

Тольятти, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ	
1.1. Понятие послеродовой депрессии и подходы к исследованию в психологической науке.....	8
1.2. Причины возникновения и протекания послеродовой депрессии у женщин.....	15
1.3. Формы депрессивных расстройств.....	18
1.4. Факторы, влияющие на возникновение депрессивных состояний.....	27
1.5. Материнская тревожность	30
Выводы по первой главе	32
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ	
2.1. Организация и методики исследования послеродовой депрессии у женщин.....	33
2.2. Эмпирическое исследование причин возникновения психологической депрессии у женщин после родов.....	38
2.3. Анализ полученных результатов.....	48
Выводы по второй главе	55
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	56
БИБЛИОГРАФИЯ.....	58

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. В современном обществе существует масса проблем, одной из которых является проблема депрессивных состояний. Данная ситуация связана с тем, что значимо возросло количество депрессивных заболеваний. Этому существует масса причин: во-первых, достаточно сложная и нестабильная ситуация в стране, политическая и экономическая ситуация; во-вторых, возросло беспокойство людей относительно своего будущего, тревога, стрессовых ситуаций стало значительно больше. Процесс выявления, а также лечения депрессии в нашей стране достаточно затруднителен. Связано это с особенностями культурно-исторических аспектов России. Всё это способствует более детальному изучению причин появления депрессивных состояний. В связи с этим и можно говорить о необходимости выбора данного направления для исследования. На наш взгляд, результаты данного исследования позволят достаточно эффективно изучить депрессивные состояния и их диагностику, предложить оптимальные рекомендации психологической адаптации женщин.

Рождение ребенка – это чудо. Однако с рождением малыша возникает и множество трудностей. Первый год после рождения ребенка – это период сложный, как в чисто физическом отношении, так и морально-психологическом плане. Это особый период в жизни семьи. Разные семьи преодолевают его по-разному. К сожалению, не всем семьям удастся с ним справиться, и это приводит к самому печальному последствию – разводу.

Что же меняется после рождения малыша? Будущая мама все больше начинает концентрироваться на себе и малыше, она демонстрирует меньше внешнего внимания к мужу. Естественно, изменяются и сексуальные отношения. При сложном протекании беременности они иногда даже сходят на нет. В этой ситуации от мужа требуется особая деликатность и терпение. Ребенок кардинально меняет отношения в семье. Прежде всего потому, что он меняет состав этой семьи – она перестает быть прежней. И отношения в

ней расширяются как количественно, так и качественно. Любовь теперь делится не на двоих, а на троих. Прибавляются и проблемы, причем в гораздо больших масштабах. Молодая мать обретает важнейшую потребность отношения с ребенком, которая удовлетворяется полностью. Семья начинает разделяться по принципу не «мы+малыш», а «мы+папа». Кроме того, женщина оказывается в ситуации, когда она практически круглосуточно занята ребенком. У нее постепенно начинает накапливаться хроническая усталость, недосыпание и нервное напряжение. Малыш – это огромная ответственность [21].

Существует такое понятие как послеродовая депрессия. Она представляет собой такой вид депрессии, который возникает у родившей женщины в послеродовой период. Данное состояние может продолжаться как несколько суток (около трех), так и несколько месяцев. В особо трудных случаях – несколько лет.

Этот так называемый послеродовой период или депрессивное состояние, негативно влияющий не только на здоровье женщины, но и на его психическое развитие. Чтобы избежать подобные трудности, необходимо вовремя диагностировать данный вид депрессии и назначить правильное лечение. Отметим, что на практике вопросу послеродовой депрессии уделяют слишком мало внимания. Врачи совсем не диагностируют послеродовую депрессию у родильниц, если депрессия не приобретает форм психоза. А между тем женщины, которые имеют младенцев, часто жалуются на состояние отчаяния, утомленности, нарушение сна, аппетита, слезливости. Подобное психическое состояние окружающие, и сама женщина, чаще связывают с изнурительным процессом ухода за ребенком. А между тем, послеродовая депрессия – это серьезное психопатологическое состояние, которое требует вмешательства разных специалистов, в том числе психологов [20].

Что касается статистических данных относительно частоты возникновения послеродовых депрессивных состояний, то, к сожалению,

отечественных данных найти не удалось. Очевидно, это состояние действительно редко диагностируется, хотя, и приносит страдание женщинам и их семьям.

Послеродовая депрессия описана в работах таких западных исследователей, как Гилберт (P. Gilbert), Марк (J. Mark), Челмерс (B. Chalmers). В своих работах они отмечают, что в период после родов у женщин могут появляться следующие эмоциональные нарушения: материнская меланхолия, послеродовая депрессия, послеродовой психоз [8].

Согласно исследованиям Кенделл (Kendell), приблизительно у 50 – 60% женщин проявляется материнская меланхолия, которая является легкой формой депрессии. Как правило, такие женщины просто жалуются на «хандру» и пытаются взять себя в руки. Состояние «хандры» чаще сопровождается грустным настроением, беспричинной слезливостью, нежеланием общаться и тому подобное. Женщины в подобном состоянии нуждаются в добром отношении к себе, понимающем отношении, поддержке. Они чувствительны к невниманию и обидам. Обычно такие женщины больше нуждаются в консультации психолога, чем психиатрической помощи.

В современной практике часто наблюдаются женщины с признаками послеродовой депрессии. Женщинам под воздействием послеродовой депрессии часто кажется, что они не любят своего ребенка. Женщина может проявлять вербальную, а то и легкую физическую агрессию к ребенку. Амбивалентные чувства истощают мать, а потом ее тревожит чувство вины.

Подобные тяжелые стрессогенные ситуации наблюдаются на протяжении пары лет, полностью нарушая семейную жизнь. Очевидно, если бы таким женщинам оказывали помощь сразу после родов, то семья не переживала бы подобных трудностей [11].

Бывают также случаи, когда женщины после родов обращаются за помощью, когда ребенку уже около трех месяцев. Они также рассказывают, что плохое настроение, изможденность появились сразу после родов. На эти

симптомы молодая мама сначала не обращала внимания, надеясь на их скорейшее исчезновение, но ситуация усугублялась, и сегодня женщины уже жалуются на чувство отчаяния, раздраженность, страх навредить ребенку, страх убить ребенка, невзирая на любовь к ребенку. Если женщина кормит ребенка грудью, значит нежелательно медикаментозное лечение. Поэтому психотерапия, поддержка психолога и социального работника является основной в терапии и реабилитации таких женщин.

В. Chalmers в своих исследованиях указывает на симптомы депрессии: утомляемость, плаксивость, повышенную беспомощность в уходе за ребенком, растерянность, раздражительность, нередко агрессивность, чувство вины, страх нанести ребенку вред. Женщина может считать себя неспособной быть доброй матерью, неспособной вырастить ребенка. Такая послеродовая депрессия часто встречается у одиноких матерей. В состоянии депрессии они могут даже отказаться от ребенка в роддоме, а затем, конечно, после выхода из депрессивного состояния сожалеть об этом.

В отличие от предыдущих двух состояний, послеродовой психоз активно сопровождается достаточно явными изменениями со стороны сознания у родившей. Женщины теряют способность адекватно воспринимать окружающую действительность. Происходят нарушения со стороны процессов восприятия и мышления. Это состояние, как правило, замечается гинекологами и педиатрами, которые назначают консультацию у психиатра. Следует заметить, что после выхода из депрессивного состояния такая женщина нуждается в квалификационной помощи психолога и социального работника, но, к сожалению, такую поддержку редко получает на практике, в результате слабо развитой структуры соответствующих служб.

Для изучения данной проблемы нами будет использована субъективная психосемантика. Связано это с тем, что данная разновидность исследований отличается отсутствием жестких инструкций, а также определенных стимулов. Наблюдение за испытуемыми, когда они будут действовать в соответствии со свободными инструкциями, помогут открыть субъективную

картину мира. Она, в свою очередь, отражает в себе личностно-манипулятивные особенности личности. Прямая констатация актуальных свойств, которыми наделяется являющийся объект, может дать сведения о когнитивных структурах. Особо важным для описываемых структур является их связь в отношениях субъекта с миром.

Цель нашего исследования - изучить причины возникновения психологической депрессии у женщин в послеродовой период.

Объект исследования - женщины послеродового периода.

Предмет исследования – психологическая депрессия у женщин в послеродовом периоде.

Гипотеза исследования: причинами возникновения психологической депрессии у женщин в послеродовом периоде могут являться:

- повышенная тревожность;
- неудовлетворенность браком и личной жизнью;
- из-за разности возрастов самих женщин.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ литературы по изучаемой тематике.
2. Подобрать и провести методики, направленные на изучение причин возникновения психологической депрессии у женщин после родов.
3. Сделать выводы и заключение по полученным результатам.

Методы исследования: методика диагностики тревожности, предложенная Ч.Д. Спилбергом-Ю.Л. Ханиным, шкала депрессии, предложенная Беком, тест-опросник удовлетворенности браком, авторы В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко.

Данное исследование состоит из следующих частей: введение, теоретическая и практическая главы, заключение, библиография.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ

1.1. Понятие послеродовой депрессии и подходы к исследованию в психологической науке

«Депрессия (от латинского слова depressio - подавление) - это психологическое расстройство, которое характеризуется пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами. Депрессии присущи такие когнитивные свойства, как отрицательная, уничтожающая оценка собственной личности, внешнего мира и будущего. Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью».

