

Міністерство освіти і науки України

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

Факультет соціальних наук та соціальних технологій

Кафедра Школа соціальної роботи В. І. Полтавця

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь - бакалавр

на тему: **«ЕМОЦІЙНИЙ ДИСТРЕС У ЖІНОК В ПОСТНАТАЛЬНИЙ
ПЕРІОД»**

Виконала: студентка 4-го року навчання,

Спеціальності 231 Соціальна робота

Міхєєва Владислава Вадимівна

Керівник Гусак Н.Є.,

канд. соц. наук, доцент

Рецензент _____

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою «_____»

Секретар ЕК _____

«_____» _____ 2022 р.

Київ 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	5
РОЗДІЛ 2 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕМОЦІЙНОГО ДИСТРЕСУ У ЖІНОК У ПОСТНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД	7
2.1 Стрес та емоційний дистрес: визначення понять.....	7
2.2 Симптоми емоційного дистресу та особливості його діагностування	12
2.3 Причини та наслідки емоційного дистресу	18
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ЯКІ МАЮТЬ ЕМОЦІЙНИЙ ДИСТРЕС В ПОСТНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД	23
3.1 Профілактика емоційного дистресу і психосоціальна підтримка батьків після народження дитини	23
3.2 Соціальна підтримка та її значення у роботі з емоційним дистресом	27
3.3 Базовані на доказах втручання у роботі з жінками, які мають емоційний дистрес в постнатальний період	31
ВИСНОВКИ	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	41

ВСТУП

Вагітність та народження дитини, зміни та стрес, пов'язані з ними, можуть бути чинниками виникнення емоційного дистресу. Висока поширеність психічних розладів спостерігається під час вагітності, і це одна з серйозних проблем для громадського здоров'я. Природні фізіологічні, соматичні зміни, які виникають у жінок у зв'язку з вагітністю та пологами, створюють фон, на якому можуть розвиватися психічні розлади. Поширеність таких розладів може бути досить високою, майже до 40%. Серед причин, що викликають психічні розлади у жінок, найбільш часто відзначаються сімейно-побутові та службово-професійні конфлікти, несприятливі житлові умови, ендокринні порушення. В той же час, більшість жінок, які мають психічні розлади після пологів, не звертаються за допомогою. Це пов'язано зі страхом соціальної стигматизації та специфічними психопатологічними порушеннями як то соматичні симптоми, емоційна нестійкість, труднощі, пов'язані із доглядом за дитиною. Саме тому актуальним є пошуку шляхів профілактики та лікування психічних розладів у жінок в постнатальний період.

На сьогодні вивченням стресу присвячено праці як вітчизняних (Бодров, 2006; Бусигіна & Распопін, 2013; Віговська, 2013; Тимошенко, 2011; Станішевська, 2020) так і зарубіжних (Сельє, 1979; Алвес, 2020; Мохандес, 2008; Абрамс, 2016; Холанд, 2001; Сігл, 2014) авторів. В їх працях вивчаються поняття та механізми виникнення стресу, розглядаються ключові фактори стресостійкості особистості. Особлива увага приділяється розгляду детермінант стійкості до психологічного стресу, його проявів в різних видах діяльності.

Протягом останніх десятиліть вивчення особливостей психоемоційного стану та якості життя жінок у період вагітності та післяпологовому періоді є предметом підвищеного інтересу фахівців у галузі акушерства, гінекології, клінічної психології та психіатрії (Філіппова, 2018; Добряков, 2010); (Корнетов,

2015; Руженков & Кулієв, 2012). Незважаючи на велику кількість наукових досліджень післяпологових емоційних розладів та впливу на їх перебіг після пологів, проблематика емоційного дистресу та шляхів його подолання у жінок у постнатальному періоді слабо освітлена.

Мета роботи: описати міжнародний досвід надання допомоги жінкам, які переживали емоційний дистрес в постнатальний період.

Завдання:

- охарактеризувати теоретичні аспекти емоційного дистресу у жінок в постнатальний період;
- визначити особливості діагностики емоційного дистресу в постнатальному періоді, описати його причини і наслідки;
- описати досвід надання допомоги та підтримки жінкам, що переживають емоційний дистрес.

Об'єктом дослідження є допомога жінкам, які переживають емоційний дистрес в постнатальний період.

Предмет дослідження: досвід надання допомоги жінкам, які переживають емоційний дистрес в постнатальний період в зарубіжних країнах.

Структура роботи. Робота викладена на 45 сторінках, складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. При підготовці було використано 32 джерела.

РОЗДІЛ 1 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводилось з грудня 2021 року по червень 2022 року, але процес був призупинений з березня до квітня 2022 року у зв'язку з повномасштабною війною росії проти України.

Дослідження відбувалось у три етапи: підготовчий, основний та заключний.

На першому (підготовчому етапі), з грудня 2021 по лютий 2022 року, було визначено проблему дослідження, сформульовано тему та відібрані необхідні джерела щодо емоційного дистресу у жінок в постнатальний період.

На другому (основному) етапі, з квітня по травень 2022 року, був проведений огляд літератури, який стосується теоретичного аспекту емоційного дистресу у жінок у постнатальний період та особливостей надання допомоги жінкам, які пережили емоційний дистрес у постнатальний період.

На третьому (заклучному) етапі, з травня по червень 2022 року, відбулося узагальнення інформації, формування висновків та рекомендації.

Для отримання необхідної інформації для дослідження було обрано метод аналізу теоретичних джерел, тобто метод збору даних при якому теоретичні джерела використовувались як головне джерело інформації. Обраний метод використовувався з метою узагальнення, систематизації наукових знань щодо понять, симптомів, причин, наслідків емоційного дистресу в післяпологовий період.

Пошук необхідних публікацій здійснювався за допомогою мережі інтернет, в пошуковій системі Google Scholar та базі даних Scopus. Використовувались такі ключові слова як emotional distress AND postnatal period AND women AND/OR social support.

Загалом було знайдено 76 джерел, з яких до аналізу включались ті, які описували якісні дослідження, опубліковані з 2010 по 2022 рр. Виключені з аналізу були публікації, що представляли дослідження проведені з використанням кількісних методів дослідження та ті, що не відповідали тематиці дослідження. Для фінального аналізу залишилося 28 джерел.

Для аналізу відібраних публікацій спочатку були опрацьовані документи на тему емоційного дистресу у жінок в постнатальний період, його симптоматики, особливостей діагностики та причинно-наслідкових аспектів дистресу. Далі були описані особливості надання допомоги жінкам, які пережили емоційний дистрес у постнатальний період. Розглянуто міжнародний досвід.

Проаналізовані документи стали підґрунтям для формування висновків, що включають в себе переваги та недоліки отриманої жінками допомоги.

Найбільше труднощів виникло через неможливість використовувати метод напівструктурованого інтерв'ю задля отримання точної та детальної інформації безпосередньо від жінок, які пережили емоційний дистрес в постнатальний період.

У роботі наступні поняття використовуються у такому значенні.

Стрес – неспецифічна реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу (ВООЗ, 1972).

Емоційний дистрес – стан емоційних страждань, що виникає у людини під впливом травматичного досвіду або події (Ramadas, Kumar, 2016).

Соціальна підтримка – це процес надання допомоги іншим, для того, щоб надати їм можливість впоратися з біологічними, психологічними та соціальними факторами стресу (Diamond, 2013).

Під «досвідом» розуміється сукупність подій, які становлять процес отримання соціальної допомоги на етапах звернення, діагностування та лікування, а також почуття, якими супроводжується цей процес.

Під «перевагами» розуміються явища та події, які сприяють людині у отриманні повноцінної соціальної допомоги.

Під «недоліками» розуміються явища та події, які перешкоджають людині у отриманні повноцінної соціальної допомоги.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕМОЦІЙНОГО ДИСТРЕСУ У ЖІНОК У ПОСТНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД

2.1 Стрес та емоційний дистрес: визначення понять

Загалом термін «стрес» широко застосовується у біології, встановлюючи зв'язок між фізіологічними та психологічними характеристиками. У психології це поняття включає такі поняття як тривога, конфлікт, емоційний дистрес, загроза власному «Я», фрустрація, напружений стан.

Вперше у медичній та психологічній літературі слово «стрес» зустрічаються в 30-х рр.. ХХ сторіччя в роботах Сельє, який визначає його як синдром, викликаний різноманітними руйнівними агентами, такими як образа, сильні емоції, негативна інформація, середовищні фактори. Йому належить введення терміну «стрес» (що з англійської мови означає тиск, напруга) та наукове тлумачення даного явища, яке не одразу отримало підтримку наукової спільноти – легітимізація терміну проходила у формі запеклих дискусій і розгромних статей, результатом чого у 1972 році стало затвердження Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ) поняття «стрес» як неспецифічної реакції організму на будь-яку висунуту до нього вимогу. На сучасному етапі стрес досліджується на фізіологічному, психологічному та поведінковому рівнях (Бусигіна, Распопін, 2013).

У широкому розумінні «стрес» є особливою формою існування живих організмів. Це механізм, що здатний руйнувати або творити навколишню дійсність. Цю думку, більше ніж 200 років назад, сформулював Дарвін у своїй «Еволюційній теорії», яка ґрунтувалася на розумінні життя як динамічного процесу постійної адаптації до умов середовища, вимиранні слабких і кволих на противагу сильним і здоровим (Бодров, 2006).

