

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| Введение | 3 |
| Глава 1. Теоретические аспекты проблемы исследования профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара | |
| 1.1. Анализ понятия "депрессия" в исследованиях зарубежных и отечественных ученых..... | 6 |
| 1.2. Исследование особенностей послеродовой депрессии у женщин..... | 14 |
| 1.3. Специфика профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара..... | 23 |
| Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара | |
| 2.1. Организация и проведение исследования..... | 36 |
| 2.2. Описание методов и методик исследования..... | 37 |
| 2.3. Результаты исследования..... | 40 |
| Глава 3. Программа профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара | 43 |
| Заключение | 49 |
| Список литературы | 51 |
| Приложение 1 | 54 |
| Приложение 2 | 64 |

После родов 10-15% женщин переживают типичный депрессивный эпизод, но лишь в 3% этот диагноз устанавливается и проводится лечение. С одной стороны, такой низкий показатель диагностики послеродовой депрессии объясняется тем, что в случае атипичной клинической картины общепринятые шкалы, предназначенные для оценки депрессии, утрачивают валидность, а также, возможно, тем, что матери тяжело допустить, что у нее может быть такое заболевание.

Появление депрессии у мамы после рождения малыша происходит не так уж редко. Медики полагают, что каждая десятая женщина сталкивается с подобной проблемой, поэтому необходимо уметь вовремя распознавать симптомы заболевания и принимать необходимые меры.

Следует отличать состояние послеродовой депрессии от послеродовой хандры. В первом случае значительно ухудшается психоэмоциональное состояние молодой мамы, симптомы заболевания усиливаются с каждым днем. При появлении хандры женщина чувствует себя уставшей и раздраженной, но подобные нарушения исчезают в течение короткого промежутка времени.

Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью данного расстройства. По данным разных исследований послеродовая депрессия встречается у 10-15% родивших женщин (Cox J.L., Murray D., Champman G.A., 1998; Kumar R., Robinson K.M., 1984; Скобло Г.В., Баз Л.Л., Баландина Т.А., 1996; Скобло Г.В., Баландина Т.А., 1999).

Актуальность определяется также тем, что изменение эмоционального состояния женщины в кризисный период жизни семьи оказывает сильное влияние на всех членов семьи и, прежде всего, на младенца; влияние послеродовой депрессии оказывается особенно неблагоприятным. Депрессия становится преградой между матерью и ребенком, нарушает контакт и взаимопонимание. Депрессивное состояние матери, продолжающееся длительное время, нарушает нормальное развитие ребенка и способствует

формированию у него психических расстройств разной степени тяжести. Послеродовая депрессия не относится к числу серьезных психических отклонений, но требует своевременной коррекции. В связи с этим изучение факторов, влияющих на формирование послеродовой депрессии и особенностей ее течения, оказывается чрезвычайно важным для профилактики и коррекции данного состояния.

В связи с этим очень важна профилактика послеродовой депрессии. Нужно принимать необходимые профилактические меры с целью недопущения возникновения депрессии, как в период беременности, так и сразу после родов в условиях стационара, чтобы снизить вероятность появления указанного нарушения.

Цель исследования: теоретически обосновать и опытно-исследовательским путем проверить эффективность профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара.

Задачи исследования:

1. Проанализировать понятие "депрессия" в исследованиях зарубежных и отечественных ученых;
2. Исследовать особенности послеродовой депрессии у женщин;
3. Изучить специфику профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара;
4. Провести эмпирическое исследование наличия послеродовой депрессии в условиях стационара;
5. По результатам эмпирического исследования разработать программу, направленную на профилактику послеродовой депрессии в условиях стационара.

Гипотеза исследования:

Уровень послеродовой депрессии будет ниже, если будет проводиться ее профилактика в условиях стационара.

Объект исследований.

Послеродовая депрессия у женщин.

Предмет исследования:

Профилактика в условиях стационара послеродовой депрессии у женщин.

В соответствии с целью, задачами, предметом, объектом и гипотезой исследования применялись следующие методы:

- теоретические: анализ психологической, педагогической, социологической, методической литературы;
- эмпирические: анализ документов, тестирование.
- математико-статистические и интерпретационные методы обработки данных.

В ходе исследования для реализации поставленных задач нами использованы следующие методики:

- Шкала депрессии Э.Бека.
- Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А.Жмурова.
- Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (вариант Немчинова).

Теоретическая значимость исследования заключается в изучении послеродовой депрессии у женщин, выявлении причин ее появления, последствий, эмпирическом изучении проявления уровня выраженности и профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара.

Практическая значимость. Результаты исследования могут быть использованы для работы, направленной на профилактику и снижение уровня депрессии у женщин в условиях стационара.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, содержит библиографию из 43 наименований, 2 приложений. Объем работы: 64 страницы. В работе результаты исследования отражены в 2 диаграммах, 4 таблицах.

Глава 1. Теоретические аспекты проблемы исследования профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара

1.1. Анализ понятия "депрессия" в исследованиях зарубежных и отечественных ученых

До самого недавнего времени в официальных списках болезней депрессия не значилась. На нее зачастую смотрели как на каприз или проявление слабости. Только в 1990 году один из руководителей американского Национального института психологического здоровья Роберт Хиршфельд с удовлетворением констатировал: «Депрессию рассматривают теперь как заболевание, а не как неполноценность». А в России депрессия выделена в отдельную болезнь лишь в 1998 году.

Сегодня в различных литературных источниках можно найти все о явлении депрессии, в том числе множество определений этой болезни. В переводе с латинского "депрессия" - подавленность, угнетенное подавленное психическое состояние. Ее общие признаки таковы: чувство беспокойства, тревожности; ощущение слабости, упадка сил особенно с утра (к обеду или к вечеру силы могут восстановиться), психическая и физическая утомляемость, истощаемость, изменение массы тела; боли, неприятные ощущения в голове, в других частях тела; нарушения сна (если засыпает вечером, то в 2-3 часа утра просыпается, долго не может заснуть, а когда, наконец, засыпает - время вставать); затруднения при засыпании, отсутствие чувства отдыха после сна; чувство подавленности, угнетенности, тоски с оттенком грусти; пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего, будущего; возникновение чувства виновности, греховности, самообвинения, самоуничужения, суицидальные мысли (о самоубийстве, когда собственная жизнь, как высшая ценность, теряет смысл) и действия, приводящие к суициду; снижение интереса к привычным делам; замедление ассоциативного процесса (выраженного в виде субъективного чувства снижения психической активности, ухудшения памяти, отвлекаемость и

рассеянность внимания), понижение самооценки собственных интеллектуальных способностей, возникновение оттенка неуверенности в своих силах и возможностях; снижение удовольствия от ранее приятного; исчезновение чувства близости и любви; ухудшение половой функции (снижение, а порой и исчезновение либидо, фригидность и психологическая импотенция у мужчин); утрата побуждений к деятельности, низкий уровень фрустрационной устойчивости; появление чрезмерной раздражительности и даже агрессивности; потеря чувства юмора; увеличение количества выкуриваемых сигарет; употребление алкогольных напитков больше обычного; общее недовольство собой, происходящим вокруг, неудовлетворенность жизнью; конфликты в семье и на работе [7].

Депрессия - психическое расстройство, вызывающее угнетение жизненных мотивов, целей и нарушающее жизнедеятельность человека. Жизнь теряет смысл. Работать, радоваться, любить становится незачем. Симптомы: плохое самочувствие, отсутствие любых желаний, тоска, черная меланхолия вплоть до нежелания жить. Любая, даже самая элементарная деятельность требует невероятных усилий. Причинами могут стать перегрузки на работе, неблагоустроенная личная жизнь, сильные переживания, черепно-мозговые травмы и опухоли мозга [4].

Депрессия - психическое заболевание, характеризующееся расстройством настроения. Основными симптомами являются: безрадостное, угнетенное состояние, утрата ощущения удовольствия; отсутствие интересов; невозможность сосредоточиться, нарушение памяти; неспособность принять решение, навязчивый возврат к одним и тем же вопросам; страх (перед повседневностью или неопределенный), внутреннее беспокойство, тревога; чувство усталости, отсутствие энергии; нарушение сна; потеря аппетита, снижение веса; отсутствие сексуальных интересов; чувство давления, тяжести в области живота и груди; вегетативные симптомы (сухость во рту, запоры, потливость и т.д.) [18].

Депрессия считается коварной болезнью потому, что ее трудно распознать. Больной обычно не понимает, что с ним происходит. И даже если он обращается к врачу-терапевту, то жалуется, например, на бессонницу или боли в спине, т.е. на сопутствующие болезни явления. Ему прописывают соответствующие лекарства, которые в лучшем случае оказываются бесполезными, поэтому необходимо уметь отличать патологию от просто плохого настроения и обычной усталости. По одной из методик, депрессия весьма вероятна в том случае, если у пациента, по меньшей мере, в течение двух недель наблюдаются два из трех главных признаков и два из семи побочных. В числе главных признаков (симптомов) выделяют следующие: подавленное настроение; потеря интереса к повседневным делам и ко всему, что доставляло радость; повышенная утомляемость. К побочным симптомам относят: трудности при необходимости на чем-либо сосредоточиться; заниженная самооценка и утрата веры в свои силы; обостренное чувство своей вины; пессимизм и безнадежность в отношении будущего; мысли о самоубийстве; нарушения сна; отсутствие аппетита. Правда, бывает и так, что депрессия проявляет себя иначе. Больной вовсе не апатичен, напротив, пытаясь заглушить душевную боль, он демонстрирует повышенный интерес к жизни, усиленно занимается спортом, активен (порой суетлив) на работе, старается произвести благоприятное впечатление на окружающих, хотя порой и срывается, выплескивая на них свое раздражение. «Это тип больного, который по причине своего отношения к жизни сам не считает себя больным, - говорит профессор мюнхенского Института психиатрии Ульрих Витхен, - Однако он, зачастую подсознательно, вырабатывает стратегию борьбы с болезнью, и у этой стратегии есть правильные моменты, но она нередко загоняет человека все глубже в пропасть болезни».

Наука многое сделала для того, чтобы объяснить природу депрессии. Однако создать законченную картину того, что происходит в организме пораженного этой болезнью человека, пока не сумела. О сложности стоящей перед учеными задачи говорит хотя бы тот факт, что наш мозг состоит из

миллиардов нервных клеток - нейронов, которые «общаются» между собой с помощью передатчиков информации (насчитывается более тысячи видов таких сигнальных веществ - медиаторов). Некоторые исследователи возникновения депрессии объясняют как раз недостатком или переизбытком определенных сигнальных веществ.

Другие обращают внимание на изменения в самом мозгу: у депрессивных больных те его части, которые «ответственны» именно за положительные эмоции, уменьшаются в объеме на 40 процентов. Правда, существует и другое объяснение «усыхания» мозга: недостаток питания. Ведь известно, что отсутствие аппетита - один из симптомов депрессии. Наконец, третьи ищут (пока безуспешно) «ген депрессии».

Вполне вероятно, что биологическая природа болезни объясняется совокупностью всех этих факторов. Но может быть, что в каждом отдельном случае решающую роль играет один из них. А если так, то понятием «депрессия» обозначаются весьма разные болезни. Ведь и насморк вызывается либо вирусами, либо цветочной пылью [5].

По мнению известного психотерапевта Покрасса Михаила Львовича, депрессия - это проявление и необходимый инструмент осознанной или неосознанной перестройки мотивационной системы ценностей - инструмент выбора, механизм самостроительства или саморазрушения. Депрессия возникает всякий раз, когда человек сталкивается с отсутствием условия, без которого для него невозможно удовлетворение его ценностей, сохранение целостности "Я" или самой жизни, невозможно осуществление важной для него активности [2].

