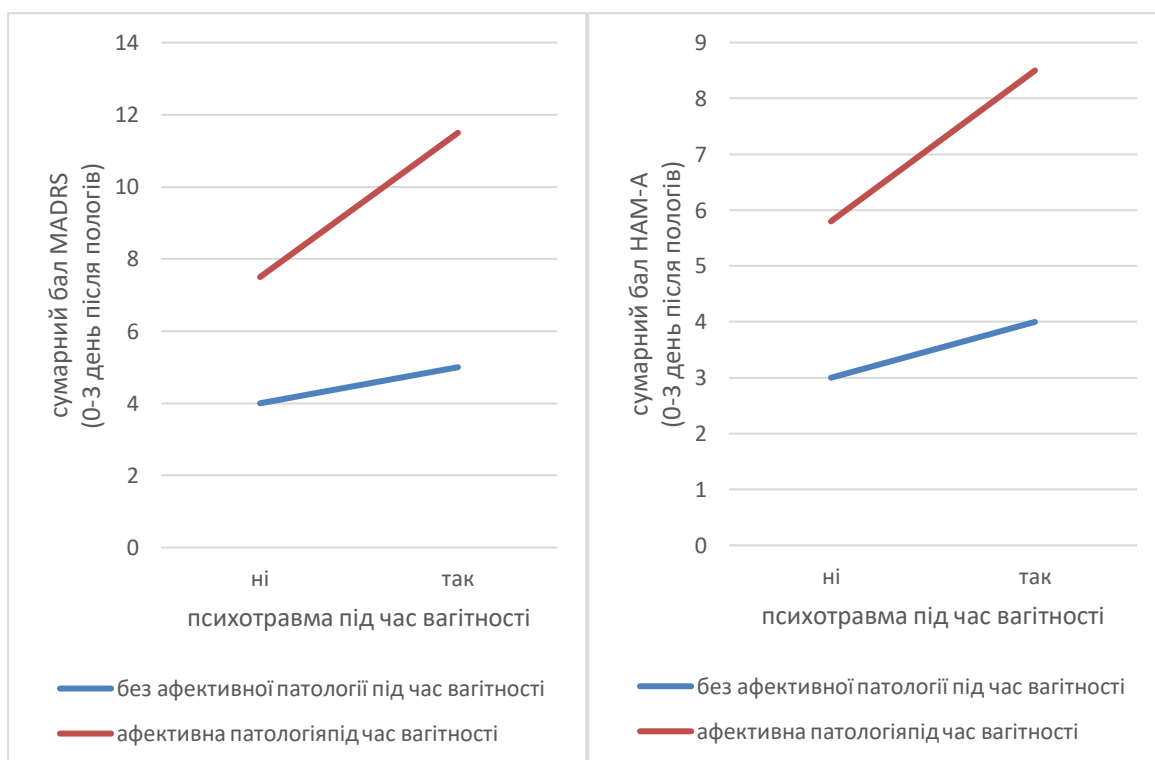


Рис.2.8.Вплив факторів, що роблять найбільший внесок у вираженість депресивної та тривожної симптоматики у жінок післяпологового періоду (узагальнена лінійна модель)

Застосування Единбурзької шкали післяпологової депресії.

Нами було оцінено застосування Единбурзької шкали післяпологової депресії (EPDS) як діагностичного інструменту для скринінгу післяпологової депресії в ранньому післяпологовому періоді.

На першому етапі аналізу було проведено оцінку ймовірності розвитку післяпологової депресії за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії. На 0-3 день після пологів у 30,6% досліджуваних бал за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії дорівнював 9 балів або вище, що відповідало пороговому значенню високої ймовірності розвитку післяпологової депресії. Бал за шкалою EPDS у більшості жінок (69,4%) був менше 9 балів (рис.2.9).

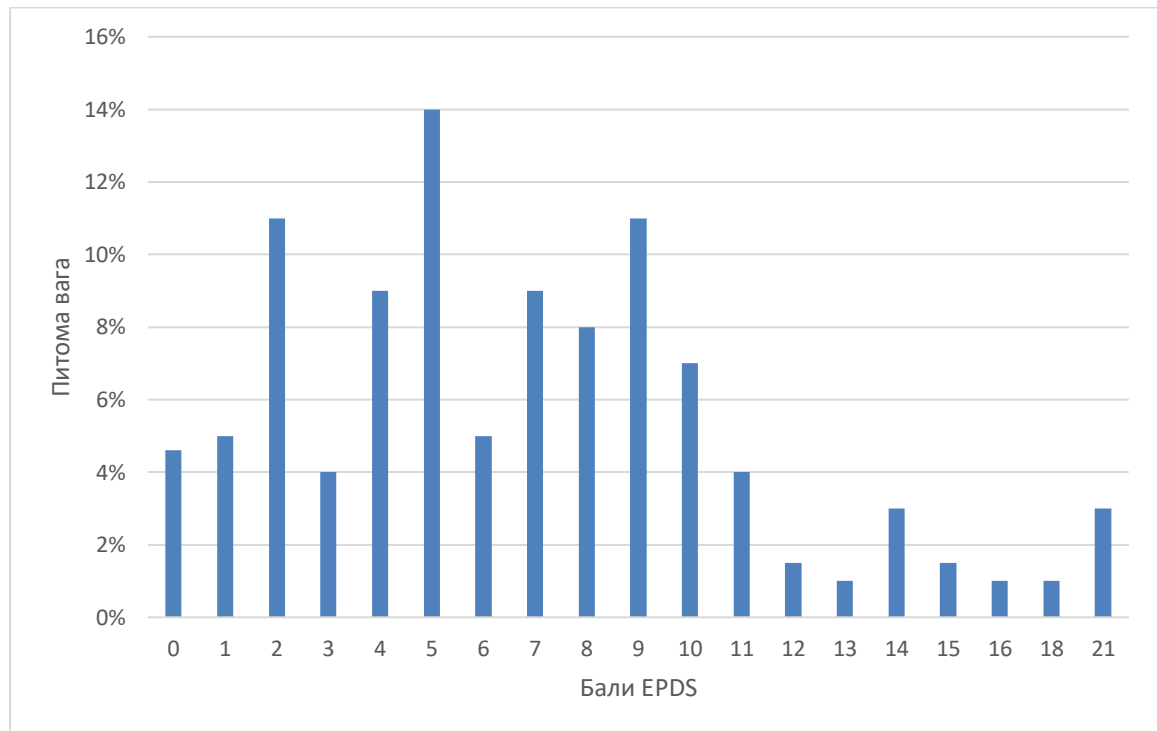


Рис.2.9. Розподіл балів за шкалою EPDS (n=150)

Для оцінки якості алгоритму, який використовує EPDS для виявлення депресії, було проведено ROC-аналіз (Receiver Operator Characteristic (curv)). Побудована ROC-крива, яка показала залежність кількості правильно класифікованих позитивних прикладів (наявність депресії (діагноз післяпологової депресії за критеріями МКБ-10), при значенні EPDS вище або дорівнює 9 балів) від кількості неправильно класифікованих негативних

прикладів (відсутність депресії, при значенні EPDS вище або дорівнює 9 балів). AUC (англ. Area under ROC, площа під кривою) склала $0,798 \pm 0,067$ (95% ДІ 0,662-0,925; $p=0,001$), що демонструє досить високу надійність моделі (рис.2.10).

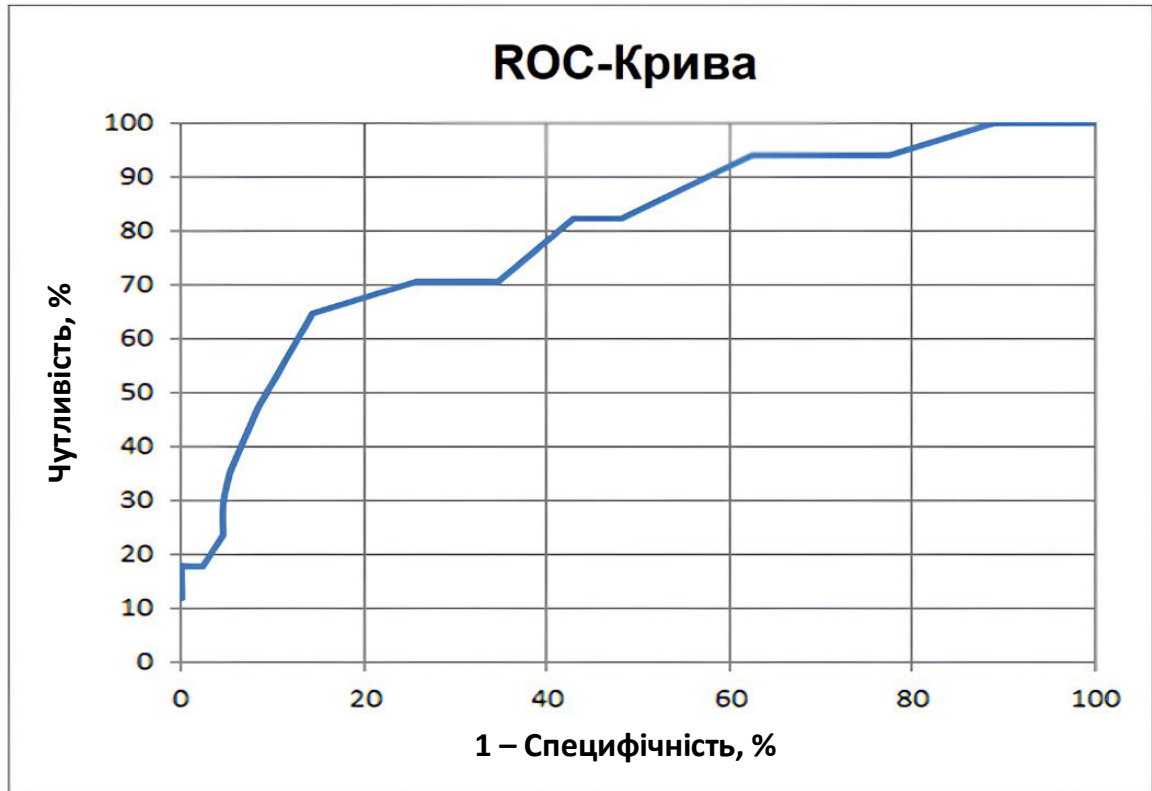


Рис.2.10.Розрахована ROC-крива для Единбурзькій шкали післяпологової депресії

У таблиці 2.4 показані зміни чутливості і специфічності шкали EPDS в залежності від різних точок відсікання. Таблиця наочно демонструє суттєве збільшення чутливості тесту від 47,1% до 64,7% при зниженні порогового бала до 10. У той же час специфічність при точці відсікання 10 балів становить 85,7%, тоді як при зниженні на один бал різко зменшується до 74,4%. Таким чином, найбільш адекватною точкою відсікання був обраний пороговий бал 10 (табл.2.4)