Психодинамічний напрямок у поясненні стресів спирається на теорії Фрейда, який описав два типи зародження та проявів тривоги, занепокоєння: (1) сигналізуюча тривога виникає як реакція передбачення реальної зовнішньої небезпеки; (2) травматична тривога розвивається під впливом несвідомого, внутрішнього джерела (Бодров, 2006). Найбільш яскравим прикладом причини виникнення цього типу тривоги є стримування сексуальних спонукань та агресивних інстинктів. Для опису результуючих симптомів цього стану Фрейд запровадив термін «психопатія повсякденного життя». Цікавими є теорії конфліктів, в основі яких лежать соціальні аспекти. Основні причини напруги пов'язані з необхідністю членів суспільства підкорятися його соціальним нормативам.

Лазарус, розвиваючи вчення про стрес, в 1956 – 1970 рр. розвиває концепцію, в якій розмежовує фізіологічний та психологічний стрес. Він вважає, що міра фізіологічної природи представляє собою безпосередню реакцію організму, що супроводжується вираженими фізіологічними зрушеннями на вплив різноманітних зовнішніх та внутрішніх стимулів фізико – хімічної природи. При цьому, вираженість фізіологічного стресу залежить від інтенсивності впливаючого агента (стресового фактора). Ключові особливості психологічного стресу, на думку автора, полягають в тому, що він викликається психологічними стимулами, які оцінюються індивідом як загрожуючі (Якупова & Бухаленкова, 2018).

Серед робіт, присвячених дослідженню стресу та стресостійкості, виділяють роботи в рамках об'єктивістського та суб'єктивістського підходів. Представники об'єктивістського підходу розглядають стрес як породження зовнішньої ситуації, реакцію на будь – які впливи з боку зовнішнього оточення. Однак, представниками даного напрямку не враховується той факт, що напружені зовнішні умови виступають стресогенними лише потенційно і не обов'язково можуть приводити до розвитку стресу.

Суб'єктивісти, основним представником яких можна назвати Ендлера, визначають свій підхід як інтеракційну проблему, в якій відмічається

специфічний спосіб взаємодії суб'єкта з самим собою та оточуючим середовищем. Основоположником цього підходу вважається Лазарус, який обумовлював стрес такими особистісними особливостями як: (1) уявлення про світ та себе і здатність брати на себе зобов'язання; (2) уявлення про свої здібності впливати на наслідки (Rutherford, Wallace, Laurent & Mayes, 2015).

Бусигіна, Распопін (2013), аналізуючи вчення зарубіжних науковців про стрес, зазначають, що схожі уявлення про стрес можна зустріти і у роботах Мільмана, який розглядає стрес як функцію двох факторів: величини потреби у досягненні та суб'єктивної оцінки вірогідності досягнення.

За Бусигіною та Распопіним (2013), Горизонтов розглядає стрес як загальну адаптивну реакцію організму, яка розвивається у відповідь на загрозу порушення гомеостазу. Цікаву думку з цього приводу висловив власне засновник теорії гомеостазу французький медик Бернар, який вважав відносну постійність внутрішнього середовища найважливішою умовою підтримання життєздатності організму.

Стреси бувають емоційно позитивні та негативні, короточасні та тривалі. Позитивні стреси (наприклад: народження дитини, весілля, вступ до інституту тощо) збагачують та прикрашають наше життя. У такому разі організм сам регулює роботу всіх життєво важливих органів та продовжує функціонувати в нормальному режимі після емоційного вибуху. Така нервова напруга навіть корисна, тому що мобілізує розумові та фізичні можливості, підвищує самооцінку та впевненість у собі. Негативні стреси. Короточасні негативні стреси (наприклад: налякав собака, гримнув грім тощо) можна вважати нешкідливими, якщо немає тяжких захворювань серцево-судинної системи.

На сьогоднішній день проблема розвитку стресу привертає до себе увагу багатьох дослідників. Так, Газенко вважає, що особливу складність викликає оцінка стану особистості на грані норми та патології, коли рівновага між організмом та середовищем є порушеною і стан не може бути кваліфікований як нормальний. Аналогічної думки дотримується і Баєвський,

який розглядає проблему стресу з точки зору науки та визначає її як стан норми та патології. Також помітно активізувались спроби дослідження та систематизації перехідних станів в психіатрії та психоневрології, зокрема, в роботах Лакосіна, Семітова, Семке, Шостаковича (Віговська 2013).

Виникнення стресу залежить не стільки від об'єктивних умов стресової ситуації, скільки від суб'єктивних характеристик людини і ставлення до того, що відбувається. Так, модель фізіологічного стресу Сельє була модифікована Доренвендом. Автори підходили до стресу як до стану організму, що спирається на адаптивні та не адаптивні реакції. Факторами стресу розуміються такі соціальні чинники: економічні чи сімейні невдачі, які як об'єктивні події, які порушують (руйнують) чи загрожують підірвати звичайне життя індивіда. Вони не обов'язково негативні та не завжди ведуть до об'єктивної кризи. Так, наприклад, в якості одного з факторів виникнення емоційних дистресів дослідниками виділяється період вагітності та народження дитини у жінок (Сельє, 2008).

Тимошенко (2011) відзначає, що вже у роботах Сельє виділено стадії динаміки розвитку стресу, у яких відбувається розвиток дистресу. Часто терміном «стрес» підмінюється поняття «дистресу», який характеризується появою ознак дезорганізації цілеспрямованої поведінки, і за яким слідує етап біологічного та психологічного виснаження організму. В даний час розробляються різноманітні стратегії подолання психологічного та фізіологічного стресу.

Як правило, у стані стресу людина перебуває у стані афекту, відчуваючи різні яскраво виражені емоції як позитивні (радість, захоплення), так і негативні (страх, образ, гнів, роздратування, тривогу тощо). Всі існуючі теорії стресу стверджують, що найнебезпечніші не самі стресові ситуації, які часто короткочасні, а наступна реакція людини на цю ситуацію. У випадку, коли спричинені стресом емоції тривалі, можуть з'явитися і хвороби, що відносяться до групи психосоматичних захворювань. При виникненні психосоматичних хвороб причиною фізіологічних

функціональних розладів є психологічні відхилення від норми, у тому числі емоційний стрес, фрустрації тощо. Іншими словами, людина, яка використовує неправильні, тобто недієві, неефективні, когнітивні стереотипи середовища, цілком може захворіти. А стрес, який є наслідком завданої психологічної травми, може як суб'єктивне її відображення тривати роками.

Куригін, Уриваєв (2006), розмежовуючи поняття стресу та дистресу відзначають, що зазвичай під «стресом» часто мається на увазі як «еустрес» (позитивний стрес), і «дистрес» (негативний, руйнівний стрес). Такий підхід зумовлений тим, що у своїй сутності реакції організму і відповідні наслідки обох видів стресу мають неспецифічний характер і схожі симптоми. Сельє писав про стрес і генералізований адаптаційний синдром як про універсальну форму реакції організму на різні за своїм характером подразники. Сельє вважав стрес стандартною формою реакції організму на різні подразники, тобто. неспецифічною відповіддю або реакцією, функціональним станом напруги, реактивності організму, що виникає у людини та тварин у відповідь на вплив стресорів. Стресорами або стрес-факторами називаються «надзвичайний або патологічний подразник, значний за силою та тривалістю несприятливий вплив, що викликає стрес. Таким чином, дистрес та еустрес, негативні або позитивні події можуть призвести до схожих результатів, наприклад, до сильної емоційної напруги та відповідної соматичної реакції у вигляді серцевого або головного болю, реакції шлунково-кишкового тракту, напруги та болю в області хребта тощо .

Отже, дистресом вважається негативний, руйнівний стрес, який виникає в результаті затяжних конфліктних ситуацій, коли негативні емоції переходять у форму «застійного» збудження структур мозку і порушуються основні біоритми організму: сон і гормональні функції, механізм саморегулювання окремих найбільш ослаблених функціональних систем організму (Alves, 2020). Запобігти дистресу можна надаючи членам суспільства сприятливі умови для розвитку, свободу у виборі життєвих установок та позицій.

2.2 Симптоми емоційного дистресу та особливості його діагностування

Згідно Siegle, Ghinassi, & Thase (2014), 20 % усіх жінок мають досвід проблем з психічним здоров'ям у постнатальний період. Емоційний дистрес, депресія, тривога та розлади адаптації є неповним списком ймовірних труднощів, з якими стикаються жінки в постнатальний період (Ramadas, Kumar, 2016).

Якупова та Бухаленкова (2018) відзначають, що поряд із тривогою в період вагітності з'являються специфічні страхи у жінок, пов'язані з фізіологічним перебігом вагітності, благополуччям та нормальним внутрішньоутробним розвитком дитини, формуванням готовності до появи дитини та виконання ролі матері, а також незворотністю змін у сімейній системі та житті в цілому. На пізніших термінах вагітності переживання страху може посилюватися, набуваючи ірраціонального та нав'язливого характеру у зв'язку з неможливістю прогнозування та контролю результату дозволу вагітності. Ірраціональне почуття провини та страхи, пов'язані з погіршенням власного здоров'я, болем під час пологів та неблагополуччям дитини після народження, можуть обтяжувати психофізіологічний стан матері.