Депрессия, по мнению американского психотерапевта Ш. Трикетт, часто является следствием тревоги. В состоянии тревоги действия человека ускоряются, а при депрессии - наоборот, замедляются. Депрессия выступает вынужденным отдыхом организма после тревоги.

Ш. Трикетт подчеркивает, что депрессивное состояние в большей или меньшей степени действует на всего человека, перестраивает всю его

структуру - начиная от мыслей, заканчивая его поведением. Хотя эти изменения могут происходить постепенно, депрессивный человек отличается от того, каким он был до начала депрессии. Возможно даже, что он становится собственной противоположностью [36].

Наиболее очевидный и типичный признак депрессии - тоскливое настроение, а также переживание подавленности, одиночества или апатии. Человек в состоянии депрессии может плакать, даже тогда, когда казалось бы нет очевидного повода или, наоборот, утрачивает способность плакать при подлинно тяжелых событиях. Гнетущее ощущение подавленности, опустошенности, полной безнадежности являются симптомами депрессивных расстройств большинства людей. Мрачное расположение духа - не просто печаль, это мучительная душевная боль. Однако печаль отмечают у себя не все страдающие депрессией. У детей и подростков состояние депрессии проявляется чаще в форме не унылого настроения, а раздражительности. Молодые люди в состоянии депрессии в основном капризны, легко раздражаются и говорят они главным образом о собственном "уродстве", "глупости", о своей "бесполезности". Иные взрослые в состоянии депрессии также бывают совсем не печальны, а брюзгливы, ворчливы и даже гневливы и враждебны. Пожилые же чаще жалуются не на подавленное настроение, а на неприятные физические ощущения и боли.

Курпатов А.В. считает, что в депрессии многие замыкаются в себе, отгораживаются от других. Характерно, что человек в состоянии депрессии имеет весьма негативный взгляд на самого себя. Он убежден в собственной беспомощности и полном одиночестве на белом свете. Обвиняет себя за самые тривиальные погрешности и недостатки. Для депрессивных людей характерен пессимистичный взгляд на себя, мир, собственное будущее. Депрессивный человек теряет интерес к тому, что происходит вокруг, и зачастую не получает удовольствия от тех занятий, которые обычно его радовали. Он часто испытывает трудности в принятии, а также в выполнении уже принятых решений [1].

По мнению Ковалева Е.В., во время депрессии преобладают устойчиво-негативные, безнадежные мысли о будущем и настоящем. Они могут быть смешаны с раздумьями о смерти и самоубийстве. Человек в депрессии чувствует себя одиноким, неполноценным, безнадежным и бесполезным: он пессимистично настроен по отношению почти ко всему. До 80% всех депрессий протекают с суицидальными тенденциями (мысли о самоубийстве и попытки свести счеты с жизнью) [31].

Кроме того, по мнению Ш. Трикетт, человек в депрессии может испытывать трудности с сосредоточением, вниманием, памятью и принятием решений. Поэтому у людей старшего возраста потеря ориентации, возникающая вследствие депрессии, может быть ошибочно принята за старческое слабоумие и помешательство. И как самое крайнее проявление, возможна непоследовательность и хаотичность мыслей.

Чрезмерная тревога и ужас перед настоящими событиями также могут сопровождать депрессию: согласно исследованиям, более 60 процентов людей, страдающих депрессией, чувствуют сильную тревогу; у них может нарушиться обычный аппетит и сон. Большинство теряет вес, но некоторые в результате своей болезни начинают, есть еще больше, а бывает, то объедаются, то вообще ничего не едят. Сон и усталость также являются основными проблемами. Люди, страдающие депрессией, могут рано просыпаться, иногда не могут заснуть вообще или спят намного больше, чем обычно. Даже если они спят, то сон их, как правило, беспокойный, без сновидений, им трудно заснуть или их мучают кошмары, наполненные образами смерти, разрушения и тьмы. Следовательно, сон мало облегчает их всепоглощающее чувство усталости и у них наступает истощение.

Кроме того, депрессию может сопровождать потеря интереса к сексу. Для некоторых людей, страдающих депрессией, необходимость половой близости переходит в ненасытный голод, который приводит к постоянной тревоге, что их оставят или отвергнут. Отвращение к себе и обесценивание

себя, особенно если оно касается чувства неполноценности по поводу своего тела, может стать средоточием депрессии [11].

Апатичность и неспособность закончить работу, а также трудности, возникающие при чтении и изучении, - все это симптомы депрессии. М. Голант отмечает, что при депрессии "...каждый вздох может сопровождаться глубокими стонами. Некоторые люди постоянно заливаются слезами или просто находятся на грани потери самообладания, плача по каждому малейшему поводу. Одни сутулятся и еле волочат ноги, другие, наоборот, возбуждены и нервозны. Некоторые, страдающие депрессией, способны функционировать, несмотря на свой недуг, тогда как другие не способны даже выполнять простые повседневные дела, например, одеться, приготовить еду или поесть, помыться или пойти на работу". Все эти симптомы взаимодействуют друг с другом и накладываются друг на друга, а не действуют в одиночку. Один симптом может приводить к другому, и в итоге человек начинает "скатываться вниз". Справиться с этим в одиночку сложно, помощь специалиста способна помочь человеку в этой ситуации.

Специалистов интересовали не только проявления депрессии, но и ее причины, среди которых А. Лоуэн выделяет такую как преследование нереальных целей. Основными человеческими потребностями, кроме физиологических, являются любовь, самовыражение и свобода [20].

Преследуя наши иллюзии, мы ставим перед собой нереальные цели, то есть те цели, достижение которых, по нашему убеждению, сделает нас свободными, и восстановит наше право на самовыражение, и даст нам способность любить. Причем нереальными являются не сами цели, а вознаграждения, которые должны последовать после их достижения. Среди целей, которые многие преследуют, можно выделить следующие: богатство, успех и слава. Никакое количество денег не может обеспечить внутреннего удовлетворения, которое само по себе делает жизнь радостной и ценной. В большинстве случаев стремление приобрести богатство отклоняет энергию

от деятельности более творческой, более самовыразительной и ведет к обнищанию духа.

Депрессия стала таким распространенным явлением в наши дни, потому что мы живем в нереальности, и большая часть энергии уходит на преследование нереальных целей. Человек будет до тех пор подвержен депрессии, пока будет искать источники для самореализации вне себя. Если он будет думать, что, имея все материальные преимущества, которыми обладают его соседи, станет более важным, будет в большей степени человеком, будет жить в мире с собой, то может горько разочароваться. А с разочарованием придет и депрессия.

Людей можно разделить на две категории: сосредоточенных на внешнем мире и его ценностях и живущих своим внутренним миром. В широком смысле внутренне-ориентированный человек обладает сильным и глубоким чувством самости. В отличие от человека внешнего мира его поведение и взгляды мало подвержены влиянию постоянно меняющихся условий внешнего окружения. Его личность имеет внутреннюю стабильность и порядок, находится на твердом фундаменте самоосознания и самопринятия. Он крепко держится на ногах и знает, на чем он стоит. Все эти качества отсутствуют у человека внешне-ориентированного, который в сильной зависимости от окружающих, особенно в своей эмоциональной сфере. Лишенный поддержки других он впадает в депрессию. Еще одним различием между человеком внутреннего и внешнего мира является то, во что они верят. Человек, сосредоточенный на своем внутреннем мире, верит в себя. Человек, сосредоточенный на внешнем мире, верит в других людей, поэтому он всегда рискует столкнуться с разочарованием [23].

Таким образом, можно сделать вывод, что при депрессии страдают практически все сферы - эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах клиента, так и объективно - в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше

воспринималось как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость - различные формы досуга, общения, чтение книг, хобби и прочее.

Пропадет не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности, у страдающего депрессией нет мотивации, не возникает желание приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием и раздражением, эти нарушения составляют один из главных диагностических признаков депрессии, который обозначается как "утрата интереса и удовольствия".

Таким образом, депрессия - это психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: снижением настроения, утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления.

1.2. Исследование особенностей послеродовой депрессии у женщин

Послеродовая депрессия (ПД) - достаточно широко распространенное эмоциональное расстройство. Это длительное и субъективно тяжелое состояние, сопровождающееся снижением настроения, недостатком интереса к жизни, подавленностью. У женщин с подобным расстройством выявляется высокий уровень тревоги, иногда - страхи [10].

ПД - это сложная смесь физических, эмоциональных и поведенческих изменений, что происходит в жизни женщины сразу после родов. Согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим заболеваниям, послеродовая депрессия это форма острой депрессии, что проявляется на четвертой недели после рождения ребенка. Процесс постановки диагноза включает не только временные рамки появления симптомов болезни, то также и ее стадию сложности.

Послеродовая депрессия тесно связана с химическими, социальными и психологическими изменениями в жизни женщины, происходящими после рождения ребенка. Термин описывает ряд физических и эмоциональных изменений, которые переживает каждая молодая мама. К счастью, как и

другие формы депрессии, послеродовую депрессию можно вылечить с помощью медикаментов или психотерапии.

При ПД часто встречаются и соматовегетативные симптомы:

- отсутствие или снижение аппетита
- те или иные расстройства сна (трудность при засыпании, раннее пробуждение, поверхностный сон, не приносящий чувства отдыха, или кошмарные сновидения)
- отсутствие сил и желания что-либо делать, сопровождающееся постоянным чувством усталости;
- невозможность сконцентрироваться на простых жизненных ситуациях;
- головные боли, головокружение, мигрень
- неприятные ощущения в области сердца и живота, боли в суставах;
- нарушение менструального цикла, исчезновение сексуального влечения.

Для ПД характерна неспособность адекватно оценивать свое состояние, изменить плохое настроение на хорошее, тревогу и обидчивость - на спокойствие и деловитость. Ситуация усугубляется еще и тем, что негативные переживания, испытываемые женщиной, не похожие на ожидаемую радость и облегчение, которые должны были бы наступить после родов. Возникает чувство одиночества, изолированности, кажется, что никто не обращает внимания и совершенно не придает значения тому, что происходит с ней, не понимает всей важности ее беспокойство по поводу ребенка. Женщине кажется, что ее состояние совершенно не интересует окружающих, что они не поддерживают и не понимают ее.

Выделяют следующие клинические варианты послеродовых депрессий:

- послеродовая депрессия (преходящее состояние, встречается у трети женщин вскоре после рождения ребенка, обычно не требует специального лечения).

- лёгкое или умеренно выраженное депрессивное состояние, возникающее в течение года, следующего за рождением ребенка (развивается у 10% женщин).

- послеродовые психозы с атипичной картиной (депрессивные или маниакальные симптомы присутствуют одновременно, в дальнейшем высок риск развития биполярных расстройств).

Послеродовая депрессия обусловлена действием широкого спектра разнообразных факторов. Можно выделить четыре основные группы этих факторов:

1. наследственная предрасположенность к аффективным расстройствам;

2. физические и физиологические причины (изменения организма во время беременности и после родов и т.п.);

3. социальные факторы (особенности семьи и социального окружения)

4. психологические факторы (особенности личности женщины, восприятия себя как женщины, матери и т.п.).

Следует отметить, что, как правило, причины ПД носят комплексный характер. Рассмотрим их подробнее.

Наследственная предрасположенность к аффективным расстройствам, как правило, проявляется задолго до беременности и родов. Такие женщины часто испытывают значительные эмоциональные колебания: «приступы» раздражительности, вялости, утомляемости, повышенной плаксивости. Иногда их сопровождает склонность к тревогам и страхам, вегетативные нарушения (головокружение, головная боль, тошнота, озноб, учащенное сердцебиение и мочеиспускание, нарушение сна и аппетита). Беременность и роды служат лишь толчком для возникновения депрессивного состояния.

