

ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Робота є фрагментом теми кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету «Психоосвітні програми в системі реабілітації психічно хворих», № держ. реєстрації 0112U001823.

Вступ. Передчасні пологи створюють передумови для розвитку клінічно значущих розладів адаптації жінки до стану материнства, що, у свою чергу, негативно впливає як на стан самої породіллі, так і на стан новонародженого та потребують заходів корекції. Корекція розладів адаптації проводиться широким спектром психологічних, психотерапевтичних, психофармакологічних та допоміжних засобів [2-5, 9-10]. Оскільки більшість жінок з цією патологією можуть здійснювати грудне вигодовування новонароджених, це обмежує можливості фармакотерапії післяпологових депресій, з огляду на те, що антидепресанти здатні проникати у грудне молоко і чинити несприятливу дію на дитину. Крім того, приймаючи до уваги той факт, що більшість випадків розладів адаптації післяпологового періоду та після пологових депресій перебігають на несприятливому рівні, доцільним є використання психотерапевтичних підходів [6,7,9].

Класичний психотерапевтичний процес розглядається як тривалий та такий, що часто не може бути обмеженим у часі [1]. Однак в рамках надання допомоги в умовах неспеціалізованих закладів, за необхідності обмеження тривалості психотерапевтичної корекції під впливом зовнішніх чинників, практичні завдання корекційної роботи, на нашу думку, можуть бути виконані в умовах попередньо визначеного ліміту тривалості процесу.

Мета дослідження – розробити короткостроковий варіант методу психотерапії, адаптований для роботи з породіллями в умовах соматичного стаціонару. Оцінити терапевтичну ефективність розробленого варіанта психотерапії на основі вивчення динаміки клініко-психопатологічних і психометричних характеристик жінок.

Об'єкт і методи дослідження. З дотриманням принципів біоетики і деонтології нами було проведено комплексне обстеження 150 жінок, що народили недоношену дитину. Робота проводилася на базі Харківського обласного клінічного перинатального центру та Харківського міського клінічного перинатального центру, а також Харківської обласної

дитячої клінічної лікарні № 1. У роботі були використані наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, а також методи математичної статистики [8,11].

Клініко-психопатологічний метод базувався на загально прийнятих стандартах психіатричного обстеження пацієнтів шляхом проведення направленої клінічної бесіди та спостереження за пацієнтом під час інтерв'ю. Клініко-анамнестичний метод дослідження використовувався для оцінки даних анамнезу життя, особливостей розвитку, отриманої освіти, трудової діяльності, рівня міжособистісної комунікації, в тому числі у сім'ї.

Клініко-психопатологічний метод із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10, передбачав використання стандартизованих клінічних шкал: шкали депресії Бека (Бек А. Т., 1961), шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (С. Spielberger і співавт., 1970; Ю. Л. Ханін, 1976); методики «Індекс вини, що сприймається» (Perceived Guilt Index, Otterbacher і Munz, 1973). Психодіагностичне дослідження включало вивчення: вираженості психопатологічної симптоматики з використанням Торонтської шкали алекситимії (TAS, G. J. Taylor і співавт., 1985), методики експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса (Hock K., Hess E., 1975).

Результати досліджень та їх обговорення. Більшість жінок, які прийняли участь у обстеженні, постійно проживають у великому місті – 77 (51%), 37 опитаних постійно проживає в селі (25%) і 36 – в маленькому місті (24%). На момент вагітності та половів 128 жінок перебували у шлюбі (85%), незаміжніми були 18 (12%), 4 жінки були розлучені (3%).

На етапі первинного обстеження жінок, що народили недоношену дитину була виявлена наявність зв'язку ($p < 0,05$) між індексом вини, що сприймається, і рівнем депресії, виміряної за шкалою Бека (непараметричний коефіцієнт Спірмена на рівні $R_{sp} = 0,3377$ для всіх опитаних), а також рівнем реактивної та особистісної тривожності (відповідно $R_{sp} = 0,3251$ і $R_{sp} = 0,2676$). Наявність відчуття вини у жінок, на нашу думку, є пусковим фактором розвитку розладів адаптації у жінок. Клінічно розлади адаптації у жінок, що народили недоношену дитину

проявлялися депресивними, тривожними симптомами, а також змішаним клінічним варіантом.