Сухарєва, Шелепнєва (2020) відзначають, що перинатальний та постнатальний період зазвичай буває насичений різними батьківськими страхами. Необґрунтовані, ірраціональні, вигадані страхи мають вкрай негативні наслідки, оскільки психоемоційне благополуччя дитини залежить від стану мами. Авторами виділено найпоширеніші страхи: хвороби близьких; зміни у особистому житті; відповідальність; медичні процедури; некомпетентність лікарів; ненавмисне заподіяння шкоди здоров'ю дитини; ускладнення під час пологів; народження дитини з обмеженими

можливостями здоров'я; смерті дитини; змін зовнішності жінки; самотності; осуди за невиконання своїх обов'язків та ін. Перераховані страхи найбільш характерні для матерів із тривожним типом гестаційної домінанти.

Одним із основних показників негативного перебігу постнатального періоду у жінок, що виділяється в сучасних зарубіжних дослідженнях, є емоційний дистрес (Abrams et al., 2016; Carlson & Bultz, 2003). Емоційним дистресом вважається стан емоційних страждань, що виникає у людини під впливом травматичного досвіду або події. Термін охоплює широкий спектр симптомів. Характерними ознаками дистресу є депресія та тривога, що можуть проявлятися неочікувано та тривати протягом короткого періоду часу (Ramadas, Kumar, 2016).

Відчуття плаксивості та тривоги є найбільш розповсюдженими симптомами емоційного дистресу у жінок в постнатальний період. Плаксивість виникає через нездатність впоратись з труднощами та обов'язками материнства, а тривога – наслідок усвідомлення нової материнської ролі або піклування про стан здоров'я малюка. Серед менш розповсюджених симптомів є паніка, надмірне мислення, гнів та слабкість, відчуття ізольованості та самотності (Murray et al. 1999).

На сучасному етапі дослідниками проводиться активне вивчення емоційної сфери жінок у післяпологовому періоді. Одінцева (2020) зазначає, що у післяпологовому періоді особистість жінки змінюється - трансформується, вона проявляється у певному типі ставлення матері до дитини, її переживання, взаємозв'язку діади мати-дитя до її стану здоров'я, для її майбутнього, ставлення себе і близьким, зміна життєвих цінностей і особистісних якостей. Материнство сприймається як усвідомлена потреба у народженні, що передбачає емоційно-ціннісне та особистісне ставлення до дитини як об'єкта любові та турботи. Жінка зазнає змін, як фізіологічних, так і психологічних. Зміна особистості залежить від типології жінки, від її життєвих цінностей, вольових зусиль та, дуже значуще, від підтримки близьких та довіри оточуючим (Одінцева, 2020).

Поява першої дитини - одна з найбільш різких змін у житті жінки, яка може бути визначена як своєрідна криза у розвитку її суб'єктивності. Протягом всього етапу прийняття ролі матері відбувається динаміка труднощів, що сприймаються жінками як домінантні. На перших місцях поступово виявляються специфічні стресори, пов'язані з рольовими функціями, у період вагітності - хвилювання за власне здоров'я, яке розглядається як рольова (що захищає плід) поведінку, у перший рік життя дитини - немовля як головний об'єкт рольової поведінки, його здоров'я, пов'язані з ним зміни у звичайному укладі сімейного життя (відносини з чоловіком, родичами, обмеження свободи).

В працях Долішньої (2010), присвячених факторам виникнення емоційного дистресу у жінок в післяпологовий період, зазначається, що післяпологові порушення настрою охоплюють період пологів і перших місяців після них. Вважається, що вони вражають від 70 до 80% жінок. За даними епідеміологічного анкетування, показник розповсюдженості становить 10-15%.

Найчастіше післяпологова депресія набуває характеру післяпологового смутку (80-90% випадків) і визнається природною реакцією жінки на стрес. Передусім цей стрес зумовлюється такою життєвою позицією, в якій жінка набуває нової ролі – матері. Окрім цього пологи є фізичним стресом, що супроводжується болем, виснаженням організму і гормональними зрушеннями. Післяпологовий смуток розвивається протягом кількох днів і формується найчастіше на десятий день. Він характеризується помірним зниженням настрою, яке поєднується з емоційною лабільністю, подразливістю, плаксивістю. Іноді лабільність може мати виражений характер, призводити до погіршення стосунків в сім'ї, спалахів агресії, гніву. Смуток, що триває більше десяти днів, найчастіше вказує на початок післяпологової депресії (Долішня, 2010).

В працях Долішньої (2010) зазначено, що, поряд із основними симптомами післяродового смутку, які були описані Кенерлі, О'Хара описав

такі характерні симптоми, як крайній песимізм, почуття невдоволення, дратівливість, реакції протесту, скарги на важку долю, неприємні відчуття у тілі, плаксивість, нудьгу, постійні настирливі роздуми про одне й те саме.

Водночас для цих хворих часто є характерними obsесивні імпульси й думки, пов'язані зі страхом скривдити дитину, вбити, викинути через вікно, що призводить до уникання контактів з нею. Депресивні матері втрачають інтерес до дитини, перестають доглядати за нею, їх дратує дитячий плач. Іноді спостерігаються панічні страхи, тривога перед виходом з дому, надмірна турбота про власне здоров'я і здоров'я дитини. Серед скарг можуть зустрічатися такі, як відчуття покинутості, неможливості виявлення почуттів до близьких, страх перед відсутністю почуттів. Післяпологова депресія може тривати від двох до шести місяців, хоча описані випадки затяжного перебігу тривалістю один рік і довше (Долішня, 2010).

Таким чином, етіологія та поширеність психоемоційних порушень у жінок у постнатальному періоді визначають гостру необхідність у вдосконаленні методів діагностики та диференціації цих станів з метою своєчасного надання комплексної медико-психологічної допомоги жінкам та їхнім сім'ям в Україні. Регулярна оцінка дистресу рекомендована в сучасних посібниках з психологічної допомоги у акушерській практиці. Наголошується на актуальності подальшого вивчення особливостей дистресу на різних етапах перебігу вагітності та після пологів, а також необхідність обліку системних факторів, виділення не тільки суб'єктивних, а й об'єктивних критеріїв адаптації породіллі до материнської ролі (Holland, 2001; Patenaude & Kupst, 2005). Діагностичний інструментарій, що використовується для виявлення особливостей психоемоційної сфери у жінок у перинатальному періоді, повинен відповідати цілій низці загальних та специфічних вимог. Методики мають бути валідними, надійними та стійкими, як це потрібно для стандартного психодіагностичного інструментарію.

Для глибокого дослідження наявності та ступеня виразності психоемоційних порушень у жінок у постнатальному періоді доцільно

використовувати стандартизовані методи з додаванням проєктивних методів, що виявляють індивідуальний контекст значущій ситуації народження дитини (Коргожа, 2021).

Для збору клініко-анамнестичних даних на додаток до аналізу доступної медичної документації психологу необхідно використовувати елементи клінічного інтерв'ю та розмови з жінкою. Також важливим критерієм для вибору психодіагностичного інструментарію є показники чутливості та прогностичності. Зважаючи на критичність, значущість і динамічність етапів постнатального періоду для діади «мати-дитя» гостро стоїть необхідність своєчасного виявлення симптоматики негативних емоційних станів з метою надання спеціалізованої допомоги жінкам, що виявляють симптоми емоційного дистресу в післяпологовий період (Коргожа, 2021).

З цією метою особливого значення набувають скринінгові методи виявлення тривожно-депресивної, фобічної, істеричної та астеничної симптоматики у жінок для визначення групи ризику розвитку стійких порушень. Специфічність методів для постнатального періоду полягає у необхідності досліджувати актуальні ситуації для цього періоду. Широко використовувані в клінічній психології методи діагностики психоемоційної сфери людини включають вивчення життєвих ситуацій, які можуть бути не актуальні для періоду одразу після народження дитини (Коргожа, 2021).

Незважаючи на велику кількість вітчизняних методів діагностики системи відносин жінки до ситуації народження дитини, по суті єдиним вузькоспеціалізованим та стандартизованим методом діагностики порушень емоційною сферою в перинатальному періоді є валідизована інститутом КПТ версія Единбурзької шкали післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Дана шкала здатна виявити різні рівні депресивної симптоматики у жінок як у період вагітності, так і в післяпологовому періоді (Коргожа, 2021).