Во время беременности происходит сильное изменение уровня гормонов в организме женщины: изменяется как количество гормонов, выделяемых так и их соотношение. Растущий уровень гормонов обеспечивает оптимальный кровоток в сосудах плаценты, а в момент родов -

способность матки к сокращениям. После родов резкое снижение прогестерона и эстрогена вызывает изменение эмоционального состояния женщины, возникновение дряблости. Гормональные причины обычно связывают с послеродовой грустью, которая длится от нескольких часов до 3-х дней, но не более.

К физиологическим факторам возникновения ПД также можно отнести переутомление и недосыпание, связанные с кормлением и уходом за новорожденным.

Также послеродовые психические расстройства могут быть связаны с инфекцией, попавшей в организм во время родов через половые органы. Физическое состояние после родов также может рассматриваться как один из факторов ПД, например, наличие швов, усталость, трудности с туалетом, едой, отсутствие комфорта в палате. С физическим состоянием также связано принятие образа тела после родов. Женщины, которые боятся потерять тонкость талии, переживают за состояние фигуры, болезненно воспринимают появление живота, обвиснув, переживают, что никогда не удастся восстановить прежние формы.

К социальным факторам возникновения ПД в первую очередь относятся отношения в семье, поскольку в послеродовом периоде поддержка и внимание близких становятся крайне необходимы для женщины. Любые трудности в отношениях с мужем и родителями могут стать провоцирующим фактором послеродовой депрессии.

Изменения, происходящие в жизни семьи после появления ребенка, также играют роль в возникновении депрессии. Отношения между супругами, родительские отношения текущие и предыдущие, жизненные события, способности и отношения, поддерживающие отражаются на состоянии матери и ребенка. Например, если отец ребенка отказывается помогать жене в уходе за ребенком или проявляет недостаточно внимания к жене.

Исследование особенностей семей, которые вызывают или усиливают ПД, показали, что женщины с ПД значимо чаще имели дисфункциональные родительские семьи, а также свои собственные, они получали меньше поддержки со стороны своих матерей и своих мужей [16].

Зачастую неумение построить свою собственную семейную жизнь обусловлено отсутствием положительного опыта семейной жизни, полученного в детстве и юности в родительской семье. Доверие, поддержка и любовь родителей способствуют формированию у будущей мамы уверенности в себе, что помогает впоследствии адаптироваться к новой себе в роли матери. А если у женщины нет положительного опыта семейной жизни, который помогает строить отношения в собственной семье, она оказывается неподготовленной к восприятию себя в роли жены, а потом и матери. Ей труднее понять причины неизбежных трудностей семейной жизни. Она хуже адаптируется к любому стрессу, в том числе к беременности и родам.

Также было отмечено, что одинокие матери чаще испытывают депрессивные состояния.

Исследование Брутман показывают, что возраст матери также влияет на эмоциональное состояние после родов. Женщины, которые становятся матерями в возрасте до 21-го года склонны к депрессивным состояниям, поскольку не готовы к выполнению материнской роли, не закончили образование, не могут самостоятельно обеспечить свое существование [18]. Материальное положение, жилищные условия, также могут в некоторой степени влиять на состояние матери.

Также к социальным факторам можно отнести особенности взаимоотношения женщины с врачом и персоналом клиники, где она наблюдалась во время беременности и где проходили роды. Отсутствие информации о применяемых медицинских процедур, невежливое и невнимательное отношение персонала клиники приводят к возникновению напряжения. Женщины, для которых обстановка родильного отделения

знакомая, контакты с врачами, акушерками привычные, менее подвержены влиянию ПД. Положительно влияют посещение специальных курсов по подготовке к родам, которые позволяют женщине лучше узнать о самом процессе родов, применяемых процедурах и т.п.

Также можно отметить и особенности переживания родов: то, как протекали роды (естественным путем или с медицинским вмешательством), кто находился рядом с женщиной, как осуществлялось вмешательство, в каких условиях проходили роды и так далее. Эти факторы могут послужить причинами развития ПД.

Пол и темперамент младенца также могут повлиять на возникновение неблагоприятного состояния у матери. Например, если для семьи рождение мальчика было предпочтительнее или ожидалось, а родилась девочка. Особенно негативная реакция проявляется в случае, когда диагностика пола ребенка с помощью УЗИ оказалась ложной. А также если социокультурное представление о ребенке, в большей степени связаны с "сыном", где появление дочери воспринимается как маленькая трагедия.

Психологические причины возникновения ПД наиболее разнообразны. Они связаны как с желательности или нежелательностью беременности, представлениями о семье и браке, роли женщины и матери, так и с личными особенностями женщины, ее готовностью к родам, материнству и т.п.

Депрессивное состояние меняет не только саму женщину, но и ее отношения с миром. Наиболее негативным образом это сказывается на ее отношениях с собственным ребенком, поскольку именно с ним она проводит больше всего времени и так как чаще всего свое депрессивное состояние женщина связывает с ним [10].

Послеродовая депрессия изменяет восприятие собственного ребенка, установки матери по отношению к нему, его поведение с ним. Такие женщины в течение трех-четырех (а иногда и более) месяцев после родов испытывают подавленность, тоску и апатию. Им бывает крайне трудно ухаживать за младенцем. Они растеряны, поскольку не могут понять, что с

ними происходит, почему они воспринимают своего ребенка как нечто чуждое, «не могут его полюбить», и нередко бывают раздражены тем, что ему необходимо уделять столько времени, внимание и сил. Любые действия ребенка могут вызвать негативную реакцию, и даже враждебность. Такие матери менее эмоциональные в контакте с ребенком, они реже подходят к малышу, редко берут его на руки, улыбаются и разговаривают с ним, недостаточно живо реагируют на его дискомфорт. Одновременно с этим женщина часто испытывает неуверенность в том, что она правильно ухаживает за своим ребенком, чувствует себя неспособной в роли матери. Часто это сочетается с постоянной и безосновательной тревогой за здоровье малыша.

Подобное состояние матери нарушает эмоциональное общение с ребенком. И чем дольше оно длится, тем сильнее влияет на ребенка, семью, личность матери. Экспериментальные исследования взаимодействия матерей с ПД и их детьми показывают, что ПД оказывает негативное влияние на взаимодействие мать с ребенком и на их взаимоотношения [10].

В целом такое поведение можно охарактеризовать как "нечувствительную" по отношению к ребенку. Более того, матери с ПД могут продолжать вести себя таким негативным образом после окончания депрессии.

Важно отметить, что крайне выраженные формы ПД могут привести к полной неспособности к уходу за новорожденным.

Мягкие и умеренные ПД оказывают меньшее влияние, но также нарушают взаимодействие между матерью и ребенком. В большей степени это касается не физиологического ухода, а эмоционального отношения.

В состоянии депрессии женщине трудно заботиться о малыше, понимать его потребности. Матери не подходят к младенцам, когда они плачут, реже берут их на руки, отказываются кормить грудью.

Существенное влияние на формирование ПД оказывает и готовность к материнству: неготовность к материнству, нежелание принять роль матери

или несформированность представлений о материнстве и новой роли служат причиной формирования тревожности и депрессии в послеродовом периоде.

Причины появления послеродовой депрессии могут быть разные, но специалисты отмечают ряд факторов, которые существенно увеличивают риск ее возникновения:

- низкий социально-экономический статус женщины.
- отсутствие хорошей материальной базы и поддержки.
- прекращение трудовой деятельности до родов.
- пассивность мужа в вопросах помощи и ухода за ребёнком.
- разлука с ребёнком.
- рождение мёртвого малыша или младенца, страдающего тяжёлыми заболеваниями.
- отрицательные события в жизни, предшествующие родам.
- отсутствие профессионального образования.
- страх взять на себя ответственность за ребёнка.
- возраст женщины до восемнадцати-двадцати и после сорока лет.
- холодные отношения молодой матери с собственными родителями.
- неудовлетворённость ожиданий от родов.
- страх не соответствовать образу идеальной молодой матери.
- боязнь физических изменений.
- проблемы с грудным вскармливанием.
- нарушение сексуальных отношений с супругом.

Так же одной из причин появления послеродовой депрессии может стать отсутствие связи между поколениями по женской линии. В старину, при молодой маме первое время всегда находились женщины ее рода – мама, бабушка, тетя, и т.д. Вопрос о том, как справиться с послеродовой депрессией тогда вообще не стоял, поскольку рядом всегда были старшие женщины, уже имеющие опыт материнства. Они брали на себя часть обязанностей по уходу за ребенком, давали полезные советы, да и просто периодически

предоставляли молодой маме возможность отдохнуть, восстановить свои силы.

Сегодня такое состояние как послеродовая депрессия, проявляется чаще всего потому, что связь поколений нарушена: некому оказать помощь и дать совет роженице, или даже просто успокоить. Поэтому крайне важно, чтобы молодую маму чаще навещали старшие женщины, или хотя бы просто подруги, имеющие опыт материнства.

В других случаях депрессия обусловлена наследственными (генетическими) причинами. При этом роды играют лишь роль «пускового механизма», вызывая развитие заложенной в генах «патологической программы».

Еще одной причиной послеродовых депрессий может служить тяжело протекающая телесная патология. Например, послеродовые эндометриты (воспалительный процесс в матке), кесарево сечение, тяжело протекающие токсикозы.

Важно отметить, что во многих случаях наблюдается сочетание нескольких из упомянутых причин.

Как правило, через несколько дней после родов у большинства женщин наступает некоторое снижение настроения, которое в дальнейшем может либо выровняться к концу второй недели после рождения ребенка, либо перерасти в послеродовую депрессию. Зачастую, никто не обращает внимания, на это состояние, объясняя всё усталостью и недостатком сна.

И только если послеродовая депрессия затягивается и начинает влиять на отношения в семье, а также на количество и качество внимания, уделяемого ребенку, женщина (а чаще - ее близкие) начинают понимать, что не все в порядке и, возможно, необходима помощь психолога.

Послеродовая депрессия проявляется: перепадами настроения, беспокойством, тревожностью, раздражительностью, бессонницей с одновременной сонливостью, отказом ухаживать за ребенком, постоянной плаксивостью, часто лежит, не хочет вставать с постели, не общается с

ребенком и остальными членами семьи, к ребенку пропадает активный интерес, не проявляет никакой инициативы, ощущает особенное ухудшение настроения по утрам, неэнергична, жалуется на недостаточную помощь со стороны близких, жалуется на утомляемость.

Если и в этом случае никто не обратит внимания на послеродовую депрессию и не инициирует начало ее лечения, расстройство, скорее всего, будет прогрессировать. Через несколько месяцев дальнейшее развитие послеродовой депрессии может привести к необходимости госпитализации женщины.

Послеродовая депрессия может достигать различной глубины – от затянувшегося астенического синдрома с пониженным настроением, нарушениями сна и аппетита до тяжелых состояний, которые могут перейти в острый психоз или эндогенную депрессию.

Таким образом, если послеродовой период сам по себе не является тем событием, которое провоцирует развитие депрессии после родов, то совокупность различных психотравмирующих факторов (как связанных с материнством, так и не связанных) повышает риск возникновения послеродовой депрессии.

Если послеродовая депрессия не диагностируется и соответственно не лечится, она может приобрести хроническое течение, при этом у матери резко снижается самооценка. В таком случае ее охватывает стойкое чувство беспомощности и отчаяния.

1.3. Специфика профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара

Переживания беременности и динамика стиля переживания беременности отражает ценность ребенка, типа интерференции ценности ребенка с другими значимыми для женщины ценностями, является прогностическим для выявления особенностей материнского отношения и

динамики ценности ребенка после родов. Это позволяет строить гипотезу о возможных осложнениях материнско-детского взаимодействия в родах и после родов. Во время беременности возможно предсказать содержание некоторых компонентов материнского поведения (например, стили эмоционального сопровождения, использования средств контроля при определении состояния ребенка, динамику ценности ребенка и некоторые другие) и степень отклонения стили материнского отношения от адекватного. Кроме того, в беременности возможен прогноз возникновения послеродовых депрессий или психозов на основе прогнозируемого резкого снижения ценности ребенка или тенденции к исключительной ценности малыша в сочетании с общей динамикой стили переживания беременности и склонности к депрессивным или психотическим состояниям.

