

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ЖІНКАМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ПОСТНАТАЛЬНУ ДЕПРЕСІЮ

О. В. ГРАБЧАК

Засоби масової інформації, виробники підгузок і дитячого харчування активно експлуатують на своїй продукції образ щасливої, задоволеної життям здорової молодої мами, яка не може натішитись своїм малюком. Вони та автори спеціалізованої літератури спільними зусиллями створили міф про безумовно щасливу породіллю. Разом з тим потреби і проблеми самої породіллі автоматично нівелюються. Та й саме оточення молоді мами робить акцент на дитині, як на джерелі абсолютного щастя та радості. Через страх зламати соціальний стереотип жінка приховує свій справжній настрій та глибокі негативні емоційні переживання, пов'язані з материнством. Проте психологічне здоров'я матері таке ж важливе, як і догляд за новонародженою дитиною. Незважаючи на поширеність і значення, постнатальні депресії в більшості випадків залишаються незрозумілими, нерозпізнаними та нелікованими.

Стан жінки через 3-7 днів після пологів можна охарактеризувати як „бебі-блюз” або „материнський смуток”. В основному цей стан детермінований різкою зміною гормонального фону, а саме зниженням рівня естрогенів та підвищенням пролактину. Бебі-блюз це природний процес післяпологового відновлення, період адаптації організму жінки до материнства. У цей час жінка може відчувати безпричинні перепади настрою, бажання плакати, почуття тривоги або безпідставної ейфорії, безпорадності та розгубленості. Якщо пологи були важкими, то з'являються думки про смерть, про хвороби чи можливі фізичні вади дитини, часто виникає роздратування та образа на оточуючих. Але такий стан вважається нормальним і протягом десяти днів після пологів він минає без медичної допомоги. Смуток, що триває більше десяти днів, найчастіше вказує на початок післяпологової депресії. Під пологовою або післяпологовою депресією розуміють частину великої депресії, що розвивається протягом шести тижнів після пологів. Хоча післяпологова депресія є досить поширеним явищем, її діагностика та лікування відбуваються лише у випадках, що безпосередньо загрожують життю дитини або матері.

Термін „післяпологова депресія” стосується депресивних станів, які виникають після пологів. Вона може з'явитися після народження дитини і не лише першої, а й навіть після викидня чи штучного переривання вагітності. Ця депресія буває різною за складністю та гостротою перебігу. У більшості випадків післяпологова депресія розглядається як фактор, що негативно впливає на розвиток дитини і навіть відбивається на її психічному стані в майбутньому. Дослідження впливу депресії на дитину виявили численні розлади в дітей, матері яких страждали на післяпологову депресію. Жінкам із депресією здається, що вони не спроможні доглядати за дітьми, не відчують до немовляти якихось почуттів і це негативно позначається на стосунках мати – дитина. Несвоєчасна діагностика депресії небезпечна своїми наслідками для сім'ї (сімейні конфлікти, відсутність задоволення подружнім життям, розлучення). До того ж нелікована депресія несе в собі загрозу рецидивів розладу настрою і збільшує ймовірність виникнення постнатального психозу, біполярного афективного розладу.

У клінічний опис післяпологових депресій великий внесок зробив П. Руссо. Він встановив одну з послідовностей такої депресії. Жінки починають відчувати незнайомий їм раніше сильний всеохоплюючий неспокій, який паралізує інші почуття та поведінку, викликає повільність та непосильну загальну важкість, примушує уникати будь-яких контактів. Жінка не може приділяти увагу дитині та відмовляється від догляду за нею. Стрессова ситуація підвищує ризик виникнення депресії.

Післяпологова депресія описана в роботах таких західних дослідників, як П. Гілберт, Дж. Марк, Б. Чалмерс. Вони зазначають, що в післяпологовий період можуть проявлятися різні емоційні порушення:

- 1) материнська меланхолія;
- 2) післяродова депресія;
- 3) післяродовий психоз.

За даними Кенделл, біля 50-60 % жінок страждають меланхолією, тобто легкою формою депресії [2]. Як правило, такі жінки просто скаржаться на „хандру” і намагаються взяти себе в руки. Такий стан частіше супроводжується сумним настроєм, безпричинною сльозливістю, небажанням спілкуватися тощо. Жінки в такому стані потребують доброго ставлення до себе, розуміючого відношення, підтримки. Вони чутливі до неуваги та образ. Зазвичай, такі жінки більше потребують консультації психолога та спілкування з соціальним працівником, аніж психіатричної допомоги.

