

ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕЛЯЦІЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК, ЯКІ НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ

Статтю присвячено вивченню проблем психологічної поведінки матерів недоношених дітей. Акцентовано увагу на особливостях психологічного стану та психотерапевтичних підходів до корекції поведінки матерів недоношених дітей.

Ключові слова: психологічні підходи до корекції поведінки, жінки, які народили недоношену дитину, психотравмуючі ситуації, розлади адаптації породіль, почуття провини, шкала депресії Бека, гештальттерапія, метод аудіовізуальної стимуляції.

Постановка проблеми та обґрунтування актуальності теми. Дослідження в галузі вивчення материнства підкреслюють, що материнство як психосоціальний феномен розглядають з двох основних позицій – як забезпечення умов для розвитку дитини і як кардинальні зміни особистісної сфери жінки [3; 4]. При цьому медична наука та психологія зосереджують свою увагу на вивченні психологічних чинників, які можуть слугувати факторами адаптації та дезадаптації жінки у психотравмуючих ситуаціях. Особливий інтерес становить питання про вплив на психоемоційний стан жінки народження дитини передчасно [12; 13] та визначення таких особистісних особливостей, що розглядаються як психотравмуючі фактори, що впливають на стан жінки після пологів.

Передчасні пологи створюють передумови для розвитку клінічно значущих розладів адаптації жінки до стану материнства, що негативно впливають на стан породіллі та новонародженого. Корекцію таких розладів адаптації проводять за допомогою широкого спектра психологічних, психотерапевтичних, психофармакологічних та допоміжних засобів [2; 3; 10; 17]. Більшість жінок із цією патологією здійснюють грудне вигодовування новонароджених, що обмежує можливості фармакотерапії післяпологових депресій. Крім того, більшість випадків розладів адаптації післяпологового періоду та післяпологових депресій відбуваються на несприятливому рівні, тому доцільним є використання психотерапевтичних підходів [3; 17].

Класичний психотерапевтичний процес часто не може бути обмеженим у часі [1]. Однак у рамках надання допомоги цьому контингенту жінок в умовах медичних закладів тривалість психотерапевтичної корекційної роботи обмежена.

Аналіз результатів досліджень і публікацій. Зважаючи на специфіку досліджуваного питан-

ня, у цьому напрямі провідними є праці про сім'ю М. Авдєєва [2], М. Бойко [6], В. Брутмана [7], про психологію материнства Т. Гур'янової, про психологічну корекцію та реабілітацію вагітних і породіль Т. Знаменської, про психосвіту жінок, які народили недоношених дітей Н. Завгородньої.

Мета нашого дослідження – вивчення деяких психологічних підходів та особистісних чинників, які впливають на жінок, які породили недоношену дитину.

Виклад основного матеріалу. Психологічні проблеми недоношеності дітей, ознаки та їх причини є дуже актуальною психологічною, соціальною та медичною темою. Недоношена дитина потребує підвищеної уваги медичного персоналу та батьків, через виникнення певних проблем. Насамперед це стосується дітей, які народилися з вагою 500 грамів, і терміном плоду не менше ніж 22 тижнів. У медицині щодо таких дітей вживають термін «глибоко недоношені діти». Згідно із визначенням ВООЗ, такі діти є життєздатними, але їх виходжування потрібно здійснювати у спеціалізованих медичних центрах або відділеннях. Причина народження недоношеної дитини в кожному конкретному випадку залежить від одного або групи чинників, що впливають на систему плід–плацента–мати.

До соціально-економічних чинників народження недоношеної дитини належать: недостатня медична допомога або її відсутність, низькокалорійне та гіповітамінне харчування вагітної жінки, незадовільні житлові або побутові умови життя, наявність у матері шкідливих звичок (наркоманія, куріння), небажаність або несвоєчасна вагітність для жінки, професійні шкідливості на робочому місці (радіація, пил, довга стояча робота, підняття ваги, так само якщо робочий тиждень перевищує 40 годин), недостатня освіченість батьків.

До біолого-соціальних чинників народження недоношеної дитини належать: вік вагітної (жінки до 18 і після 35 років) і вік батька (до 18 років і після 50 років), чим закінчилися попередні вагітності (штучне переривання, викидень, кримінальний аборт і їхня кількість), генетичні хвороби батьків, шлюби між близькими родичами.