Изучение психологического состояния женщин во время вынашивания ребенка (В. Брутман, А.Я. Варга, М.С. Радионова, Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова и др.) позволяет предположить, что в беременности есть собственная, характерна для нее динамика обострения и ослабления проблем, у женщины. В первом триместре актуализируются и остро ощущаются проблемы с собственной матерью и другими объектами привязанности, проблемы отношений с мужчиной. Во втором и третьем триместрах появляется выраженное избегание отрицательных эмоций, проблемы первого триместра явно ослабляются, актуальными становятся страх перед родами и своей некомпетентностью в послеродовом периоде. В начале третьего триместра выражен «синдром обустройства гнезда», который проявляется в повышении активности, стремлении упорядочить имеющиеся проблемы.

Направление активности в этот период на подготовку к родам и послеродовой период соотносится с благоприятной динамикой течения беременности и ценности ребенка, активность, не связанная с ребенком, - с неблагоприятной динамикой. До окончания беременности чаще всего ослабевают страх родов, своей некомпетентности, снижается напряжение

всех последних проблем. Обратная ситуация отражает выраженную неблагоприятную динамику переживания беременности и ценности ребенка.

Показано, что особенности материнской сферы является относительно устойчивыми для каждой женщины. Однако они могут варьировать относительно каждого конкретного ребенка. К моменту рождения ребенка у матери есть некоторый «стартовый уровень» содержания всех блоков материнской сферы, обусловленный историей ее развития, включая опыт, полученный с предыдущими детьми.

Современные исследования позволяют использовать объективные критерии для диагностики стиля переживания беременности и прогноза стиля материнского отношения, ценности ребенка и его динамики. Одним из основных критериев успешности материнства является способность матери быстро и адекватно реагировать на состояния ребенка и качественно удовлетворять его потребности (в том числе и в эмоциональном общении). Для этого матери необходимо чувствовать эмоциональное и физическое состояние малыша, ориентируясь на свое состояние, а не на рациональные способы контроля, то есть уметь синхронизироваться с эмоциональным состоянием ребенка. Одним из самых старых и эффективных средств эмоциональной синхронизации является интонация вокализмов партнера по общению, которое хорошо выражено у млекопитающих, в том числе и у приматов. Эта форма поведения используется во внутренней стадии взаимодействия и ярко выраженная во взаимодействии матери с детенышем. В речевом общении взрослых с ребенком такая интонация является одним из компонентов baby talk. Наличие интонации вокализмов ребенка позволяет матери определить эмоциональное состояние малыша, сформировать средства невербальной взаимодействия с ним, повысить субъективизацию ребенка, предоставить ему свидетельство своей эмоциональной участия и возможность для освоения средств общения. Распознавания матерью интонаций плача младенца является объективным показателем ее материнской компетентности (исследование Н.Я. Кушнир). Новорожденные

дети чувствительны к интонациям голоса взрослого, они предпочитают совпадения источника голоса и зрительной стимуляции (лицо матери). Использование интонации при передаче эмоционального смысла ситуации является онтогенетически более ранней по сравнению с смысловой. Дети дошкольного возраста при затруднении в объяснении эмоций используют интонации (исследование Н.В. Соловьевой). Все это позволяет предположить, что интонация матерью вокализмов ребенка является одним из показателей ее материнской компетентности и благоприятной направленности на ситуацию взаимодействия с ребенком. В беременности можно выявить появление такого изменения голоса матери, его связь с ситуацией взаимодействия с ребенком.

Психологическая помощь матери и ребенку на разных этапах развития материнства и материнско-детского взаимодействия должна строиться с учетом всех особенностей содержания и развития материнской потребностно-мотивационной сферы женщины.

Своевременная диагностика содержания и развития материнской сферы позволяют выявить группу риска (нарушение материнско-детского взаимодействия, девиантное материнство, послеродовые депрессии и т.п.) на первых месяцах беременности и даже в период планирования беременности (в центрах планирования семьи, в женских консультациях). Опираясь на представление о онтогенетических этапах материнской сферы, можно строить профилактическую и коррекционную работу в закрытых детских учреждениях. Диагностика и направленная психологическая помощь по проблемам материнства необходимы.

Психологическая помощь для женщины по проблемам материнства может осуществляться в рамках различных форм психологической практики. Чаще всего это не специализированные психологические службы. Можно выделить четыре направления психологической практики, где женщина может получить более или менее полноценную и квалифицированную помощь по проблемам материнства:

- Подготовка к родам и материнству (курсы для будущих родителей, школы подготовки к родам и т.д.).

- Индивидуальное и семейное психологическое консультирование и психотерапия.

- Психологическая помощь матери и ребенку.

- Комплексная психологическая помощь по проблемам материнства.

Каждый из этих направлений основывается на всевозможных психологических подходах и технике консультирования и терапии и более менее включая проблематику материнства.

Подготовка к родам и материнству

Такая подготовка осуществляется различными медицинскими и психологическими организациями, а также неформальными объединениями родителей и индивидуально практикующими специалистами (психологами, акушерами и т.п.). Это могут быть курсы и школы для будущих родителей и другие, которые в основном ставят своей целью подготовку беременных женщин и семейных пар к родам. В такую подготовку входит обучение технике расслабления, дыхания, регуляции своих эмоциональных состояний, освоение разных навыков для облегчения родов, в том числе «родового голоса» и т.п. Обычно включаются занятия по повышению родительской компетентности, гимнастика, различные формы творческой деятельности.

В некоторых случаях программа шире, с акцентом на психологическую подготовку к родам и материнству. Используются различные формы групповой работы, направленной на развитие творческих способностей, личностный рост, развитие эмоциональной сферы, снятие тревоги, обработка образа ребенка, своих ожиданий от родов, используются методы пренатального обучения и налаживания взаимодействия матери с ребенком во время беременности.

Занятия в таких школах проводятся групповые, часто совместные для будущих матерей и отцов. Включаются методы арттерапии, групповой психотерапии, музыкальной и телесно-ориентированной терапии,

аутотренинг, хоровой и индивидуальный пение и т.п., частично адаптированные для целей подготовки к родам и материнству. Разработаны оригинальные методы, например обработки образа ребенка и своих ожиданий от родов с помощью медитаций, рисунков, других видов творческой деятельности, групповое обсуждение проблем беременности и родов, освоение родового голоса и пение колыбельных песен и др. Проводится тренинг поведения в родах, взаимодействия с ребенком, семейных отношений.

За рубежом такие школы и курсы достаточно широко распространены и чаще всего проводятся на базе родильных домов или местных медицинских учреждений.

Недостатком этой формы психологической помощи, кроме ее недостаточной распространенности и малодоступности для населения, является ориентация на роды в качестве основной и часто конечной цели. Хотя в большинстве случаев речь идет о налаживании взаимоотношения с ребенком, и вся подготовка строится с позиций обеспечения для него лучшего будущего, однако контакт со специалистами после родов прерывается, и дальнейшие проблемы материнства должны решаться либо самостоятельно, либо женщина вынуждена обращаться к другим специалистам. Кроме того, такая подготовка ориентирована на групповую работу, часто вообще без использования индивидуального консультирования. Обычно не проводится предварительная индивидуальная диагностика особенностей материнской сферы, и женщины в процессе групповых занятий сами прорабатывают свои проблемы. Разумеется, этот способ также является очень эффективным, особенно в тех случаях, когда подготовка к родам сочетается с ведением родов.

Индивидуальное и семейное психологическое консультирование и психотерапия

Проблемы материнства могут решаться в рамках общей семейной и индивидуальной консультационной и психотерапевтической работы. В

данном случае важно, насколько психолог знаком с проблемами беременности и материнства.

Часто применяются психоаналитические и микропсихоаналитические подходы к консультированию и терапии, ориентированные на обработку личных проблем матери, а также центрированная для клиента и семейная терапия и консультирование.

В зарубежной практике беременность рассматривается как кризисное состояние, требующее психологической поддержки. Широко используются различные диагностические методы - личные, проектные, для определения уровня и динамики тревожности и тому подобное. Выбор терапевтической техники основывается на индивидуальных особенностях женщины и характере проблем, существующих в ней. Нередко используются комплексные методы оказания помощи, включающие услуги гинекологов, психологов, психиатров, педиатров и т.д. В нашей стране подобные методы применяются в исследовательских и диагностических целях (работы Г.В. Съкобло и А.Ю. Дубовик, О. Баженовой, Л.А. Баз, О.А. Копыл, В. Козловской и др.).

Недостатком этих форм психологической помощи является их несистематичность, разорванная с работой других специалистов, имеющих отношение к ведению беременности, родов, педиатрической службы. Мать оказывается перед необходимостью обращаться к разным специалистам по разным поводам, связанным с материнством. Лучше обстоят дела при комплексном подходе, но, к сожалению, он очень редко бывает доступен для женщины.

Психологическая помощь матери и ребенку

Чаще всего этот вид психологической помощи ориентирован на дошкольный и более старший возраст ребенка. Для родителей с детьми раннего возраста такая помощь оказывается психологами детских дошкольных учреждений или в специализированных центрах, очень редко - в психологических консультациях.

Консультирование для матерей с младенцами, а тем более новорожденными, не говоря уже о пренатальный период, практически не проводится. Исключение составляют отдельные специалисты при научно-исследовательских учреждениях. За рубежом этот вид помощи распространен, однако для родителей с маленькими детьми он также менее доступен и чаще всего совмещенный с педиатрической практикой.

При предоставлении такого рода психологической помощи широко используются методы диагностики развития ребенка, его эмоционального благополучия, диагностики родительского отношения и взаимодействия матери с ребенком. Этот род психологической практики традиционно ориентирован на проблемы ребенка, мать, и ее психологические проблемы рассматриваются (и корректируются) с позиций оптимизации условий развития ребенка.

Чаще всего это детско-родительское или семейное консультирование, которое проводят специалисты в области психического развития ребенка. Нередко в этих случаях открывающиеся для матери ее собственные проблемы побуждали ее обращаться к другим специалистам. Такое положение относительно проблем материнства снижает эффективность этого вида психологической помощи.

Комплексная психологическая помощь по проблемам материнства

В настоящее время еще нет такой развитой и самостоятельной службы. Такая служба должна объединить необходимую помощь матери и ребенку во всех возрастах, начиная с планирования беременности, а может быть, и еще раньше, включая консультирование по формированию материнской сферы в онтогенезе.

Структура и содержание психологического консультирования

Индивидуальное консультирование по проблемам материнства начинается чаще всего в период беременности и может охватывать послеродовой и более поздние периоды материнско-детского взаимодействия. Хорошо, если оно может сочетаться с групповой работой (подготовка к

родам, школа для родителей и т.п.). Консультирование включает несколько сеансов, количество и продолжительность которых зависят от конкретного случая.

При общем ведении беременности целесообразна следующая последовательность этапов консультирования, каждый из которых может включать один или более сеансы.

Этап планирования беременности. Проводится диагностика содержания и онтогенеза материнской сферы женщины, определяется «стартовая» ценность ребенка, содержание ценностей, «внедряются», и тенденция их интерференции с ценностью ребенка. При анализе онтогенеза выявляются возможные нарушения онтогенетических этапов (недостаточность опыта, его неадекватное для задач материнства содержание). При необходимости делаются профилактические или коррекционные мероприятия.

Первый триместр беременности. Проводится дополнительная диагностика содержания материнской сферы и динамики ее развития в начале беременности. Обсуждаются ситуация идентификации беременности, стиль переживания соматической симптоматики, содержание и динамика эмоционального состояния. Строится первая психологическая гипотеза динамики развития материнской сферы в беременности и интерференции ценности ребенка с теми, что «внедряются».