Депрессию считают достаточно распространенным расстройством. Её даже можно сравнить с «простудой» среди подобных видов заболеваний. Практически каждый человек знает, какого это быть подавленным. Когда человек чувствует грусть, подавленное состояние из-за неудач в достижении целей, планов, которые были для него лично значимыми, он часто говорит: «У меня депрессия». Он переживает, чувствует неудовлетворенность своей жизнью, печаль, но продолжает жить дальше. Человек, который страдает депрессивными расстройствами, наоборот престаёт жить повседневной жизнью. Её качество меняется и обретает негативный характер. Чувство беспомощности, отчаяния заполняет все сферы жизни. Нарушает обычный распорядок, мешает адекватно воспринимать реальность, думать, действовать. Страдает семья, работа, здоровье [8].

Депрессия имеет своё влияние на многие сферы. Прежде всего, это характеризуется пониженным настроением, также наблюдается умственно-

речевое торможение, возникает моторная заторможенность. Некоторые из этих признаков не имеют абсолютных значений. В качестве примера, депрессия может проявляться в двигательной расторможенности, ажитации. Именно в связи с этим ряд ученых (Ю.Л. Нуллер, О.П. Вертоградов, В.Н. Синицкий 1986) занимаются исследованием ядерного расстройства. О.П. Вертоградов со своими коллегами определил три уровня проявления депрессии: аффективный, идеаторный и моторный.

Многие научные школы, изучая депрессивные расстройства, стараются их классифицировать, создать типологии. Этому способствует огромный опыт и накопленные результаты исследования (Kleist 1928, Плотичер 1968, Наджаров 1968, Ю.Л. Нуллер 1973, Kielholz 1970, Хвиливицкий, 1972 и др.) [9].

Некоторые классификации и типологии основаны на том, что происходит деление на первичную и вторичную депрессию. Это позволяет клиническим психологам определить роль депрессивного расстройства в самом синдроме.

Разделение депрессий на первичную и вторичную, позволяет установить причинно-следственную связь между расстройствами. Также способствует решению диагностических задач, т.к. очень важно установить, что именно было первичным: по времени проявления; по степени выраженности; по терапевтической динамике.

Этиология (происхождение, причины и условия) критерия – это другое основание для построения типологий. С позиции причины возникновения депрессивного расстройства выделяют: эндогенную депрессию (внутренняя биологическая причина) и реактивную депрессию (внешние, экзогенные причины). Факторы, которые провоцируют появление и развитие эндогенной и реактивной депрессии, совершенно различаются и имеют разную природу, принадлежат к разным классам причин. В первом случае – это генетические особенности,

предрасположенности, биохимические процессы, т.е. все организменные процессы. Во втором случае – это социально-психологические процессы адаптации личности к ситуациям.

Также депрессивные расстройства делят на психотическую и невротическую депрессию. Это деление немного пересекается с предыдущим делением, но является многозначным. В основе данной типологии лежит критерий тяжести симптомов, который появился в ходе исследований психоаналитиков, особенно в работах З. Фрейда. Теперь появляются «психотическая» и «невротическая» депрессии. «Невротическая депрессия» часто используется как форма депрессии, отличающаяся отсутствием бреда, галлюцинаций и нарушений восприятия. Она вызвана только психологическими причинами. Данная депрессия обусловлена изменением жизненной ситуации, а паттерны поведения оказались не достаточно адаптивными. Также невротическая депрессия является «неавтономной». Позднее, американские психиатры, их научные школы исключили категорию этиологии. По мнению Молодецких В.А., это исключение способствовало утрате психологического аспекта [11].

Кроме этиологии депрессивных расстройств, ученые выделяли тип ведущего аффекта. Это следующий критерий создания классификаций. О.П. Вертоградов выделяет следующие типы аффектов: тоскливый, тревожный и апатический. Они вызывают формирование определенных специфических нарушений. Существуют различия в определении аффекта с позиции психологии и клиники. Апатия представляется как отсутствие аффекта и является отрицательным расстройством.

Также существует подход, который объединяет все направления и считает равнозначными биологические, психоаналитические и поведенческие теории в исследованиях причин и лечения психических расстройств.

Все классификации объединяет определение депрессии как

расстройства с эмоциональными переживаниями отрицательного характера. Стоит рассмотреть подходы разных авторов к этой проблеме. Прежде всего, стоит отметить, что понятие «депрессия» в различной литературе имеет разный смысл. О.П. Вертоградов рассматривает депрессию как клинический синдром (О.П. Вертоградов и др., 1980). Ю.Л. Нуллер, Т.Я. Хвиливицкий считают её нозологической единицей (Ю.Л. Нуллер, Т.Я. Хвиливицкий). Некоторые авторы называют депрессию типом эмоциональной реакции [8].

3. Фрейд в своей работе «Печаль и меланхолия» (1917) рассматривал случаи депрессии. Именно с неё началось психоаналитическое изучение данной проблемы. Зигмунд Фрейд объясняет возникновение депрессии тем, что человек находится в состоянии утраты любимого объекта и носит нарциссический характер. При депрессии, по мнению З. Фрейда, агрессивная энергия утраты направлена на утраченный объект. А позднее, этот объект превратился в часть Эго. Сторонники психоанализа считают, что склонность к страданиям и депрессии, появляется на оральной стадии развития ребенка. Это время наибольшей беспомощности и зависимости. Потеря значимого объекта приводит к регрессии личности и Эго пребывает в состоянии инфантильной травмы. Это состояние становится доминирующим. Появление депрессии тесно связано с «внутренним объектом», прообразом которого является, мать и её грудь, удовлетворяющая основные потребности ребенка. Те переживания, которые возникли у младенца с отнятием его от материнской груди, способствуют неустойчивой самооценке. После этого взрослому человеку довольно затруднительно обрести доверие к себе и он, как бы возвращается к зависимости от материнской груди. Именно в этой амбивалентности М. Klein (1948) видит природу возникновения депрессии. Он вводит в обращение понятие «депрессивная позиция». Данное понятие описывает процесс осознания

ребенком или пациентом того факта, что его любовь и ненависть связаны с одним объектом – его матерью. По мнению М. Klein фиксация человека на депрессивной позиции приводит к депрессивному расстройству. Такой ученый как Winnicott (1958) считал, что, если человек не проходил успешно стадию депрессивной позиции, появлялась предрасположенность к развитию депрессивного и обсессивного расстройства. Депрессия, по его мнению, это возврат (регресс) к первым успехам благодаря матери, а обсессия – это регресс к её образу (воспитывающая, понимающая) (Winnicott 1958). Fairbairn (1952) видел причины депрессии в тех нарушениях, которые возникали на стадии полной зависимости от матери.

Все сторонники психоанализа усматривали причину депрессий именно в экзогенных расстройствах, т.е. обусловленных не биологическими факторами, а психосоциальными. Главным условием возникновения депрессии является некое психотравмирующее событие. Депрессия определяется как реактивная [18].

Что же на этот счет думают бихевиористы? Они рассматривают условия и причины возникновения депрессии с точки зрения поведения, а не интрапсихических явлений как психоаналитики. Их рассуждения основаны на строго определенных феноменах.

Центральным понятием, на которое опираются большинство бихевиористов при изучении депрессии, является понятие «обученная беспомощность» (Seligman, 1975). Этот феномен был открыт в процессе опытов над животными, которых неизбежно подвергали ударам тока. Это послужило, своего рода, аналогом реактивной депрессии у человека. Было сделано предположение, что неизбежность боли или её угроза, ведут к постоянному состоянию страха и депрессии. Ожидание травмирующей ситуации, и её неизбежность ведет к депрессивному аффекту. Некоторые бихевиористы опираются на теорию оперантного научения. Согласно ей, человек или животное, в результате негативного опыта утратили

адаптивные механизмы из-за отсутствия позитивного подкрепления. У них актуальным становится поведение «избавления» и «избегания».

Рассмотрим точку зрения представителей когнитивной теории. По мнению ряда представителей этого направления (А. Бек 1967, 1976, А. Бандура 1977, 1983) основной детерминантой возникновения депрессии является представление человека о себе, взгляд на мир и на свое будущее в нём. Отрицательное восприятие себя заставляет человека, находящегося в депрессии, считать себя «неадекватным» и «нестоящим». Он объясняет собственные неудачи своими недостатками. Негативное восприятие своего будущего вынуждает видеть его только плохое, нет перспективы перемен к лучшему. К типичным симптомам депрессии относят паралич воли, самообесценивание, суицидальные попытки. А. Бек объясняет их как итог специфических когнитивных детерминант [5].

А. Бек считал, что депрессия является следствием негативных «бессознательных умозаключений», ложных по своей сути. Все проявления депрессии возникают из-за активной деятельности когнитивных процессов. Особенности поведения, характерные при депрессии, возникают вследствие нарушения мотивационной сферы. Например, паралич воли, избегающее поведение. В состоянии депрессии человек склонен видеть себя как беспомощного и беззащитного, слабого. Он ищет помощи от других людей и становится все более зависимым от этого ощущения и от окружающих. Физически это проявляется в общей психомоторной заторможенности. Причиной служит полная уверенность в отсутствии перспективы, успеха деятельности, снижается активность вплоть до полного отказа от неё.