В ході роботи була сформульована теза про основоположну роль у виникненні і розвитку суб'єктивного почуття провини відсутності достовірної та зрозумілої інформації щодо особливостей стану недоношеного новонародженого, його подальшого розвитку, можливих ускладнень. Крім того, за нашими спостереженнями, усі матері мали високий рівень потреби в медичній інформації, що відображає питання причин передчасного настання пологів. Основною метою психоосвітньої програми було заповнення наявного у хворих і членів їх сімей специфічного інформаційного (медичного) дефіциту знань.

Варто відзначити, що незалежно від результатів попереднього клініко-анамнестичного та психо-діагностичного дослідження для всіх породілля проводилися психоосвітні заходи. Психоосвітні заняття проходили в закритих групах по 7-8 жінок. Кожне заняття тривало в середньому 45 хвилин. Структура заняття включала теоретичну частину, подальше двостороннє обговорення і формування певного когнітивного навичку. Тривалість зустрічей не перевищувала 1-1,5 години. Перевищення зазначеного часу виявилось небажаним (у деяких випадках взагалі неможливим) внаслідок складнощів перебування матері без дитини протягом тривалого проміжку часу. Більш коротка тривалість проведення занять не дозволяла повноцінно розглянути обговорювані питання. Оптимальною частотою зустрічей стало проведення занять 2-3 рази на тиждень (протягом усього терміну перебування матері з дитиною в неонатальному відділенні). В середньому кількість зустрічей становила 10-12.

Основними методами, що використовувалися при проведенні психоосвітньої програми, були наступні: лекції, консультування, варіанти комунікативної терапії та проблемно-орієнтовані дискусії в групах. В якості додаткових методів використовувалися: емоційна підтримка, роз'яснення, уточнення, об'єктивізація, інтерпретація.

Перше заняття мало на меті знайомство учасників групи, ознайомлення їх із планом подальшої роботи, формування емпатії та взаємоповаги шляхом створення атмосфери довіри, щирості та спокою. Всі наступні зустрічі обов'язково починалися із обговорення змін у стані новонароджених, при бажанні жінки розлого розповідали про події, що безпосередньо були пов'язані із перебуванням у стаціонарі. Крім того, на початку кожного заняття приділялася увага самопочуттю самих породілля. З одного боку, це сприяло підтриманню атмосфери взаємоповаги та взаємозацікавленості, а з іншого – надавало можливість лікарю, що проводив заняття, виявляти клінічно значимі зміни у стані жінок та, за необхідності, в подальшому проводити із жінками, чий стан прогресивно змінювався під впливом зовнішніх чинників, індивідуальну корекцію.

На подальших трьох зустрічах жінки були ознайомлені з основними питаннями виходжування

недоношених новонароджених, в тому числі: розглядалися перспективи реабілітації дитини, можливі ускладнення періоду реабілітації та їх профілактика, правила організації догляду, режиму дня і вигодовування з урахуванням особливостей новонародженої дитини. Особливе значення приділялося питанням уточнення причин настання передчасних пологів, а також активному роз'ясненню та обговоренню ролі жінки в індукції початку родового процесу з метою мінімізації почуття власної значущості в індукції початку пологової діяльності.

На другому етапі занять (5-8 заняття) особлива увага приділялася інформуванню батьків про особливості розвитку їх дитини. Питання, що обговорювалися на цьому етапі, були об'єднані у змістовні блоки за наступними темами:

- особливості зовнішнього вигляду недоношеного новонародженого;
- особливості терморегуляції недоношеної дитини;
- особливості обміну речовин та вигодовування новонародженого;
- фактори, що можуть потенційно сприяти підвищенню захворюваності недоношеної дитини;
- особливості виходжування та догляду за недоношеним новонародженим.

Варто відзначити, що у підготовці лекцій для проведення даного етапу брали участь лікарі-неонатологи профільних медичних установ.

Крім обговорення фактичного матеріалу та аспектів, що піддаються ускладненому розумінню, прицільна увага зверталася на емоційне забарвлення та реагування жінки на отриману інформацію, асоціації та фантазії, що виникають при отриманні нових знань, а також на можливість появи нових страхів і проблем, безпосередньо пов'язаних із новими даними. В процесі роботи із жінками, всі питання та побоювання були вичерпно обговорені, запропоновані методики аутокорекції, що жінка зможе за потреби використовувати самостійно.