Второй триместр беременности. Обсуждается первое шевеление ребенка, отношение к шевелению в дальнейшем. Проводится диагностика динамики развития материнской сферы, уточняется первичная гипотеза, строится прогноз особенностей родов и послеродовых взаимодействий с ребенком. Обсуждаются возможности и способы установления взаимосвязи с ребенком на основе ощущений от шевеления.

Третий триместр. Проводится дальнейшая диагностика динамики развития материнской сферы. Проектируется перинатальное взаимодействие с ребенком. Уточняются гипотеза и прогноз родов и послеродового периода.

Предродовой период. Основная цель - уточнение гипотезы и прогноза родов и послеродового периода и психологическая подготовка к родам.

Послеродовой период. Патронаж на дому. Обсуждение родов, первого впечатления от взаимодействия с ребенком, существующих проблем. Установление контакта с ребенком, процесса кормления. Уточнение гипотезы и прогноза стиля материнско-детских отношений. Делается прогноз возможного возникновения послеродовой депрессии.

Окончание периода новорожденности. Диагностика динамики развития материнской сферы и актуальной материнско-детского взаимодействия. Общая диагностика психического развития ребенка. Помощь в решении возникающих проблем взаимодействия с ребенком.

Дальнейшие консультации по мере необходимости, желательно контролировать в конце каждого полугодия жизни ребенка.

В процессе консультаций вводятся необходимые действия. Их форма зависит от результатов диагностики. Во время беременности обязательно включаются способы подготовки к родам и материнству, учитывающие возможность групповой работы. При необходимости делаются индивидуальные меры психотерапии и психокоррекции.

Профилактика послеродовой депрессии должна начинаться не после родов, а еще во время беременности. Беременная женщина (особенно относящаяся к группе риска по наследственности и собственному психологическому состоянию или заболеваниям в прошлом) должна находиться в щадяще-охранительном режиме, который должен быть организован близкими дома, коллегами и самой женщиной – на работе.

Значительную помощь в профилактике послеродовой депрессии играет супруг будущей матери. Он должен стараться быть внимательным к поведению беременной жены, чтобы вовремя заметить изменения и обратиться за помощью.

Для предупреждения возникновения послеродовой депрессии необходимо тщательное информирование родственников и самой беременной

женщины о том, что в послеродовом периоде возможны перепады настроения. Супруги должны знать о проявлениях послеродовой депрессии, чтобы вовремя ее заподозрить и начать лечить. Для этого необходимо посещать специализированные школы молодых родителей и формировать теплый, доверительный микроклимат в семье.

Для предотвращения депрессивных расстройств важным является поддержание «телесного» здоровья. Дело в том, что тело и психика находятся в сложных взаимоотношениях, и хорошее физическое здоровье повышает устойчивость к стрессу. Необходимо выполнение всех рекомендаций по питанию и образу жизни, которые дает акушер-гинеколог. В случае каких-либо осложнений в течение беременности необходим полноценный курс лечения.

Необходимо помнить, что от здоровья матери зависит и здоровье ребенка. После родов нужно стараться избегать переутомления, недосыпания. В этом могут помочь родственники, взяв часть забот по уходу за ребенком на себя. Необходимо, чтобы в уходе за ребенком участвовал и его отец. Это способствует укреплению отношений между супругами и формированию эмоциональной связи между отцом и новорожденным.

Если ранее у матери наблюдались депрессивные состояния или депрессивными расстройствами страдали ее родственники, то желательно заранее проконсультироваться с психотерапевтом для проведения профилактики депрессий в послеродовом периоде.

Психологическая работа с беременными женщинами осуществляется в соответствии с Конституцией и действующим законодательством Российской Федерации, нормами международного права («Всемирной Конвенцией по правам человека», «Конвенцией о правах ребенка», «Конвенцией об охране материнства»).

Она призвана способствовать повышению ценности семьи и материнства в общественном сознании, содействовать нравственному

воспитанию будущих родителей, укреплению психического и физического здоровья беременных женщин.

Психологическая работа (психологическое консультирование) осуществляется на основании добровольного информированного согласия и отличается разнообразием форм, выбор которых производится индивидуально и в соответствии с желанием женщины.

Работа психолога, направленная на профилактику таких состояний, крайне важна. От того, получит ли женщина квалифицированную психологическую помощь, зачастую зависит протекание беременности, родов, послеродового периода.

Общеизвестно, насколько облегчается протекание беременности, снижается риск возникновения различных патологических состояний (токсикозы, обострения имеющихся хронических соматических заболеваний и др.) и, - соответственно, - увеличивается число здоровых новорожденных, если женщина спокойна, эмоционально настроена на благополучное материнство, чувствует поддержку медиков и близких людей.

В первые недели жизни малыша у него формируется будущий характер, его эмоциональная сфера, отношения с родителями, закладываются основы его взаимодействия с миром людей.

Таким образом, снизить частоту возникновения послеродовой депрессии может своевременное выявление групп риска и проведение профилактических мероприятий. Существенно значение имеет предродовая подготовка женщины. Во время дородовой подготовки женщины важно обсуждать эмоциональные аспекты родительства, объяснить, что послеродовая депрессия – временное явление. Необходимо вовремя распознать симптомы и снизить связанные с ними чувство вины и тревоги. Дородовые занятия также предполагают поддержку одиноких женщин.

Если депрессия возникает во время беременности, то можно эффективно использовать психотерапию. Антидепрессанты применяют только при наличии противопоказаний. В настоящее время существует

группа антидепрессантов – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – которые не вызывают аномалии развития плода. В процессе родов и в первые недели после них для женщины важна эмоциональная поддержка близких.

Профилактика послеродовой депрессии, безусловно, является сложной задачей, т.к. многие факторы (особенно внешние) невозможно заранее предугадать. В целом психосоциальные воздействия не способствуют уменьшению количества женщин, у которых возникает послеродовая депрессия. Однако оказание интенсивной, профессиональной послеродовой поддержки является многообещающим воздействием.

Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара

2.1. Организация и проведение исследования

Целью исследования является теоретическое обоснование и проверка эффективности профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара опытно-исследовательским путем.

Объект исследования - послеродовая депрессия у женщин.

Предмет исследования - профилактика в условиях стационара послеродовой депрессии у женщин.

Гипотеза исследования: в своем исследовании мы предположили, что уровень послеродовой депрессии будет ниже, если будет проводиться ее профилактика в условиях стационара.

В соответствии с целью, предметом и гипотезами исследования были определены следующие *задачи*:

1. Проанализировать понятие "депрессия" в исследованиях зарубежных и отечественных ученых;
2. Исследовать особенности послеродовой депрессии у женщин;
3. Изучить специфику профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара;
4. Провести эмпирическое исследование наличия послеродовой депрессии в условиях стационара;
5. По результатам эмпирического исследования разработать программу, направленную на профилактику послеродовой депрессии в условиях стационара.

Исследование осуществлялось по следующим этапам.

1. Подготовка и организация исследования. В рамках этого подготовительного этапа тиражировались методики и бланки ответов, было получено устное согласие участников исследования.

2. Реализация сбора эмпирических данных. Данный этап осуществлялся в индивидуальной форме.

3. Обработка полученных результатов. Заполненные бланки ответов обрабатывались в соответствии с ключами используемых методик, данные заносились в сводную таблицу.

4. На заключительном этапе проводилась интерпретация результатов, формулировка выводов, графическое представление полученных данных.

Описание выборки

Исследование послеродовой депрессии у женщин проводилось на базе ГБУЗ СО «КГБ». Выборка составила 30 женщин в возрасте от 18 до 42 лет.

Основной этап, включал в себя индивидуальную работу с женщинами с использованием специально подобранных методик. С целью стандартизации условий проведения исследования тестирование проводилось преимущественно в одно и то же время, в одной и той же обстановке, что снижало влияние на респондентов посторонних воздействий.

Основными методами в нашей работе стали: наблюдение, беседа, тестирование, математический анализ.

На заключительном этапе осуществлялись обработка полученных данных, анализ и интерпретация результатов. По результатам исследования была предоставлена обратная связь, в виде общих выводов по исследованию с рекомендациями.

2.2. Описание методов и методик исследования

В ходе эмпирического исследования были использованы следующие методы:

1. Наблюдение как вспомогательный метод исследования.
2. Психодиагностические методы.
3. Методы математической обработки результатов.

Наблюдение использовалось как вспомогательный метод, было не структурировано, использовалось для получения первичной информации об изучаемом явлении, оценки фактов, полученных с помощью других

методов, в частности психодиагностических – поведенческие реакции испытуемых на тестирование, реакции отказа, реакции заинтересованности.

Согласно логике исследования нами были использованы следующие методики:

- Шкала депрессии Э.Бека.
- Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А.Жмурова.
- Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (вариант Немчинова).

Описание используемых методик

1) Шкала депрессии Э.Бека (Beck Depression Inventory) предложена А.Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его

состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры.

В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

2) Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова разработана в 1988 году. Предназначена для диагностики уровня выраженности (глубины, тяжести) депрессивного состояния человека, главным образом тоскливой или меланхолической депрессии на момент обследования. Направлена на выявление нарушений, близких к пограничным состояниям, или тенденции к патохарактерологическому развитию личности.

Шкала состоит из 44 утверждений, на который обследуемый должен ответить. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3(максимальная выраженность симптома). Суммарный балл составляет от 0 до 132 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

3) Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety Scale) предназначена для измерения проявлений тревожности. Опубликована Дж. Тейлор в 1953 г.

Рассматриваемая шкала состоит из 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Утверждения отбирались из набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного

опросника (ММРІ). Выбор пунктов для теста осуществлялся на основе анализа их способности различать лиц с «хроническими реакциями тревоги». Тестирование продолжается 15-30 мин.

Для удобства использования каждое утверждение предлагается испытуемому на отдельной карточке.

Более известны варианты методики в адаптации Т. А. Немчинова и В.Г.Норакидзе, который в 1975 г. дополнил опросник шкалой лжи, позволяющей судить о демонстративности, неискренности в ответах. Оба варианта опросника используются при индивидуальном и групповом обследовании, способны решать как теоретические, так и практические задачи и могут быть включены в батарею других тестов.

Все данные обобщены в сводной таблице (таблица 4), представлены в приложении 2.

2.3. Результаты исследования

Результаты по методике Э. Бека представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты по методике Шкала депрессии Э.Бека.

| Выраженность симптомов | % | Возраст | | Посещение школы будущих матерей | |
|------------------------|------|---------|----------|---------------------------------|-------------|
| | | До 35 | После 35 | Посещала | Не посещала |
| Отсутствие симптомов | 56,6 | 26,6 | 29,9 | 36,6 | 19,9 |
| Легкая депрессия | 19,9 | 9,9 | 9,9 | 6,6 | 13,3 |
| Умеренная депрессия | 9,9 | 6,6 | 3,3 | 3,3 | 6,6 |
| Выраженная депрессия | 9,9 | 3,3 | 6,6 | 0 | 9,9 |
| Тяжелая депрессия | 3,3 | 3,3 | 0 | 0 | 3,3 |

Из полученных результатов по можно сделать вывод, что у 56,6% исследуемых женщин отсутствуют симптомы депрессии, при этом большинство из них посещали школу будущих матерей. Проявление депрессии выявлено у 43% женщин и только 3,3% из них посещали школу.

Результаты по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова представлены в таблице 2.