А. Бек в своих работах достаточно подробно описал и проанализировал все особенности депрессии. Он выделил пять основных групп характеристик депрессии: эмоциональные, когнитивные, мотивационные, вегетативные и физические. С позиции эмоциональных

характеристик депрессия проявляется через уныние, угнетенное настроение. Когнитивные проявления находят свое отражение в отношении человека к самому себе как к неполноценному в отношении важных вещей. В мотивационном плане наблюдается пассивность и зависимость. Происходит, как бы, паралич воли. Вегетативные и физические характеристики проявляются в потере аппетита и расстройстве сна.

А. Бек выделяет несколько когнитивных паттернов, которые способствуют появлению депрессии: когнитивная триада, когнитивные схемы, а также когнитивные ошибки. Наличие и активность данных паттернов ведет к появлению чувства беспомощности и зависимости от окружающей среды человека, находящегося в депрессии. Происходит мыслительное искажение происходящего и человек воспринимает ситуацию «не быть успешным» как «быть полностью неуспешным, неудачником».

Многие исследователи склонны считать, что когнитивные нарушения являются больше следствием, но не причиной депрессивных расстройств.

Также, когнитивная теория не объясняет случаи, когда возникновение депрессии носит циркулярный характер и проявляется достаточно регулярно. Так называемая циркулярная депрессия, а также смена фаз при маниакально-депрессивном психозе.

Некоторые авторы стараются определить те главные факты, которые играют большую роль в возникновении депрессии, даже решающую. Они, опираясь на основные положения эгопсихологии, предполагают, что депрессия возникает в результате утери цели жизни. Также потери социальной идентичности из-за нарушения социальных связей.

Достаточно остро стоит проблема проявления суицидальных

наклонностей в период обострения депрессии. Суицидальные мысли – это идея умышленного лишения себя жизни. Происходит это из-за подавления инстинкта самосохранения.

Суицидальные мысли могут проявляться в разных формах, иметь определенную степень стойкости и интенсивности. Это зависит от характера депрессии, степени её выраженности (глубина), а также особенностей ситуации. На пике депрессии могут возникнуть попытки суицида, но появляются они в ситуациях не очень глубокой депрессии, когда нет моторного торможения, но присутствуют идеи самообвинения, самобичевания. Одновременно с этим может происходить потеря контакта со значимыми людьми, отсутствие психотерапевтического контакта.

Состояние невыносимой душевной боли, самообвинение, самоуничужение, ипохондрия, безысходность, тяжелая болезнь, различные тяжелые ситуационные моменты и многое другое – вот движущие мотивы суицидального поведения.

1.2 Причины возникновения и протекания послеродовой депрессии у женщин

Признаки послеродовой депрессии во многом сходны с симптомами невротической депрессии. Типичными признаками являются повышенная тревожность и плаксивость, подавленное настроение, отсутствие сил для ухода за ребенком, ощущение грусти, печали, периодически возникающие приступы паники. Многие женщины считают себя одинокими, их не покидает ощущение усталости и чувство собственной несостоятельности, беспокоят угрызения совести по поводу того, что они являются плохими матерями, их ребенок не получает должного ухода, внимания, любви.

Помимо этого к признакам послеродовой депрессии можно также отнести бессонницу, длительное засыпание, приступы учащенного сердцебиения и головной боли, потеря массы тела, навязчивый страх какими-то своими действиями нанести вред ребенку. Свое будущее и будущее своего ребенка молодая мама видит в темных тонах.

При тяжелых депрессивных расстройствах может нарушаться ориентация, такие женщины не узнают близких. Могут быть бредовые или галлюцинаторные включения. Чаще всего бредовые идеи, неким образом, связаны с ребенком, однако то, что женщина говорит, отличается от реальных событий, и ее невозможно разубедить в ложности ее высказываний.

Казалось бы, что после родов психологическое самочувствие матери должно улучшиться, ведь все самое страшное и волнительное уже позади. Но, как показывает практика, послеродовая депрессия носит более выраженный характер, нежели депрессия во время беременности. Пережив сильнейший стресс, в процессе родов, женщина еще долгое время пребывает в угнетенном, подавленном и разбитом состоянии. Новоиспеченная мать ощущает беспомощность и страх. Неспособность установить контакт с младенцем вызывает панику и растерянность. В первые месяцы жизни ребенка матери сложно перестроиться на новый режим, ее беспокоят постоянные недосыпания и нехватка времени. Усталость, нервозность, эмоциональные всплески по любому поводу, неудовлетворенность — это те чувства, которые испытывает женщина, и которые свидетельствуют о развитии психосоматического заболевания.

Причины депрессии у женщин после родов кроются в таких факторах:

- страх за жизнь малыша;
- напряжение;
- тревога;

- недосыпание;
- усталость;
- нарушение гормонального фона.

Послеродовая депрессия у женщин явление не редкое. Послеродовая депрессия является своего рода защитным рефлексом организма. Женщина перестает переживать по любому поводу, становится безразличной, ко всему теряет интерес и не испытывает радости. Все ее действия выполняются на автомате, под влиянием чувства ответственности. Но условно выделяют две основные причины послеродовой депрессии.

Первая причина – физиологическая. Физиологические изменения, происходящие в организме женщины после родов, влияют на выработку женских половых гормонов – эстрогена и прогестерона. Во время беременности эти гормоны вырабатывались в достаточном количестве для того, чтобы помочь будущей маме справляться со стрессами и различными неприятностями, но после родов, количество этих гормонов значительно снизилось. Дефицит эстрогена и прогестерона оказывает сильное воздействие на нервную систему и влияет на психическое и эмоциональное состояние женщины.

Вторая причина – психологическая. Чаще всего к послеродовой депрессии приводят психологические стрессы у молодых мам, родивших впервые. Постоянные мысли, возникающие у женщины, о том, что она не справляется со своими обязанностями, допускает ошибки, не понимает ребёнка, не успевает выполнять все прежние заботы и многое другое, физическая усталость и новый образ жизни, всё это может быть второй причиной послеродовой депрессии.

Если вы обнаружили у себя симптомы послеродовой депрессии, следует немедленно принимать соответствующие меры. Ведь само состояние депрессии неприятно, тем более что депрессия матери может негативно сказаться на маленьком ребёнке. Раздражённой матери очень

сложно полноценно ухаживать за младенцем, ведь она только физически находится рядом с ребёнком. Эмоционально женщина испытывает различные чувства, например недовольство от того, что ребёнок занимает слишком много времени, которого не остаётся не то что на домашние заботы, но и на собственный отдых. Такое состояние матери может вызвать подобные ощущения у ребёнка, ведь он чувствует, что испытывает его мать.

От непонимания жены, муж также может впасть в депрессию, и тогда в семье воцарится полное непонимание и взаимная раздражительность, каждый будет искать виновника друг в друге. Муж будет недоволен тем, что домашние дела стоят, а жена будет обвинять мужа в том, что он ей не помогает. Не самая благоприятная обстановка для воспитания маленького ребёнка.

Здесь самое место взаимной супружеской поддержке. О послеродовой депрессии слышали многие люди, но не все согласны признать, что причина всех семейных ссор молодых родителей это именно она – депрессия после родов! Поэтому при появлении первых признаков послеродовой депрессии – немедленно объявляйте ей войну.

1.3. Формы депрессивных расстройств

Существуют такие проявления депрессии, когда периоды подавленного состояния чередуются с периодами состояния эйфории и беспричинной радости. Наблюдается такое неадекватное поведение как мания. У этого расстройства есть несколько названий – маниакально-депрессивный психоз, биполярное расстройство или маниакальная депрессия. Человек становится сверхактивным, слишком самоуверенным, раздраженным.

Циклотимическое расстройство – это более легкая форма

протекания биполярной депрессии, но не менее длительная. Наблюдаются смена настроения от легкой мании (гипомания), до появления легкой формы депрессии.

Биполярная депрессия, как и обычная, также достаточно опасна. Когда происходит фаза депрессии у больного могут наблюдаться суицидальные мысли, а во время фазы мании человек теряет трезвость и критичность ума, не может спрогнозировать тяжелые последствия своего поведения.

Кроме большой депрессии существует и малая её форма. Также выделяют легкую и редкую форму депрессии – дистимию (депрессивный невроз). Послеродовой депрессией называют такое депрессивное расстройство, которое развивается у родившей женщины в течении одного или нескольких месяцев после родов. Предменструальное дисфорическое расстройство наблюдается приблизительно у 10% женщин за одну – две недели перед приходом менструации. Проявляется в подавленном настроении и состоянии раздражения. Также существует сезонное аффективное расстройство, которое встречается только в определенный период года. Чаще всего оно возникает осенью или зимой. Люди с этим расстройством чувствуют себя угнетенными, подавленными, возникает постоянная сонливость. Это связано с укороченными солнечными днями. В летний период подобных состояний, как правило, не возникает.

В любом случае депрессия – это крайне негативное явление, которое изменяет до неузнаваемости образ себя, образ окружающей действительно, ухудшая качество жизни человека.

Каждый человек может иметь предрасположенность к развитию депрессивного расстройства. Депрессии может быть подвержен любой человек любого социального положения, статуса, возраста, пола, национальности, выполняющего любые социальные роли. В жизни любого человека могут возникать особо сложные жизненные ситуации

травмирующего характера, которые могут послужить катализатором возникновения депрессивного расстройства. И от этого никто не застрахован. Особенно это характерно в ситуации, когда трудные ситуации возникают одна за другой.