На третьому етапі, що проходив на 9-10 заняттях, основною метою було визначено формування патерну активної та відповідальної поведінки молодої матері. Важливим елементом було також спонукання до ініціативної діяльності жінки, активної участі її у догляді за дитиною, зміни патерну поведінки з позиції власної безініціативності на позицію активного прийняття рішення і взаємодії з дитиною. На останньому, заключному етапі (11-12 зустрічі) основними питаннями до обговорення були шляхи оптимізації міжособистісної взаємодії в сім'ї, в тому числі формування адекватного ставлення до стану дитини, реальній оцінці можливого впливу факту передчасного народження на подальший розвиток дитини. У процесі роботи було зроблено акцент на формування об'єктивного сприйняття стану дитини (завищені або занижені очікування негативно впливали на ефективність реабілітації жінок).

Блок емоційної підтримки матерів був спрямований на підтримку породілля в питанні вирішення проблем ідентичності, а також ухвалення змін

соціальних ролей – перехід в якісно нову роль – від ролі вагітної до ролі матері.

На останньому занятті жінкам була повідомлена інформація про джерела допомоги та нових знань, потреба у яких з'являтиметься із розвитком та зростанням новонародженого. Був підведений підсумок, закріплені основні питання-акценти, висловлені побажання на майбутнє та слова підтримки і взаємної підтримки.

Таким чином, психоосвітня програма, що мала на меті заповнення наявного дефіциту знань медичного спрямування складалася із трьох послідовних етапів, кожний із яких було розбито на окремі повноцінні заняття, в ході яких були реалізовані основні завдання психоосвітнього модуля та створене підґрунтя для ефективної психокорекційної роботи, яка здійснювалася паралельно. За основу створення власної моделі короткострокової терапії нами була обрана парадигма короткострокової інтерперсональної психотерапії для лікування депресії. Нами цей варіант терапії було обрано у зв'язку із можливістю поєднання у рамках даної методики психоосвітніх елементів (психоосвіта) та вивчення межособистісної взаємодії, очікувань та попереднього досвіду пацієнта.

Базуючись на отриманих даних, щодо клінічного перебігу розладів адаптації нами було визначено в якості мети проведення психотерапевтичної корекції подолання негативних особистісних реакцій на народження недоношеної дитини, що проявляються патогенними особистісними утвореннями в рамках клінічних проявів розладів адаптації та створення системи превенції розвитку станів дезадаптації у подальшому шляхом відновлення функціональних можливостей породіллі та усвідомлення принципово нових напрямів особистісної реалізації.

В процесі роботи умовно було виділено три основні етапи: етап первинної адаптації до психотерапевтичного процесу, етап безпосередньої корекції та етап профілактичної роботи.

Стратегічною метою психотерапевтичної корекції було подолання дезадаптації та потенціювання адаптивних особистісних механізмів породіллі.

Корекція здійснювалася на засадах особистісно орієнтованої парадигми психотерапії із дотриманням принципів еkleктичності та мультимодальності.

Нами були виділені основні фактори, що спонукали нас до обрання саме короткострокового варіанту психотерапевтичної корекції, а саме:

- необхідність встановлення на терапію чіткого часового обмеження, що було лімітоване терміном перебування жінки з дитиною у спеціалізованому неонатологічному стаціонарі;
- встановлення критеріїв терапії пацієнтом, тобто потреба орієнтуватися на об'єктивно значущі зміни у стані жінки, які, в свою чергу, впливали на її функціонування;
- обмеженість фокусу терапії рамками терапії;
- підвищена активність з боку психотерапевта.

Практичне втілення психотерапевтичної стратегії було реалізовано в рамках розробленої нами

тактичної схеми, що складалася із 10-15 послідовно вибудованих занять, які провадилися паралельно із заняттями модулів психоосвіти. Така кількість зустрічей була обрана, враховуючи узагальнені терміни перебування жінок із новонародженими в умовах спеціалізованих неонатологічних стаціонарів, із подальшим переведенням їх до інших закладів або випискою додому. В ході проведення психотерапевтичної корекції нами вирішувалися наступні запити (або актуальні, суб'єктивно значущі потреби):

- бажання позбутися від наявних негативних емоційних станів, що виникли у наслідок стресової ситуації, пов'язаної із народження дитини передчасно, перебуванням у стаціонарі, неможливістю постійного спілкування із сім'єю;
- необхідність прийняття допомоги від сторонніх людей (лікарів, медичного персоналу);
- потреба отримувати об'єктивну інформацію щодо стану дитини, методів лікування, які використовуються, можливих захворювань у майбутньому та особливостей її подальшого розвитку;
- потреба в профілактиці негативних ефектів стигматизації (зниження самооцінки, відчуття вини, почуття сорому, страху дискримінації у майбутньому);
- необхідність усвідомлення відповідальності за свій емоційний стан та стан дитини;
- формування навичок психологічної самопомоги та саморегуляції після виписки зі стаціонару;
- формування реалістично (позитивного) образу майбутнього дитини.