Крім цієї шкали для зазначених вище цілей найчастіше використовуються стандартні методи клінічної психології - шкала самооцінки депресії Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale), шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI), шкала тривоги Спілбергер (State-Trait Anxiety Inventory - STAI, в адаптації Ю. Л. Ханіна). У одному з досліджень особливостей психоемоційної сфери вагітних жінок стояло завдання добору методів оцінки афективних станів чутливих даної категорії респондентів (Коргожа, 2021). Результати показали, що з цією метою успішно можна використовувати клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів Яхіна та Менделевича. Даний опитувальник включає шкали тривоги, депресії, астенії, істеричного типу реакції на стрес, вегетативних і obsесивно-фобічних порушень, за якими можливо визначити рівень розвитку невротичної симптоматики у піддослідних. Зарубіжні експерти у сфері перинатальної психології використовують сучасніший і розширений комплекс психодіагностичного інструментарію. Так, широко використовується метод напівструктурованого інтерв'ю післяпологового дистресу (DIPD-PP: Diagnostic Interview of Psychological Distress - Postpartum), що виявляє симптоматику депресивного та тривожного розладів, ризик розвитку панічного розладу, наявність нав'язливих страхів та рівень суїцидального ризику (Diamond, 2013). Поряд з Единбурзькою шкалою, яка є найпопулярнішою серед дослідників за кордоном та в нашій країні, для оцінки рівня антенатальної та постнатальної депресії використовується також шкала післяпологової депресії (PDSS: Postpartum Depression Screening Scale), розробленої на базі шкали депресії А. Бека (Diamond, 2013).

Для вивчення рівня пренатальної тривоги у жінок, специфіки симптомів та оцінки її динаміки протягом року після народження дитини використовується скринінгова шкала перинатальної тривоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale - PASS). Шкала широко використовується за кордоном для виявлення жінок групи ризику тривожного розладу в перинатальному періоді. Скринінгова методика містить кілька субшкал, що

виявляють симптоми генералізованої тривоги та панічного розладу, obsесивно-компульсивні симптоми, соціальну тривогу та специфічні страхи, характерні для перинатального періоду. В практиці зарубіжного досвіду при цьому практикується діагностика обох членів подружжя (Diamond, 2013).

Таким чином, в українській практиці спеціалізованих методів вивчення психоемоційних порушень у жінок під час вагітності та після пологів вкрай мало. Важливим критерієм застосування діагностичних методів у практиці перинатального психолога також є лаконічність і однозначність. Так у силу об'єктивних особливостей психофізичного стану жінок в післяпологовий період об'ємні та перевантажені питаннями методики незручні у використанні та, зрештою, можуть бути непоказовими.

Нарешті, важливим критерієм є зрозумілість результатів діагностики суміжних фахівців. В рамках комплексного супроводу сім'ї, яка очікує народження дитини, важливо, щоб особливості фізичного, психологічного та соціального функціонування пацієнта були відомі та зрозумілі для провідного акушер-гінеколога, неонатолога та педіатра раннього розвитку. Необхідно, щоб ці фахівці мали уявлення про критерії різних психоемоційних порушень у пацієток у постнатальному періоді, щоб своєчасно направити їх для отримання необхідної допомоги клінічного психолога або психіатра.

Таким чином, серед найпоширеніших симптомів емоційного дистресу виділяють депресію, тривогу та відчуття плаксивості. Дієвими інструментами діагностики симптомів емоційного дистресу у жінок в постнатальний період є клінічне інтерв'ю жінки з психологом та використання Единбурзької шкали післяпологової (постнатальної) депресії.

2.3 Причини і наслідки емоційного дистресу

Тривалий дистрес є причиною багатьох захворювань. Особливо шкідливі пригнічені, невиражені негативні почуття. Якщо стрес тривалий, неконтрольований, то організм не має можливості нормалізувати вже активовані процеси і фізіологічні зміни в організмі можуть завдати шкоди здоров'ю. Скандали в сім'ї, матеріальні проблеми, втрата роботи або близьких людей можуть бути причиною тривалого стресу на довгі місяці, і навіть роки. Небезпечним для психічного та фізичного здоров'я людини є тривалий, хронічний стрес чи дистрес.

Основною причиною виникнення емоційного дистресу в постнатальний період, що супроводжується підвищеною тривогою, є нереалістичні очікування щодо материнства. Додатково жінки можуть відчувати перевантаження, некомпетентність ролі матері, переживати труднощі з грудним вигодовуванням, відсутністю соціальної підтримки, втрату автономності, зміни у відчутті часу, зовнішності, жіночності, сексуальності та професійної ідентичності (Ramadas & Kumar, 2016). Дослідження Ramadas & Kumar (2016) виявили прямий зв'язок між досвідом жорстокого поводження у дитинстві та емоційним дистресом у жінок в постнатальний період. На думку дослідників, усі форми фізичного, сексуального, економічного та психологічного насильства мають серйозні довготривалі наслідки для фізичного, психічного чи репродуктивного здоров'я. Жінка, яка зазнала жорстокого поводження в дитинстві, матиме труднощі з активацією тих біологічних аспектів, що сприяють догляду за власною дитиною.

В роботі Баранової (2017) відзначається, що багато жінок приходять на лікування з відчаєм, відчайдушно бажаючи знати відповідь на питання: "Чому це відбувається?". Автором розглядається, у зв'язку з цим, біопсихосоціальна модель перинатальної дисфункції Венцеля, яка може допомогти цим жінкам зрозуміти своє поточне становище. Ця модель показує, як взаємодіють когнітивні, емоційні та поведінкові фактори в підтримці та загостренню емоційних переживань. Розуміння цього дає

відчуття, що терапевт розуміє їхні поточні та історичні життєві обставини. Це також вселяє надію та оптимізм, тому, що клієнти бачать, що їх поточний емоційний дистрес зрозумілий у світлі когнітивних та поведінкових моделей.

Термін «біопсихосоціальний» означає, що численні фактори сприяють розвитку перинатального дистресу. Наявність вразливості не гарантує того, що людина буде мати перинатальний дистрес, але це дійсно збільшує ймовірність того, що людина переживе перинатальний дистрес за обставин, які його активують.

Три сфери вразливості мають значення для розуміння етіології перинатального дистресу: генетична вразливість, нейрохімічна мінливість та психологічна вразливість. Розглянемо їх детальніше.

Важливо чи жінка має генетичну схильність до депресії, тривоги та інших проявів емоційного переживання. Хоча не існує точного тесту для визначення генетичної вразливості, більшість фахівців із психічного здоров'я роблять висновок про генетичну вразливість на основі особистої та сімейної історії розладів психічного здоров'я клієнта.

Нейрохімічна мінливість є біологічним фактором. Тоді як генетична вразливість є дистальним фактором, який залишається незмінним, нейрохімічна мінливість є проксимальним фактором, який може змінюватися залежно від часу та обставин (наприклад, другий триместр вагітності, шість тижнів після пологів). Добре відомо, що пологи пов'язані з різкими коливаннями гормонів, і що деякі з цих коливань можуть впливати на нейромедіатори, пов'язані з настроєм (наприклад, катехоломіни, серотонін). Дослідження не виявили жодного гормону, який може пояснити початок перинатального дистресу. Таким чином, в даний час дослідники висувають думку, що деякі жінки, які вразливі до перинатального дистресу, можуть бути особливо чутливими до швидких змін рівня гормонів (Баранова, 2017).

Психологічна вразливість – це те, як жінка змогла пристосуватися до переходу в батьківство. Сюди також відносять попередні епізоди депресії, тривоги, розлади пов'язаними з травмою чи стресом. Ці три області

вразливості - генетична, нейрохімічна та психологічна - існують не ізольовано; передбачається, що вони впливають одна на одну.

Комплекс симптомів емоційного дистресу має негативні наслідки на психічне, фізичне та емоційне здоров'я не тільки матері, але і дитини. Післяпологовий дистрес впливає на якість материнської турботи та догляду, що може призвести до труднощів з формування соціальних зв'язків у дитини та порушень у поведінковому, когнітивному та фізичному розвитку. У стані постнатального дистресу складно створити дитині психологічно гармонійній простір для того, щоб вона змогла реалізувати себе як окрема здорова особистість. Зв'язок між матір'ю та дитиною також під загрозою (Stockman, 2007). Siegle, Ghinassi & Thase (2014) вказують на те, що здоров'я дитини тісно пов'язано зі здоров'ям її матері.

Найбільш поширеними вважаються явища післяпологової меланхолії, проте існують різні точки зору на етіологію та періоди її прояву у жінок після пологів. Всесвітньою організацією охорони здоров'я неврозоподібний розлад у вигляді післяпологової меланхолії визначається як спонтанне порушення психоемоційного статусу жінки в ранньому післяпологовому періоді. Більшість зарубіжних та вітчизняних дослідників вважають явище бейбіблюзу нормальною біологічною та психосоціальною коригуючою реакцією на стресову ситуацію пологів, яку здатні відчувати до 80 % першородних та повторнонароджуючих матерів. Частота розвитку післяпологової депресії у різних країнах варіюється від 3 до 30%. Такий розрив даних пов'язаний не лише з особливостями різних культур та актуальних життєвих умов, але й з розрізненістю та недосконалістю діагностичного інструментарію (Долішня, 2010).

Характеризуючи роботи зарубіжних авторів, Савенишева (2018) виділяє на їх основі такі шляхи та механізми впливу емоційного дистресу та виникаючих проблем у постнатальний період. Дослідники висувають кілька можливих пояснень.

Перший: спостережувані зв'язки між факторами ризику та подальшими проблемами можуть бути результатом загальних генів. Так, наприклад, якщо від матері до дитини передаються певні гени, що збільшує ймовірність того, що якщо вона відчуває високий рівень тривоги в період вагітності, то і її дитина відчуватиме емоційні проблеми.