Чаще всего депрессивные расстройства диагностируются у женщин, чем у мужчин. Связано это с тем, что женщины чаще обращаются за помощью к специалистам. Им проще и они охотнее признают, что находятся в состоянии тревоги, печали, удрученности, безнадежности. Мужчины, в свою очередь, склонны подавлять подобные проявления у себя и глушить их алкоголем, наркотиками, таблетками антидепрессантами и т.д. В результате этого возникает противоречие. Депрессия протекает скрыто и называется маскированной. Рассматривают её как результат алкоголизма, а не наоборот. В результате этого мужчины не так часто обращаются за помощью как женщины.

Депрессивное расстройство имеет различные формы своего проявления. Выделяют такую характеристику как глубина или степень выраженности депрессии: легкая, умеренная и тяжелая депрессия. Легкая степень депрессии выражается в способности человека заниматься своими повседневными делами на фоне подавленного настроения. Если наблюдаются несколько симптомов депрессии и всё сложнее что-либо делать, то можно говорить об умеренной степени расстройства. Тяжелая степень депрессии затрагивает все сферы жизни человека, проявляются несколько симптомов и человеку крайне сложно заниматься обыденными вещами.

Самой распространенной формой депрессии является монополярная депрессия или большая (клиническая) депрессия. Монополярная - значит проявление какого-либо одного «полюса» эмоций, характеризующегося тоскливым и подавленным настроением. Отмечается перманентное чувство безысходности, печали, аппетит ухудшается, сон нарушается,

падает качество жизни. Человек чувствует боль в одном или разных местах. Появляется чувство собственной никчемности, несостоятельности. В результате этого страдает самооценка, которая катастрофически падает.

Существует множество подходов к возникновению причин депрессивного расстройства. С медицинской точки зрения происходит нарушение в биохимических процессах головного мозга, меняется его активность. У некоторых людей диагностируется наследственная предрасположенность к данному расстройству. Также эта проблема может возникнуть в результате изменения гормонального фона. Причинами могут служить стресс, смерть близкого человека, безработица, роды и состояние беспомощности в результате.

Для описания депрессии выделяют несколько групп симптомов: расстройства настроения (грусть, тоска, самобичевание), наблюдаются перемены в поведении (социальная самоизоляция), нарушения со стороны мыслительной деятельности (человеку трудно сосредоточиться, он рассеян и крайне невнимателен), со стороны физиологии – потеря сна и аппетита, головные боли. Все эти симптомы депрессии могут проявляться в различных сочетаниях и с различной интенсивностью. Человек, пребывающий в состоянии депрессивного расстройства, не может давать адекватную оценку своему состоянию. Это связано с нарушением мыслительной деятельности, её критичности. Также влияет душевный настрой и перепады настроения.

Выделяют два основных признака депрессии – это крайне подавленное состояние и утрата интереса ко всем проявлениям жизни, полное равнодушие к любому делу и всем людям. Человек пребывает в состоянии не просто печали, а мучительной душевной боли, тяжести. Опустошенность, гнетущее ощущение подавленности и безнадежности. В состоянии депрессии люди могут полностью изолировать себя от социума, намеренно строят границы, уединяются. Теряется влечение к

противоположному полу, могут наблюдаться нарушения в половой сфере (трудности с эрекцией и оргазмом).

Психомоторная заторможенность выражается замедлением темпа речи и моторики, движения вялые, речь медлительная и эмоционально неокрашенная. Случается и наоборот, возникает психомоторное возбуждение. Человек очень необычно двигается. Не так как обычно. Движения ускоренны, импульсивны и очень активны.

Депрессия значительно оказывает влияние на чувства и мысли человека. Всё, о чем думает и что чувствует человек, имеет отрицательную направленность. Может наблюдаться затруднение мышления. Мысли приходят с трудом, и вяло текут. Человеку трудно сосредоточиться на чём-либо, наблюдается забывчивость, рассеянность.

В подобном состоянии все мысли человека искажены настолько, что он перестает адекватно воспринимать окружающую его действительность. Чувства его также отражают искаженную картину мира, переплетаясь с тревожными мыслями. Человек находится в полной власти страхов, самооценка катастрофически падает. Продолжает прогрессировать чувство вины за все неудачи и чувство собственной никчемности и несостоятельности. Чувство депрессии может усиливаться и усугубляться мыслями о суициде. Они могут иметь хаотичный характер, т.е. без специального плана, возникать спонтанно, импульсивно. В особо сложных случаях могут осуществляться попытки самоубийства или возникает план по его осуществлению.

У большой депрессии существует несколько подтипов, которые встречаются достаточно редко. Прежде всего, это психотическая депрессия. Её характеризует проявление, как основных симптомов депрессии, так и развитие галлюцинаций, бредовых состояний, возрастает вероятность попыток суицида. В подобном состоянии больного необходимо срочно госпитализировать. Атипичная депрессия отличается

тем, что происходит смешение типичных для депрессии и нетипичных симптомов. Также выделяют послеродовую депрессию, так называемый, послеродовой психоз. Он возникает у родившей женщины практически сразу после родов и может длиться до полугода и больше. Еще одним подтипом является предменструальное дисфорическое расстройство.

Ученые выделяют еще один вид депрессии – малую депрессию или дистимию. Она характеризуется длительным протеканием симптоматики депрессивного расстройства, чувства безрадостности и апатии долго не проходят. В подобном состоянии человек почти всегда мрачен, мысли и суждения окрашены негативно. Он замкнут в себе, чувство вины усиливается, тревога нарастает, наблюдается заторможенность. Любые жизненные ситуации воспринимаются как неудачи и поражение. Человек постоянно винит себя и других. Продолжаться дистимическое расстройство может годами. Подобная мрачная направленность приводит к сложностям во всех сферах жизни человека. Страдают отношения в семье, на работе, в дружеских отношениях. Ухудшается качество жизни в целом.

Раньше дистимию лечили психотерапией, а именно психоаналитическим подходом. Реже использовались приемы когнитивной психотерапии, а также поведенческой и межличностной. Большинство врачей пришло к мнению, что наиболее эффективным методом лечения является сочетание приемов психотерапии и медикаментозное лечение (антидепрессанты).

Сезонное аффективное расстройство возникает только строго с приходом определенного времени года. Люди, страдающие этим расстройством, чувствуют бессилие, апатию, заторможенность с приходом осени или зимы, когда световой день укорачивается. Весной и осенью, как правило, подобных расстройств не наблюдается, и люди чувствуют себя вполне здоровыми. Обычно симптомы депрессии начинают проявляться в октябре-ноябре. С приходом весны всё становится в норму. Бывают

случаи, когда сезонные аффективные расстройства возникают и летом-весной. Для подобного вида расстройств характерны состояния упадка сил, усталость. Человек постоянно чувствует сонливость, аппетит возрастает, любая работа дается с трудом. Настроение характеризуется подавленностью и тревогой. Имеется желание спрятаться, отгородиться от людей, т.к. все и всё раздражает. Как только приходит весна, симптомы депрессии исчезают. Человек снова чувствует вкус к жизни, силы наполняют его. Несмотря на активное изучение данной проблемы, причины сезонного аффективного расстройства остаются до конца не известными. Есть предположение, что подобные состояния связаны с изменением уровня гормона серотонина. Световой день укорачивается, человека постоянно сопровождает сумрак, начинает колебаться выработка гормона мелатонина. Человек трудно переживает суточные колебания биоритмов. По данным ученых, предрасположенность к данному расстройству может быть наследственной.

У биполярной депрессии существует множество названий - биполярное расстройство, маниакально-депрессивный психоз, маниакальная депрессия. Подобное расстройство характеризуется сменой различных фаз или полюсов. Сначала это состояние депрессии, сопровождающейся чувством печали. Затем это фаза мании, крайней радости. Между этими фазами существует промежуточная фаза нормального настроения. Фаза депрессии представляет собой весь симптомокомплекс большой депрессии. Когда начинает меняться настроение, может возникать легкая мания или гипомания. Её отличает достаточно долгий период протекания, уверенность в себе, чрезмерная активность. Для фазы мании характерны слишком активная общительность, гневливость и раздражительность. Подобные перемены в настроении обычно совсем не связаны с теми ситуациями, которые происходят в жизни. В связи с этим, симптоматика болезни может

достаточно сильно осложнить жизнь человека, привнеся дополнительные трудности в неё.

Приступы проявления биполярной депрессии, как правило, возникают и всегда по-разному. В каждую из фаз человек испытывает и переживает достаточно неприятные чувства. Во время депрессивной фазы мучает чувство никчемности, ненужности, тоски. Человеку трудно сосредоточиться на жизни. Противоположная фаза мании характеризуется, наоборот, отличным самочувствием, мыслительная деятельность активизируется. Происходит прилив жизненных сил и настроение становится крайне приподнятым. Но мания не может длиться вечно и возбуждение человека всё усиливается, а поступки становятся крайне непредсказуемыми. Ощущением необыкновенной эйфории сменяется чувством злости и гнева. Любая неудача воспринимается как полное фиаско и крах. Возникает чувство злобы, направленное на людей, пытающихся остановить человека или делающих замечание относительно его поведения. Манию можно отличить отсутствием критического отношения к тому, что происходит с самим человеком. Если необычно радостное, приподнятое настроение сопровождается более тремя симптомами, а гневливое состояние – четырьмя, то можно говорить о мании. Это следующие симптомы:

- ощущение величия и крайне завышенная самооценка;
- пропадает желание спать;
- чрезмерная говорливость, коммуникативная навязчивость;
- резкая смена мыслей с одной на другую;
- отвлечение на несущественные детали и мысли;
- чрезмерная двигательная активность, а также импульсивное поведение в общении с людьми, на работе, учебе, половой жизни;
- маниакальное увлечение каким-либо делом.