Таблиця 2.4

Чутливість і специфічність шкали EPDS при різних порогових значення

Пороговий бал EPDS	Число хворих, абс/%	Чутливість, %	95% ДІ	Специфіка, %	95% ДІ
21	2/1,3	11,7	3,6 - 41,4	100	94,2-100
18	1/0,7	17,6	11,2-27,8	100	94,2-100
16	1/0,7	21,3	12,7 - 31,1	99,1	91,5-100
15	2/1,3	23,5	15,7 - 37,5	97,7	84,5-100
14	4/2,7	26,8	17,6 - 44,3	96,3	81,3 - 99,9
13	1/0,7	31,2	19,9 - 46,7	95,5	76,6 - 97,8
12	2/1,3	35,3	20,2-54,7	94,7	71,1 - 96,2
11	6/4,0	47,1	34,5 - 60,8	91,3	70,2 - 96,1
10	11/7,3	64,7	56,7 - 80,5	85,7	69,3 - 89,5
9	16/10,7	70,6	65,3 - 89,4	74,4	57,5 - 81,3
8	12/8,0	82,4	77,5 - 91,7	65,4	49,6 - 73,2
7	13/8,7	94,1	83,4 - 96,9	57,1	44,3 - 70,1
6	7/4,7	100	86,5-100	51,8	37,1 - 60,5
5	21/14,0	100	88,5-100	37,6	26,1 - 51,7
4	14/9,3	100	88,5-100	27,1	15,6 - 39,4
3	6/4,0	100	88,5-100	22,5	11,7 - 32,3
2	16/10,7	100	88,5-100	11,3	4,2-21,3
1	8/5,3	100	88,5-100	6,3	1,9 - 15,5
0	7/4,7	100	88,5-100	0	0-5,7

Також нами були визначені інші діагностичні характеристики Единбурзької шкали післяпологової депресії, такі як позитивна прогностична значимість (ППЗ), негативна прогностична значимість (НПЗ), відношення правдоподібності позитивного результату (ВППР), відношення правдоподібності негативного результату (ВПНР) та діагностична ефективність.

Для цього результати шкали на 0-3 день після пологів (з пороговим значенням 10 балів) були зіставлені з оцінкою, отриманою при клініко-психологічному обстеженні протягом 6 тижнів.

При зіставленні результати були розділені на 4 групи:

ІІІ - істиннопозитивні результати (випадки встановленого діагнозу

депресії при балі за шкалою EPDS вище або дорівнює 10 балів);

ХП - хибнопозитивні результати (випадки без афективної патології, але мають бал за шкалою EPDS вище або дорівнює 10 балів);

ІН - істиннонегативні результати (випадки без афективної патології та з балом за шкалою EPDS нижче 10 балів);

ХН - хибнонегативні результати (випадки встановленого діагнозу депресії, але які мають бал за шкалою EPDS нижче 10 балів).

Розрахунок позитивної прогностичної значущості (ППЗ) проводився за такою формулою:

$$\text{ППЗ} = (\text{ІП} / (\text{ІП} + \text{ХП})) \times 100.$$

Таким чином, розділивши кількість жінок з істиннопозитивним результатом (n=11) на суму жінок з істиннопозитивним результатом (n=11) і хибно позитивним результатом (n=19), було отримано значення прогностичної цінності позитивного результату - 36,6%.

Розрахунок негативної прогностичної значущості (НПЗ) проводився за такою формулою:

$$\text{НПЗ} = (\text{ІН} / (\text{ІН} + \text{ХН})) \times 100.$$

Розділивши кількість жінок із істинно негативним результатом (n=114) на суму жінок з істинно негативним результатом (n=114) та хибно негативним результатом (n=6), було отримано значення прогностичної цінності негативного результату – 95%.

Розрахунок ВППР (відношення ймовірності позитивного результату за наявності депресії та ймовірності позитивного результату за відсутності депресії) проводився за формулою:

$$\text{ВППР} = (\text{чутливість}/100) / (1 - (\text{специфічність}) / 100).$$

Таким чином, ставлення правдоподібності позитивного результату становило 4,53.

Відношення правдоподібності негативного результату (ВПНР), тобто. відношення ймовірності негативного результату тесту за наявності депресії та ймовірності негативного результату тесту за відсутності, було розраховано за

формулою:

$$\text{ВПНР} = (1 - (\text{чутливість}/100)) / (\text{Специфічність}/100), \text{ і становило } 0,41.$$

Діагностична ефективність (ДЕ) або точність шкали (тобто загальна ймовірність того, що пацієнт буде правильно класифікований) була розрахована за формулою:

$$\text{ДЕ} = ((\text{ІП} + \text{ІВ}) / (\text{ІП} + \text{ІО} + \text{ЛП} + \text{ЛО})) \times 100$$

Таким чином, значення діагностичної ефективності тесту - 83,3%

Отже, чутливість і специфічність Единбурзької шкали післяпологової депресії за отриманими нами даними склали 64,7% і 85,7% відповідно, ППЗ склала 36,6%, НПЗ - 95%, ВППР - 4,53, ВПНР - 0,41 і діагностична ефективність 8.

Для визначення значущості впливу виявлених факторів на ризик розвитку післяпологової депресії було проведено дискримінантний аналіз. В аналіз були включені 30 характеристик: соціально-демографічні (вік, стать, сімейний статус і вид зайнятості, освіта), клініко-анамнестичні (спадкова обтяженість з психічної та соматичної патології, перинатальна патологія, розлади особистості, невротичні реакції в дитячому віці, органічні фактори, тютюнокуріння тривоги до та під час поточної вагітності), психологічні фактори ризику (небажана вагітність, насильство з боку партнера, небажана стать дитини, внутрішньоособистісний конфлікт, пов'язаний з поточною вагітністю, подружня дисгармонія, психотравмуючі ситуації під час вагітності), акушерсько-гінекологічний анамнез (метод/кількість пологів, наявність абортів та викиднів в анамнезі, наявність гінекологічних захворювань, патологія поточної вагітності та пологів, метод народження, перинатальний статус дитини, вид вигодовування), а також значення шкали EPDS. Було побудовано класифікаційну модель що описує сукупність прогностично значимих чинників. Покроковий дискримінантний аналіз вибрав 7 змінних (таблиця 2.5) та показав статистично значиму функцію ($\lambda=0,776$; $p<0,001$). Найбільшу прогностичну значимість показав бал за шкалою EPDS ≥ 10 (F-критерій = 22,94; відношення шансів (ВШ) з 95% ДІ = 11 [3,64; 33,28]). У здібності прогнозувати

ймовірність розвитку депресії шкала перевищує інші чинники майже 2 рази (рис.2.11).

Таблиця 2.5

Предиктори післяпологової депресії

Характеристики	Відношення шансів [95%ДІ]	F-критерій
Періоди зниженого настрою або тривоги	3,1 [1,1; 8,7] ;	4,56; p=0,02
Небажана вагітність	4,5 [1,0; 20,2];	9,45; p=0,003
Патологія поточної вагітності або пологів	4,9 [1,7; 13,9]; p<0,001	5,18; p=0,002
Перинатальний статус дитини	5,6 [1,9; 16,1]; p<0,001	7,01; p=0,009
Психотравмуючі ситуації під час поточної вагітності	6,1 [2,1; 17,9]; p<0,001	14,10; p<0,001
Періоди зниженого настрою або тривоги під час поточної вагітності	6,8 [2,1; 22,1]; p<0,001	11,13; p<0,001
EPDS≥10	11,0 [3,6; 33,3]; p<0,001	22,94; p<0,001