Таблица 2- Результаты по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова

| Выраженность симптомов | % | Возраст | | Посещение школы будущих матерей | |
|------------------------|------|---------|----------|---------------------------------|-------------|
| | | До 35 | После 35 | Посещала | Не посещала |
| Депрессия отсутствует | 13,3 | 3,3 | 9,9 | 6,6 | 13,3 |
| Депрессия минимальна | 19,9 | 9,9 | 9,9 | 16,6 | 3,3 |
| Легкая депрессия | 23,3 | 16,6 | 6,6 | 9,9 | 13,3 |
| Умеренная депрессия | 36,6 | 16,6 | 19,9 | 13,3 | 23,3 |
| Выраженная депрессия | 6,6 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| Глубокая депрессия | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Из полученных результатов по можно сделать вывод, что у 86,7% женщин проявляются симптомы депрессии. При этом депрессия проявляется у женщин младше 35 лет чаще. Что видно из диаграммы 1.

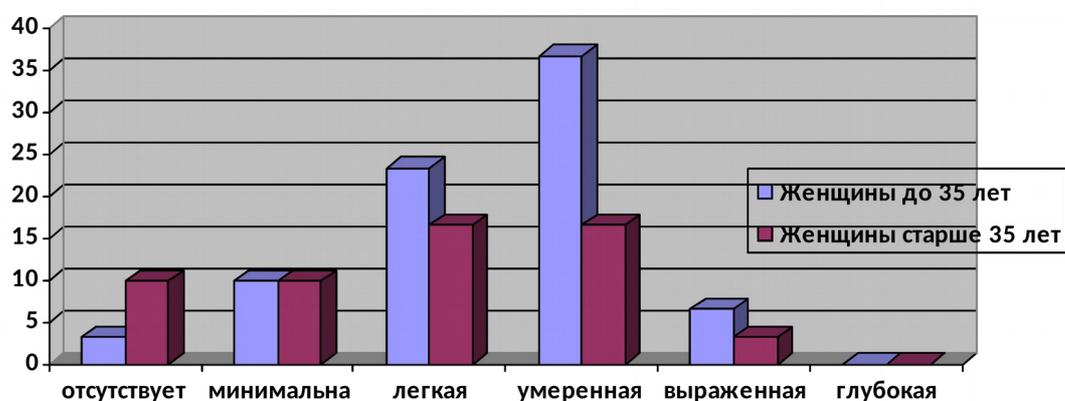


Диаграмма 1. Проявление уровня депрессии в зависимости от возраста.

Также проанализировав полученные результаты, мы видим, что у женщин, посещавших школу будущих матерей уровень выраженности симптомов ниже, чем у остальных, что и показано на диаграмме 2.

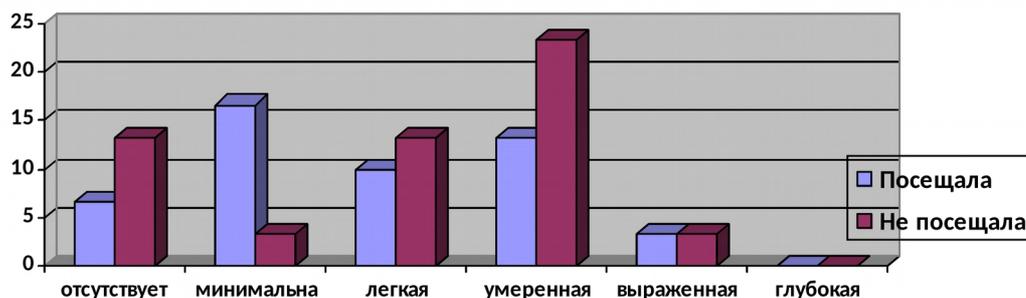


Диаграмма 2. Проявление уровня депрессии в зависимости от посещения школы будущих матерей.

Результаты по личностной шкале проявлений тревоги Тейлора представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Результаты по личностной шкале проявлений тревоги Тейлора

| Уровень тревожности | % | Возраст | |
|----------------------------------|------|---------|----------|
| | | До 35 | После 35 |
| Низкий | 23,3 | 6,6 | 16,6 |
| Средний с тенденцией к снижению | 19,9 | 13,3 | 6,6 |
| Средний с тенденцией к повышению | 13,3 | 9,9 | 3,3 |
| Высокий | 36,6 | 16,6 | 19,9 |
| Очень высокий | 6,6 | 3,3 | 3,3 |

Из данных таблицы видно, что женщины после рождения ребенка испытывают тревогу. При этом возраст большого значения не имеет.

Таким образом, мы установили, что уровень тревожности и проявления симптомов депрессий у женщин после родов достаточно высок. В связи с чем мы считаем, что необходимо разработать и внедрить программу для профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара.

Глава 3. Программа профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара

Программа включает в себя:
 - групповую кризисную терапию;

- дыхательно-релаксационный тренинг;
- светотерапию.

Дыхательно-релаксационный тренинг

Задачи:

- Стабилизация личности. Для того чтобы создать предпосылки для преодоления дестабилизирующего события и интерпретировать его, может быть, как задачу развития, имеются такие элементы, как: выражение эмпатии, вселяющие уверенность мероприятия, а также формирование новых взглядов.

- Содействие развитию компетентности в зависимости от особенностей женщины и типа событий имеет конкретные цели научения. В нашем случае – способность к выражению эмоций и принятию поддержки со стороны других людей, способность формировать новые удовлетворительные социальные отношения. Эти цели ориентированы на индивида и заключаются в поиске внутренних ресурсов.

- Раскрытие социальных ресурсов. При кризисной терапии на помощь призывается социальное окружение.

Состав группы 10 человек, разнородных по возрасту, с разными формами проявления послеродовой депрессии, что снимает представление об уникальности собственных проблем, способствует обмену жизненным опытом и различных способов адаптации.

Продолжительность занятий: 1,5-2 часа.

Роль групповой сплоченности в такой группе отличается от ее значения в межличностно-ориентированной группе, где она используется для тренинга эмпатии и возникает в процессе этого тренинга. В кризисной группе сплочение ее участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их ситуации. В связи с этим поощряется общение участников группы вне занятий.

«Необходимо отметить сложность работы психотерапевта в такой группе. Выраженная потребность кризисных пациентов в психологической поддержке, суммируясь при объединении их в группу, может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта. К тому же необходимо фиксировать изменение состояний членов группы, предупреждать распространение агрессивных и аутоагрессивных тенденций».

Этапы групповой кризисной терапии

1-й этап: поддержка

Цель: Купирование аффективных нарушений.

Задачи: Эмоциональное включение в группу, ликвидация чувства безнадежности, представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний, повышение самопрятия, мобилиация личностной защиты.

Методы: Раскрытие, отреагирование, разделение эмоций, сочувствие, ободрение, актуализация кризисных факторов, выработка мотивации к кризисному вмешательству.

Функции ведущего: Создание атмосферы безусловного принятия личности и переживаний членов группы.

2-й этап: вмешательство

Цель: Поиск оптимального способа разрешения конфликта.

Задачи: Выявление неадаптивных установок, перестройка в сфере актуального конфликта.

Методы: Проблемные дискуссии, направленные на анализ неадаптивных позиций, интерпретация форм психологической защиты, затрудняющих разрешение кризисной ситуации.

Функции ведущего: Фокусирование занятия на проблеме пациента, в отношении которого осуществляется вмешательство. Включение участников в дискуссию, контроль их состояния, оказание необходимой психологической помощи.

3-й этап: тренинг навыков адаптации

Цель: Принятие ситуации, разрешение кризиса.

Задачи: Апробирование и закрепление адаптивных способов решения проблем; сплочение группы.

Методы: Ролевой тренинг, психодрама, поддержка пациентов, находящихся на ранних этапах заболевания, арттерапия.

Функции ведущего: Моделирование актуальной ситуации пациента, функции сценариста и режиссера ситуационных и ролевых игр. Проигрывание ролей пациента или лиц из его ближайшего окружения.

Пример упражнений:

Упражнение "Создание скульптуры семьи" - Упражнение используется как в семейной терапии, так и в психодраматических группах для

исследования семейных взаимоотношений. Терапевтически метод может применяться для исследования сложностей в отношениях между членами семьи. Упражнение дает также полезный материал для дальнейших психодраматических занятий. Один из участников добровольно вызывается создать живую картину своей семьи. Если вы доброволец, выберите участников, которые имеют сходство с членами вашей семьи. Включите в свою семью всех, кто жил с вами, пока вы росли. Расположите членов семьи в характерных для них положениях. Создайте сцену, которая изображает фрагмент взаимоотношений в вашей семье. Например, вы можете расположить свою семью вокруг обеденного стола или, вспомнив случай из жизни семьи, имеющий для вас особое значение, соответственно разместить членов семьи. Информировать участников, занятых в создании скульптуры, о каждом члене семьи. Используйте дистанцию, чтобы отразить взаимоотношения членов семьи друг с другом. Обязательно включите в сцену себя как члена семьи. Вы можете попросить кого-нибудь из группы изображать вас, пока вы ставите сцену. Когда сцена поставлена, сообщите каждому участнику фразу, характеризующую данного члена семьи. Затем попросите участников поделиться с группой своими чувствами. Обязательно поделитесь чувствами, вызванными опытом, который вы приобрели в этом упражнении.

Упражнение "Проекция в будущее" - позволяет представить возможный вариант развития событий, разыграть сцену из будущего.

Техника "импровизация фантазий" - при этой технике клиент принимает на себя роль участника любого действия, любой межличностной ситуации, придуманной им.

Упражнение "Запредельная реальность" - это расширение ситуации за пределы обычных пропорций, свойственных ей, чтобы позволить субъекту и группе рассмотреть проблему "вблизи", лучше узнать ее. Воображение и игра - главные методы исследования запредельной реальности участника. Для возникновения запредельной реальности можно использовать какой-нибудь

значимый объект, например часы. Протагонисту предлагают "стать" этим значимым для него предметом и затем интервьюируют его в этой роли.

Упражнение "Круг утешения" - члены группы окружают женщину, выражая ей любовь и сочувствие - как вербальными, так и невербальными средствами.

В фазе окончания тренинга на последнем занятии суммируются терапевтические достижения пациента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы.

После психотренинга многие люди избавляются от мешавших им некоторых форм поведения, недомоганий, приобретают навыки преодоления стрессовых ситуаций и решения жизненных проблем: одни налаживают отношения в семье, другие начинают чувствовать себя счастливыми. Во время занятий у людей восстанавливаются вера в себя, свои способности, силы, возникает желание жить, заниматься своим любимым делом.

Но самое главное нарабатываются новые алгоритмы поведения, которые помогают адекватно реагировать на реальную жизнь, снять претензии к другим людям, ощущать радость.

Депрессивные пациенты в процессе лечения учатся под руководством психотерапевта помогать себе и друг другу, конечно же, не только разумом, но и творческим целебным оживлением души, временным (по обстоятельствам) или с постепенным вхождением в целебно-творческий стиль жизни.

Дыхательно-релаксационный тренинг (ДРТ) сочетает в себе элементы психической и мышечной релаксации с экскурсиями грудной клетки в ритме вдох - выдох. Переход на брюшной тип дыхания вызывает рефлекс Геринга-Брейера, который способствует уменьшению активности ретикулярной формации ствола мозга, снижению психического напряжения, уменьшению гипервентиляционного синдрома и тревоги. Уреженное и углубленное дыхание оптимизирует процессы легочной вентиляции и диффузии, улучшает микроциркуляцию.

Упражнения:

Вдыхайте и выдыхайте медленно и глубоко через нос, считая при вдохе и выдохе от 1 до 4. Такое упражнение очень легко делать, а особо оно действенно, если вы не можете уснуть.

Попробуйте расслабить плечи и верхние мышцы груди, когда дышите. Делайте это сознательно при каждом выдохе. Дело в том, что в стрессовых ситуациях, когда человек напряжен, для дыхания не используются мышцы диафрагмы. Их предназначение в том, чтоб опускать лёгкие вниз, тем самым расширяя дыхательные пути. Когда мы взволнованы, чаще используются мышцы верхней части груди и плеч, которые не способствуют работе дыхательных в полном объеме.

