

ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ

А. В. Грибук

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

Післяпологова депресія є досить серйозним психологічним розладом, тенденцію до якого за статистикою мають 70—80 відсотків породіль в усьому світі. Тому обізнаність сучасного суспільства у причинах, симптомах, протіканні та усуненні даного явища є запорукою психічного та фізичного здоров'я мільйонів жінок та їх немовлят, адже ненадання належної, а головне своєчасної терапії пацієнтам може викликати серйозні психосоматичні хвороби.

Термін «післяпологова депресія» стосується депресивних станів, які виникають після пологів. Вона може з'явитися після народження дитини, а іноді навіть після викидня чи штучного переривання вагітності. Згідно з позицією Служби охорони здоров'я жінок, що діє при Департаменті здоров'я та громадських служб США, ця депресія буває різною за складністю та гостротою перебігу. У багатьох жінок після пологів з'являється материнська меланхолія, що супроводжується смутком, тривогою, роздратованістю, різкою зміною настрою та сильною втомою. Але такий стан вважається нормальним, і протягом десяти днів після родів він минає без медичної допомоги. Однак, за підрахунками Американського коледжу акушерів-гінекологів, у кожній десятій матері цей стан може загостритись і тривати довше. Неприємні почуття деколи виникають навіть через кілька місяців після пологів. І це вже не що інше, як справжня післяпологова депресія, коли смуток, тривога або розпач настільки сильні, що матері стає важко справлятися зі своїми щоденними обов'язками.

Фактори ризику розвитку депресивних розладів у післяпологовий період: 1) екстернальний тип факторів ризику: професійна нестабільність, погані стосунки у шлюбі або ж з власною матір'ю, відсутність соціальної підтримки, негативні життєві події, раптові втрати, відсутність підтримки з боку батьків та близьких людей; 2) інтернальний тип факторів ризику: амбівалентне ставлення до вагітності, песимізм у допологовому періоді, незапланована вагітність, відсутність досвіду у контакті з дітьми, викидень чи аборт при попередній вагітності, обсесивно-компульсивні риси характеру, підвищена тривожність, панічні реакції, спроби самогубства чи самоушкодження, сімейні психічні розлади, депресивні розлади в анамнезі чи в родині, відсутність шлюбу, вживання алкоголю чи психоактивних речовин; 3) змішаний тип факторів ризику: низький освітній рівень, нестабільні стосунки у подружжі, вагітність, що виникла в період розриву стосунків, розлучення, народження мертвої дитини або народження «особливої» дитини під час попередньої вагітності, складності у формуванні батьківських стосунків [1].

Клінічна картина післяпологової депресії складається з трьох основних симптомокомплексів:

1. Емоційний симптомокомплекс містить тривало знижений настрій (смуток, туга, пригнічення, печаль). Відчуття внутрішнього спустошення, «відсутність почуттів», больові відчуття без певної локалізації, втрата інтересу до занять, що цікавили раніше, відсутність відчуття задоволення життям, різкі зміни настрою, дратівливість, скарги на «неспокійну дитину». Ангедонія (симптом втрати радості та задоволення) часто виступає основною ознакою цього виду депресії. Ангедонія проявляється в небажанні долучатися до будь-якої діяльності. Втрата усіх приємних почуттів завдає сильних страждань молодій матері і переживається важко та хворобливо. Притуплюються або

практично втрачаються материнські почуття до дитини. Їх втрата викликає відчай, збільшується почуття провини. Деяких матерів дитина лише дратує, їхня поведінка може носити агресивний характер. Після цього можуть виникати почуття провини та неповноцінності. Може виникати так звана хвороблива нечутливість. Може спостерігатись плаксивість без зрозумілої спонукальної причини. Плач не приносить полегшення. Наявність такої симптоматики потребує негайного лікування.

2. Соматичний симптомокомплекс містить: порушення сну (складнощі з засинанням, неспокійний сон, ранні пробудження з неможливістю заснути, зменшення тривалості сну на 2 год. і більше. Зміни апетиту: частіше він знижений, їжа вживається механічно, без особливого бажання, стає суб'єктивно несмачно: «їжа як трава»; або апетит може бути підвищений. Зниження загальної активності, кваліть, відчуття хронічної втоми – теж характерні симптоми депресії. Внаслідок цього виникають складнощі в догляді за дитиною і постійне відчуття безсилля. Також характерні скарги на різноманітні больові відчуття.

3. Когнітивний симптомокомплекс: тривога, надмірне хвилювання, неспокій, що виникає без значущої причини, фобії. Через тривогу спостерігається дезорганізація поведінки, виникають складнощі з концентрацією, з прийняттям рішень, підвищується схильність до сумнівів, невпевненість у діях і вчинках. При більш вираженій ППД розвивається почуття провини, з'являються негативні думки, що носять характер звинувачення та знецінення: жінка вважає себе «поганою матір'ю», «недостойною» тощо [2].