С. Джонс і С. Майєрс дослідили, що причиною депресії може бути стать дитини (не та, яка очікувалась) та складність перебігу пологів. Породіллі, які перенесли ускладнення під час пологів, майже удвічі більше схильні до депресії після народження дитини. Однак, це не стосується тих, хто до вагітності потерпав від нападів тривоги та стресу. Для них тяжкі пологи стають своєрідним потрясінням, і рівень схильності до постнатальної депресії знижується.

Г. Філіппова велику увагу в своїх роботах приділяє проблемам готовності до пологів і материнства. Дослідження, проведене нею в 2000 році, показало, що на реальне протікання пологів і на задовільність жінкою пологами впливає такий фактор, як психологічна готовність до пологів, яка в нормі невисока, але її можна розвинути через спеціальні заняття з підготовки до пологів, і тим самим реально вплинути на свої майбутні пологи та післяпологовий емоційний стан.

Б. Чалмерс [5] у своїх дослідженнях вказує на симптоми постнатальної депресії: стомлюваність, плаксивість, підвищену чутливість, безпорадність у догляді за дитиною, розгубленість, роздратованість, нерідко агресивність, почуття провини, страх нанести шкоду дитині. Жінка може вважати себе нездатною бути хорошою матір'ю, нездатною виростити дитину. Така післяродова депресія часто зустрічається у одиноких матерів. У такому стані вони можуть навіть відмовитись від дитини в пологовому будинку, а потім, звичайно, після виходу з депресивного стану жалкувати про це. Післяродовий психоз супроводжується глибокими змінами свідомості породіллі. Жінки в такому стані не сприймають адекватно реальність. У них порушені процеси сприймання, мислення. Цей стан, як правило, помічається гінекологами та педіатрами, які призначають консультацію психіатра.

Головною **метою статті** є розгляд проблеми постнатальної депресії, проаналізувати та окреслити основні напрями соціально-психологічної роботи з жінками, які страждають на післяпологову депресію.

Форма депресивного розладу буває:

- легкої (післяродова хандра, бебі-блюз, материнський смуток), яка проходить за 2-3 тижні;
- середньої тяжкості (постнатальна депресія), вона може тривати до року;
- важка форма (післяпологовий психоз).

Варто зауважити, що після виходу з психотичного стану така жінка потребує кваліфікаційної допомоги психолога та соціального працівника, але, на жаль, у реаліях сьогодення таку підтримку рідко отримує на практиці, унаслідок слабо розвинутої структури відповідних служб.

Виділяють низку причин виникнення післяпологової депресії. Перша причина пов'язана з соматичними змінами – змінюється тіло жінки, стає для неї незнайомим через свої нові здатності та властивості, воно набуває нових форм, розмірів, які часто не подобаються породіллі. Емоційні причини – тривога про новонародженого: „Чи правильно я все роблю? Чому дитина плаче? Чому вона не може заспокоїтись? Як годувати?” тощо, особливо це стосується і яскраво проявляється в мам первістків. Породіллі, в якій вже є діти, значно легше, оскільки вона із власного досвіду знає, що багато чого налагоджується поступово само собою. Інший аспект тривоги – це тривога за себе як за матір („Чи буду я хорошою матір'ю? Чи справлюсь я?“. Ці хвилювання є абсолютно нормальними, тому що жінка починає виконувати абсолютно нову та невідому для себе роль. Розуміючи всю колосальну відповідальність за нове життя жінка може самотійно загнати себе гіперболізованими хвилюваннями в депресивний стан. Може виникати відчуття втрати контролю над своїм життям, коли жінка думає, що вона вже не належить сама собі, а все її життя стає кероване дитиною та її потребами. Особливо це стосується породіль, які народжують дитину з особливими потребами. Насправді, у житті жінки одноомomentно виникає велика кількість нерегламентованих обов'язків, до яких потрібно поступово звикнути.

Ще однією причиною проявів ознак, симптомів хвороби в післяпологовий період є те, що жінка, ставши матір'ю, починає усвідомлювати свій вік, ототожнювати себе з власною матір'ю. Впливати на це можуть дитячі образи, травми, конфлікти з батьками. Можуть активуватись витіснені психотравми, коли жінка може ототожнювати себе негативним образом власної матері, що страждає і відмовляється від особистого життя заради дитини.

Також післяпологову депресію провокує відчуття емоційної ізоляції та сором (страх осуду, відсутність можливості) попросити про допомогу. До низки факторів, що сприяють виникненню депресії, належать також депресія в анамнезі, депресія у другій половині вагітності (визначається за шкалою оцінки депресії Бека), психотравми і ускладнена пологова діяльність. Одним із найважливіших психіатричних факторів виникнення післяпологової депресії є наявність попередніх епізодів зниженого настрою, як пов'язаних із пологами, так і незалежних від них. Материнство може супроводжуватися депресією в разі важкого матеріального становища і неможливості забезпечення потреб дитини. Депресивні переживання частіше виникають, коли народжуються діти, що мають фізичні вади.