Другий: вплив стресу в пренатальний період може пояснюватися тим, що стрес зберігається у матері/батька і постнатальний період, і тоді проблеми у дитини можуть бути швидше наслідком постнатального впливу, ніж пренатального.

Третій: несприятливі умови розвитку у пренатальний період призводять до незворотних змін у розвитку плода, що відбивається надалі на різних сторонах його розвитку.

Отже, основними причинами виникнення емоційного дистресу в постнатальний період є нереалістичні очікування жінки щодо материнства, перевантаження, некомпетентність ролі матері, труднощі з грудним вигодовуванням, відсутність соціальної підтримки, втрата автономності та зміна зовнішності. Емоційний дистрес матері в постнатальний період може чинити довготривалий вплив на психічний розвиток дитини, особливо на проблеми в поведінці. Причому ці наслідки виявляються навіть якщо пренатальний стрес не супроводжується наступним негативним станом матері. Дані висновки підводять до необхідності психопрофілактики стану та ставлення матері до дитини в постнатальний період.

РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ЯКІ МАЮТЬ ЕМОЦІЙНИЙ ДИСТРЕС В ПОСТНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД

3.1 Профілактика емоційного дистресу і психосоціальна підтримка батьків після народження дитини

Народження дитини є серйозним етапом у житті її батьків та сім'ї в цілому. З народженням першої дитини у житті жінки відбуваються серйозні зміни: з'являються обмеження особистого вільного часу, свободи переміщень, жінка, як правило, на певний час залишає професійну діяльність. Турбота про немовля потребує наявності у батьків значних фізичних та психологічних ресурсів. Так, відбувається певний перерозподіл обов'язків усередині сім'ї, відносини між подружжям у цей період реалізуються у двох планах – партнерському (стосунки між чоловіком та дружиною) та батьківському (стосунки між батьком та матір'ю) (El-Mohandes et al.2008).

Постнатальний період пов'язаний з психологічними, емоційними та фізіологічними змінами в житті жінки, що супроводжуються реорганізацією її соціального, професійного та сімейного життя. Загалом, у роботах вчених вагітність визначається як потенційний діадичний стресор, оскільки зміни, пов'язані з репродуктивним періодом, висувають вимоги не тільки до жінки, а й до чоловіка і є фактором дестабілізації подружніх відносин. Зокрема, вказуються труднощі у шлюбно-сімейній адаптації, зниження якості життя, незадоволеність соціальними зв'язками, збільшення депресивної та тривожно-фобічної симптоматики партнерів. Зазначається, що у деяких парах негативні тенденції мають схильність до ескалації під час початку батьківства і утримуються протягом 6-12 місяців після народження дитини. У той же час способи, за допомогою яких подружжя справляється зі стресом

вагітності разом, виступають важливим предиктором функціонування їхніх стосунків та стабільності (Коргожа, 2021).

Обговорення вагітності як періоду природного пролонгованого нормативного стресу не викликає сумнівів через очевидні фізіологічні, психологічні та соціальні трансформації, що відбуваються з суб'єктами та з парою. Проте вітчизняні роботи, що торкаються проблемного поля стресу вагітності, донедавна акцентувалися на індивідуальних переживаннях кожного з партнерів окремо, а саме на материнському чи батьковому стресі, детермінованому очікуванням та появою дитини.

У зарубіжній психології авторитетний підхід, що розглядає стресогенні життєві події у близьких відносинах (такі, як вагітність, хвороба, зрада, розлучення, втрата роботи одним з партнерів тощо) як явища не стільки індивідуальні, скільки надіндивідуальні (діадичні), тобто перебудовують функціонування діади в цілому і вимагають від неї спільно виробленої відповіді (ухвалення рішення або дії), спрямованої на подолання стресом і забезпечує цілісність і життєстійкість пари (Alves, 2020).

Одінцова (2012) вважає, що методологічним обґрунтуванням даного ракурсу проблематики виступає міжнародно визнана системно-транзактна модель стресу та його подолання Боденманна, ключовою ланкою концепції якого є теза про взаємозалежність подружжя, що означає, що стрес одного із суб'єктів близьких відносин завжди впливає на іншого: «...оцінка стресу одного з партнерів узгоджується, а в деяких випадках навіть залежить від іншого партнера, який сприймає, інтерпретує і декодує ці сигнали і відповідає на них різними формами (діадичної) співвладності.

Крім інструментів, розроблених Боденманном для вимірювання діадичного копінгу як багатовимірного конструкту, в англійських роботах використовується так звана суб'єкт-партнерська модель взаємозалежності. Використання даних підходів дозволяє аналізувати конкретні форми взаємозалежності партнерів (наскільки один випробуваний перебуває під впливом іншого) і визначати «мішені впливу»: чи є ключовою ланкою

терапевтичного процесу окремих індивід чи пара як одиниця аналізу (Одінцова, 2012).

Дана методологія повною мірою реалізована у низці зарубіжних наукових пошуків (переважно португальських, італійських та американських), присвячених вагітності як діадичному стресору, та знаходиться з 2018 р. на піку популярності серед робіт з перинатальної психології. Узагальнюючи проаналізовані публікації, розглянемо їхні основні ідеї.

Вагітність в зарубіжних дослідженнях на сучасному етапі визначається як потенційний діадичний стресор, оскільки зміни, пов'язані з репродуктивним періодом, висувають вимоги не тільки до жінки, а й до чоловіка і є фактором дестабілізації подружніх відносин. Зокрема, вказуються труднощі у шлюбно-сімейній адаптації, зниження якості життя, незадоволеність соціальними зв'язками, збільшення депресивної та тривожно-фобічної симптоматики партнерів. Зазначається, що у деяких парах негативні тенденції мають схильність до ескалації під час початку батьківства і утримуються протягом 6-12 місяців після народження дитини (El-Mohandes, Kiely, Sub-ramanian, Johnson & Blake, 2008).

У той же час способи, за допомогою яких подружжя справляється зі стресом вагітності разом, виступають важливим предиктором функціонування їхніх стосунків та стабільності. Саме тому один з основних акцентів у зарубіжних роботах ставиться на вивченні різних аспектів долаття стресу, оскільки основна мета ефективного діадичного копіngu полягає у зниженні стресу та посиленні суб'єктивного благополуччя партнерів (El-Mohandes, Kiely, Sub-ramanian, Johnson & Blake, 2008).

Погіршення подружньої адаптації свідчить про використання негативного копіngu в діаді, що включає ворожі, амбівалентні, поверхневі дії та слова, що надають руйнівний вплив на відносини; а також про відсутність у парі практики спільного подолання стресу.

Аналіз зарубіжних досліджень дозволяє говорити про підвищення значущості для чоловіка взаємин з партнеркою в період вагітності, оскільки даний фактор прямо впливає на його суб'єктивне благополуччя і якість життя. Власне, це і один із способів для чоловіка «бути ближче» до своєї майбутньої дитини – через глибші інтимно-особистісні стосунки з жінкою-партнеркою. Очевидно, що виявлення подібного взаємозв'язку характерне для чоловіків, які максимально залучені до обговорюваних обставин.

Не отримавши підтримки з боку партнера, інший учасник близьких відносин відчуває самотність і розчарування, ці переживання посилюють стресовий стан. Коло негативних переживань повторюється, у результаті партнери відчувають себе некомпетентними у батьківській ролі та нездатними до виконання завдань з догляду за дитиною та відгуку на її потреби. У той же час реалізація загального (спільного) діадичного копінгу батьком детермінує зниження материнського батьківського стресу, так само як і ефективне використання спільного діадичного копінгу партнерами сприяє підвищенню впевненості подружжя у батьківській компетентності у довгостроковій перспективі (Diamond, 2013).

Таким чином, отримані дані ще раз підкреслюють принципову значущість роботи з парою як одиницею аналізу та психопрофілактики в контексті стресу вагітності, оскільки у обох партнерів присутня потреба у підтримці та реалізації поведінки, що сприяє успішному подоланню. При цьому певний вплив на бажання висловити підтримку та допомогу партнеру надає розуміння суб'єктом рівності та пропорційності виробленого вкладу - власного та партнера - у редукцію напруги. Закордонні автори пропонують концептуалізувати такі види суб'єктивного уявлення індивіда про «баланс» зусиль у парі у протистоянні стресу:

- відповідність у сприйнятті підтримки: суб'єкт усвідомлює, що надається партнеру допомогу ідентична одержуваній («у нашій парі кожен отримує стільки ж, скільки віддає»);

- відповідність у вираженні підтримки: суб'єкт припускає, що реалізація копінг-повідомлення пари адекватна стресовому впливу («наша відповідь стресу рівнозначна його специфіці та ступеню впливу»);

- відповідність в отриманні підтримки: суб'єкт оцінює репертуар справляє поведінки пари (і партнера) як продуктивний/непродуктивний, узгоджений/суперечливий у протистоянні стресу («наша поведінка в стресі ефективно і спільно/недоцільно і нерівнозначно»).