Для проведення психокорекційної роботи було обрано групову модель психотерапії.

До методів, що використовувалися в процесі роботи, належать: відреагування, співчуття, підбадьорення, розкриття, дискусія, інтерпретація, роз'яснення, підтримка. У якості допоміжних технік в роботі були використані методики тілесно-орієнтованої терапії, а саме самостійного її розділу – психогімнастики. Перед завершенням терапії особлива увага приділялася навчанню жінок методикам аутокорекції, враховуючи можливість потрапляння жінки у нові стресогенні умови в майбутньому.

В результаті проведеної психокорекційної та психоосвітньої роботи з жінками, що народили недоношену дитину, були відзначені наступні позитивні зміни психоемоційного стану та соціального функціонування:

- відбулося усвідомлення та поглиблення відчуттів та переживань, пов'язаних із сприйняттям актуальної психотравмуючої ситуації;
- підвищилася критичність до власних переживань, проявів, бажань;
- збільшилася готовність до нових досвідів та процесів;
- поглибилися знання про власні можливості та внутрішні ресурси.

З метою оцінки ефективності розробленої системи психокорекції розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину було проведено

повторне психодіагностичне обстеження породіль із використанням наступних методик: «Індекс вини, що сприймається», «Шкала депресії Бека», «Шкала особистісної та реактивної тривоги Спілбергера – Ханіна». У подальшому, нами було підтверджено зниження показників вищеописаних шкал, що свідчить про ефективність використання психоосвіти у якості методу дестигматизації жінок, що народили недоношену дитину.

Після практичної реалізації заходів психокорекції було продемонстровано статистично значуще ($p < 0,05$) зниження показників ситуативної тривожності із $33,62 \pm 0,9895$ до $22,11 \pm 0,7560$.

Крім того, показане нівелювання проявів депресивного розладу та достовірне зниження показників Індексу вини, що сприймається. Оскільки розподіл значень по названим шкалам у всіх пацієнток до та після проведених заходів психокорекції не є нормальним, порівняння проводилося за критерієм Вілкоксона, який показав їх достовірну відміну ($p < 0,0000$). Так, показники рівня депресивного розладу зменшилися відповідно з $14,83 \pm 0,7096$ до $9,44 \pm 0,3486$; показники індексу вини, що сприймається були редуковані із $11,35 \pm 0,3043$ до $8,87 \pm 0,2356$.

Повторне проведення методики шкала депресії Бека визначило об'єктивне покращення стану породіль: у переважній більшості опитаних відсутні ознаки депресивного розладу – 73 жінки (49%), виражена депресія була верифікована у 3 випадках (2%), важка – у жодному (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень депресії у жінок, що народили недоношену дитину, за даними шкали депресії Бека (повторне дослідження)

Категорії	Абсолютна кількість	Відсоток
Немає ознак депресії	73	49
Субдепресія	64	42
Помірна депресія	10	7
Виражена депресія	3	2
Важка депресія	0	0

Крім того, окремо вивчалася динаміка суб'єктивного сприйняття відчуття вини, що оцінювалася із використанням методики «Індекс вини, що сприймається». Повторне проведення вказаної методики виявило наступні результати:

- після проведеної психокорекційної роботи лише у 40 жінок (27%) значення вказаного індексу біло вище 10, що вказує на присутність суб'єктивного значимого відчуття вини;

- 68 породіль (45%) отримали значення менше 10, що підтверджує зниження актуальності відчуття провини за народження недоношеної дитини;

- 42 жінки (28%) отримали за результати повторного дослідження 10, що вказує на повернення до фонових відчуттів, які жінка переживала протягом вагітності. Жінкам цієї групи може бути рекомендоване продовження терапії із використанням

методик аутокорекції з метою подальшого зниження показників та суб'єктивного покращення.