Хвороба може починатися поступово, як правило, діагностика післяпологової депресії проводиться терапевтом або ж її наявність визначає гінеколог. Для виявлення захворювання використовують тестопитувальники або звичайну шкалу депресії. На основі динаміки показника (зростання або спаду) ставиться діагноз. За підозри, що у жінки може починатися постнатальна депресія, необхідно проводити щотижневе тестування.

Профілактика захворювання, запобігання депресії повинно починатися набагато раніше, ніж з'явиться перша ознака. Вона повинна починатися в період вагітності, після виходу в декрет, особливо якщо майбутня мама належить до групи ризику (спадковість, психологічна нестабільність, біполярний розлад). Уважне ставлення з боку чоловіка, родичів здатні вселити почуття впевненості, допомогти вчасно помітити зміни в поведінці, провести діагностику і почати лікування на ранній стадії. Взаємодія подружжя є дуже важливим аспектом.

Найважливішим завданням у роботі з розладами післяпологового періоду є збереження зв'язку між дитиною і мамою, адже депресивний стан жінки є небезпечним як для неї самої, так і для дитини, і має тенденцію до хроніфікації. Діти, вигодувані депресивними матерями, сумні, в'ялі, малоактивні, розвиваються дуже повільно. Відомо, що такі діти мають афективні порушення різного характеру. Саме тому лікування післяпологової депресії є профілактикою соціально-небезпечних вчинків породіль і одночасно запобігає порушенням емоційного розвитку дитини.

Дослідження дітей, матері яких страждали на депресію після пологів, виявили затримку фізичного та психічного розвитку. Найчастіше це відставання в зрості та відхилення від вагової норми. Іноді це пов'язане з тим, що мама в такому стані не може забезпечити дитині необхідну увагу, повноцінно годувати її грудьми або ж займатись розвивальними заняттями та іграми.

Такий постнатальний стан може тривати декілька місяців або навіть років. Якщо дуже довго відкласти лікування, стан сильно погіршиться не лише на особистості мами й стосунках у сім'ї, а й на дитині. Відчуваючи депресивні симптоми, жінки мають труднощі у спілкуванні з дитиною, що призводить до затримок її когнітивного розвитку та навичок спілкування. Діти отримують недостатню увагу, ласки й турботи, яких так потребують безпосередньо після пологів. Мамам у стані депресії важко вчасно розпізнавати потреби свого малюка, вони рідше підходять до крихітки, рідше беруть на руки або граються.

Численні дослідження доводять, що діти матерів, які зазнали цього стану, мають проблеми з відчуттям безпеки, базової довіри, механізмами самозахисту [3]. У них розвивається підвищена тривожність, складнощі у вираженні своїх емоцій та почуттів, схильність до депресій.

Розрізняють такі типи післяпологової депресії:

- невротична післяпологова депресія;
- депресія з маячними переживаннями;
- депресія з психосоматичними симптомами.

Серед методів лікування виділяють:

- психотерапію;
- короткотермінове динамічне лікування;
- фармакотерапію (антидепресивну і антипсихотичну).

Враховуючи необхідність утримання зв'язку мати – дитина, вибір методу терапії та психофармакологічного препарату є досить відповідальним завданням для лікаря, адже під час післяпологової депресії лікують двох людей – матір і дитину. Тому терапія повинна бути такою, що не завдасть шкоди їхнім стосункам і здоров'ю.

Психологічна допомога жінкам із післяпологовою депресією переважно складається з двох етапів. Перший етап роботи полягає в якнайшвидшому зниженні симптомів депресії. Звичайно, не все так просто, як описується. Але психолог допомагає жінці налагодити сон, харчування, відпочинок, адекватну і сильну фізичну активність. Велике місце займає пошук допомоги, не тільки, щоб побути на самоті та відпочити, а й пошук психологічної підтримки та розуміння з боку близьких.

Другий етап роботи пов'язаний із когнітивною складовою депресивного стану. Адже для жінок із післяпологовою депресією характерні так звані дисфункціональні думки, які буквально псують настрій. До них можна віднести:

- катастрофізація (коли жінка з усіх можливих варіантів розвитку події вибирає найгірший);
- пророкування майбутнього (жінка пророкує, що в майбутньому все стане тільки гірше);
- надузagalення (жінка робить глобальний негативний висновок на одиничному прикладі);
- повинності (жінка постійно пред'являє собі різні вимоги „я повинна”);
- ігнорування позитивного (жінка переконана, що її позитивні якості незначущі);
- негативний фільтр (породілля звертає увагу тільки на негативні події та рідко помічає щось позитивне);
- несприятливі порівняння (жінка порівнює себе із завищеними і нереалістичними стандартами) тощо.