Очевидно, що в цьому випадку йдеться про рефлексію взаємності, справедливості та рівнозначності обміну підтримкою всередині пари. У діадах, де допомога сприймається як взаємна (акцентуємо: саме сприймається, але, можливо, не виявляється реально), близькі стосунки більш гармонійні (у партнерів виникає почуття особливого когнітивного та емоційного зв'язку один з одним).

У той же час відчуття відсутності підтримки від партнера або її отримання без реакції приводить до несприятливих наслідків для пари (Murray et al., 1999). Обговорюючи стрес вагітності та перехід до батьківства, можна з упевненістю відзначити, що обидва партнери перебувають у ситуації очікування на допомогу один від одного. У цьому як фактичне «орієнтоване на партнера поведінка» у парі, а й сприйняття його таким підвищує якість взаємовідносин, а дисбаланс зусиль партнерів - знижує.

Таким чином, спеціалістам медичних закладів важливо фокусуватися на роботі з парою, а не обмежуватись наданням допомоги лише жінці. Кваліфікована соціальна підтримка необхідна обом партнерам в постнатальний період, оскільки саме вона стає підґрунтям для формування здорового сімейного середовища, в якому можливе народження та розвиток здорової дитини.

3.2 Соціальна підтримка та її значення у роботі з емоційним дистресом

Народження дитини є серйозним етапом у житті її батьків та сім'ї в цілому. З народженням першої дитини у житті жінки відбуваються серйозні зміни: з'являються обмеження особистого вільного часу, свободи переміщень, жінка, як правило, на певний час залишає професійну діяльність. Турбота про немовля потребує наявності у батьків значних фізичних та психологічних ресурсів. Так, відбувається певний перерозподіл обов'язків усередині сім'ї, відносини між подружжям у цей період реалізуються у двох планах – партнерському (стосунки між чоловіком та дружиною) та батьківському (стосунки між батьком та матір'ю) (El-Mohandes et al.2008).

Постнатальний період пов'язаний з психологічними, емоційними та фізіологічними змінами в житті жінки, що супроводжуються реорганізацією її соціального, професійного та сімейного життя. Загалом, у роботах вчених вагітність визначається як потенційний діадичний стресор, оскільки зміни, пов'язані з репродуктивним періодом, висувають вимоги не тільки до жінки, а й до чоловіка і є фактором дестабілізації подружніх відносин. Зокрема, вказуються труднощі у шлюбно-сімейній адаптації, зниження якості життя, незадоволеність соціальними зв'язками, збільшення депресивної та тривожно-фобічної симптоматики партнерів. Зазначається, що у деяких парах негативні тенденції мають схильність до ескалації під час початку батьківства і утримуються протягом 6-12 місяців після народження дитини. У той же час способи, за допомогою яких подружжя справляється зі стресом вагітності разом, виступають важливим предиктором функціонування їхніх стосунків та стабільності (Коргожа, 2021).

Існує численний ряд емпіричних досліджень на тему ефективності соціальної підтримки жінок, які мають емоційний дистрес у постнатальний період. Соціальна підтримка кваліфікованих працівників медичних закладів дає можливість молодим батькам знизити рівень емоційної тривоги та підвищити впевненість у власних силах (Diamond, 2013). Соціальна підтримка – це процес надання допомоги іншим, для того, щоб надати їм можливість впоратися з біологічними, психологічними та соціальними

факторами стресу (Diamond, 2013). Таким чином, соціальна підтримка покращує якість життя та забезпечує захист від несприятливих життєвих подій.

Соціальна підтримка поєднує в собі комплексну концепцію із чотирьох основних аспектів: емоційний, оціночний (стверджувальний), інформаційний та практичний.

Емоційна підтримка складається зі слів або дій, які демонструють любов, симпатію, співчуття, почуття поваги і довіри, що переконує одержувача у тому, що про нього піклуються, його поважають і цінують.

Оціночна або стверджувальна підтримка полягає у передачі інформації з метою підвищення позитивної самооцінки, іншими словами, підтвердження правоти того, що одержувач зробив або сказав. Інформаційна форма підтримки забезпечує отримувача необхідною інформацією про здоров'я та розвиток дитини. Практична підтримка надає доступ до матеріальних товарів, послуг або допомоги в рамках догляду за дитиною (Siegle, Ghinassi F, Thase M.E, 2007).

Станішевська (2020) зазначає, що міжособистісна підтримка та гармонізація внутрішньоособистісних процесів є захисними факторами, які допомагають пережити стрес, а також можуть сприяти перегляду ставлення до ситуації, а іноді перекваліфікувати дистрес на еустресс. Важливим інструментом для роботи у цьому напрямі є комунікація. Вона має на увазі як зовнішній діалог (міжособистісний), так і внутрішній діалог (діалог із самим собою). У зовнішньому діалозі головною метою є вироблення індивідуальних стратегій підтримки комфортних відносин у соціальному оточенні. Внутрішній діалог призначений для пізнання самого себе та набуття інструментів для регуляції внутрішніх процесів, які можуть контролюватись особистістю. Цілі та завдання обох видів комунікації тісно переплетені між собою і мають тенденцію перетікати одна в одну (це часто проявляється на сеансі психотерапії або під час психологічної консультації).

Розглянемо специфіку надання допомоги жінкам в післяпологовий період на прикладі Англії.

Матері, які народжують в Англії, зазвичай мають доступ до безкоштовного післяпологового догляду Національної служби охорони здоров'я. Сюди входить підтримка з боку акушерок і працівників з підтримки пологів у післяпологовому відділенні лікарні або пологовому центрі та в громаді, медичний візит медичного фахівця, який заступає на посаду акушерської бригади в якості чергового лікаря приблизно через 10–14 днів після народження дитини, а також головний лікар, який оцінює стан дитини та матері на 6–8 тижні (Coates, Ayers, & de Visser, 2020).

За результатами опитування, більшість матерів задоволені своїм післяпологовим доглядом в Англії, але меншість повідомляють про проблеми з лікарняною післяпологовою допомогою. Серед зазначених недоліків є надання недостатньої та непослідовної інформації, низька якість взаємодії зі співробітниками, включаючи принизливі коментарі та відсутність поваги до клієнток та відсутність позитивного зворотнього зв'язку. Саме інформаційний та оціночний види підтримки мають найбільшу значимість для молодшої матері, оскільки їх наявність допомагає впоратися зі стресом народження дитини. Позитивна стверджувальна підтримка медичного працівника надає впевненості у власних діях, а інформаційна обізнаність зменшує рівень страху перед отриманням нового досвіду. Нинішня політика Англії спрямована на те, щоб більшість жінок мали безперервний акушерський догляд у антенатальний, інтранатальний та постнатальний періоди, оскільки уважне вислуховування проблем матерів і чуйне реагування на них створює безпечне середовище для матері і дитини. Проте наразі менше однієї з десяти жінок отримують післяпологовий догляд принаймні однієї акушерки, яка була залучена протягом всього пологового періоду. Різноманітний досвід матерів, де одні отримують значну соціальну підтримку під час післяпологових взаємодій, а інші отримують її в

недостатній кількості, відображає нерівномірне надання післяпологової допомоги в перевантажених послугах в Англії (McLeish et al, 2020).

На сьогоднішній день українськими дослідниками з метою формування теоретико-методологічних принципів надання психологічної підтримки жінкам у постнатальний період активно розробляються проблеми постнатального стресу із загальними для пари стресорами (Долішня, 2010). Однак ряд питань вимагають додаткового вивчення в контексті стресу вагітності та післяпологового періоду, зазначають Якупова, Бухаленкова (2020):

- співвідношення спільного та індивідуального у структурі стресу пари в постнатальний період;
- внесок партнерів у продуктивний та ефективний копінг при виникненні емоційних дистресів;
- гендерні аспекти продуктивності/непродуктивності використання копінг-стратегій в процесі подолання дистресу;
- тригерні механізми, через які партнеру транслюється запит допомоги від партнера.

Таким чином, соціальна підтримка створює сприятливі умови жінкам, які мають емоційний дистрес в постнатальний період з метою зменшити можливі ризики та збільшити рівень психологічного, емоційного та фізичного благополуччя матері та дитини.

3.4 Базовані на доказах втручання у роботі з жінками, які мають емоційний дистрес в постнатальний період

Післяпологовий період вважають часом підвищеного ризику розвитку складного емоційного стану у жінок. Різкі зміни стану жінки від вагітності до пологів та материнства обумовлені гормональними змінами. Цим

пояснюється емоційна лабільність, гіпотимія, прояви емоційного дистресу в постнатальний період. Для досягнення оптимального психофізіологічного стану необхідне відновлення гормонального фону, нормалізації маси тіла, що потребує тривалого часу та відповідних умов (Літнарівич та ін., 2019).

На сьогодні в українській та зарубіжній практиці існують ефективні та дієві шляхи допомоги жінкам в післяпологовий період, у випадку переживання емоційного дистресу. Однак, існуючі методики мають як переваги, так і недоліки.

Так, наприклад, на думку Costa et al., (2018) розуміння симптомів емоційних порушень у жінок в постнатальному періоді є проблемою для медичних працівників, які зазнають труднощів навіть при підготовці діагнозів. В той час як допологовий догляд здійснюється у закладах первинної медико-санітарної допомоги, де здійснюється фізіологічне та психологічне спостереження за жінкою та розвитком плода, то у випадку, коли йдеться про післяпологову допомогу жінкам, основна увага приділяється первинній медико-санітарній допомозі. Саме під час консультацій у цей період відбувається профілактика, раннє виявлення та лікування ускладнень, тобто для зменшення проблем потрібна кваліфікація професіоналів.