До медичних чинників народження недоношеної дитини належать: хронічні захворювання внутрішніх органів матері (загострення під час вагітності, розвиток декомпенсації), захворювання ендокринної системи (тиреоїдит, цукровий діабет), гострі інфекційні захворювання матері (ГРВІ, гепатит, краснуха, вітрянка та інші), перенесені матір'ю оперативні втручання, аутоімунні захворювання матері (системний червоний вовчак, псоріаз, ревматоїдний артрит), внутрішньоутробні інфекції: цитомегаловірус, хламідії, мікоплазма, уреоплазма або інші венеричні захворювання у матері під час вагітності (сифіліс, трихомоніаз), аномалії розвитку органів і систем плода (гормональні дисфункції, хромосомні аномалії, передчасне відходження навколоплідних вод, багатоплідна вагітність), резус або груповий конфлікт між плодом і матір'ю, пізній токсикоз вагітності, тривале безпліддя, недостатнє набір маси матері під час вагітності (менш ніж 900 грамів кожного місяця), вага матері до вагітності складала менше ніж 50 кілограмів, часті або хронічні стресові ситуації під час вагітності, загроза переривання вагітності (в будь-який термін).

Передчасні пологи можуть стати підґрунтям для розвитку розладу адаптації [10] та дезадаптації у породіль, ці порушення виявляються у значній кількості батьків недоношених дітей. На базі Харківського обласного клінічного перинатального центру, Харківського міського клінічного перинатального центру та Харківської обласної дитячої клінічної лікарні № 1 під керівництвом Н. Завгородньої було проведено комплексне обстеження 150 жінок, які народили недоношених дітей [10]. За допомогою клініко-психопатологічного методу було встановлено, що 73,9 % таких жінок страждають на розлад адаптації (F43.2 – багатоосьове шифрування відповідно до п'ятої (F) глави «Психічні та поведінкові розлади» «Міжнародної класифікації хвороб»; F4 позначають невротичні, що пов'язані зі стресом, розлади) [15]. Ці розлади, своєю чергою, можна розділити на пролонговану депресивну реакцію (F43.21), що спостерігається у 33,3 % осіб, розлад адаптації із переважанням порушень інших емоцій (F43.23) – 20,9 % та змішану тривожною і депресивною реакціями (F43.22) –

19,7 %. Під час проведення дослідження, застосовуючи методику «Індекс вини, що сприймається», науковці встановили у 96 жінок (64 %) індекс провини вище 10, що вказує на наявність високого рівня психоемоційних переживань.

Так, за шкалою депресії Бека [18] лише у 40 (26,7 %) жінок не було симптомів депресивного розладу; у 48 (32 %) жінок виявлено субдепресивну симптоматику; у 24 (16 %) наявні симптоми помірної депресії; а у 25 (16,7 %) є виражений депресивний розлад, що супроводжувався психопатологічними неспсихотичними порушеннями.

Результати використання методики Спілберга–Ханіна вказали на розвиток тривожних епізодів низького ступеня у 64 (42,7 %) жінок, які народили недоношену дитину, тривожні епізоди помірною ступеня спостерігались у 54 (36 %), тривожні порушення високого ступеня вираженості – у 32 (21,3 %) обстеженого контингенту жінок [10].

Результати досліджень відчуття провини у жінок, що народили недоношену дитину, наведено у таблиці. Лише у 41 особи психологічні та психопатологічні порушення не реєструвались суб'єктивно або при використанні відповідних методик.

Таблиця. Особливості сприйняття відчуття провини жінками, які народили недоношену дитину

Категорія	Значення показника	
	Абсолютний	У відсотках
Такий, що не заслуговує вибачення	10	6,6
Ганебний	16	10,6
Недостойний	9	6,0
Такий, що осуджує	11	7,3
Розчарований	9	6,0
Такий, що перебуває у стані занепаду	15	10,0
Дратівливий	6	4,0
Пригнічений	28	18,6
Стримуваний	15	10,0
Спокійний	29	19,3
Невинний	2	1,3

Проаналізувавши дані проведених досліджень, необхідно виділити найпоширенішу реакцію породіль на психотравмуючий фактор – відчуття провини, що пов'язано із помилкою у розумінні відповідальності.

На думку Є. Белінської, важливим кроком у цьому питанні є допомога жінці щодо відповідальності або усвідомлення її, але це відбувається тільки після того, як вона звільняється від думки, що відповідальність передбачає провину [5].

Провина вимагає покарання, тому жінка відчуватиме себе пригніченою, відлюдкуватою. Саме ця ситуація вимагає своєчасного проведення відповідних психотерапевтичних заходів.