Если эти симптомы начинают всё более активно проявляться,

действовать в совокупности, мешая человеку работать, вести обычный образ жизни, меняя взаимоотношения с людьми, то специалисты могут ставить диагноз мании. Еще один момент, на который стоит обратить внимание, заключается в том, что человек при всех этих проявлениях уверен, что ему всё дозволено, разрешено.

Именно эта уверенность в своем превосходстве и великолепии может превратиться в бред величия. Человек начинает считать, что у него есть связь со сверхъестественной силой и сам он наделен подобными способностями. Эта уверенность делает человека очень опасным для общества. Также могут наблюдаться слуховые галлюцинации, которые проявляются в тишине, когда нет реальных источников речи. Мышление в этом состоянии у человека ускоренно. Наблюдается двигательная активность и возбуждение. Усиливается половое влечение – прогрессирует гиперсексуальность, а так как отсутствует критичность поступков и нивелирование опасности, могут возникать беспорядочные половые связи.

Существуют более редкие формы биполярного расстройства:

- ускоренное циркулярное расстройство характеризуется частой сменой направления симптомов от депрессии до мании и гипомании, как правило, до 4-х раз в год;
- дисфорическая мания или угрюмая мания – мягкая форма расстройства.

1.4. Факторы, влияющие на возникновение депрессивных состояний

Стоит рассмотреть основные травмирующие факторы психогенного характера, которые провоцируют возникновение депрессивных расстройств.

1. Прежде всего, это кратковременные ситуации, которые очень затрагивают личность из-за повышенной значимости для неё:

- Ситуация утраты. Она заключается в разрыве связи человека с крайне значимым для него лицом. Это может быть разрыв крепкой и долгой дружбы, глубокое внезапное разочарование в близком или уважаемом человеке. Потеря контакта со значимым человеком из-за переезда или его смерти. Резкий финансовый крах, потеря жилья и многое другое;

- Ситуация, когда резко, внезапно происходит нарушение главной направленности личности: кризис мировоззрения, крах надежд и планов, разочарование в выбранном пути, резкая или вынужденная смена работы или профессии, утрата физических способностей, ситуация лишения свободы;

- Неожидающее травмирующее воздействие на особо ранимые, чувствительные сферы личности.

Человек может выбрать несколько вариантов интерпретаций случившихся ситуаций:

1) Осознание наличия у себя определенного физического недостатка, которое считается уродством и негативно воспринимающееся в глазах других людей. Человек тщательно скрывает это.

2) Осознание наличия у себя недостатков характера, которые являются постоянным источником недовольства самим собой. Это проявляется в робости, застенчивости, неуклюжести в поведении. Человек постоянно боится быть осмеянным, избегает публичных выступлений;

3) Перенос предыдущего травмирующего фактора на будущее. Ожидание неудачи. Например, боязнь летать на самолетах после угрозы его падения, боязнь огня после пережитого пожара и т.д.

2. Также существуют ситуации сильных и продолжительных травмирующих воздействий на личность:

а) к ним относятся конфликты общественных отношений: столкновение интересов человека и общества, конфликт имущественного характера, конфликт на производстве в плане конкуренции и субординации;

б) семейные конфликты чаще всего связаны со столкновением разных установок, систем ценностей и интересов разных членов семьи, которым приходится постоянно и продолжительно находиться рядом друг с другом: трудности в общении зятя и тестя, свекрови и молодой пары, конфликты братьев и сестер, трудности с соседями;

в) конфликты в сексуальной сфере. Часто, любящие люди, имея взаимное чувство, обладают разными воззрениями на само понятие любви и по-разному лично к ней относятся. Личностное отношение - это принятие другого человека как личности со всеми его особенностями. Чувственное - отношение к другому, как к объекту страсти. Соотношение этих компонентов любви может различаться у любящих людей, поэтому возникает напряженность из-за несоответствия ожиданий. Появляется разочарование, которое накапливается. Очень болезненны переживания, связанные с утратой доверия к любимому. Это приводит к возникновению ревности. В сексуальной сфере может возникнуть напряженность и конфликт между уровнем влечения и моральными установками. Довольно своеобразно могут переживаться трудности, связанные с чувством любви, которое встретило преграду в виде социальных или моральных требований.

3. Ситуации, когда травмирующий фактор является достаточно

слабым, но действует довольно продолжительно.

1) постоянная ситуация психического напряжения:

- непостоянный темп работы, который требует непредсказуемых поворотов в деятельности;

- ситуации, когда человеку приходится постоянно сдерживать себя из-за невозможности выйти из этой ситуации (сложные семейные отношения, недружелюбные, или напряженная ситуация на работе и невозможность увольнения).

2. Ситуация, требующая повышенной ответственности от человека.

3. Ситуация монотонии, когда человек вынужден постоянно ходить на нелюбимую, скучную и однотипную работу; неудовлетворенность сексуальной жизнью, её однообразие; редкая смена окружающей обстановки.

4. Неудовлетворенность важных для человека стремлений: отсутствие самореализации через интересную работу.

Рассмотрим психосоциальные стрессы, по степени значимости, предшествующие развитию психогенной депрессии.

1. Психосоциальные стрессы, являющиеся мягкими:

- ссоры с близкими и значимыми людьми;
- смена работы;
- смена профессии, расставание с близкими.

2. Психосоциальные стрессы, являющиеся средними:

- увольнение;
- затруднения в воспитании ребенка;
- побег ребенка из дома.

3. Психосоциальные стрессы, являющиеся тяжелыми:

- острые психические нарушения у супруга;
- смерть супруга (актуального родственника);

- супружеская неверность (измена);
- внебрачные разрывы интимных отношений;
- жертва грабительского нападения;
- жертва сексуального насилия;
- жертва агрессивного насилия;
- дорожная катастрофа;
- судебно-следственная ситуация.

4. Катастрофические психосоциальные стрессы:

- внезапная смерть всех членов семьи;
- смерть ребенка;
- неизлечимые заболевания;
- разрушительные бедствия».

1.5. Материнская тревожность

Каждой матери присуще чувство тревоги за своего ребенка. Это связано с возможными опасностями, которые подстерегают любого человека на каждом шагу. Это нормальное состояние, только если оно прямо пропорционально актуальной ситуации, в которой прибывает ребенок. Бывает и так, что женщина чрезмерно тревожится за свое чадо, нанося вред своему ребенку.

Тревожная мать окружает своего ребенка чрезмерной заботой и опекой. Он сталкивается с постоянными запретами и предостережениями. Сначала это «Не трогай плиту, получишь сильный ожог», затем «Сиди дома, никуда не ходи, подхватишь грипп», позже «Не встречайся с парнями, они опасны и им нужно только одно». Мать может изводить ребенка постоянными звонками через каждые пол часа, не обращая внимание на то, что он может сидеть на уроке, работать, заниматься в секции и быть занятым. Эти проявления заботы совсем нельзя назвать адекватными и уместными. Но мамы уверены, что их поведение вполне адекватно и объяснимо. Именно в

этом, они считают, проявляется забота.

Тревожность – это эмоциональная реакция человека на вероятность возникновения опасности. В этом она схожа со страхом. Нормальное проявление тревожности связано с реально существующей опасностью. Например, ребенок близко подошел к обрыву или находится рядом с водоемом. Невротическая тревога существует независимо от наличия реальной опасности и зависит от внутренних переживаний женщины, её личностных особенностей. Вследствие этого матери стараются сузить поле деятельности ребенка и своё тоже, стараются, чтобы он всегда был перед глазами под присмотром. Некоторые виды деятельности ребенка, например, спортивная и военная карьера, принимаются в штыки, т.к. несут потенциальную опасность для их чада [12].

Чувство тревоги за своего ребенка совершенно нормальное чувство для матери. Материнский инстинкт всегда направлен на защиту своего ребенка от всех опасностей мира и на удовлетворение его витальных потребностей (был сыт, одет, здоров, в тепле). Материнская тревожность непосредственно зависит от механизмов выживания. Но в человеческом социуме материнский инстинкт отличается способностью женщины к самоанализу, чувством уважения к интересам своего ребенка, к его склонностям и предрасположенностям. Отношение к нему как к личности.

Инстинкт самосохранения, боязнь и избегание опасности, роднит нас со всеми животными и является врожденным. Каковы же основные причины повышенной тревожности у женщины за судьбу ребенка? Прежде всего, подобная ситуация возникает у женщин, которые не понимают смысл своей жизни кроме как в рождении ребенка. Это, они считают, основная суть их существования. Большую роль играют обстановка, окружение, включенность в определенную систему ценностей, к которой относится женщина. Многие религиозные традиции и нормы общества играют в этом особую роль, указывая на главенствующую задачу женщины в рождении детей. Происходит слияние страха за ребенка и смысла жизни, т.е. без детей

происходит утрата смысла существования.