Baratieri та Natal (2019) вказують на те, що коли справа доходить до грудного вигодовування, медичний персонал приділяє більше уваги дитині, не звертаючи достатньої уваги на жінку та труднощі, з якими вона може зіткнутися. Автори відзначають, що вкрай важливо, щоб медичний персонал, що супроводжує жінку після пологів, був проінформований про можливі емоційні порушення у жінок в постнатальному періоді. Спеціалісти можуть втручатися декількома способами, починаючи від пренатальних консультацій з дослідженнями особистих конфліктів, ознак або після пологів, виконуючи візит до будинку, що забезпечує зміцнення здоров'я та необхідний прийом для матері та дитини.

Підтверджено, що консультація та відвідування вдома є доречними методами для прийому та кваліфікованого слухання, спрямованого на всебічний догляд, надання свободи для відповіді на сумніви і, отже, стимулювання самообслуговування та догляду за дитиною (Silva et al., 2020).

Цветкова (2007), розглядаючи основи досягнення допомоги жінкам у постнатальному періоді на сучасному етапі зазначає, що у психосоціальній практиці зарубіжних країн прийнято укладати з сім'єю договір щодо надання їй допомоги. Таким чином, фахівець отримує право на входження до сім'ї та приєднується до неї у ролі спеціаліста по роботі з випадком. Цей метод психосоціальної діяльності називається патронажем, що означає супровід матері та дитини, що перебувають у важкій життєвій ситуації. Фахівець може обговорити з жінкою ситуацію пологів, перші враження від спілкування з дитиною, труднощі у догляді за нею або у взаєминах із родичами, самопочуття матері та дитини. На підставі отриманої інформації робиться прогноз ймовірності виникнення емоційних порушень в постнатальному періоді та можливої якості материнсько-дитячих відносин.

В роботах Milgrom, Holt (2014) зазначається, що психічні розлади після пологів порушують не тільки здоров'я матері, а й негативно впливають на її відносини з членами сім'ї і, зокрема, відносини матері та новонародженої дитини. Особливо фокусується увага на поведінкових та емоційних розладах з боку матері по відношенню до дитини. Вона апатична, не дбає достатньо про дитину, її емоційність неадекватна.

При дослідженні, проведеному в Японії серед 289 матерів, що відповіли на питання Edingburgh Postnatal Depression Scale та Mother - to - Infant Bonding Scale під час вагітності та післяпологового періоду, встановлено, що депресивний настрій матері сильно пов'язаний з порушенням відносин матері та дитини. Ці дані також свідчать про переваги раннього втручання для терапевтичного впливу на емоційні розлади в постнатальному періоді. Однак, на думку авторів, у цьому напрямі потрібні нові дослідження, оскільки до сьогодні не існує надійних доказів, що

терапевтичні методи, які існують на сьогодні, допоможуть нормалізувати порушений зв'язок між матір'ю та дитиною (Dorheim, Bondevik, Eberhard-Gran, 2009).

Отже, у разі виявлення симптомів емоційного дистресу у жінки в післяпологовому періоді необхідна психологічна робота з сім'єю, допомога фахівців у оптимальному розподілі материнських функцій. Для матері корисно знайти ті моменти взаємодії з дитиною і такі переживання при цьому, які приносять їй задоволення, і налагодити контакт з дитиною, спираючись на них. При труднощі з грудним годуванням слід враховувати, що, поруч із його користю для дитини та розвитку материнсько-дитячої взаємодії, існує можливість деструктивного впливу на динаміку материнської сфери насильницького стимулювання грудного вигодовування. У кожному разі, необхідно враховувати конкретні особливості ситуації (Misund, Nerdrum, Diseth, 2014).

Полуектова (2013) відзначає, що конфлікт між власною особистістю та формуванням концепції материнства, набуттям нової соціальної ролі також може впливати на стан жінки. Тому персоналу, що здійснює надання допомоги жінкам в післяпологовому періоді так важливо зібрати анамнез пацієнтки, поставити ключові питання, які допоможуть покращити ситуацію. Наприклад, породілля може страждати «комплексом відмінниці», який у післяпологовому періоді може проявитися в невротизації, у напруженому бажанні все робити правильно, ідеально. Інфантильна жінка постійно орієнтуватиметься на поради бабусь, лікарів, журналів, забуваючи про довіру своєї материнської інтуїції, про довіру контакту з дитиною.

У становленні материнства велику роль відіграють стосунки жінки зі своєю матір'ю, з бабусею. Збір інформації на тему «дочки-матері» надає психологу неоціненну допомогу у розумінні психологічного самопочуття жінки у післяпологовий період, допомагає передбачати можливі порушення дитячо-батьківських відносин. Це визначає той психологічний сценарій, який схильна реалізовувати дочка у своєму житті. Існує зв'язок між

психосексуальним розвитком дівчинки та її становленням у дорослому житті як матері. Причиною розвитку емоційних порушень у пацієнток може стати несвідоме відкидання жіночої ролі та/або амбівалентне ставлення до материнства.

Також важливо знати про те, як була народжена сама породілля, як пройшов післяпологовий період у її матері. Ця інформація накладається на власний післяпологовий період жінки як несвідомі спогади і може викликати складні емоційні реакції у народженої (Полуектова, 2013).

Отже, психосоціальна робота з жінками передбачає процедуру оформлення «соціальної історії» клієнтки, тобто вимагає збору інформації про особливості особистості жінки та її способу життя, соціальні ролі, цінності і стереотипи поведінки, про тип запиту і можливі варіанти допомоги. Іншими словами, в індивідуальній психосоціальній роботі з жінкою особливе значення надається її індивідуальності.

До функцій консультанта, що надає психосоціальну допомогу жінці, входить:

- 1) складання індивідуального портрету (діагностична функція);
- 2) визначення можливостей та засобів психологічної допомоги (психотерапевтична функція);
- 3) переадресація клієнтки до потрібного спеціаліста (диспетчерська);
- 4) повідомлення клієнтці потрібних їй знань про її проблему та шляхи її вирішення (інформаційна функція).

Полуектова (2013) також відзначає, що правильно підібрана діагностика дає психологу інформацію для побудови подальшої роботи. Незалежно від методів, якими працює психолог, розмова – основний метод роботи. Емпатичне вислуховування, розширення поля бачення ситуації, аналітична робота, усвідомлення тих фактів, які витісняє пацієнтка – усе це зміцнює его, знижує ступінь тривожності.

Пошук ресурсу – один із ключових моментів роботи. Методи символдрами, арт-терапії допомагають жінкам у цьому пошуку. Виявлення

опори у собі, у зацікавленій людині поруч допомагає повірити у себе. У складніших ситуаціях недостатньо працювати з психологом як консультування, важливо переходити режим психотерапії (регулярні зустрічі, зазвичай 1-2 у тиждень, обмежені тимчасовими рамками). Це режим більш тривалої роботи, що вимагає спеціального навчання психолога та постійного підвищення кваліфікації, а також регулярної участі у професійних супервізійних та інтервізійних групах (де відбувається обговорення важких випадків роботи з колегами та провідним групи, психологом вищого рангу).

При наданні допомоги жінкам, що виявляють ознаки емоційних порушень в постнатальному періоді використовуються і нелікарські методи на основі програм інтервенцій, які використовують когнітивні та поведінкові техніки для подолання дистресу та нормалізації відносин мати-дитина. Одна така програма створена Milgram та співавторами - HUGS -Happiness Understanding Giving and Sherig for enhancing mother-infant relationships. Програма триває дев'ять тижнів з 12 співбесідами та фокусується на почуттях матері, на її когнітивних та поведінкових здібностях, на її активності та самооцінці з використанням тренінгу релаксації. Програма HUGS підходить для ранньої інтервенції для захисту зв'язку мати-дитина для жінок з емоційними порушеннями різної складності (Milgrom & Holt, 2014).

Ще одна підтримки жінок у постнатальному періоді представлена як пілотне дослідження - USPSTF-US-Preveniuiive Services Task Force - тривалістю занять 2 години протягом шести тижнів. Програма має три модулі:

1. провокування задоволення від діяльності;
2. зменшення поганих думок;
3. підтримка соціальної допомоги.

Як переваги цієї програми вказуються її менша тривалість, низька ціна, можливість залучення більшої кількості жінок та можливість проведення курсу у первинному медичному центрі (Milgrom & Holt, 2014).

Одним з ефективних засобів подолання депресії вважається використання когнітивно-біхевіоральної терапії (Ramadas, Kumar, 2016), заснованої, в тому числі, на формуванні когнітивної гнучкості та стримуючого контролю, тобто на розвитку регуляторних функцій (включаючи і емоційне регулювання).