Слід звернути увагу, що в результаті проведеної роботи із жінками, що народили недоношену дитину, було відзначено змінення дисфункціональних когніцій, пов'язаних із відчуттям вини, ставленням до дитини, сприйняттям своєї ролі у їх стані та подальшому розвитку. Проте, наявними залишилися дезадаптивні компоненти, пов'язані із особливостями структури особистості і для ефективної роботи із якими короткотривалої психокорекційної корекції недостатньо.

З метою об'єктивізації оцінки ефективності проведеної психокорекційної роботи та основної її ланки – психоосвітнього модуля до фахової оцінки були залучені лікарі-неонатологи, що постійно спілкувалися із жінками. Для визначення ефективності соціалізації жінки та покращення її функціонування та можливості вирішення повсякденних практичних завдань і прийняття рішень, лікарям було запропоновано оцінити якість терапевтичного альянсу із жінками. Дослідження проводилося на початку роботи та по завершенню модуля психоосвіти, таким чином було оцінено динаміку терапевтичного альянсу із лікарями-неонатологами. Представлені реальні та втілені можливості покращення такої взаємодії між лікарем практичної ланки та жінкою, впливали на покращення сприйняття значущості психоосвіти та психокорекції, як важливих складових роботи із породіллями. Це стосується, подолання проявів дезадаптивної поведінки породіль по відношенню до лікарів-неонатологів та медичного персоналу загалом, що проявлялася у вигляді конфліктних ситуацій, відмови від лікування, агресивної поведінки, відмова або відстрочення часу прийняття рішень, пов'язаних з лікуванням дитини, невиправдана невдоволеність побутовим аспектом перебування у стаціонарі тощо. Значущість цей показник набуває при сприйнятті особливостей терапевтичного альянсу при лікуванні соматичних захворювань, та його присутність саме у випадках адаптивного типу взаємодії з хворобою. Результати вивчення терапевтичного альянсу наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати вивчення терапевтичного альянсу до та після проведення психокорекційної роботи із жінками, що народили недоношену дитину

	До проведення психокорекційної роботи абс. (відсоток)	Після проведення психокорекційної роботи абс. (відсоток)
Задовільний	81 (54%)	145 (97%)
Незадовільний	69 (46%)	5 (3%)

Як видно з таблиці 2, лікарями-неонатологами було відзначено покращення якості взаємодії із жінками та зменшення кількості породіль, із якими лікарі відзначали наявність складнощів у спілкуванні

та побудові ефективних взаємовідносин: після проведення психокорекційної роботи лише у 5 жінок (3%) терапевтичний альянс був визначений як незадовільний, у порівнянні із 69 випадками (46%) до проведення корекції.

Паралельно самим породіллям було запропоновано оцінити динаміку довіри до лікаря-неонатолога, що опікується здоров'ям новонародженого. За результатами опитування, 55 жінок відзначили підвищення довіри до лікаря (37%), 95 зазначили, що воно не змінилося (63%), жодна не повідомила про зменшення ступеня довіри. В процесі обговорення цього питання жінки зазначали, що покращення розуміння лікаря та, як наслідок, підвищення довіри до його рішень та дій, стало можливим після отримання інформації щодо значень основних медичних термінів, пов'язаних із недоношеністю, роз'ясненням особливостей розвитку дитини та заходів, які мають здійснюватися в процесі адаптації дитини у ранньому неонатальному періоді, що стало можливим завдяки реалізації модуля психоосвіти.

Також жінкам пропонувалося оцінити динаміку соціальної взаємодії (у процесі пояснення терміну було визначено, що під соціальною взаємодією слід розуміти відносини із членами родини, батьком дитини, іншими жінками, що перебувають у відділенні, медичним персоналом). 91 жінка (61%) повідомила про покращення комунікації із оточуючими, зменшення кількості конфліктних ситуацій, покращення сприйняття нової інформації та адаптації до неї, 59 породіль (39%) не помітили жодних змін у спілкуванні із оточуючими, жодна жінка не зафіксувала погіршення ні якості, ні ефективності процесу соціальної взаємодії.

Отримані результати можуть бути інтерпретовані з позиції неможливості ефективного впливу на особистісні особливості в рамках короткострокового методу роботи та, як наслідок, збереження характерологічних та ментальних особливостей, що потенційно впливатимуть на якість спілкування.

Висновки.