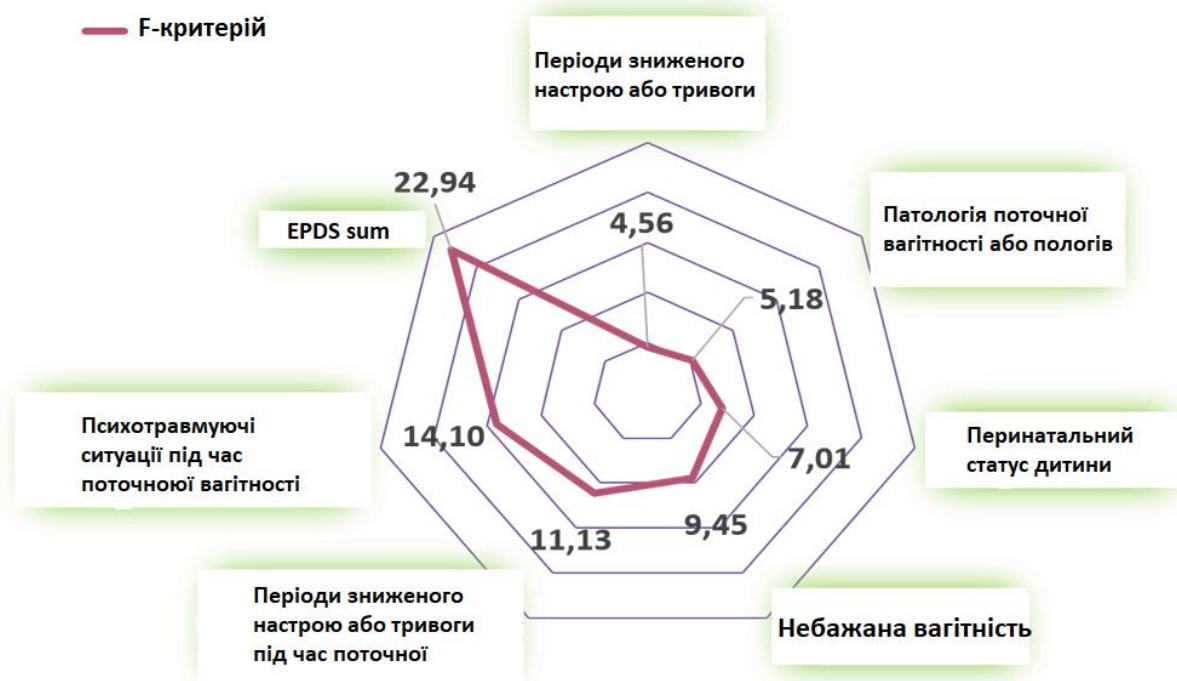


Рис.2.11.Фактори, що впливають на розвиток післяпологової депресії згідно з дискримінантним аналізом

Також значущими предикторами в цій моделі були: психотравмуючі ситуації під час вагітності (F-критерій - 14,10; (ВШ) з 95% ДІ = 6,1 [2,1; 17,9]), епізоди зниження настрою та тривоги під час вагітності (F-критерій - 11,13; (ВШ) з 95% ДІ = 6,8 [2,1; 22,1]), небажана вагітність (F-критерій - 9,45; (ВШ) з 95% ДІ = 4,5 [1,0; 20,2]), патологія вагітності і пологів (F-критерій - 5,18; (ВШ) з 95% ДІ = 4,9 [1,7; 13,9]), афективні симптоми в анамнезі (F-критерій - 4,56; (ВШ) з 95% ДІ = 3,1 [1,1; 8,7]) (рис.2.11).

Згідно з критеріями МКБ -10 ми кваліфікували, як післяпологову депресію, тільки депресивні епізоди, що розвиваються протягом перших 6 тижнів. Однак при спостереженні групи без депресії протягом наступних 6 місяців були виявлені депресивні епізоди, що знову розвинулися, ще у 4-х жінок (рис.2.3.). Всі ці випадки спостерігалися у жінок з високим балом EPDS (≥ 10 балів), що підтверджує високу прогностичну значимість Единбурзької шкали післяпологової депресії.

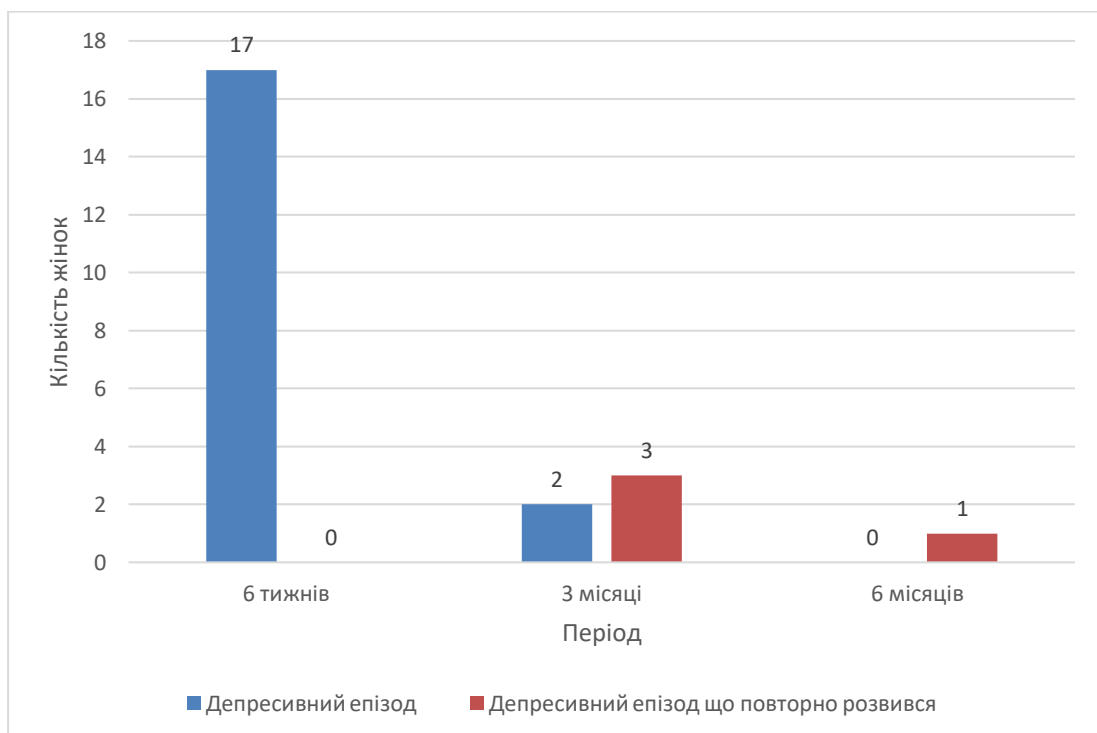


Рис.2.12.Динаміка числа жінок з депресією впродовж 6-ти місяців після пологів

2.3. Програма психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії

Післяпологова депресія є складним психоемоційним станом, що виникає у жінок у період після народження дитини та супроводжується зниженням настрою, емоційною нестабільністю, тривожністю, почуттям провини, виснаженням, втратою інтересу до звичних видів діяльності та труднощами у формуванні емоційного зв'язку з дитиною. З огляду на психологічну специфіку цього стану, ефективна допомога матерям потребує системної, цілеспрямованої та структурованої психологічної корекції, орієнтованої не лише на зменшення симптомів депресії, але й на відновлення ресурсів особистості, стабілізацію емоційної сфери та розвиток адаптивних форм поведінки.

Розроблена програма психологічної корекції післяпологової депресії матерів ґрунтується на інтегративному підході, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, гуманістичної психології, емоційно-фокусованого підходу, тілесно-орієнтованих практик та методів арт-терапії. Програма спрямована на роботу з емоційним станом жінки, її самооцінкою, тривожними переживаннями, внутрішніми конфліктами, а також на формування позитивного образу материнства і відновлення почуття психологічної компетентності.

Мета програми

Метою програми є психологічна корекція проявів післяпологової депресії у матерів шляхом зниження рівня депресивних і тривожних симптомів, стабілізації емоційного стану, розвитку навичок емоційної саморегуляції, підвищення рівня суб'єктивного психологічного благополуччя та формування позитивного ставлення до себе у ролі матері.

Завдання програми

Для досягнення поставленої мети у програмі передбачено реалізацію таких завдань:

- зниження рівня емоційної напруги та внутрішнього виснаження

матерів;

– усвідомлення та опрацювання негативних автоматичних думок, пов'язаних з материнством і власною цінністю;

– формування навичок емоційної саморегуляції та стресостійкості;

– корекція почуття провини, сорому та неадекватної самокритики;

– розвиток здатності до прийняття власних емоцій та переживань;

– активізація внутрішніх психологічних ресурсів жінки;

– покращення емоційного контакту з дитиною;

– формування реалістичних очікувань щодо материнської ролі;

– підвищення рівня самооцінки та впевненості у власних можливостях.

Цільова аудиторія програми

Програма призначена для жінок у післяпологовому періоді (від 1 місяця до 1 року після пологів), у яких спостерігаються ознаки післяпологової депресії легкого або середнього ступеня вираженості. Програма може реалізовуватися як у форматі індивідуальної психологічної роботи, так і у малих групах (4–8 осіб).

Очікувані результати реалізації програми

У результаті проходження програми передбачається:

– зниження рівня депресивних та тривожних проявів;

– стабілізація емоційного стану;

– підвищення рівня самооцінки;

– розвиток навичок емоційної саморегуляції;

– формування позитивного ставлення до материнської ролі;

– покращення емоційного контакту з дитиною;

– зростання відчуття психологічної компетентності.

Тривалість та структура програми

Загальна тривалість програми становить 30 академічних годин, які розподіляються протягом 15 днів. Заняття проводяться щоденно або через день, залежно від психоемоційного стану учасниць та організаційних можливостей.

Тривалість одного заняття — 1,5–2 години.

Програма включає:

- вступний діагностично-мотиваційний етап;
- основний корекційний етап;
- підсумковий рефлексивно-закріплювальний етап.

Загальний розподіл занять за днями

День 1. Ознайомлення та формування безпечного простору

Вправи:

- знайомство та встановлення психологічного контакту;
- первинна емоційна діагностика;
- вправа «Мій стан сьогодні»;
- релаксаційна практика.

День 2. Усвідомлення емоційного стану

Вправи:

- психоосвіта щодо післяпологової депресії;
- вправа «Карта емоцій»;
- техніка «емоційного щоденника».

День 3. Робота з почуттям провини

Вправи:

- обговорення джерел почуття провини;
- когнітивна реструктуризація;
- вправа «Я — достатньо хороша мати».

День 4. Зниження тривожності

Вправи:

- тілесно-орієнтовані техніки;
- дихальні вправи;
- візуалізація безпечного місця.

День 5. Самооцінка та образ Я

Вправи:

- вправа «Емоційний контейнер»;
- арт-терапевтична техніка;

– позитивне підкріплення.

День 6. Прийняття власних емоцій

Вправи:

- вправа «Дозвіл на почуття»;
- техніка емоційного контейнера;
- м'яка релаксація з фокусом на тілесні відчуття.