Нади Шодхана. Упражнение из йоги, которое помогает активизироваться и сосредоточиться; действует, по утверждению специалистов, как чашка кофе. Большим пальцем левой руки закрыть левую ноздрю и вдохнуть через правую. На пике вдоха нужно закрыть правую ноздрю безымянным пальцем и выдохнуть.

Сядьте прямо или лягте на спину. Одну руку положите на живот, вторую на грудь. Вдыхайте воздух глубоко через нос, при этом рука на животе должна подниматься, а на груди двигаться лишь незначительно. Выдыхайте через рот, при этом опять рука на животе опускается, а на груди практически не двигается. В таком случае дыхание будет происходить с помощью диафрагмы.

Лечение светом - светотерапия (фототерапия). Лечение ярким белым светом основано на воздействии его через сетчатку глаза, гипоталамус, β -адренорецепторы мембраны пинеалоцитов шишковидной железы. Свет способствует снижению мелатонина, увеличению серотонина и дофамина. Ежедневно в утренние часы женщины принимают сеансы света. Колпак лампы устанавливается под углом 45 градусов по отношению прямой, проведенной мысленно от центра глазного яблока до горизонтальной оси лампы. Пациент находится от лампы на расстоянии 60 см; сеанс длится 60 мин.

Одним из важных плюсов светолечения состоит в том, при нем антидепрессивный эффект наступает быстрее, чем при лечении депрессии лекарствами (антидепрессантами, нейролептиками или нормотимиками). Антидепрессанты и атипичные нейролептики обычно начинают действовать через 1-3 недели, а максимальный эффект наступает только через 4-8 недель.

Заключение

Тема «профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара» обширная и неоднозначная. Под этим понятием скрываются различные состояния и проблемы женщин, внутренняя картина, сложные психоэмоциональные процессы, вопросы отношений женщины и ребенка, трудности психологической и социальной адаптации, которые необходимо различать и разграничивать в каждом конкретном случае, поскольку они имеют различные причины и формы проявления и требуют в своем решении различных подходов.

Анализ научной литературы по проблеме исследования позволил теоретически рассмотреть особенности психологического состояния женщин после рождения ребенка, определить основные направления социально - психологической помощи и ее влияние на качество жизни, теоретически изучить аспекты участия психолога и психотерапевта в организации социально - психологической помощи женщинам в стационаре.

Для достижения цели дипломной работы и проверки выдвинутой гипотезы было проведено эмпирическое исследование на выборке из 30 человек, являющихся пациентами ГБУЗ СО «КГБ» послеродового отделения.

Исследование проводилось в несколько этапов: определение научного аппарата и изучение научной литературы по теме дипломной работы; определение методик исследования, проведение диагностики; обработка и интерпретация результатов.

Анализ проведенного анкетирования позволил выявить уровень проявления депрессии и тревожности у женщин после родов. Также было выявлено, что у женщин посещавших школу будущих матерей, в которой проводились первичные консультации с психологом, уровень депрессии ниже, чем у не посещавших. Это позволяет сделать вывод, что профилактика послеродовой депрессии должна начинаться в тот момент, когда женщина еще только готовится стать мамой и затем результат должен закрепляться в стационаре после рождения малыша.

Участие среднего медицинского персонала в организации и оказании специализированной социально - психологической помощи рожениц также ведет к улучшению качества их жизни.

Данное исследование позволило составить программу для профилактики послеродовой депрессии в условиях стационара.

Таким образом, гипотеза дипломной работы была доказана, задачи выполнены, цели достигнута.

Список используемой литературы

1. Антропов, Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов. - М.: Изд-во Медпрактика, 2000. - 224 с.
2. Баярд, Р. Волнение беспокойного подростка / Р. Баярд, Д. Баярд. - М.: Просвещение, 1978. - 315 с.
3. Бойко, В.В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь / В.В. Бойко. - СПб.: Союз, 2002. - 160 с.
4. Васильев, Н.Н. Тренинг преодоления конфликтов / Н.Н. Васильев. - СПб.: Речь, 2002. - 174 с.
5. Вербин С. Исцеление депрессии / С. Вербин // Спортивная жизнь России. - 2002. - №10. - С. 26-27
6. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т./ Л.С. Выготский. - М.: Педагогика, 1984. - Т.4.
7. Голант, М. Что делать, когда тот, кого вы любите в депрессии. Помогите себе - помогите другому / М. Голант, С. Голант. - М.: Изд-во института психотерапии. - 2001. - 175 с.
8. Депрессия // Под ред. Пери А., Руксталис М. и др. Пер. с англ. - М., Мир, 2000. - 215 с.
9. Дж. Мак-Каллоу. Лечение хронической депрессии / Пер. с англ. Н. Алексеевой, О. Исаковой. - СПб.: Изд. "Речь", 2003. - 368 с.: ил.
10. Дубровина, И.В. Школьная психологическая служба/И.В. Дубровина. - М.: Просвещение, 1997. - 315 с.
11. Зиновьев, С.В. Наследство Ниобы. Лики депрессии/С.В. Зиновьев. - СПб.: Питер, 2002. - 128 с.
12. Изард, К.Э. Психология эмоций/К.Э. Изард. - СПб.: изд-во Питер, 1999. - 464 с.
13. Ковалев, Ю.В. Депрессия, клинический аспект/Ю.В. Ковалев, О.Н. Золотухина. - М.: Медицинская книга, 2001. - 144 с.
14. Колодзин, Б. Как жить после психической травмы/ Б. Колодзин. - М.: Геодезия, 1992. - 186 с.
15. Кон, И.С. Психология старшеклассника / И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1980. - 267 с.
16. Кон, И.С. Психология ранней юности/И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1989. - 324 с.

17. Костина, Л.М. Методы диагностики тревожности/Л.М. Костина. - СПб.: Питер, 2002. - 198 с.
18. Кочубей, Б. Как лечить депрессию/ Б. Кочубей, Е. Новикова // Семья и школа. - 1988. - №8. - с.18-24
19. Крайг, Г. Психология развития/Г. Крайг. - СПб.: Питер, 2000. - 992 с.
20. Курпатов, А.В. Как избавиться от тревоги, депрессии, раздражительности/ А.В. Курпатов. - СПб.: Питер, 2002. - 256 с.
21. Левитов, Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги/ Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. - 1969. - №1. - с.24-28.
22. Лоуэн, А. Депрессия и тело/ А. Лоуэн. - М.: Просвещение, 2002. - 384 с.
23. Мафсон, Л. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия/Л. Мафсон, Д. Моро. - М.: ЭКСМО, 2003. - 320 с.
24. Мэй, Р. Смысл тревоги / Р. Мэй. - М.: Класс, 2001. - 384 с.
25. Немов, Р.С. Психология. Кн. №2 / Р.С. Немов. - М.: Просвещение Владос, 1995.
26. Обухова, Л.Ф. Детская психология: теории, факты проблемы/ Л.Ф. Обухова. - М.: Просвещение, 1995. - 342 с.
27. Подольский, А.И. Диагностика подростковой депрессивности / А.И. Подольский, О.А. Идобаева, П. Хейманс. - СПб.: Питер, 2004. - 202 с.
28. Покрасс, М.Л. Активная депрессия. Хорошая сила тоски/М.Л. Покрасс. - Самара, 2001. - 320 с.
29. Практикум по психологическим играм с детьми и подростками/ Азарова Т.В., Барчик О.И. и др. - СПб.: Питер, 2002. - 304 с.
30. Психологический словарь. / Общ. ред. А.В. Петровского. М.Г. Ярошевского, - М.: Просвещение, 1990. - 890 с.
31. Психология индивидуальных различий. Тексты Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. М.: Изд-во МГУ, 1982. - С.288-318.
32. Рогов, Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании/Е.И. Рогов. - М.: Просвещение, 1996. - 546 с.
33. Рубинштейн, С.П. Основы общей психологии/С.П. Рубинштейн. - СПб.: Питер Ком, 1999. - 720 с.
34. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭотар-Медиа, 2007. - С. 325-327.
35. Словарь практического психолога. / Под общ. Ред.С.Ю. Головин. - Минск: Харвест, 1997. - 897 с.

36. Снегирева, Т.В. Восприятие сверстников и взрослых подростками и старшеклассниками /Т.В. Снегирева // Вопросы психологии. - 1985. - № 5. - с.13-17
37. Токарева Н. Время перезагрузки / Н. Токарева // Экология и жизнь. - 2004. - №3(38). - С. 67-73.
38. Трикетт, Ш. Как победить депрессию и избавиться от тревоги / Ш. Трикетт. - М.: ЭКСМО, 2002. - 160 с.
39. Ханин, Ю.Л. Исследование депрессии/ Ю.Л. Ханин // Вопросы психологии. - 1999. - №3. - с.34-36.
40. Холл, К. Теории личности/ К. Холл, Г. Линдсей. - М.: Просвещение, 1993. - 876 с.
41. Холмогорова А.Б. Семейные факторы депрессии / А.Б. Холмогорова //Вопросы психологии. - 2005. - №6. - С. 63 – 71.
42. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени/ К. Хорни. - СПб. Питер, 2002. - 224 с.
43. Эриксон, Э. Идентичность: юность и кризис/ Э. Эриксон. - М.: Просвещение, 1996. - 435 с.

Приложение 1

Шкала депрессии Э.Бека

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе».

1.

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.
- 2.
- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
 - 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
 - 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
 - 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.
- 3.
- 0 Я не чувствую себя неудачником.
 - 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
 - 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
 - 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.
- 4.
- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
 - 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
 - 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
 - 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.
- 5.
- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
 - 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
 - 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
 - 3 Я постоянно испытываю чувство вины.
- 6.
- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
 - 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
 - 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
 - 3 Я чувствую себя уже наказанным.
- 7.
- 0 Я не разочаровался в себе.
 - 1 Я разочаровался в себе.
 - 2 Я себе противен.
 - 3 Я себя ненавижу.
- 8.
- 0 Я знаю, что я не хуже других.
 - 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
 - 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
 - 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.
- 9.
- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
 - 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
 - 2 Я хотел бы покончить с собой.
 - 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

- 10.
- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
 - 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
 - 2 Теперь я все время плачу.
 - 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.
- 11.
- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
 - 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
 - 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
 - 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.
- 12.
- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
 - 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
 - 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
 - 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.
- 13.
- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
 - 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
 - 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
 - 3 Я больше не могу принимать решения.
- 14.
- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
 - 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
 - 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
 - 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.
- 15.
- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
 - 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
 - 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
 - 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.
- 16.
- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
 - 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
 - 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
 - 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.
- 17.
- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
 - 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
 - 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
 - 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.
- 18.

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.

19.

- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

20.

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21.

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
- 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

Обработка и интерпретация результатов:

Общий балл

- 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов
- 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)
- 16-19 – умеренная депрессия
- 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)
- 30-63 – тяжелая депрессия

Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний
В.А.Жмурова

Текст опросника

1. Мое настроение сейчас не более подавленное (печальное), чем обычно.

1. Пожалуй, оно более подавленное (печальное), чем обычно.
2. Да, оно более подавленное (печальное), чем обычно.