Одним із напрямів практичної психології, що проводять терапією почуття провини жінки, є гештальттерапія. Цей напрям психології розглядає проблему провини та сорому як сигнали порушення відносин між людиною та оточенням та призводить до втрати самоповаги, власної цілісності. Незавершеним гештальтом (образом) у породіль буде проблема недоношеності, почуття провини, що вони не змогли виносити дитину. Через заблокований гештальт формується деструктивна дезінтеграція особистості, а окремі її важливі аспекти можуть втратити своє значення. Основою гештальттерапії є збільшення особистісного потенціалу, підвищення відновних можливостей людини шляхом інтеграції та розвитку [20].

Однак в умовах стаціонару часті психотерапевтичні сеанси можуть бути незручними для породіллі. У такому разі можна застосовувати метод аудіовізуальної стимуляції (далі – АВС). АВС дає ефект синхронізації модуляції мозкових хвиль у діапазоні, які відповідають обраним психотерапевтичним цілям [11].

В Інституті педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України у Києві провели дослідження на чолі із Т. Знаменською щодо використання нових методик покращення стану жінок, які народили недоношених дітей. Цей науковець зазначає, що для АВС можна використовувати різні моделі аудіовізуальних плеєрів із частотними програмами, які можна коригувати. Ми найчастіше використовували аудіовізуальний плеєр Nova Pro-100 (Photosonix inc. USA) із вбудованими сесіями стимуляції. Використовували програму «Стрес-кіллер», за допомогою окулярів «Color Track» із світлодіодами, що змінюють колір залежно від частоти сигналу, та навушників. Програма складається з пакетів частот: 11 Гц – 10 хвилин, потім 8 Гц – 15 хвилин, потім

3 Гц – 10 хвилин та 11 Гц – 10 хвилин. Загальна тривалість процедури становить 45 хвилин щоденно. У результаті використання програми було досягнуто розслаблюючий та седативний ефект у породіль, зниження тривоги, втоми та підвищення настрою [11].

Не менш важливими психологічними реабілітаційними процедурами вважають часті тілесні контакти матері із немовлям [11]. Мати повинна вербально висловлювати свою любов до дитини, що сприяє покращенню психічного здоров'я обох. Процес розвитку адаптаційних станів у жінок, що народили недоношену дитину, зумовлюється ефективністю подолання високоінтенсивного почуття провини переживань, пригнічення та ганебним станом, це попереджує ймовірність розвитку неврозу, схильність до розвитку дистресу у випадку такої психотравмуючої ситуації [8; 9; 14].

Висновки. Психологічний стан породіль, які доглядають недоношених дітей, – важлива комплексна соціально-економічна, біолого-соціальна та медична проблема.

На сучасному етапі розвитку окремого аспекту цієї великої проблеми перспективним слід вважати розробку індивідуалізованих підходів і програм до психотерапевтичної корекції з урахуванням структури комплексу особистісних чинників, що призвели до розвитку станів дезадаптації у жінок, які народили недоношених дітей, що мають на меті дестигматизування породіль.

Науково обґрунтовані дослідження у цій царині можуть бути присвячені також питанням удосконалення загальної методології, принципів та методичних підходів до довгострокової корекції розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину. Вони міститимуть елементи психотерапевтичної роботи та психоосвіти з залученням критеріїв ефективності, що вже використовувались для оцінки результатів впровадження короткострокового варіанта психокорекційної роботи.

Список літератури

1. Абабков В. А. Семейная жизнь и профессиональная деятельность / В. А. Абабков, М. Пере, Е. В. Кайдановская, Д. Шеби // Вопросы психологии. – 2004. – № 6. – С. 44–53.
2. Авдеева Н. Н. Вы и младенец: У истоков общения / Н. Н. Авдеева, С. Ю. Мещерякова. – М. : Педагогика, 1991. – 158 с.
3. Батуев А. С. Психологические доминанты материнства / Батуев А. С. // Психология сегодня. – 1996. – Вып. 4. – С. 69–70.
4. Батуев А. С. Принцип доминанты и ранний онтогенез человека / А. С. Батуев, Л. В. Соколова // Журнал эволюционной физиологии и биохимии. – 2000. – Т. 36. – № 5. – С. 478–488.
5. Белинская Е. В. Психология и психотерапия вины и стыда с позиции гештальттерапевтического подхода [Электронный ресурс] / Е. В. Белинская. – Режим доступа: <http://rastanovki-rostov.ru/?p=1827> – Заглавие с экрана.
6. Бойко В. В. Малодетная семья / В. В. Бойко. – М. : Прогресс, 1988. – 24 с.
7. Брутман В. И. Методики изучения психологического состояния женщины во время беременности и после родов / В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – № 3. – С. 110–118.
8. Брутман В. И. Динамика психического состояния женщины во время беременности и после родов / В. И. Брутман,

- Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – № 1. – С. 59–69.
9. Гурьянова Т. А. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов / Т. А. Гурьянова // Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность : материалы Сибирского психологического форума. 16–18 сентября 2004 г. – Томск : Томский гос. ун-т, 2004. – С. 553–559.
 10. Загородня Н. І. Механізм формування і клінічні аспекти розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину // Медицина сьогодні і завтра. – 2014. – № 2–3. – С. 117–122.
 11. Знаменська Т. К. Психологічна корекція та реабілітація вагітних породіль, які народили недоношених дітей / Т. К. Знаменська, С. В. Зброжник, В. В. Завгородня, В. Б. Швейкіна // Перинатология и педиатрия. – 2013. – № 2. – С. 14–16.
 12. Іванюта С. О. Передчасні пологи (клінічна лекція) / С. О. Іванюта // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т. 2, № 1 (3). – С. 71–76.
 13. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 304 с.
 14. Мамедов А. К. Социальная стигматизация : монография / А. К. Мамедов, Т. П. Липай. – М. : ИД «АТИСО», 2008. – С. 168.
 15. Психіатрія / О. К. Напресенко, І. Й. Влох, О. З. Голубков ; за ред. проф. О. К. Напресенка. – К. : Здоров'я, 2001. – 584 с.
 16. Филиппова Г. Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе / Г. Г. Филиппова // Психология сегодня. – 1996. – Вып. 3. – С. 36–38.
 17. Филиппова Г. Г. Сравнительно-психологический подход / Г. Г. Филиппова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 81–88.
 18. Шкала депресії Бека [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://psylab.info/Шкала_депрессии_Бека. – Назва з екрана.
 19. Casey P. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary / P. Casey, C. Dowrick, G. Wilkinson // British J. Psychiatry. – 2001. – № 179. – P. 479–481.
 20. Cohen S. Measuring stress. A guide for health and social scientists / S. Cohen, R. C. Kessler, L. U. Gordon. – New York, Oxford : Oxford University Press, 1995. – P. 466–478.
 21. McFarlane A. Posttraumatic stress disorder: the intersection of epidemiology and individual psychobiological adaptation / A. McFarlane // Current Opinion in Psychiatry. – 2003. – Vol. 16. – P. 57–63.

O. Makarenko, I. Dzhuhlia

THE FEATURES OF PSYCHOLOGICAL CORRELATION IN WOMEN WHO GAVE BIRTH TO A PREMATURE BABY

The article highlights the problems of prematurity and the mental state of the mother who gave birth to a premature baby. Preterm birth sets the stage for the development of clinically significant disorders of adaptation of women to the maternity status, which negatively affects the childbirth and newborns. Correction adjustment disorder induced a wide range of psychological, psychotherapeutic, and psychopharmacological aids.

Given the specificity of our question in this area, the leading works on the family are by M. Avdyeyeva, M. Boyko V. Brutman, the psychology of motherhood by T. Guryanov, of psychological correction and rehabilitation of pregnant women and mothers by T. Znamenska, of education of women who gave birth to premature babies by N. Zavhorodna.

The aim of our research is the study of some psychological approaches and personal factors that influence childbirth of women who gave birth to a premature baby.

Of particular interest is the impact on the psycho-emotional state of a woman having a baby born prematurely and the definition of personal characteristics that are considered as stressful factors affecting the status of women after childbirth. We have identified the most common response of mothers of premature babies – feeling of guilt and -- picked the methods of psychotherapy for them.

According to Y. Belinska an important step in this regard is to help a woman on responsibility or awareness of it, but it is only after she dismissed the idea that responsibility involves guilt. The guilt requires punishment, because she will feel depressed. It is this situation that requires timely appropriate psychotherapeutic interventions.

We examined the therapeutic approaches such as Gestalt method of audio-visual stimulation, as Beck scale use, and Spielberg scale.

Keywords: psychological maladjustment psychotrauma women, guilt, Gestalt therapy, a method of audio-visual stimulation.

Матеріал надійшов 08.06.2017