Метою шостого дня є формування у матерів здатності приймати власні емоційні переживання без осуду та внутрішнього опору. Особлива увага приділяється нормалізації амбівалентних почуттів щодо материнства.

День 7. Робота з внутрішньою напругою та виснаженням

Вправи:

- тілесно-орієнтована вправа «Сканування тіла»;
- дихальна практика «4–6»;
- візуалізація відновлення ресурсів.

Цей день спрямований на зменшення психосоматичних проявів депресії, підвищення рівня тілесної усвідомленості та зниження рівня хронічної втоми.

День 8. Актуалізація внутрішніх ресурсів

Вправи:

- вправа «Мої джерела сили»;
- арт-терапевтична техніка «Ресурсний образ»;
- обговорення досвіду подолання труднощів у минулому.

День 9. Формування позитивного образу материнства

Вправи:

- вправа «Мій шлях у материнстві»;
- робота з життєвими сценаріями;
- вправа «Образ майбутнього».

День 10. Емоційний контакт з дитиною

Вправи:

- вправа «Мій зв'язок з дитиною»;
- усвідомлення тілесного контакту;

– рефлексія материнських почуттів.

День 11. Подолання тривожних очікувань

Вправи:

- когнітивна техніка «Реальність і фантазія»;
- вправа «Контроль і прийняття»;
- заземлююча практика.

День 12. Робота з самооцінкою

Вправи:

- вправа «Мій внутрішній критик»;
- трансформація негативного самодіалогу;
- формування підтримувального внутрішнього голосу.

День 13. Рольова ідентичність жінки

Вправи:

- вправа «Я — жінка, я — мати»;
- баланс життєвих ролей;
- арт-терапевтична техніка символічного образу себе.

День 14. Інтеграція отриманого досвіду

Вправи:

- вправа «Мої зміни»;
- групова рефлексія;
- узагальнення набутих навичок.

День 15. Завершення програми

Вправи:

- підсумкова діагностика;
- вправа «Лист собі у майбутнє»;
- ритуал завершення.

Опис основних корекційних вправ

Вправа «Мій стан сьогодні»

Мета: актуалізація емоційного стану учасниці, розвиток усвідомлення власних почуттів.

Час виконання: 15–20 хвилин.

Суть вправи: учасниці пропонується описати свій поточний емоційний стан, використовуючи слова, образи або символи. За бажанням можна зобразити свій стан у вигляді малюнка. Після цього відбувається обговорення, спрямоване на прийняття емоцій без оцінювання.

Вправа «Карта емоцій»

Мета: розвиток навичок розпізнавання та диференціації емоцій.

Час виконання: 25 хвилин.

Суть вправи: жінці пропонується перелік базових і складних емоцій. Вона обирає ті, які переживає найчастіше після народження дитини, та позначає їх інтенсивність. Психолог допомагає усвідомити зв'язок між емоціями та життєвими ситуаціями.

Вправа «Емоційний щоденник»

Мета: формування навички самоспостереження та емоційної рефлексії.

Час виконання: щоденно по 10–15 хвилин.

Суть вправи: учасниця щоденно фіксує свої емоції, думки та тілесні відчуття, пов'язані з материнством. Аналіз щоденника проводиться разом із психологом.

Вправа «Я — достатньо хороша мати»

Мета: корекція деструктивних переконань щодо власної материнської компетентності.

Час виконання: 20–30 хвилин.

Суть вправи: жінка формулює негативні переконання про себе як матір, після чого разом із психологом відбувається їх раціональний аналіз та заміна на більш адаптивні твердження.

Вправа «Емоційний контейнер»

Мета: навчання безпечному проживанню складних емоцій.

Час виконання: 15–20 хвилин.

Суть вправи: за допомогою уяви учасниця створює образ контейнера, у який тимчасово «поміщає» надмірні емоції, що дозволяє знизити їх

інтенсивність та відчувати контроль над станом.

Вправа «Дозвіл на почуття»

Мета: зниження внутрішнього опору щодо негативних емоцій.

Час виконання: 20 хвилин.

Суть вправи: учасниця формулює перелік емоцій, які вона зазвичай забороняє собі відчувати (злість, роздратування, втому). Психолог допомагає усвідомити, що ці почуття є природною реакцією та не визначають цінність жінки як матері.

Вправа «Сканування тіла»

Мета: підвищення тілесної усвідомленості та зниження психосоматичної напруги.

Час виконання: 15 хвилин.

Суть вправи: поступове спрямування уваги на різні частини тіла з фіксацією відчуттів напруги та розслаблення. Використовується повільний темп і спокійний голос психолога.

Вправа «Мої джерела сили»

Мета: актуалізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів.

Час виконання: 25 хвилин.

Суть вправи: жінка визначає людей, події, особистісні якості та життєві обставини, які допомагали їй справлятися з труднощами раніше, та аналізує можливість їх використання у теперішньому періоді.

Арт-терапевтична техніка «Ресурсний образ»

Мета: формування стабільного позитивного емоційного стану.

Час виконання: 30 хвилин.

Суть вправи: учасниці пропонується створити художній образ, що асоціюється з відчуттям сили, спокою або підтримки. Надалі цей образ використовується як внутрішній ресурс у стресових ситуаціях.

Вправа «Мій внутрішній критик»

Мета: зменшення самозвинувачення та жорсткої самокритики.

Час виконання: 20–25 хвилин.

Суть вправи: жінка ідентифікує голос внутрішнього критика, описує його характеристики та поступово трансформує його у підтримувальний внутрішній діалог.

Вправа «Лист собі у майбутнє»

Мета: закріплення позитивних змін та формування перспективи розвитку.

Час виконання: 20 хвилин.

Суть вправи: учасниця пише лист самій собі через кілька місяців, у якому відображає здобутий досвід, нові ресурси та слова підтримки.

Критерії ефективності програми психологічної корекції післяпологової депресії матерів

Оцінювання ефективності програми психологічної корекції післяпологової депресії матерів здійснюється на основі сукупності якісних і кількісних показників, що відображають динаміку психоемоційного стану учасниць, рівень їх психологічного функціонування та суб'єктивну оцінку власного стану. Критерії ефективності мають комплексний характер і охоплюють когнітивну, емоційну, поведінкову та особистісну сфери.

До основних кількісних критеріїв належить зниження показників депресивної симптоматики за результатами психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку емоційного стану, рівня тривожності, емоційного виснаження та суб'єктивного благополуччя. Порівняння результатів первинної та підсумкової діагностики дозволяє визначити ступінь позитивних змін і результативність психологічного втручання.

Якісні критерії ефективності включають зміни у сприйнятті материнської ролі, зменшення інтенсивності почуття провини, формування більш реалістичних очікувань щодо себе та дитини, підвищення рівня психологічної адаптації до нових життєвих умов. Значущим показником є також зростання здатності матерів усвідомлювати та вербалізувати власні емоційні стани, використовувати навички саморегуляції та звертатися по соціальну підтримку.

Важливим критерієм виступає стабільність досягнутих змін у часі, що проявляється у збереженні позитивної динаміки після завершення програми та

у здатності жінок самостійно застосовувати отримані психологічні інструменти у повсякденному житті.

Умови реалізації програми психологічної корекції

Ефективна реалізація програми психологічної корекції післяпологової депресії матерів передбачає дотримання низки організаційних, професійних та етичних умов. Однією з ключових передумов є створення безпечного психологічного простору, у якому жінки можуть відкрито висловлювати власні переживання без страху осуду чи стигматизації.

Психолог, який реалізує програму, повинен мати відповідну професійну підготовку у сфері клінічної або практичної психології, володіти навичками кризового консультування та бути обізнаним з особливостями перинатального періоду. Важливою умовою є дотримання принципів конфіденційності, добровільності участі та індивідуального підходу до кожної учасниці.

Програма може реалізовуватися як у груповому, так і в індивідуальному форматі, а також у змішаній формі, що поєднує групові заняття з індивідуальними консультаціями. Оптимальним є невеликий розмір групи, що дозволяє забезпечити достатній рівень уваги до кожної учасниці та підтримувати довірливу атмосферу.

Організаційні умови включають регулярність занять, чітке дотримання часових рамок, наявність відповідного приміщення та матеріалів для проведення арт-терапевтичних і релаксаційних вправ. Важливо враховувати фізичний стан матерів, можливу втому та потребу у гнучкому графіку.

Можливі обмеження та ризики впровадження програми

Незважаючи на комплексний характер програми, існують певні обмеження, які можуть впливати на її ефективність. До них належить різний рівень мотивації учасниць до психологічної роботи, що може знижувати глибину включеності у процес корекції. У деяких випадках жінки можуть демонструвати опір змінам або уникати обговорення складних емоційних тем.

Обмеженням також є вплив зовнішніх соціальних факторів, зокрема відсутність підтримки з боку сім'ї, високий рівень побутового навантаження

або соціально-економічні труднощі, які можуть ускладнювати процес психологічного відновлення.

Варто зазначити, що запропонована програма не замінює медичного лікування у випадках тяжких депресивних розладів і розрахована на роботу з психологічними аспектами післяпологової депресії. У разі виявлення виражених клінічних симптомів необхідною є взаємодія психолога з медичними фахівцями.

Науково-теоретичне обґрунтування програми

Програма психологічної корекції післяпологової депресії матерів ґрунтується на інтегративному підході, що поєднує положення когнітивно-поведінкової психології, гуманістичної терапії, тілесно-орієнтованих підходів та арт-терапії. Така інтеграція дозволяє враховувати багатовимірність психологічного стану жінки у післяпологовий період.

Когнітивний компонент програми спрямований на виявлення та корекцію дисфункціональних переконань, пов'язаних із материнством, самореалізацією та власною цінністю. Поведінкові техніки сприяють формуванню адаптивних стратегій реагування та активізації ресурсної поведінки.