1. Методичною основою розробки змісту занять психотерапевтичної програми є статистично підтверджена гіпотеза про визначальну роль відчуття вини у формуванні розладів адаптації, що клінічно проявляються депресивними, тривожними та змішаними варіантами.

2. Розроблена психокорекційна програма була здійснена в декілька послідовних етапів, які мали на меті дестигматизувати породілля. Основними питаннями, що були висвітлені в ході психоосвітнього процесу були питання, пов'язані із особливостями розвитку дитини та ліквідування дефіциту необхідної медичної інформації, що була запропонована у максимально доступному та зрозумілому вигляді.

3. Ґрунтуючись на проведеній комплексній оцінці ефективності обраного методу та методик практичного втілення психологічної корекції розладів адаптації, що включали в себе модуль психоосвітньої програми та короткострокову психотерапевтичну групову роботу, було визначено, що розроблена система комплексної психокорекційної роботи із жінками, що народили недоношену дитину, довела свою ефективність і може бути рекомендована до подальшого використання та впроваджена в практичну ланку надання допомоги в галузі перинатальної медицини.

Перспективи подальших досліджень. В подальшій перспективі наукові дослідження можуть бути присвячені питанням розробки загальної методології, принципів та методичних підходів до довгострокової корекції розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину, яка включатиме елементи психотерапевтичної роботи та психоосвіти з залученням критеріїв ефективності, що використовувалися для оцінки результатів впровадження короткострокового варіанту корекційної роботи.

Література

1. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 303 с.
2. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб. : Питер, 2003 – 304 с.
3. Королева Е. Г. Психодинамические подходы в терапии депрессии / Е. Г. Королева // Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств : материалы междунар. конф. посвящ. 50-летию каф. психиатрии и наркологии, 14 мая 2012 г. – Гродно : ГрГМУ, 2012. – С. 145–148.
4. Мазурова Н. В. Психолого-педагогическое сопровождение недоношенного ребенка и его семьи в структуре комплексной реабилитации / Н. В. Мазурова // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 5. – С. 13–17.
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М. : Медицина, 1996. – 464 с.
6. Прибытков А. А. К вопросу о нозологической структуре и факторах риска депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде / А. А. Прибытков // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 1. – С. 16–18.
7. Прибытков А. А. Психогенные послеродовые депрессии непсихотического уровня (клиническая картина и опыт терапии) / А. А. Прибытков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 1. – С. 9–13.
8. Психологическая диагностика / Под ред. М. К. Акимовой, К. М. Гуревича. – СПб. : Питер, 2003. – 304 с.
9. Старцева Н. В. Особенности адаптационных реакций при преждевременных родах женщин с патологическими типами гестационной доминанты / Н. В. Старцева, Л. В. Юшкова, М. В. Швецов // Пермский медицинский журнал. – 2011. – Т. 28, № 4. – С. 98–103.
10. Чернуха Е. А. Состояние психовегетативной сферы у женщин в послеродовом периоде / Е. А. Чернуха, Ю. Д. Соловьева, С. К. Кочиева // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 5. – С. 28–32.

УДК [616. 89-055. 26-02:618. 396]-08

ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ

Завгородня Н. І.

Резюме. Базуючись на статистично підтвердженій гіпотезі щодо основоположної ролі відсутності достовірної та зрозумілої інформації медичного спрямування, як пускового елемента для розвитку розладів адаптації, була розроблена та впроваджена комплексна схема психокорекції, що включала модуль психоосвіти та короткострокове психотерапевтичне втручання. Ґрунтуючись на проведеній комплексній оцінці її ефективності, а саме: зниження показників ситуативної тривожності із $33,62 \pm 0,9895$ до $22,11 \pm 0,7560$; відсутність ознак депресивного розладу у переважній більшості жінок – 73 породіллі (49%); збереження лише у 40 жінок (27%) значення Індексу вини, що сприймається вище 10 – було визначено, що розроблена система комплексної психокорекційної роботи із жінками, що народили недоношену дитину, довела свою ефективність і може бути рекомендована до подальшого використання та впроваджена в практичну ланку надання допомоги в галузі перинатальної медицини.

Ключові слова: жінки що народили недоношену дитину, психоосвіта, психокорекція.

УДК [616. 89-055. 26-02:618. 396]-08

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ РОДИЛИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Завгородня Н. И.