Основні симптоми:

1. Депресивний настрій, не характерний для даної особи, що триває більшу частину доби, майже кожен день, залежний від обставин, спостерігається протягом не менше двох тижнів.

2. Втрата інтересу чи задоволення від діяльності, зазвичай приємної для цього індивіда.

3. Втрата сил чи підвищена втомлюваність.

Додаткові симптоми:

1. Невпевненість у собі чи зниження самооцінки.

2. Необгрунтовані самозвинувачення чи надмірне недоречне почуття провини.

3. Думки про смерть чи самогубство, що повторюються, або будь-які прояви суїцидальної поведінки.

4. Ознаки утрудненого мислення або концентрації уваги, такі як: нерішучість, схильність до сумнівів чи відповідні скарги.

5. Похмурі та песимістичні очікування щодо майбутнього.

6. Будь-які порушення сну.

7. Зміни апетиту (підвищення або зниження) з відповідними змінами маси тіла [3].

Серед методів лікування виділяють: психотерапію (перевага надається психологічному консультуванню і когнітивно-біхевіоральній терапії); короткотермінове динамічне лікування; фармакотерапію (антидепресивну і антипсихотичну). Враховуючи необхідність утримання зв'язку «мати – дитина», вибір методу терапії і психофармакологічного препарату є досить відповідальним завданням для лікаря, адже при післяпологовій депресії лікують двох людей – матір і дитину [3]. Тому терапія має бути такою, що не завдасть шкоди їхнім стосункам і здоров'ю. Найважливішим завданням лікаря під час терапії розладів післяпологового періоду є збереження зв'язку між дитиною і матір'ю, адже депресивний стан жінки є

небезпечним як для неї самої, так і для дитини, і має тенденцію до хроніфікації. Діти, вигодувані депресивними матерями, сумні, мляві, малоактивні, розвиваються дуже повільно. Відомо, що 40 % таких дітей мають афективні порушення різного характеру. Саме тому лікування післяпологової депресії є профілактикою соціально небезпечних вчинків породіль і одночасно запобігає порушенням емоційного розвитку дитини. Своєчасна діагностика і терапія післяпологової депресії є важливою частиною адекватної медичної допомоги. Для запобігання негативним наслідкам депресії як для матері, так і для дитини важливо, щоб працівники закладів охорони здоров'я були інформовані про специфічні ознаки і симптоматику депресій, а також володіли методами діагностики відповідно до сучасних стандартів доказової медицини.

Список використаної літератури:

1. Прибытков А. А. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук СПб., 2006. – 22 с.
2. Сорокина Т.Т. Роды и психика. Минск, 2003. - 46 с.
3. O'Hara M., & Swain A. Rates and risks of postpartum depression — meta analysis. International Review of Psychiatry (1996) 8, 3-14.

Науковий керівник: доцент С. М. Аврамченко

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЧНОГО НАСИЛЬСТВА НАД ДІТЬМИ В СІМ'Ї

Н. О. Даниленко

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

Жорстоке поводження з дитиною, насильство над нею може мати різні форми, та їх наслідком завжди є порушення фізичного та психічного розвитку дитини, різні соматичні захворювання, особистісні та емоційні порушення. Феномен насильства у свідомості людей ототожнюється, як правило, з агресивними діями, що включають використання фізичної сили. Проте, насильство, як різновид агресивної поведінки, може мати не лише фізичний, а й психологічний аспект.

Психологічне насильство присутнє у різних видах насильницької поведінки над дитиною (фізичне, сексуальне та економічне насильство), також воно може застосовуватись саме по собі. Та у будь-якому випадку його важко діагностувати, оскільки явні ознаки психологічної дії видно рідше. На сьогодні психологічне насильство настільки поширене, що жодна людина не виростає без того, щоб не зазнати на собі – прямо або побічно деякі з його проявів.

У науковій літературі проблему психологічного насильства над дітьми розглядали такі науковці як: К. Левченко [1], Н. Ю. Максимова [2], Н. М. Платонова [3], Ю. П. Платонов [3], О. О. Пчельнікова [4], Т. Я. Сафонова [5], Н. Синягіна [6].

Для психологічного насильства, за визначенням дослідників, характерним є: регулярні образи чи приниження дитини, висловлювання в її адрес погроз, демонстрація негативного ставлення, що призводить до виникнення емоційних чи поведінкових порушень. Відповідно до позиції Т. Я. Сафонові «Під емоційним (психологічним) насильством розуміється одноразовий або багаторазовий психічний вплив на дитину, вороже або байдуже ставлення, а також інша поведінка батьків та осіб, які їх замінюють, яка викликає у дитини порушення самооцінки, втрати віри в себе, ускладнює її розвиток і соціалізацію» [5, с. 40].

О. О. Пчельнікова наголошує: «При психологічному насильстві дитина відчуває недостатню увагу і любов, загрози і глузування, що призводить до втрати почуття