Гуманістичний підхід реалізується через безумовне прийняття, емпатійну підтримку та створення умов для саморозкриття і самоприйняття. Тілесно-орієнтовані та релаксаційні методи дозволяють працювати з психосоматичними проявами депресії та знижувати рівень фізичної напруги.

Арт-терапевтичні техніки використовуються як засіб символічного вираження внутрішніх переживань, що є особливо важливим у ситуаціях, коли вербалізація емоцій є ускладненою.

Узагальнюючі висновки до програми

Розроблена програма психологічної корекції післяпологової депресії матерів є цілісною системою психологічної допомоги, спрямованою на відновлення емоційного благополуччя жінок у післяпологовий період. Вона враховує специфіку психологічних змін, пов'язаних з материнством, та орієнтована на активізацію внутрішніх ресурсів особистості.

Програма забезпечує комплексний вплив на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери, сприяє формуванню позитивного образу материнства, зниженню рівня тривоги та депресивних проявів, розвитку навичок саморегуляції та психологічної стійкості.

Результати реалізації програми можуть бути використані у практичній діяльності психологів, соціальних працівників, консультантів з підтримки материнства, а також у системі психологічного супроводу жінок у післяпологовий період. Запропонований підхід має потенціал для адаптації та подальшого наукового дослідження у сфері психології материнства.

2.4 Оцінка ефективності Програми психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії

Групі з виявленою післяпологовою депресією було надано психологічну допомогу у вигляді застосування авторської Програми психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії.

Психологічна програма включала в себе проведення 15 групових занять. Вона була спрямована на корекцію емоційних реакцій за допомогою зміни думок та поведінки пацієнта. Програма використовувалася для зміни структури патологічного страху (наприклад, пов'язаного зі станом дитини) спочатку активуючи її, а потім, надаючи нову інформацію, яка спростовує патологічні, нереалістичні асоціації. Жінкам надавалася допомога у створенні ефективних коупінг-стратегій, спрямованих на оволодіння раціональними та адаптивними формами поведінки. Терапія була спрямована на зміну ставлення жінки до ролі матері, корекцію «дезадаптивних думок».

Раціональний підхід допомагав матерям розглянути проблеми з різних сторін і знайти їх перспективне рішення або змінити своє ставлення до подій, що відбуваються.

При оцінці ступеня депресивної симптоматики протягом 6 місяців спостереження в групі з виявленою депресією найбільше зниження сумарного

бала MADRS відзначалося у перші 2 тижні терапії (рис.2.13). Після 11 тижнів спостереження відзначалося зниження середнього сумарного балу MADRS менше 12 балів.

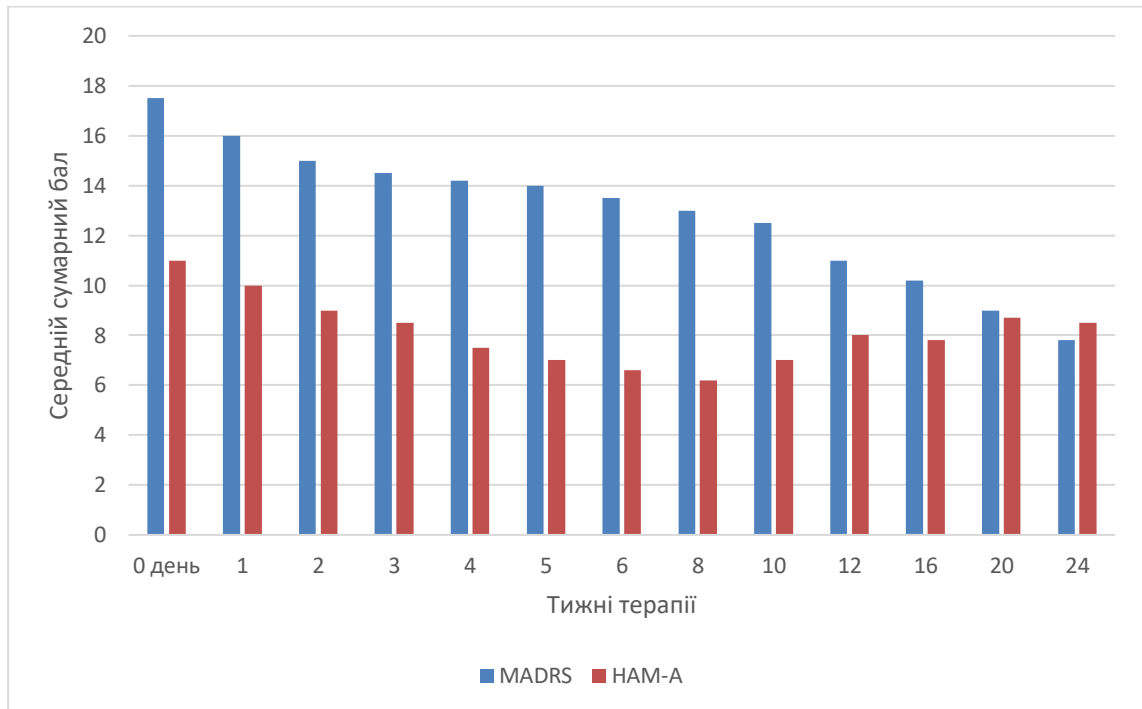


Рис.2.13.Динаміка редукції депресивної та тривожної симптоматики протягом 6 місяців спостереження у групі з виявленою післяпологовою депресією на фоні надання психологічної допомоги (n=17)

Протягом 8 тижнів ремісії (MADRS <12 балів) досягло 29,4% жінок із післяпологовою депресією, до 12 тижня ремісії досягло 52,9% жінок. До 5 місяця ремісія спостерігалася у всіх жінок з депресією, що розвинулася в післяпологовому періоді (Рис.2.13).

При оцінці редукції тривожної симптоматики відзначається зниження середнього сумарного балу за шкалою НАМ-А нижче 8-ми балів на 4-й тиждень (Рис.2.13). Привертає увагу деяке підвищення рівня тривоги після 9-10 тижня.

У групі без депресії відзначається підвищення середнього бала за шкалою НАМ-А після 3 місяця (Рис.2.14).

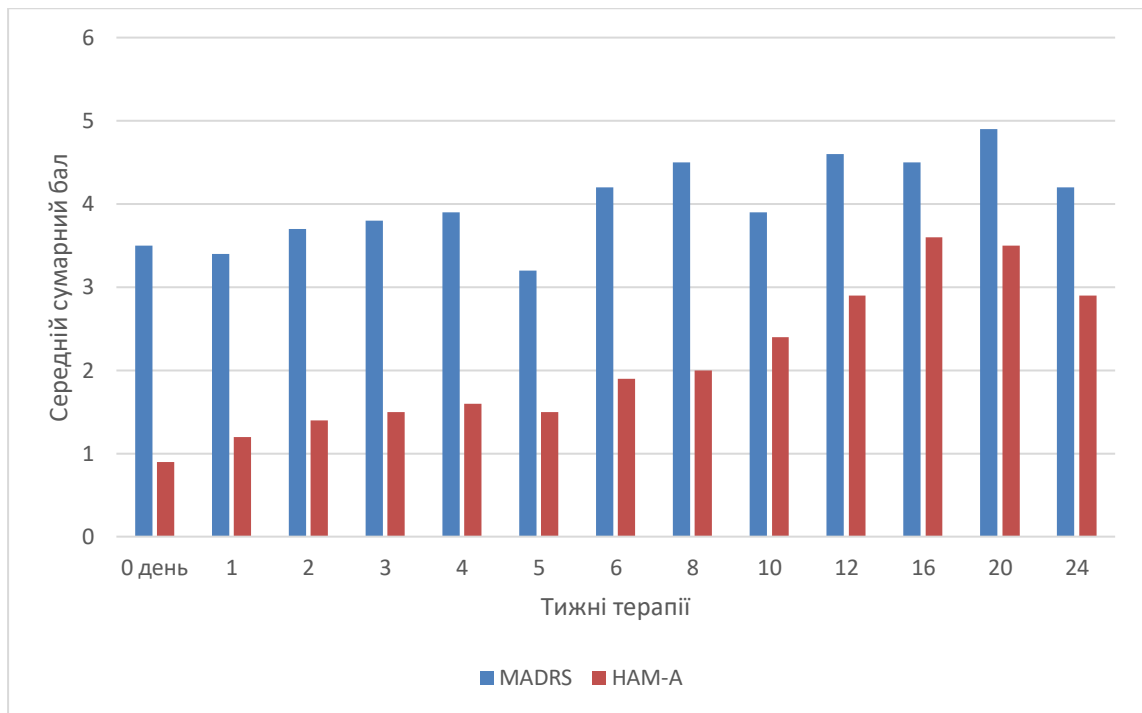


Рис.2.14.Динаміка середнього сумарного бала за шкалами MADRS, HAM-A протягом 6 місяців у групі без депресії (n=133)

Також невелике підвищення середнього бала спостерігається і за шкалою MADRS, але тут відмінності не досягали статистичної значущості (Рис.2.14).

Висновки до Розділу 2

1. Протягом 6-ти тижнів після пологів було виявлено післяпологову депресію переважно легкого ступеня тяжкості. Клінічна картина депресивних розладів вирізнялася переважанням тривожно-депресивної симптоматики. Поряд із гіпотимією, тривогою, порушеннями сну та стомлюваністю, відзначалися нав'язливі страхи, що стосуються здоров'я дитини або пов'язані з побоюваннями не впоратися з доглядом за немовлям.

2. Післяпологова депресія розвинулася переважно протягом перших 6 тижнів після пологів (11,3% жінок). Протягом наступних 6 місяців спостереження депресія розвинулася ще у 2% жінок.

3. Найбільш значущими предикторами розвитку післяпологової депресії є: оцінка за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії 10 і більше балів, психотравмуючі ситуації, перенесені під час вагітності, епізоди зниженого настрою або тривоги під час вагітності, небажаність вагітності, патологія поточних вагітності або пологів, афективні симптоми до вагітності.