Такая невротическая тревога чаще встречается у женщин, которые уже переносили ранее смерть собственного ребенка или потеряли очень близкого и дорого человека. Также подобной тревоге подвержены женщины, перенесшие тяжелые роды, когда жизнь ребенка была в опасности. Паттерн повышенной тревожности за своего ребенка может передаваться от матери к дочери в одной семье. Это самые распространенные причины невротической тревоги у женщин – матерей. Самое важное во всех этих ситуациях, чтобы женщина чётко понимала, что своим чрезмерным беспокойством и беспричинной тревогой они могут нанести только вред ребенку. В особо сложных случаях проявления невротической тревожности женщине необходимо обратиться за помощью к психологу [16].

Тревожность матери может повлиять и на личность ребенка, вызвав развитие чрезмерной тревожности и у него. Ребенок не получает навыков самостоятельности, т.к. мать всячески оберегает его, ограждает от всех воображаемых жизненных трудностей, не давая получить собственный опыт преодоления препятствий. Всё это ведет к тому, что малыш начинает чувствовать сильное беспокойство в отсутствии матери. Формируется пассивное и зависимое поведение.

Выводы по первой главе

Проанализировав точки зрения различных авторов по исследованию депрессии, послеродовой депрессии, мы можем сделать вывод о том, что все авторы сходятся в едином мнении. Они дают определение депрессии – «расстройства с эмоциональными переживаниями отрицательного характера». Существует также большое количество подходов к изучению данной проблемы. Также мы выявили, что понятие «депрессия» в различных источниках имеет различный смысл.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РОДОВ

2.1. Организация и методики исследования послеродовой депрессии у женщин

Наше исследование проводилось на базе ГБУЗ СО Детская поликлиника амбулаторно поликлинический комплекс № 2 г.о. Тольятти. Выборка была представлена 30 мамами, которые родили детей в возрасте 18 - 40 лет. Принимавшие участие в исследовании роженицы имеют ребенка в возрастном диапазоне от одного до двенадцати месяцев. Мы разделили испытуемых на 3 группы по возрастному критерию:

- группа № 1: женщины 20-24 года;
- группа № 2: женщины 25-29 лет;
- группа № 3: женщины старше 30 лет.

Для проведения исследования мы использовали такие методики как: Методика диагностики измерения уровня тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина. Она позволяет определить тип тревожности - реактивная или личностная.

Так называемая шкала Спилбергера - Ханина представлена вопросами в количестве 40. Из них 20 вопросов характеризуют реактивную тревожность и 20 вопросов - личностную.

В соответствии с задачами, которые поставлены в исследовании, опросники могут применяться либо самостоятельно, либо одновременно вместе. Если применяются оба опросника, то реактивная тревожность должна измеряться первой. Ограничения по времени не предусмотрены. Также опрос может осуществляться как индивидуально, так и в группах. Испытуемый должен ответить на два блока вопросов: в первом блоке (с 1 по 20 вопросы, реактивная тревожность) ему предлагается ответить как он себя чувствует именно сейчас, а во втором блоке (с 21 по 40 вопросы, личностная

тревожность) как он чувствует себя чаще всего. К каждому вопросу возможны четыре варианта ответа. Они зависят по степени интенсивности проявления рекреативной тревожности, а также по частоте выраженной личностной тревожности.

Шкала рекреативной тревожности.

Инструкция: «Вам необходимо прочитать каждое предложение и справа в графе зачеркнуть цифру, в соответствии с вашим самочувствием на данный момент. Здесь нет правильных или неправильных ответов, поэтому не надо долго задумываться над вопросом».

Шкала личной тревожности.

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

Интерпретация полученных данных происходит следующим образом. С помощью ключа методики определяется уровень рекреативной и личностной тревожности. Далее, оценивается уровень тревожности и составляются рекомендации для испытуемого. Затем, по полученным результатам вычисляется среднее значение по таким показателям как рекреативная и личностная тревожность в зависимости от возраста испытуемых.

Анализируя полученные результаты по самооценке, необходимо обратить внимание на то, что границы каждой подшкалы варьируются в пределах 20 – 80 баллов. А также на то, что если итоговый показатель выше, то, соответственно, уровень тревожности тоже выше. При оценке уровня тревожности необходимо ориентироваться на то, что: 0 – 30 баллов – низкая тревожность; 31 – 44 балла - средняя тревожность; 45 и больше – высокая тревожность.

После проведения методики необходимо написать заключение по

каждому испытуемому. В нем отражается уровень выраженности тревожности. Если он достаточно высок, то необходимо указать коррекционные рекомендации. Например, если у человека оказался высокий уровень тревожности, то необходимо с помощью коррекционных мероприятий формировать уверенность в себе и чувство успеха. Необходимо менять ориентацию с внешних условий (требовательность, категоричность) на способность планировать свою деятельность по подзадачам, осмысляя свою деятельность. Людям с низким уровнем тревожности необходимо активизировать мотивационный компонент деятельности, стимулировать к активности. Формировать чувство ответственности, стремление к постановке задач.

Если проводилось исследование группы, то также необходимо писать общее заключение по уровням реактивной и личностной тревожности. Также, выделяются испытуемые из группы, у которых низкий или высокий уровень тревожности.

2. Методика «Шкала депрессии Бека».

А.Т. Бек в 1961 году предложил свою Шкалу депрессии (Шкала депрессии Бека). Она основана на клинических наблюдениях, которые позволили обнаружить определенный набор наиболее значимых симптомов депрессии и проанализировать наиболее частые жалобы пациентов. Затем было произведено соотношение клинических проявлений депрессии из литературы с этим списком симптомов и жалоб. На основе этого был разработан опросник, состоящий из 21 категории жалоб и симптомов. Каждая категория представляет 4 или 5 утверждений, которые соответствуют специфическим проявлениям (симптомам) депрессии. Они проранжированы таким образом, что определяют значимость симптома в общей степени тяжести депрессивного расстройства. Если симптом отсутствует или выражен слабо, ему присваивается значение 0. Если наблюдается максимальная выраженность симптома – присваивается

значение 3. Также имеются равные утверждения, которые являются альтернативой друг другу.

Изначально, процедура проведения данного опросника была достаточно сложна и требовала присутствия психиатра или психолога (квалифицированного специалиста), который сам озвучивал каждую категорию, а пациент выбирал подходящее для него утверждение. Для этого у пациента имелась копия опросника, чтобы он мог также читать, вслед за специалистом. Только после устных выборов испытуемого, исследователь вносил результаты в бланк. При тестировании учитывались анамнестические данные, различные показатели, а также показатели интеллектуального развития. Сейчас эта процедура намного упрощена и пациент сам читает опросник, отвечает и заполняет бланк.

По каждой категории показатель рассчитывается так: от 0 до 3 баллов выставляется по каждому пункту шкалы в зависимости от тяжести симптома. В сумме значение представляет собой 0 – 62, и соответственно снижается по мере улучшения состояния.

При проведении методики дается следующая инструкция: «Данный опросник содержит в себе группы утверждений. Вам необходимо их прочитать. Далее, выберите в каждой группе одно утверждение, которое соответствует Вашему самочувствию сегодня и на этой неделе. Напротив этого утверждения поставьте любой знак (плюс, галочка и т.д.). Если Вы считаете, что Ваше самочувствие характеризуется несколькими утверждениями, то отметьте их. Прочитайте все утверждения в группе и только потом сделайте выбор».

При обработке и интерпретации полученных данных необходимо учитывать сумму баллов по всем категориям:

- от 0 до 9 – депрессивные симптомы отсутствуют
- от 10 до 15 – присутствует легкая депрессия
- от 16 до 19 – присутствует умеренная депрессия

от 20 до 29 – присутствует выраженная депрессия, но средней тяжести
от 30 до 63 – присутствует тяжелая депрессия.

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)

Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

3. Тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ).

Авторы В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко предложили тест-опросник удовлетворенности браком. Данный опросник призван диагностировать степень удовлетворенности или же неудовлетворенности браком. А также, в каждой социальной группе, степень согласования или же рассогласования удовлетворенности браком.

Опросник состоит из 24 утверждений, которые относятся к различным сферам: восприятие себя и партнера, мнение, оценки, установка и т.д. К каждому из 24 утверждений есть три варианта ответа: а – верно, б – трудно сказать, с – неверно.

При обработке и оценивании полученных результатов, необходимо обратить внимание на следующее. В опроснике присутствует ключевой ответ на каждый вопрос. А именно: 1В, 2В, 3А, 4В, 5В, 6В, 7А, 8А, 9В, 10В, 11В, 12А, 13В, 14В, 15А, 16В, 17А, 18В, 19В, 20В, 21В, 22А, 23А, 24В.

При выборе ответа, испытуемый получает 2 балла, если его ответ совпадает с ключевым ответом. Если испытуемый выбирает вариант «б», то он получает 1 балл. Если же испытуемый выбирает ответ, который не совпадает с ключевым ответом, и не является промежуточным ответом, то его ответ оценивается как 0 баллов.

Удовлетворенность браком оценивается по суммарному количеству баллов в соответствии с таблицей.