У дослідженні Chabrol та ін. на вибірці 258 матерів було показано ефективність застосування когнітивно-поведінкової терапії як засобу профілактики післяпологової депресії. Усі учасниці дослідження під час виношування вагітності перебували у групі ризику розвитку депресії. З вагітними жінками групи терапевтичного впливу проводилося 5-8 терапевтичних сесій, під час яких застосовувалися технології когнітивно-поведінкової терапії. Через 4-6 тижнів після пологів у жінок цієї групи спостерігалось значне зниження вираженості симптомів післяпологової депресії порівняно з жінками контрольної групи, що не отримували даний вид терапії (Coates, Ayers, & de Visser, 2020).

У дослідженні El-Mohandes та ін. (2008) у групі терапевтичного впливу чисельністю 452 жінок проводилися сесії як під час вагітності, так і після пологів. У жінок цієї групи в післяпологовий період спостерігалось значне зниження симптомів депресії порівняно з породіллями в порівнянні з чисельністю контрольної групи.

Гостро стоїть необхідність збільшення науково-дослідного потенціалу у проведенні досліджень особливостей діади «мати-дитя» з урахуванням наявності та ступеня вираженості психоемоційних порушень у жінок в постнатальний період. Також важливим перспективним завданням є розробка алгоритму міждисциплінарної взаємодії фахівців пологової допомоги, перинатального психолога, неонатолога та педіатра раннього розвитку з метою сприяння взаємодії та співпраці в системі «лікар – пацієнт». Удосконалення процедури своєчасного виявлення порушень психоемоційної сфери у жінок у періоді вагітності та після народження дитини дозволить спеціалістам надавати необхідну комплексну медико-психологічну допомогу

та не допустити розвитку стійких афективних розладів у постнатальному періоді.

Отже, вагітність, пологи та післяпологовий період – найскладніші та найвідповідальніші періоди в житті кожної жінки. Важливо пам'ятати, що від внутрішнього стану жінки, її фізичної та психологічної готовності до материнства надалі залежить благополуччя сімейних відносин. Емоційне тепло по відношенню до дитини сприяє її гармонійному розвитку. Для успішного ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду потрібна не лише допомога лікаря акушера-гінеколога, а й психологічний, іноді психотерапевтичний супровід самої жінки та подружжя загалом.

ВИСНОВКИ

Постнатальний період пов'язаний з психологічними, емоційними та фізіологічними змінами в житті жінки, що супроводжуються реорганізацією її соціального, професійного та сімейного життя. Згідно статистичним даним, 20 % усіх жінок мають досвід проблем з психічним здоров'ям у постнатальний період, що свідчить про актуальність проблематики.

Емоційним дистресом вважається стан емоційних страждань, що виникає у людини під впливом травматичного досвіду або події. Термін охоплює широкий спектр симптомів. Серед найпоширеніших симптомів емоційного дистресу виділяють депресію, тривогу та відчуття плаксивості.

Дієвими інструментами діагностики симптомів емоційного дистресу у жінок в постнатальний період є клінічне інтерв'ю жінки з психологом та використання Единбурзької шкали післяпологової (постнатальної) депресії.

Основними причинами виникнення емоційного дистресу в постнатальний період є нереалістичні очікування жінки щодо материнства, перевантаження, некомпетентність ролі матері, труднощі з грудним вигодовуванням, відсутність соціальної підтримки, втрата автономності та зміна зовнішності.

Комплекс симптомів емоційного дистресу має негативні наслідки на психічне, фізичне та емоційне здоров'я не тільки матері, але і дитини. Післяпологовий дистрес впливає на якість материнської турботи та догляду, що може призвести до труднощів з формування соціальних зв'язків у дитини та порушень у поведінковому, когнітивному та фізичному розвитку. Зв'язок між матір'ю та дитиною також опиняється під загрозою.

З метою зменшення можливих ризиків як самої жінки, так і для новонародженої дитини важливо удосконалити процедуру своєчасного виявлення порушень психоемоційної сфери у жінок у періоді вагітності та після народження дитини. Таким чином спеціалісти матимуть можливість

вчасно надавати необхідну комплексну медико-психологічну допомогу та не допустити розвитку стійких афективних розладів у постнатальному періоді. Пренатальні консультації з дослідженнями особистих конфліктів та симптомів та післяпологові візити до будинку є ефективними методами надання соціальної підтримки, що забезпечують всебічний догляд за матір'ю та дитиною. Соціальна підтримка – це процес надання допомоги іншим, для того, щоб надати їм можливість впоратися з біологічними, психологічними та соціальними факторами стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баранова В. В. (2017). Особливості психоемоційного стану жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі, в умовах теперішньої вагітності. *Перинатология и педиатрия*. - № 1, 70-73 с.
2. Бодров В. А. (2006). Психологический стресс, его развитие и преодоление. М., 352 с.
3. Бусыгина И. С., & Распопин Е.В. (2013). Внутрличностные ресурсы стрессоустойчивости личности // *Вестник Южно – Уральского государственного университета. Серия: психология*. - № 2, 93 – 98.
4. Віговська О. (2013). Якість життя особистості: теоретико-емпіричні доробки сучасної психології. *Освіта регіону. Політологія, психологія, комунікації*, № 2, 161-165.
5. Волошин П. В., & Марута Н. О. (2015). Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник Психоневрології*, № 1, 5-11.
6. Долішня М. І. (2010). Післяпологова депресія: особливості перебігу та лікування. *Психоневрологія та нейропсихіатрія*, № 8, 15 – 22.
7. Коргожа М. А. (2021). Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинтальном периоде: проблемы инструментария и их решение . *Медицинская психология*, № 3, 80 – 85.
8. Куригин А. Г., & Урываев В. А. (2006). Психический дистресс в дебюте и развитии соматического заболевания . *Экология человека*. - № 4., 60 – 66.
9. Литнарович Л. М., Кучер А. С., & Сулима А. Н. (2019). Психоэмоциональный статус у женщин в дородовом и послеродовом периодах. *Таврический медико-биологический вестник*. - № 6., 71 – 74.

10. Одинцова О. Ю. (2020). Беременность в контексте диадического совладания: метаанализ современных зарубежных публикаций. *Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика, № 4*, 3 – 14.
11. Полуектова О. Г. (2013) Психологические особенности послеродового состояния женщин (обзор литературы, краткий). *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. - № 4*, с. 100 – 107.
12. Савенышева С. С. (2018). Влияние состояния и отношения к ребенку матери в период беременности на последующее психическое развитие ребенка: анализ зарубежных исследований. *Мир науки. Педагогика и психология. - № 2*, 77 – 81.
13. Селье Г. (1979). Стресс без дистресса, с.346.
14. Станишевская Ж. (2020). Стресс, индивид, личность. От дистресса к эустрессу. *Studia Humanitatis.*, 18 – 24.
15. Сухарева Н. С., & Шелепнева А. А. (2020). Страхи матерей в пренатальный и ранний постнатальный период развития ребенка. *Проблемы современного педагогического образования. - № 66.*, 200-203.
16. Тимошенко Т. В. (2011). Проблема стресса (дистресса) и когнитивные теории. *Инженерный вестник Дона. - № 6.*, 18 – 20.
17. Цветкова Н. А. (2007) Психосоциальная работа с женщинами при нарушениях материнской сферы. *Волгоградский научно-медицинский журнал. № 5.*, с. 8 – 11.
18. Якупова В. А., & Бухаленкова Д. А. (2018). Регуляторные функции и послеродовая депрессия: обзор исследований. *Психология. Психофизиология, № 10*, 61 – 68.
19. Alharbi A.A., & Abdulghani H.M. (2014) Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatry Disease and Treatment.*, 10: 311-316.

20. Baratieri, T. & Natal, S. (2019) Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4227-4238, nov.
21. Coates R., Ayers S., & de Visser R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). doi:10.1186/1471-2393-14-359
22. Costa, D. O.; et al. (2018) Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700.
23. Diamond A.(2013) Executive functions. *Annu. Rev. Psychol.* vol. 64, 68-135. DOI: 10.1146/annurev-psych-113011-143750
24. Dorheim S.K., et al (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population-based study // *Sleep*. Vol. 32, N 7. P. 847-855.
25. Alves S., et al. (2020). Intra-couple similarity in dyadic coping and partners' adjustment to the birth of a child. *European Journal of Social Psychology*, vol. 50, pp. 18-34. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejsp.2597>
26. El-Mohandes A.A., et al. (2008). An intervention to improve postpartum outcomes in African-American mothers: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, vol. 112(3), 611-620. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181834b10.
27. Milgrom J. & Holt Ch. (2014) Early intervention to protect the mother infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial, *Electronic Resource.*, 15:385
28. Misund, A. R., Nerdrum, P., & Diseth, T. H. (2014) Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 14, article 263.
29. Murray L., et al. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.*, vol. 40, 8. 12591271. DOI: 10.1111/1469-7610.00542.

30. Ramadas S., & Kumar R. (2016). Postnatal depression: a narrative review. *International Journal of Culture and Mental Health.*, vol. 9, no. 2, 97-107. DOI: 10.1080/17542863.2015.1065893

31. Rutherford H.J.V., et al. (2015) Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review.*, vol. 36, pp. 1-14. DOI: 10.1016/j.dr.2014.12.008.

32. Siegle G.J., Ghinassi F., & Thase M.E. (2007). Neuro-behavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 31(2), 235-262.