Разом із психологом, соціальним працівником жінка вчиться розпізнавати ці дезадаптивні думки. Знаходить альтернативні пояснення подіям, що допомагають позбавити від негативних переживань, викинути цими думками, і більш реалістично дивитися на світ і власне життя.

Якщо навести приклад, то жінка після важкої і безсонної ночі думає, що „так тепер буде завжди, я ніколи не висплюся, я ніколи не зможу заспокоїти свою дитину, мені ніхто не допомагає, я зйду з розуму”. Після подібних думок вона відчуває гостру тугу, образу і роздратування. Тут прослідковуються дисфункціональні думки. По-перше, це передбачення майбутнього, що так важко тепер буде завжди. По-друге, жінка на основі однієї ночі робить висновок, що кожна її ніч буде безсонною і важкою. По-третє, вона ігнорує те, що вчора (або позавчора) дитина спала спокійно (або вона швидко його заспокоїла, або вчасно підключився чоловік і вони разом поклали спати малюка).

Зміна звичних способів мислення і оцінок подій веде до іншого, більш здорового емоційного реагування. Якщо жінка у вище наведеному прикладі усвідомлює, що бувають погані дні / ночі, а бувають хороші. Якщо вона не забуває, що дитина росте, ростуть її можливості заспокоюватися самій, і її навички заспокоєння немовляти також поліпшуються з кожним, то вона не відчуває таку тугу, роздратування і самотність.

Варто зазначити, що вчасна діагностика депресії важлива для раннього професійного (медичного, психологічного, соціального) втручання, яке є ефективним як для психофізіологічного видужання, так і для соціальної реабілітації породіль.

Фахівці переконують, що профілактикою розвитку післяпологової депресії є підготовка до пологів – як теоретична, так і психологічна. Це відвідування курсів, „шкіл майбутніх мам”, лекцій та семінарів. До програми навчання, зазвичай, входять техніки дихання й розслаблення, гімнастика або йога для вагітних, а також теоретичні та практичні заняття з догляду за дитиною. Це допомагає налаштуватись на пологи, підготувати себе до нової ролі й дізнатись деякі „хитрощі”, які допоможуть молодим батькам впоратись із післяпологовим стресом. Заняття проводять у групах, часто навіть разом із майбутніми татами – така атмосфера також сприяє нейтралізації перинатального стресу, почуття, що „ніхто не розуміє й не поділяє інтересів” майбутньої мами. Гарним підґрунтям для профілактики постнатальних депресій було б створення клінічної мережі перинатальних послуг пацієнтам із вадами психічного здоров'я. Ці мережі повинні забезпечувати: наявність спеціалістів міждисциплінарної перинатальної служби в кожній місцевості, яка надає прямі послуги: консультування та консультації службам материнства, іншим службам психічного здоров'я та громадських послуг; у районах підвищеної захворюваності ці послуги можуть надаватися окремими перинатальними командами спеціалістів.

Список використаних джерел:

1. Вознесенська Т. Г. Депресія у жінок. *Consilium Medicum Ukraina*. 2010. № 10, Т. 4. С. 22–25.
2. Герасименко Л. А. Особливості сімейної адаптації при тривожно-депресивних розладах у жінок. *Психіатрія психотерапія і клінічна психологія*. 2014. № 3. С. 43–49.
3. Голєнков А. В., Філоненко А. В. Організація допомоги жінкам з післяпологовою депресією (за результатами опитування студентів-медиків). *Медичний журнал*. 2012. № 5. С. 8–11.
4. Долішня Н. І. Післяпологова депресія: Особливості перебігу і лікування. *Медичний журнал*. 2010. № 8. С. 34–35.
5. Клименко В. А., Лупальцова О. С. Грудне вигодовування і формування постнатальної тривоги матерів. *Лікарська справа*. 2015. № 1/2. С. 145–146.
6. Післяпологова депресія: тільки в сучасному світі? *Здоров'я жінки*. 2014. № 2. С. 180.
7. Ушкалова А., Ушкалова Е. Тривожні розлади і вагітність. *Лікар*. 2013. № 4. С. 9–12.
8. Філоненко А. В. Наслідки впливу післяпологової депресії породіллі на психосоматичні показники здоров'я немовляти. *Вісник перинатології та педіатрії*. 2012. № 4, Т. 57. С. 37–43.
9. Черненко Є. Післяпологова депресія, трагедії і втрати. *З турботою про жінку*. 2014. № 3. С. 5–9.
10. Черненко Є. Післяпологова депресія. *З турботою про жінку*. 2013. № 4. С. 47–50.
11. Гавриленко Т. Післяпологова депресія. *З турботою про дитину*. 2011. № 8. С. 22–25.