Резюме. Основываясь на статистически подтвержденной гипотезе относительно основополагающей роли отсутствия достоверной и понятной информации медицинской направленности, как пускового элемента для развития расстройств адаптации, была разработана и внедрена комплексная схема психокоррекции, включавшая модуль психообразования и краткосрочное психотерапевтическое вмешательство. Проведенная комплексная оценка ее эффективности, а именно: снижение показателей ситуативной тревожности с $33,62 \pm 0,9895$ до $22,11 \pm 0,7560$; отсутствие признаков депрессивного расстройства у подавляющего большинства женщин – 73 роженица (49%); сохранение только у 40 женщин (27%) значения Воспринимаемого индекса вины выше 10 – позволила считать разработанную систему комплексной психокоррекционной работы с женщинами, которые родили недоношенного ребенка, эффективной и рекомендовать к внедрению в практическую звено оказания помощи в области перинатальной медицины.

Ключевые слова: женщины родившие недоношенного ребенка, психообразование, психокоррекция.

UDC [616. 89-055. 26-02:618. 396]-08

Approaches to Correction of Adaptation Disorder in Women who Gave Birth to Premature Baby

Zavgorodnia N.

Abstract. Introduction. It is known that birth of a premature baby is a cause-significant psycho traumatic situation, which can be a trigger of adaptation disorder, which, in turn, may manifest by borderline neuropsychic disorders.

Correction of adaptation disorders carries out with the wide range of psychological, psychotherapeutic and psychopharmacological methods.

The purpose of the work was to develop a short version of a method of psychotherapy, adapted to work with a woman in a somatic hospital and estimate the efficacy of psychotherapy developed variant based on the study of the dynamics of clinical-psychopathological and psychometric characteristics of women.

Materials and Methods. With respect to the principles of bioethics and ethics we conducted a complex examination of 150 women who gave a premature baby. The work was carried out at Kharkov Regional Clinical Perinatal Center, Kharkov City Perinatal Clinical Center, and Kharkov Regional Clinical Hospital № 1. Clinical psychopathological method, history taking, psycho diagnostic method and methods of mathematical statistics were used.

Results and Discussion. Most women participating in the survey, 77 (51%), permanently resided in a city, 37 respondents resided in rural areas (25%) and 36 in small towns (24%).

The main purpose of the psycho educational program was to fill the specific information (medical) knowledge deficit in patients and their families. Psycho educational program classes were held in closed groups of 7-8 women. Each session lasted an average of 45 minutes. The optimal frequency of meetings was conducting exercises 2-3 times a week (for the duration of stay of mother with a baby in the neonatal ward): average number of meetings was 10-12.

The basis of creating of short-term therapy model the interpersonal psychotherapy paradigm of short-term treatment of depression were used. In the process, conventionally distinguished three main phases: initial phase of adaptation to the psychotherapeutic process, immediate correction phase and stage of preventive work. Practical implementation of psychotherapeutic strategies have been made within the tactical scheme, which consisted of 10-15 consistently lined up sessions that were conducted in parallel with studies on psycho educational modules.

Based on a comprehensive evaluation of the efficiency of psycho correction: a decline of points of situational anxiety from $33,62 \pm 0,9895$ to $22,11 \pm 0,7560$; no signs of depressive disorder in the vast majority of women – 73 (49%); only 40 women (27%) had the results of Perceived Guilt Index above 10 – it was determined that a designed

comprehensive system has proven effective and can be recommended for further use and implemented in perinatal medicine.

The methodological basis of the development of content of psychotherapeutic program is statistically confirmed the hypothesis about the primary role of the feeling of fault in forming of adaptation disorders, clinically manifested by depressive, anxiety and mixed variants.

The developed psychological correction program has been carried out in several successive stages, aimed at destigmatization of parturient woman. The main issues that were discussed during the psychoeducational process were issues related to the peculiarities of the development of the child and elimination of shortage of essential medical information that has been offered in the most accessible and coherent form.

On the ground of the complex evaluation of the efficiency of the chosen approach and methods of practical implementation of psychological correction of adaptation disorders, including the block of psychoeducational program and short-term psychotherapeutic group work, it has been determined that the developed system of complex psychocorrectional work with women, who gave birth to premature baby, proved its effectiveness and may be recommended for further use and be implemented into practical link of providing assistance in the field of perinatal medicine.

Keywords: women delivering a premature baby, psycho education, psycho correction.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 19. 08. 2014 р.