4. Оцінка діагностичних характеристик Единбурзької шкали післяпологової депресії показала її високу ефективність при скринінгу післяпологової депресії. Показники чутливості шкали становили 64,7%, специфічності – 85,7%, діагностичної ефективності – 83,3%. Оптимальне граничне значення, що прогнозує розвиток післяпологової депресії, склало 10 балів.

5. Групі з виявленою післяпологовою депресією було надано психологічну допомогу у вигляді застосування авторської Програми психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії. Розроблена програма психологічної корекції післяпологової депресії матерів ґрунтується на інтегративному підході, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, гуманістичної психології, емоційно-фокусованого підходу, тілесно-орієнтованих практик та методів арт-терапії. Показано ефективність психотерапевтичних методів корекції депресивних розладів післяпологового періоду. Усі жінки з післяпологовою депресією досягли клінічної ремісії протягом 5-ти. місяців.

ВИСНОВКИ

1. Єдиної причини розвитку післяпологової депресії на даний момент не виявлено, проте аналіз наукової літератури показав, що існує кілька груп факторів ризику, пов'язаних з розвитком афективних розладів після пологів - психічні, акушерсько-гінекологічні, біологічні та соціальні

За характером течії виділяють кілька форм післяпологових депресій:

а). Невротична форма: загострення негативних переживань; підвищена тривожність; постійне очікування поганої; напруженість.

б). У важких випадках формуються панічні атаки, іпохондрія, головні та за грудинні болі, напади тахікардії, пітливості, задишки. До вечора виникає психічне і фізичне виснаження – занепад сил, слабкість, апатичність.

в). При депресії з невротичними складовими в якості основних симптомів розвиваються соматичні розлади: безсоння, зниження апетиту, втрата ваги. Такий розлад ґрунтується на впливі психотравмуючих ситуацій перед вагітністю та протягом вагітності.

г). Інший варіант депресії – меланхолія з маревним компонентом. Ключовими симптомами є психомоторна загальмованість та почуття провини. Ця форма розладу здатна переходити у тяжче захворювання – післяпологовий психоз.

д). Найпоширенішим варіантом депресії серед молодих матерів є затяжна форма: втома, нудьга, адаптація до режиму дитини та ролі мами. Розвиток симптомів відбувається повільно, тому звернення до фахівців дуже рідкісні.

Фактори, що впливають на розвиток післяпологового неврозу, можна виділити: 1.Характерологічні особливості особистості, акцентуація темпераменту, характеру. 2.Вік мами. 3. Психологічна неготовність жінки до вагітності та пологів, неконструктивні стилі виношування вагітності. 4. Складні взаємини у сім'ї (між подружжям, з родичами), статус матері одиночки; соціально-побутові проблеми. 5. Наявність обтяженого акушерського чи соматичного анамнезу. 6. Наявність негативного минулого досвіду, що з

пологами. 7. Обтяжений психологічною травмою дитячого віку анамнез вагітної. 8. Народження немовлят з відставанням у фізичному чи розумовому розвитку (часто передчасно народжені діти), немовлят із «важким темпераментом». 9. Післяпологове перебування мам та немовлят у палатах роздільного перебування. Також помічено значне погіршення настрою у пацієнток, розлучених із новонародженим через необхідність обсервації чи переведення до дитячої лікарні. 10. Наявність гострої стресової ситуації. 11. Сезонний фактор. За спостереженнями ряду психологів, у весняний та літній період менше проявів післяпологового неврозу у мам, ніж восени та зимового часу. 12. Депресивні післяпологові стани в анамнезі молодої мами в роді жіночої лінії.

2. Медперсоналу, що працює в пологових будинках та жіночих консультаціях, необхідне знання психологічних особливостей жінок у післяпологовому періоді; факторів, що впливають на емоційний стан породіль. Слід звертати увагу на різкі видимі перепади настроїв пацієнток, плаксивість, збудливість чи загальмованість, скарги на порушений сон, постійне занепокоєння за дитини. Прислухатися до коментарів молодих мам, які перебувають у одній палаті. При цьому важливо уважно вислухати жінку, приділивши їй додатковий час для розмови, ставити уточнюючі питання. Тон розмови має бути доброзичливим. Важливо не критикувати, не знецінювати емоції, матері, зняти з неї відчуття своєї винятковості, пояснивши особливості післяпологового самопочуття мам. Необхідно допомогти у налагодженні грудного вигодовування, у знаходженні контакту з малюком, формування навичок догляду за новонародженим. Якщо не створюється відчуття сприятливого впливу бесіди медперсоналу на жінку, або її самопочуття здається складнішим, ніж на те є знання медперсоналу слід залучити до бесіди психолога. Після роботи психолога необхідно отримати рекомендації щодо подальшої взаємодії з пацієнткою

3. Післяпологова депресія матерів у розрізі психології постає як складний адаптаційний процес, що відображає глибинні зміни в структурі особистості та

системі життєвих смислів жінки. Її вивчення в межах психологічної науки дозволяє відійти від суто медичної інтерпретації та зосередитися на внутрішньому досвіді матері, її переживаннях і потребах. Такий підхід не лише поглиблює розуміння феномену післяпологової депресії, а й створює підґрунтя для розробки ефективних психологічних стратегій підтримки, спрямованих на збереження психічного здоров'я матері та гармонійний розвиток її взаємодії з дитиною.

4.Сучасна психологічна наука пропонує широкий спектр методів і форм допомоги матерям, які переживають післяпологову депресію:

- а) когнітивно-поведінкова терапія;
- б). психодинамічна терапія;
- в). міжособистісна терапія;
- г). системна та сімейна терапія;
- д). групова психотерапія та психологічні групи підтримки;
- е). клієнт-центрована терапія;
- є). екзистенційна психотерапія;
- ж). терапія, заснована на усвідомленості (mindfulness-based interventions);
- з). психоедукація.

5.При клініко-психопатологічній оцінці жінок протягом 6-ти тижнів після пологів клінічна депресія виявлена у 11,3%. 94,1% їх були легкими, і 5,9% - середнього ступеня тяжкості.

Провідними симптомами у жінок із післяпологовою депресією були: знижений настрій (100,0%), тривога (64,7%), порушення сну (52,9%), стомлюваність (52,9%) та страхи, які в основному стосуються здоров'я дитини. (58,8%). Рідше спостерігалися почуття провини (29,4%), ангедонія (29,4%), плаксивість (29,4%). Тільки 17,6% скаржилися на почуття неглибокої туги, що періодично виникає.

Тривожні переживання і порушення сну були характерні також і для породіллі без депресії, однак порівняння їх виразності при психометричній оцінці з групою жінок з депресією досягало статистично значущою різниці

(тривога - $1,28 \pm 0,56$ і $2,64 \pm 0,89$, відповідно, $p < 0,05$; порушення сну - $1,34 \pm 0,74$ і $2,17 \pm 0,39$, відповідно, $p < 0,05$), відображаючи психопатологічну структуру депресивного синдрому

Було виявлено вплив таких факторів як *тривалі періоди зниження настрою та тривоги в анамнезі та під час поточної вагітності* ($p < 0,05$ та $p < 0,001$, відповідно). Періоди зниженого настрою та/або тривоги в анамнезі, або під час поточної вагітності значно частіше зустрічалися в групі жінок із депресією. Отримані дані підтверджують зв'язок емоційних коливань в анамнезі та під час вагітності з розвитком депресії у післяпологовому періоді.

В результаті порівняльного аналізу були отримані дані про вплив таких факторів ризику, як небажана вагітність та психотравмуючі ситуації під час вагітності ($p < 0,05$ та $p < 0,001$, відповідно).

6. Нами була розроблена Програма психологічної корекції післяпологової депресії матерів що ґрунтується на інтегративному підході, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, гуманістичної психології, емоційно-фокусованого підходу, тілесно-орієнтованих практик та методів арт-терапії. Програма спрямована на роботу з емоційним станом жінки, її самооцінкою, тривожними переживаннями, внутрішніми конфліктами, а також на формування позитивного образу материнства і відновлення почуття психологічної компетентності.

Розроблена програма психологічної корекції післяпологової депресії матерів є цілісною системою психологічної допомоги, спрямованою на відновлення емоційного благополуччя жінок у післяпологовий період. Вона враховує специфіку психологічних змін, пов'язаних з материнством, та орієнтована на активізацію внутрішніх ресурсів особистості.

Програма забезпечує комплексний вплив на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери, сприяє формуванню позитивного образу материнства, зниженню рівня тривоги та депресивних проявів, розвитку навичок саморегуляції та психологічної стійкості.

7. Групі з виявленою післяпологовою депресією було надано

психологічну допомогу у вигляді застосування авторської Програми психологічної допомоги матерям у період післяпологової депресії. Розроблена програма психологічної корекції післяпологової депресії матерів ґрунтується на інтегративному підході, що поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, гуманістичної психології, емоційно-фокусованого підходу, тілесно-орієнтованих практик та методів арт-терапії.

Психотерапія показала себе як ефективний метод для корекції депресивних розладів післяпологового періоду. Протягом 8 тижнів ремісії (MADRS менше 12 балів) досягло 29,4% жінок із післяпологовою депресією, до 12 тижня ремісії досягло 52,9% жінок. До 5 місяця ремісія спостерігалася у всіх жінок з депресією, що розвинулася в післяпологовому періоді.