Количество баллов	Характеристика удовлетворенности браком
0 - 16	абсолютная неудовлетворенность

17 - 22	значительная неудовлетворенность
23 - 26	скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность
27 28	равная степень удовлетворенности и неудовлетворенности
29 - 32	скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность
33 - 38	значительная удовлетворенность
39 - 48	абсолютная удовлетворенность

Исследование проводилось нами в несколько этапов:

на первом этапе – проводилось исследование уровня *тревожности* у женщин после родов в разных возрастных группах;

на втором этапе – исследовали уровень депрессии по Шкале депрессии Бека;

и на третьем этапе – исследовали уровень удовлетворенности браком по Тесту-опроснику удовлетворенности браком (ОУБ).

По полученным экспериментальным данным нами проведен анализ результатов исследования.

2.2. Эмпирическое исследование причин возникновения психологической депрессии у женщин после родов

Нами были получены следующие результаты в ходе проведения исследования с использованием методики диагностики тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.

Результаты проведенного исследования в первой группе (женщины 20-24 года) мы можем увидеть в Таблице № 1.

Таблица № 1.

Диагностика тревожности матерей в первой группе
(женщины 20-24 года)

Шкала	Высокий уровень, %	Средний уровень, %	Низкий уровень, %
Личностная тревожность	40	30	15
Рекреативная тревожность	40	30	15

Таким образом, исследовав рекреативную тревожность мы можем сказать, что:

- 15 % родивших женщин (15 – 30 баллов) показывают достаточно низкий уровень тревожности, а людей с низким уровнем тревожности больше стимулируют сообщения о неудачи. В этом случае необходимо повышать уровень чувства ответственности за свою деятельность и повышение внимания к её мотиву. Зачастую, низкий уровень тревожности говорит о том, что человек вытесняет высокий уровень тревожности, пытаясь показать себя лучше;
- 30 % родивших женщин показали средний уровень тревоги (31 - 44 балла). Это является оптимальным уровнем тревожности, т.к. оказывает благотворное воздействие на организм и на личность в целом;
- высокий уровень тревожности показали почти 40% рожениц (более 45 баллов). Скорее всего в соответствующей ситуации может возникнуть высокая тревога. В данном случае необходимо формировать уверенность в себе и уверенность в успехе.

Диагностика личностной тревожности мам:

- 10% женщин имеет достаточно низкий уровень тревожности (20 - 30 баллов), что свидетельствует об уверенности матерей в себе и способность справляться с трудностями, не впадая в тревожные состояния, не поддаваясь панике;
- 40% родивших, показали умеренный уровень тревожности (31 - 44 баллов), что свидетельствует о склонности к восприятию многих ситуаций как угрожающих. Это может вести за собой тревожные состояния;
- 50% женщин показали высокий уровень тревожности (более 45%), что свидетельствует о возможности эмоциональных конфликтов, невротических срывов и заболеваний психосоматического характера.

Таким образом, результаты исследования тревожности матерей в группы №1 (женщины 20-24 года) показали, что для данной выборки характерен достаточно высокий уровень тревожности.

Полученные нами результаты исследования в группе №2 (женщины 25-29 лет) представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Диагностика тревожности матерей во второй группе (женщины 25 – 29 лет)

Шкала	Высокий уровень, %	Средний уровень, %	Низкий уровень, %
Личностная тревожность	30	60	10
Рекреативная тревожность	30	60	30

Результаты исследования реактивной тревожности показали следующие данные:

- 30% родивших женщин имеют достаточно низкий уровень тревожности (20 - 30 баллов). Подобных людей с низким уровнем тревожности больше

стимулируют сообщения о неудачи, требуется повышение чувства собственной ответственности;

- 60% родивших матерей показали в результате умеренный уровень тревоги (31 - 44 баллов), что является благоприятным результатом, т.к. умеренная тревога благоприятно сказывается на личности;
- достаточно высокий уровень тревожности имеет 10% рожениц. Таким людям необходимо формировать чувство уверенности в себе и собственном успехе.

Личностная тревожность женщин из выборки имеет достаточно высокий уровень:

- 10% матерей показали довольно низкий уровень тревожности (20 - 30 баллов);
- 60% женщин обладают умеренным уровнем тревоги (31 – 44 баллов)
- 30% рожениц показали высокий уровень тревожности (более 45 баллов).

Таким образом, во второй группе матерей (25-29 лет) наблюдается умеренный уровень тревожности.

Результаты исследования в группе №3 (женщины старше 30 лет) представлены нами в таблице 3.

Таблица 3.

Диагностика тревожности матерей третьей группы
(женщины старше 30 лет)

Шкала	Высокий уровень, %	Средний уровень, %	Низкий уровень, %
Личностная тревожность	10	60	30
Рекреативная тревожность	-	50	50

Мы получили следующие результаты исследования реактивной тревожности:

- 50% родивших женщин имеют достаточно низкий уровень тревоги (20 - 30 баллов), подобных людей активизируют известия о неудачи и требуется повышение внимания к мотивации деятельности. Чрезмерно низкая тревожность свидетельствует о возможном вытеснении высокой тревоги;
- 50% женщин имеют умеренный уровень тревоги (31 - 44 баллов), что является благоприятным для личности и не несет отрицательного воздействия;
- в данной выборке полностью отсутствует высокий уровень тревожности.

Личностная тревожность мам данной группы имеет более высокий уровень:

- 30% женщин имеет низкий уровень тревоги (20 - 30 баллов);
- 60% женщин обладают умеренным уровнем тревожности (31 - 44 баллов)
- 10% родивших имеют высокий уровень тревожности (более 45 баллов)

Таким образом, результаты исследования женщин группы №3 (старше 30 лет) показали умеренный уровень тревожности и полное отсутствие реактивной тревожности.

Также необходимо представить результаты исследования, проводимого с помощью методики «Шкала депрессии Бека».

Результаты нашего исследования в группе №1 (женщины 20-24 года) представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Диагностика депрессии матерей первой группы
(женщины 20 – 24 года)

Тяжелая депрессия, %	Депрессия средней тяжести, %	Средняя депрессия, %	Легкая депрессия, %	Отсутствие депрессии, %
10	20	30	20	10

По результатам нашего исследования депрессии были получены следующие результаты:

- почти у 10% испытуемых наблюдается полное отсутствие депрессивных симптомов;
- признаки легкой депрессии наблюдаются у 20% опрошенных женщин, что выражается в незначительной степени выраженности депрессии, основные процессы жизнедеятельности и социальные контакты не нарушены;
- умеренная депрессия наблюдается у 30% женщин, они достаточно обеспокоены своим состоянием и чувствуют трудности в повседневной жизни в связи с этим.
- у 20% рожениц наблюдается выраженная депрессия, что существенно влияет на качество жизни людей, мешая выполнять им домашние дела, вести социальную жизнь.
- тяжелая депрессия наблюдается у 10% опрошенных, у таких женщин достаточно ослаблена жизнь, практически не занимаются семьей и вообще их деятельность очень ограничена.

Таким образом, можно говорить о том, что для матерей из группы №1 (женщины 20-24 года) характерен умеренный уровень депрессии.

Результаты нашего исследования в группе № 2 (женщины 25-29 лет) представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Диагностика депрессии родивших женщин во второй группе
(женщины 25 – 29 лет)

Тяжелая депрессия, %	Депрессия средней тяжести, %	Средняя депрессия, %	Легкая депрессия, %	Отсутствие депрессии, %
10	10	20	40	20

Нами были получены следующие результаты:

- у 20% респондентов наблюдалось отсутствие депрессивных симптомов;
- легкая депрессия (субдепрессия) была характерна для 40% женщин, что существенно не сказывается на их образе жизни, не мешает решать

повседневные задачи;

– с умеренной депрессией столкнулись 20% опрошенных, они достаточно взволнованы своим состоянием, испытывая затруднения в повседневной жизни;

– достаточно выраженная депрессия средней тяжести имеется у 10% женщин, что значительно мешает им выполнять социальные обязанности;

– тяжелая депрессия характерна для 10% женщин этой группы, что крайне осложняет их жизнь, делает невозможным вести нормальную повседневную жизнь.

Таким образом, можно говорить, что у матерей группы №2 (женщины 25-29 лет) преобладает легкая депрессия или субдепрессия.

Далее необходимо представить результаты исследования, проводимые в группе №3, которые представлены в таблице 6.

Таблица 6.

Диагностика депрессии у женщин третьей группы
(женщины старше 30 лет)

Тяжелая депрессия, %	Депрессия средней тяжести, %	Средняя депрессия, %	Легкая депрессия, %	Отсутствие депрессии, %
-	10	20	30	40

По результатам диагностики депрессии в данной выборке нами получены следующие результаты:

– отсутствие депрессивных симптомов наблюдается у 40 % женщин;

– легкая депрессия или субдепрессия, свойственна 30% опрошенных, это говорит о незначительной степени выраженности депрессивных симптомов, обыденная жизнедеятельность людей особо не страдает;

– умеренная депрессия наблюдается у 20% женщин, которые обеспокоены своим состоянием, испытывают трудности в общественной деятельности;

– выраженная депрессия страдает 10% испытуемых, у которых возникают

значительные трудности из-за этого в повседневной жизни, выполнении домашних дел, на работе.

– случаи тяжелой депрессии не выявлена ни у одного опрошенного.

Таким образом, у матерей из группы №3 (старше 30 лет) полностью отсутствуют случаи тяжелой депрессии.