3. Мое настроение намного более подавленное (печальное), чем обычно.
- 2. Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения.**
1. У меня иногда бывает такое настроение.
 2. У меня часто бывает такое настроение.
 3. Такое настроение бывает у меня постоянно.
- 3. Я не чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.**
1. У меня иногда бывает такое чувство.
 2. У меня часто бывает такое чувство.
 3. Я постоянно чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.
- 4. У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик.**
1. У меня иногда бывает такое чувство.
 2. У меня часто бывает такое чувство.
 3. Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.
- 5. У меня не бывает чувства, будто я состарился(лась).**
1. У меня иногда бывает такое чувство.
 2. У меня часто бывает такое чувство.
 3. Я постоянно чувствую, будто я состарился(лась).
- 6. У меня не бывает состояний, когда на душе тяжело.**
1. У меня иногда бывает такое состояние.
 2. У меня часто бывает такое состояние.
 3. Я постоянно нахожусь в таком состоянии.
- 7. Я спокоен за свое будущее, как обычно.**
1. Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно.
 2. Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно.
 3. Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно.
- 8. В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно.**
1. В своем прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно.
 2. В своем прошлом я вижу плохого значительно больше, чем обычно.
 3. В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно.
- 9. Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно.**
1. Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно.
 2. Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно.
 3. Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно.
- 10. Я боязлив(а) не более обычного.**
1. Я боязлив(а) несколько более обычного
 2. Я боязлив(а) значительно более обычного.
 3. Я боязлив(а) намного более обычного.
- 11. Хорошее меня радует, как и прежде.**
1. Я чувствую, что оно радует меня несколько меньше прежнего.
 2. Оно радует меня значительно меньше прежнего.
 3. Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего.

12. У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна.

1. У меня иногда бывает такое чувство.
2. У меня часто бывает такое чувство.
3. Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна.

13. Я обидчив(а) не больше, чем обычно.

1. Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно.
2. Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно.
3. Я обидчив(а) намного больше, чем обычно.

14. Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше.

1. Я получаю такого удовольствия несколько меньше, чем раньше.
2. Я получаю такого удовольствия значительно меньше, чем раньше.
3. Я не получаю теперь удовольствие от приятного.

15. Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины.

1. Иногда я чувствую себя так, будто в чем-то виноват(а).
2. Я часто чувствую себя так, будто в чем-то виноват(а).
3. Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то виноват(а).

16. Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного.

1. Я виню себя за это несколько больше обычного.
2. Я виню себя за это значительно больше обычного.
3. Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного.

17. Обычно у меня не бывает ненависти к себе.

1. Иногда бывает, что я ненавижу себя.
2. Часто бывает так, что я себя ненавижу.
3. Я постоянно чувствую, что ненавижу себя.

18. У меня не бывает чувства, будто я погряз(ла) в грехах.

1. У меня иногда теперь бывает это чувство.
2. У меня часто бывает теперь это чувство.
3. Это чувство у меня теперь не проходит.

19. Я виню себя за проступки других не больше обычного.

1. Я виню себя за них несколько больше обычного.
2. Я виню себя за них значительно больше обычного.
3. За проступки других я виню себя намного больше обычного.

20. Состояния, когда все кажется бессмысленным, у меня обычно не бывает.

1. Иногда у меня бывает такое состояние.
2. У меня часто бывает теперь такое состояние.
3. Это состояние у меня теперь не проходит.

21. Чувства, что я заслужил(а) кару, у меня не бывает.

1. Теперь иногда бывает.
2. Оно часто бывает у меня.
3. Это чувство у меня теперь практически не проходит.

22. Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде.

1. Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде.
2. Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде.

3. Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде.
- 23. Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других.**
1. Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других.
 2. Я часто так думаю.
 3. Я постоянно думаю, что плохого во мне больше, чем у других.
- 24. Желания умереть у меня не бывает.**
1. Это желание у меня иногда бывает.
 2. Это желание у меня бывает теперь часто.
 3. Это теперь постоянное мое желание.
- 25. Я не плачу.**
1. Я иногда плачу.
 2. Я плачу часто.
 3. Я хочу плакать, но слез у меня уже нет.
- 26. Я не чувствую, что я раздражителен(на).**
1. Я раздражителен(на) несколько больше обычного.
 2. Я раздражителен(на) значительно больше обычного.
 3. Я раздражителен(на) намного больше обычного.
- 27. У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций.**
1. Иногда у меня бывает такое состояние.
 2. У меня часто бывает такое состояние.
 3. Это состояние у меня теперь не проходит.
- 28. Моя умственная активность никак не изменилась.**
1. Я чувствую теперь какую-то неясность в своих мыслях.
 2. Я чувствую теперь, что я сильно отупел(а), (в голове мало мыслей).
 3. Я совсем ни о чем теперь не думаю (голова пустая).
- 29. Я не потерял(а) интерес к другим людям.**
1. Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился.
 2. Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился.
 3. У меня совсем пропал интерес к людям (я никого не хочу видеть).
- 30. Я принимаю решения, как и обычно.**
1. Мне труднее принимать решения, чем обычно.
 2. Мне намного труднее принимать решения, чем обычно.
 3. Я уже не могу сам(а) принять никаких решений.
- 31. Я не менее привлекателен(на), чем обычно.**
1. Пожалуй, я несколько менее привлекателен(на), чем обычно.
 2. Я значительно менее привлекателен(на), чем обычно.
 3. Я чувствую, что я выгляжу просто безобразно.
- 32. Я могу работать, как и обычно.**
1. Мне несколько труднее работать, чем обычно.
 2. Мне значительно труднее работать, чем обычно.
 3. Я совсем не могу теперь работать (все валится из рук).
- 33. Я сплю не хуже, чем обычно.**
1. Я сплю несколько хуже, чем обычно.
 2. Я сплю значительно хуже, чем обычно.

3. Теперь я почти совсем не сплю.

34. Я устаю не больше, чем обычно.

1. Я устаю несколько больше, чем обычно.
2. Я устаю значительно больше, чем обычно.
3. У меня уже нет никаких сил что-то делать.

35. Мой аппетит не хуже обычного.

1. Мой аппетит несколько хуже обычного.
2. Мой аппетит значительно хуже обычного.
3. Аппетита у меня теперь совсем нет.

36. Мой вес остается неизменным.

1. Я немного похудел(а) в последнее время.
2. Я заметно похудел(а) в последнее время.
3. В последнее время я очень похудел(а).

37. Я дорожу своим здоровьем, как и обычно.

1. Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно.
2. Я дорожу своим здоровьем значительно меньше, чем обычно.
3. Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем.

38. Я интересуюсь сексом, как и прежде.

1. Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде.
2. Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде.
3. Я полностью потерял(а) интерес к сексу.

39. Я не чувствую, что мое Я как-то изменилось.

1. Теперь я чувствую, что мое Я несколько изменилось.
2. Теперь я чувствую, что мое Я значительно изменилось.
3. Мое Я так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а).

40. Я чувствую боль, как и обычно.

1. Я чувствую боль сильнее, чем обычно.
2. Я чувствую боль слабее, чем обычно.
3. Я почти не чувствую теперь боли.

41. Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно.

1. Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного.
2. Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного.
3. Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного.

42. Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи.

1. Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи.
2. Утром оно у меня значительно хуже, чем к ночи.
3. Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи.

43. У меня не бывает спадов настроения весной (осенью).

1. Такое однажды со мной было.
2. Со мной такое было два или три раза.
3. Со мной было такое много раз.

44. Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго.

1. Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца.
2. Подавленное настроение у меня может длиться месяцами.
3. Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше.

Интерпретация результатов:

Определяется сумма отмеченных номеров ответов (они одновременно являются баллами):

- 1–9 — депрессия отсутствует либо незначительна;
- 10–24 — депрессия минимальна;
- 25–44 — легкая депрессия;
- 45–67 — умеренная депрессия;
- 68–87 — выраженная депрессия;
- 88 и более — глубокая депрессия.

Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (вариант Немчинова).

1. Обычно я спокоен и вывести меня из себя нелегко.
2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей.
3. У меня редко бывают запоры.
4. У меня редко бывают головные боли.
5. Я редко устаю.
6. Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.
7. Я уверен в себе.
8. Практически я никогда не краснею.
9. По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.
10. Я краснею не чаще, чем другие.
11. У меня редко бывает сердцебиение.
12. Обычно мои руки достаточно теплые.
13. Я застенчив не более чем другие.
14. Мне не хватает уверенности в себе.
15. Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
16. У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.
17. Мой желудок сильно беспокоит меня.
18. У меня не хватает духа вынести все предстоящие • трудности.
19. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.
20. Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.
21. Мне нередко снятся кошмарные сны.
22. Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.
23. У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.

24. Меня весьма тревожат возможные неудачи.
25. Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.
26. Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.
27. Я работаю с большим напряжением.
28. Я легко прихожу в замешательство.
29. Почти все время испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.
30. Я склонен принимать все слишком всерьез.
31. Я часто плачу.
32. Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.
33. Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
34. Я часто боюсь', что вот-вот покраснею.
35. Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.
36. Мое материальное положение весьма беспокоит меня.
37. Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.
38. У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.
39. Временами, когда я нахожусь в замешательстве, У меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.
40. Даже в холодные дни я легко потею.
41. Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.
42. Я - человек легко возбудимый.
43. Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.
44. Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны, и я вот-вот выйду из себя.
45. Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
46. Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.
47. Я почти все время испытываю чувство голода.
48. Иногда я расстраиваюсь из-за пустяков.
49. Жизнь для меня связана с необычным напряжением.
50. Ожидание всегда нервирует меня.

Обработка и интерпретация результатов:

- ответ «да» на высказывания 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50
- ответ «нет» на высказывания 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13
- 40 – 50 баллов рассматривается как показатель очень высокого уровня тревоги;
- 25 – 40 баллов - свидетельствует о высоком уровне тревоги;
- 15 – 25 баллов - о среднем (с тенденцией к высокому) уровню;

- 5 – 15 баллов - о среднем (с тенденцией к низкому) уровню;
- 0 – 5 баллов - о низком уровне тревоги.

Приложение Б

Таблица 4

| N | Имя | Возраст | Посещение школы матерей | Методика Тейлора | Методика Бека | Методика Жмурова |
|----|----------|---------|-------------------------|------------------|---------------|------------------|
| 1 | Ольга | 21 | - | 34 | 29 | 63 |
| 2 | Елена | 36 | - | 2 | 0 | 5 |
| 3 | Дарья | 41 | + | 5 | 8 | 16 |
| 4 | Юлия | 24 | + | 26 | 17 | 58 |
| 5 | Виктория | 26 | - | 15 | 15 | 16 |
| 6 | Марина | 21 | - | 9 | 6 | 45 |
| 7 | Ирина | 35 | - | 2 | 4 | 25 |
| 8 | Инна | 18 | + | 3 | 3 | 7 |
| 9 | Полина | 28 | + | 7 | 14 | 20 |
| 10 | Анна | 39 | - | 39 | 29 | 63 |
| 11 | Ирина | 30 | - | 44 | 33 | 85 |
| 12 | Татьяна | 35 | + | 6 | 9 | 17 |
| 13 | Ольга | 23 | - | 27 | 17 | 27 |
| 14 | Тамара | 37 | - | 41 | 23 | 62 |
| 15 | Вера | 39 | - | 36 | 12 | 72 |
| 16 | Лариса | 36 | - | 28 | 3 | 54 |

| | | | | | | |
|----|---------------|----|---|----|----|----|
| 17 | Юля | 24 | + | 24 | 9 | 47 |
| 18 | Наталия | 28 | + | 3 | 3 | 2 |
| 19 | Ева | 40 | - | 4 | 2 | 1 |
| 20 | Ольга | 21 | + | 4 | 0 | 11 |
| 21 | Светлана | 19 | + | 9 | 4 | 22 |
| 22 | Татьяна | 29 | + | 21 | 7 | 31 |
| 23 | Анна | 33 | - | 38 | 11 | 43 |
| 24 | Елизавета | 28 | + | 32 | 9 | 45 |
| 25 | Екатерина | 34 | - | 14 | 0 | 34 |
| 26 | Людмила | 37 | + | 19 | 4 | 31 |
| 27 | Анастаси я | 26 | + | 16 | 0 | 26 |
| 28 | Наталья | 38 | - | 32 | 13 | 67 |
| 29 | Любовь | 39 | + | 29 | 10 | 54 |
| 30 | Антонина | 43 | - | 34 | 18 | 59 |

+ посещала школу будущих матерей

- не посещала