При оцінці редукції симптоматики протягом 6 місяців спостереження в групі з виявленою депресією найбільше зниження сумарного балу MADRS відзначалося в перші 2 тижні терапії.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамченко В. В. Перинатальна психологія: теорія, методологія, досвід. П.: ІнтелТек, 2004. 350 с.
2. Абрамченко В. В. Психічні стани при нормальному та ускладненому перебігу вагітності. Перинатальна психологія та медицина: збірник матеріалів конференції з перинатальної психології. К., 2001. С. 24 –28.
3. Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічний супровід у репродуктивній медицині : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2023. 125 с. URL: <https://surl.li/tfcwwwv>
4. Астахов В.М., Бацилева О.В., Пузь І.В. Особливості психологічного супроводу вагітних жінок, які мешкають у зоні конфлікту. Вісник КНУ імені Т.Г. Шевченка. Військово-спеціальні науки. 2018. № 1(38). С. 14–18.
5. Батуєв А. С. Виникнення психіки в допологовий період: короткий огляд сучасних досліджень. Психологічний журнал. 2000. Т. 21. № 6. С. 51–56.
6. Бачеріков О.М. Вплив депресивного розладу матері на сімейне функціонування та психоемоційний розвиток дитини. Медична психологія. 2008. № 4. С. 13–16.
7. Божук О. А. Материнство як особливий прояв нужди та потребностномотиваційної сфери особистості жінки. Архів психіатрії. 2013. № 1. С. 120
8. Божук О. А. Особливості особистісних рис жінок із фізіологічним перебігом вагітності у світлі їх медико-психологічного супроводу. Медична психологія. 2015. № 3. С. 57–61.
9. Брутман В., Філіппова Г. Г., Хамітова І. Ю. Динаміка психологічного стану жінок під час вагітності та після пологів. Питання психології. 2002. № 1. С. 59–68.
10. Брутман В.І., Філіппова Г.Г., Хамітова І.Ю. Динаміка психічного

стану жінки під час вагітності і після пологів. Питання України. 2002. № 1. С. 59–69, № 3. С. 109–117.

11. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. URL: https://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/10_2021/10_2021.pdf

12. Влох С.Р. КПТ з жінками у перинатальному періоді. Інститут когнітивної поведінкової терапії, 2021. URL: <https://surl.li/bqrriu>

13. Влох С.Р., Білобровка Р.І., Маркін Л.Б., Зіменковський А.Б. Післяпологова депресія у жінок із депресією та тривогою під час вагітності. Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. 2015. № 1-2. С. 111–117.

14. Вознесенська Є. Л., Голубєва Є. Вагітність та пологи як екзистенційна подія в житті сім'ї. Наукові студії із соціальної та політичної психології: зб. статей. Київ: Міленіум, 2005. Вип. 11(14). С. 91–103.

15. Гільман А., Мазяр К. Дослідження негативних психічних станів у жінок у період вагітності. Public Health Journal. Вип. 2, 2022. С. 20-24. DOI :10.32782/pub.health.2022.2.3

16. Голубєв М. В. Страх вагітних. 9 місяців. 2005. № 2. URL: http://therapeutic.ru/pregnancy_fear

17. Грищенко Л. Психологічна підтримка жінок у післяпологовий період. Психологічні студії. 2023. № 4. С. 81–86.

18. Даниленко Н. Формування психологічної готовності жінки до материнства : автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.04 «Медична психологія». Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2007. 19 с.

19. Дармостук Н. В. Статеворольові чинники формування психологічної готовності до материнства: автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Харківський національний ун-т. Харків, 2011. 23 с.

20. Депресія. Центр «Коло сім'ї». URL: <https://k-s.org.ua/resources/mhacademy/depression/>

21. Добряков І. В. Перинатальна психологія. К.: Навчальна література, 2009. 234 с.
22. Долішня Н.І. Післяпологова депресія: особливості перебігу і лікування. *НейроNews*. № 8 (27). 2010.
23. Єрмакова І. Психологічні аспекти адаптації жінок у післяпологовий період. *Психологія та суспільство*. 2023. № 4. С. 45–52.
24. Залевський Г. В., Мамишева Н. Л., Шелехов І. Л. Дослідження сюжетного змісту сновидінь вагітних жінок. *Психологічний журнал*. 2004. № 20. С. 105–108.
25. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Спис Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М. М.; Київ, 2017. 208 с.
26. Князева А. П. Порівняльний аналіз афективного та поведінкового компонентів материнської ідентичності матерів здорових дітей та дітей з патологією розвитку. *Педагогічний вісник*. 2009. № 4 (61) С. 173–177.
27. Коваленко Н. П., Смагін С. Ф. Нервово-психічні розлади у жінок до та після пологів. *Збірник матеріалів конференції з перинатальної психології*. 2001. С. 173.
28. Ковальчук Л. Вплив пологових ускладнень на психічний стан жінок. *Журнал медичної психології*. 2021. №2. С. 125–130.
29. Ковальчук Н. Порушення сну як фактор післяпологової депресії. *Журнал практичної психології*. 2021. № 2. С. 72–78.
30. Ковальчук Н. Психологічні труднощі адаптації молодих матерів після пологів. *Журнал практичної психології*. 2021. № 2. С. 58–64.
31. Ковальчук О. Психофізіологічні аспекти материнства: від вагітності до пологів. *Психологічні студії*. 2022. № 3. С. 101–108.
32. Ковальчук О.М. Вплив соціальних медіа на емоційний стан матерів після пологів. *Соціальна психологія*. 2024. №2. С. 55–60. URL: <https://socpsychjournal.in.ua>
33. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. Інститут когнітивної

поведінкової терапії. URL: <https://surl.li/frbwmn>

34. Когнітивно-поведінкова терапія при депресії. MozOk.ua. URL: <https://surl.li/rxhlvv>

35. Кожина А. М. Стан психічного здоров'я дітей, які проживають в умовах материнської депривації. Медицина сьогодні та завтра. 2009. № 2. С. 92–96.

36. Коренева Ю. П. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. Психологічні перспективи. 2018. № 32. С. 149–161.

37. Кочарян А. С. Особливості структури материнства у вагітних жінок з різним типом ролевої ідентичності. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2010. № 902. Вип. 43. С. 104–107.

38. Кравченко Н. Соціально-психологічні чинники материнської адаптації. Вісник психології та педагогіки. 2022. № 2. С. 78–83.

39. Купченко В. Є. Психологія вагітності: основні напрямки дослідження. Вісник Миколаївського ун-ту. Серія «Психологія». 2007. № 1. С. 30–34.

40. Лапшина О.І. Психологічна профілактика депресивних розладів жінок у післяпологовий період: навчальний посібник. Херсон: ХДУ, 2022. 150 с. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu>

41. Леус Т. В. Уявлення жінки про себе як про матір до і після пологів. Перинатальна психологія та психологія батьківства. 2006. № 1. С. 114–122.

42. Мартинюк І.С. Соціально-психологічні предиктори самооцінки вагітних жінок: емпіричний аспект. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 113–119. DOI : <https://doi.org/10.30970/PS.2021.10.16>

43. Мартинюк І.С. Теоретичний аналіз наукових поглядів до вивчення самооцінки вагітних жінок. Психофізіологія та медична психологія.

Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том. 32 (71). №6. 2021. С. 107-112. DOI : <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.6/18>

44. Мартинюк І.С. Формування «образу Я» жінки в післяпологовий період: психологічний аспект. Вісник психології. 2023. №4. С. 45–52. URL: <https://psych.vernadskyjournals.in.ua>

45. Мартинюк Т.П. Психологічні кризи материнства: монографія. Харків: Видавничий дім «Синтез», 2022. 230 с. URL: <https://kspu.kh.ua>

46. Мельник І. Психічні порушення у післяпологовий період. Психологія і суспільство. 2020. №4. С. 150–155.

47. Мельник О. Вплив хронічної нестачі сну на психоемоційний стан молодих матерів. Психологія і суспільство. 2022. № 3. С. 58–63.

48. Мельничук Л. Роль соціальної підтримки у подоланні післяпологової депресії. Журнал практичної психології. 2021. № 5. С. 90–95.

49. Мельничук Н. Емоційні труднощі молодих матерів у процесі грудного вигодовування. Журнал практичної психології. 2021. № 2. С. 65–70.

50. Мещерякова С. Ю. Психологічна готовність до материнства. Питання психології. 2000. № 5. С. 18–27.

51. Міністерство охорони здоров'я України. Післяпологова депресія: як її розпізнати й допомогти. Офіційний сайт МОЗ України, 2021. URL: <https://surl.li/vkdwzo>

52. Мурашко О. А. Перинатальна психологія. Репродуктивне здоров'я жінки. 2004. № 1. С. 27–30.

53. Мурашко О. А. Психологічні особливості проживання вагітності. Репродуктивне здоров'я жінки. 2004. № 2. С. 21–24.

54. Мухамедрахімов Р.Ж. Взаємодія та прихильність матерів та немовлят груп ризику. Питання психології. 1998. № 2. С.18–33.

55. Муханова І. Ф., Ігнатова С. В., Луньов В. Є. Психологія вагітної жінки. Макіївка: Поліпрес, 2009. 434 с.

56. Нагорняк Н.В. Психологічна підтримка жінок у післяпологовий період: навчальний посібник. Умань: ВПЦ «Візаві», 2023. 180 с. URL:

<https://fspo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/12/Нагорняк-Н.В..pdf>

57. Нечаєва М. А., Беребін М. А. Класифікація та психологічна діагностика ставлення до вагітності. Вісник ЮУрГУ. Серія: Психологія. 2010. № 17. С. 33–38.
58. Нечаєва М. А., Рибалова Л. Ф., Штрахова А. В. Психологічні фактори онтогенезу материнської сфери, внутрішньої картини вагітності та перинатального розвитку. Ч.: Вид-во ЮУрГУ, 2005. 59 с.
59. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
60. Овчарова Р. В. Психологічне супроводження батьківства. К.: Вид-во Інститут психотерапії, 2003. 319 с.
61. Перинатальна психологія. / А.М.Скрипніков, Л.О.Герасименко, Р.І.Ісаков. – Київ: Видавничий дім Медкнига-Київ, 2017. – 168 с.
62. Перинатальний психологічний супровід. У книзі: Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна: монографія / Н. Губа, Н. Мосол, В.Сюсюка. – Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2019. – С. 153–171.
63. Перун М. Стадії розвитку материнства: психосоціальний аспект. Вісник Львів. ун-ту. 2009. Вип. 12. С. 225–234.
64. Петренко І. Персоналізований підхід у роботі з жінками після пологів: теорія і практика. Психологічні студії. 2023. № 4. С. 82–87.
65. Післяпологова депресія: особливості перебігу і лікування. Neuronews Україна, 2010. URL: <https://surl.li/yrqmmmp>
66. Післяпологова депресія: причини, симптоми та лікування. Офіційний сайт Ingenius, 2021. URL: <https://surl.li/lrfmhk>.
67. Післяпологова депресія: чому виникає і чи можливо запобігти Центр громадського здоров'я України. URL: <https://surl.gd/dhvbhc>
68. Полуектова О. В. Психологічна допомога жінкам у постнатальному періоді. Наукові записки НаУКМА. 2013. Т. 146. С. 34–39. URL: <https://surl.li/epnddq>

69. Пономарьова В.К., Ситник С.І., Полшкова С.Г. Післяпологова депресія та особливості виховання як фактори підвищення ризику жорстокого поводження з дітьми в сім'ї. Габітус. 2022. № 39. С. 91-93. URL: <http://habitus.od.ua/39-2022>

70. Прокопенко А.В. Психологічна готовність до материнства як психогігієнічна умова усвідомленої вагітності. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка. 2013. Вип. 22. С. 156–159.

71. Психічне здоров'я у післяпологовий період. НейроNEWS. 2024. №2. С. 5–8. URL: <https://surl.li/jwxkmi>

72. Психологічна адаптація жінок під час вагітності та після пологів / А. М. Рибалка та ін. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2011. №3 (42). С. 45–49.

73. Психологія та психоаналіз вагітності. Хрестоматія / ред.-упоряд. Д. Я. Райгородський. Самара: Бахрах-М, 2013. 784 с.

74. Пузь І. В. Особливості психологічного супроводу жінок під час вагітності. Актуальні проблеми психології: психологія особистості. Психологічна допомога особистості. / за ред. С. Д. Максименка, М. В. Папучі. Київ, 2011. Т. 11, Вип. 4. С. 178–185.

75. Пузь І.В. Тривожність як чинник дестабілізації психоемоційного стану у жінок під час вагітності. Тези доповідей XIII Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (23 квітня 2021 р.). Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О.В., 2021 – С. 103–106.

76. Радостєва А. Г. Вплив сімейних відносин на батьківські настанови. Фундаментальні дослідження. 2013. № 8. С. 1238–1242.

77. Романій І. Страхі під час вагітності. URL: <http://beremennost.net/strakhi-vovremya-beremennosti>

78. Рудіна Л. М. Індивідуально-психологічні особливості адаптивності жінок до стану вагітності: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія, психологія особистості, історія психології».

Інститут психології ім. Г.С. Костюка. К., 2003. 21 с.

79. Руснак С.Г. Динаміка емоційних станів жінок у післяпологовий період: монографія. Умань: ВПЦ «Візаві», 2024. 200 с. URL: <https://fspu.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2024/02/Руснак-С.Г..pdf>

80. Семенюк І.В. Соціально-психологічні аспекти самооцінки жінок у післяпологовий період. Вісник психології. 2023. №4. С. 67–74. URL: <https://psych.vernadskyjournals.in.ua>

81. Скрипченко О.В. Загальна психологія : підручник / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук та ін. Київ : Каравела. 2009. С. 464.

82. Терещенко Н.М. Статеворольова структура жіночої тілесної ідентичності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. Харків, 2003. 19 с.

83. Техніки арт-терапії: методичний посібник / за ред. І. Тулякової, Г. Красіної. Київ: БО «БФ СпівДія», 2023. 120 с. URL: <https://surl.li/uzkpkg>

84. Трутєнка Н. Депресія під час вагітності та після народження дитини. Altera. URL: <https://surl.gd/afepgy>

85. Труфанова Н. Г. Фізіологічна модель стресу очікування у жінок. Вісник РДМУ: Періодичний медичний журнал. 2010. Спеціальний випуск № 2. С. 494.

86. Ушакова В. Психоемоційний стан жінок у ранньому післяпологовому періоді життя. Психологія і суспільство, no. 3(57), Sept. 2017. Р. 144-152, URL: <https://pis.wunu.edu.ua/index.php/uapis/article/view/724>.

87. Філіппова Г. Г. Психологічна діагностика готовності до пологів. Журнал акушерства та жіночих хвороб. 2011. Т. 60, № 3. С. 138–145.

88. Філіппова Г. Г. Психологія материнства. К.: Вид-во Інституту психотерапії, 2002. 240 с.

89. Філіппова Г. Г. Розвиток материнської поведінки в онтогенезі. Психологія сьогодні. 1996. Вип. 3. С. 36–38.

90. Хохуда А. Е. Особливості психоемоційного стану у жінок після пологів та фактори і методи, що сприяють його відновленню. Психологія і суспільство. 2022. № 2. С. 58–64. <https://surl.li/wtbdwd>
91. Хохуда А.Є. Психологічні аспекти післяпологової депресії: методичні рекомендації. Херсон: ХДУ, 2022. 160 с. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu>
92. Центр громадського здоров'я України. Післяпологова депресія: чому виникає і чи можливо запобігти. Офіційний сайт Центру громадського здоров'я України, 2022. URL: <https://surl.li/cyboro>
93. Чепелева Н.І. Криза материнських уявлень жінок після народження дитини як наслідок їх ідеалізації. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, VIII (91), Issue: 227, 2020 May. С. 52-55. URL: <https://surl.gd/rxyozx>
94. Чумакова Г. Н., Щукіна Є. Г., Макарова А. А. Вплив тривожності за дитину під час вагітності на особливості материнської поведінки та окремі стани дитини в період дитинства. Перинатальна психологія та психологія батьківства. 2006. № 1. С. 85.
95. Шандрук С., Щербакова О. Чинники трансформації уявлень жінок про материнство при народженні дитини. Вісник ХНПУ імені Г.С.Сковороди. Психологія. Вип. 68. 2023. С. 328-348. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2023.68.21>
96. Шевчук Г. С. Арт-терапевтичні засоби дослідження материнської ідентичності вагітних жінок: автореф. дис...канд. психол. наук: 19.00.01 «Загальна психологія. Історія психології». Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2010.
97. Шмуклер А. Б. Психози вагітності: огляд літератури. Проблеми репродукції. 1995. № 2. С. 19–22.
98. Шпатаковська Г.В. Дослідження психоемоційного стану жінок у період адаптації до вагітності. Вісник Одеського національного університету ОНУ імені І. І. Мечникова. Одеса : Астро- принт, 2009. Том 14, Вип. 18: Серія Психологія. С. 153–161.

99. Шрамко І.А. Ставлення жінок до власного життя в умовах вагітності. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2018. № 4. С. 233–240.
100. Яремчук Н. В. Проблема материнства у психологічних дослідженнях. Педагогічний процес: теорія і практика. 2009. № 1. С. 258–265.
101. Altmann J. Life span aspects of reproduction and parental care in anthropoid primates. Parenting across the life span. Biosocial dimensions. NY, 1987. p. 16.
102. Arthur Kemp. March of the Titans. A History of the White Race. USA, Ostara Publications, 1999, 2001 (Інтернет-версія: [www. White-history. com](http://www.White-history.com)).
103. Balicki J. Kazanie podczas Mszy Świętej na Kongresie... Międzynarodowy Kongres o Godność Macierzyństwa, 2001. С. 130–131.
104. Gatchel R. J. An introduction to health psychology / Robert J. Gatchel, Andrew Baum, David S. Krantz. 2nd. ed. Originally published: New York: Random House, c1989. 1993. 394 p.
105. Figueiredo B., Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3–months postpartum. Arch. WomensMent. Health. 2011. № 14 (3). P. 247–255.
106. Trivers R. L. Parental investment and sexual selection. Sexual selection and the descent of men. Ed. by B. Campbell. Chicago, 1972. p. 139.
107. Rogers C. R. What understanding and acceptance mean to me. Journal of Humanistic Psychologist. 1995. Vol. 35. P. 7–22.
108. Role of oxidative stress and antioxidant supplementation in pregnancy disorders / L. Poston et al. Am. J. Clin. Nutr. 2011. Vol. 94. P. 1980-85. doi: 10.3945/ajcn.110.001156.
109. Psychological factors of hyperemesis gravidarum by using the SCL-90-R questionnaire / Z. M. Pirimoglu et al. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 37, N 1. P. 56–59.
110. Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression / L. E. Navarrete et al. Rev. Invest.

Clin. 2012. Vol. 64, N 6. Pt 2. P. 625–633.

111. Prevention of childhood injuries: evaluation of the Statewide Childhood Injury Prevention Program (SCIPP) Public Health 1992 / C. Caplan, B. Guyer, S. S. Gallagher et al. Psychiatry Relation Science. 2002. Vol. 79 (11). P. 1521–1527.

112. Slattery D. A., Neumann I. D. No stress please! Mechanisms of stress hyporesponsiveness of the maternal brain. J. Physiol. 2008. Vol. 586, N 2. P. 377–385.

113. Mental Health for Ukraine (MH4U). Единбурзька шкала післяпологової депресії (ЕШПД). Офіційний сайт MH4U, 2020. URL: <https://www.mh4u.in.ua/test/edynburzka-shkala-pislyapologovoyi-depresiyyi-esHPD/>

114. Milne V. Postpartum depression makes headlines: celebrities talk about postpartum depression. Access mode: Canadian Living.com. Accessed on February 13, 2013.

115. Suri R, Burt V.K., Altshuler L.L., Zuckerbrow-Miller J., Fairbanks L. Fluvoxamine for postpartum depression. Am J Psychiatry. 2001. №158 P. 1739–1740.