Теперь приведем результаты исследования, проведенного с помощью методики «Тест-опросник удовлетворенности браком».

Результаты исследования в группе №1 (женщины 20-24 года) представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Диагностика удовлетворенности браком женщин первой группы
(женщины 20 – 24 года)

абсолютная удовлетворенность, %	значительная удовлетворенность, %	удовлетворенность, чем неудовлетворенность, %	равная степень удовлетворенности и неудовлетворенности , %	неудовлетворенность, чем удовлетворенность, %	значительная неудовлетворенность, %	абсолютная неудовлетворенность, %
10	10	30	20	10	10	10

По результатам исследования депрессии с помощью данной методики были получены следующие результаты:

- полная неудовлетворенность браком обнаружилась у 10% респондентов, что характеризуется крайне негативной оценкой своего брака;
- значительная неудовлетворенность браком наблюдается у 10% опрошенных женщин, зачастую случаются семейные ссоры;
- скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность у 10%, характерна для женщин, чьи мужья в иерархии ценностей отдали предпочтение позициям «развлечения» и «счастье других»;
- частичная удовлетворенность или частичная (примерно в равной степени) неудовлетворенность наблюдается у 20% и зависит от того,

доволен ли человек своей работой, финансовым положением, делами в семье;

- скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность у 30%, испытуемые испытывают чувство обиды на супруга или недовольство обращением;
- значительная удовлетворенность у 10%;, брак оправдал почти все надежды возложенные на него.
- практически полная удовлетворенность у 10%, результат адекватной реализации представления о семье, сложившегося в сознании человека под влиянием встреч с различными событиями, составляющими его опыт в данной сфере деятельности.

Мы можем сделать заключение, что женщины в первой группе (20 – 24 года) больше удовлетворены нежели неудовлетворены своим браком.

Результаты диагностики второй группы женщин (25 – 29 лет) мы отразили в таблице 8.

Таблица 8.

Диагностика удовлетворенности браком женщин второй группы
(женщины 25 – 29 лет)

абсолютная удовлетворенность, %	значительная удовлетворенность, %	удовлетворенность, чем неудовлетворенность, %	равная степень удовлетворенности и неудовлетворенности, %	неудовлетворенность, чем удовлетворенность, %	значительная неудовлетворенность, %	абсолютная неудовлетворенность, %
10	30	20	20	10	10	-

По результатам диагностики мы получили следующие данные:

- ни у одной женщины не выявлена абсолютная неудовлетворенность;
- у 10% женщин выявлена значительная неудовлетворенность и часто происходят семейные ссоры;
- у 20% женщин выявлена неудовлетворенность нежели удовлетворенность;
- у 20% женщин выявлена равная степень удовлетворенности –

неудовлетворенности (быт, жилье, финансовые возможности);

- у 20% женщин выявлена удовлетворенность браком, но присутствует обида на мужа, на его отношение к женщине;

- у 30% женщин выявлена значительная удовлетворенность браком, то есть брак почти удался и женщина довольна им;

- у 10% женщин выявлена абсолютная удовлетворенность браком. Все надежды, мечты, планы и представления о семье реализовались.

Мы можем сделать заключение, что женщины второй группы (25 – 29 лет) в большей степени удовлетворены своим браком.

Результаты диагностики женщин третьей группы (30 лет и старше) мы отразили в таблице 9.

Таблица 9.

Диагностика удовлетворенности браком женщин третьей группы
(30 лет и старше)

абсолютная удовлетворенность, %	значительная удовлетворенность, %	удовлетворенность, чем неудовлетворенность, %	равная степень удовлетворенности и неудовлетворенности, %	неудовлетворенность, чем удовлетворенность, %	значительная неудовлетворенность, %	абсолютная неудовлетворенность, %
30	20	20	20	10	10	-

По результатам диагностики мы получили следующие данные:

- ни у одной женщины не выявлена абсолютная неудовлетворенность;

- у 10% женщин выявлена значительная неудовлетворенность, часто происходят семейные ссоры;

- у 20% женщин выявлена неудовлетворенность нежеле удовлетворенность браком;

- у 20% женщин выявлена в равной степени удовлетворенность –

неудовлетворенность браком (быт, жилье, финансовые возможности);

- у 20% женщин выявлена удовлетворенность браком, но присутствует обида на мужа, на его отношение к женщине;

- у 20% женщин выявлена значительная удовлетворенность браком, реализованы почти все планы;

- у 30% женщин выявлена абсолютная удовлетворенность браком. Все представления, мечты и надежды реализованы в полном объеме.

Мы можем сделать заключение по третьей группе женщин (30 лет и старше), что они полностью удовлетворены своим браком.

2.3. Анализ полученных результатов

В таблице 10 мы представили результаты уровня тревожности, предложенной Ч.Д. Спилбергом, Ю.Л. Ханиным у матерей в трех возрастных группах.

Таблица 10.

Диагностика уровня тревожности
по методике Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина
по трем возрастным группам матерей

Уровень тревожности	Первая группа (20 – 24 года)		Вторая группа (25 – 29 лет)		Третья группа (30 лет и старше)	
	Личностная тревожность, %	Рекреативная тревожность, %	Личностная тревожность, %	Рекреативная тревожность, %	Личностная тревожность, %	Рекреативная тревожность, %
Высокий уровень	50	50	30	10	10	-
Средний уровень	40	40	60	60	60	50

Низкий уровень	10	10	10	30	30	50
-------------------	----	----	----	----	----	----

Диагностика тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина, показала (рис. 1):

- результаты проведенного исследования тревожности матерей в группе №1 (женщины 20-24 года) показали, что для данной выборке характерен достаточно высокий уровень тревожности;

- в группе № 2 (женщины 25-29 лет) наблюдалась тенденция умеренного уровня тревожности;

- согласно результатам диагностики тревожности группы №3 (старше 30 лет) им соответствует умеренный уровень тревожности.

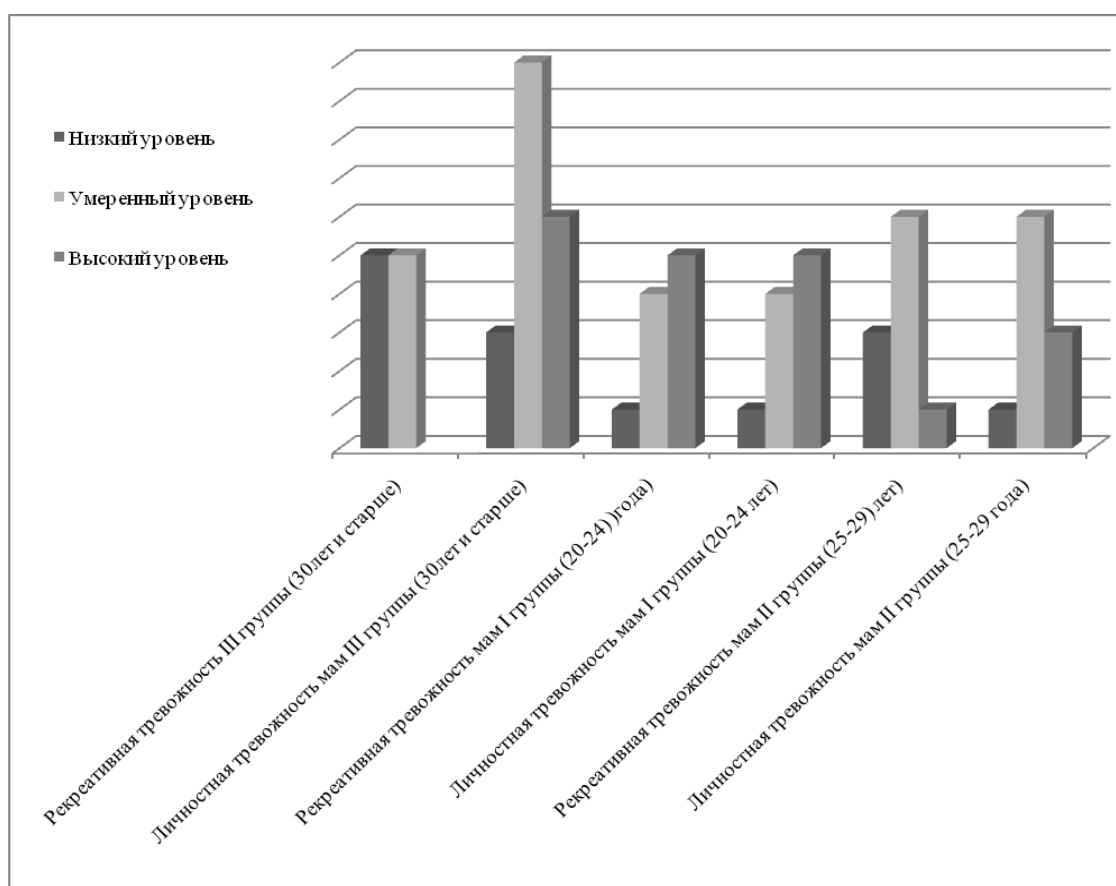


Рис. 1. Уровень тревожности у мам разных возрастных групп

Таким образом, проведенная нами диагностика тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина показала, что женщины в группе № 1 (20-24 года)

имеют более высокий уровень тревожности после родов, чем представители других выборок.

По результатам диагностики с использованием методики «Шкала депрессии Бека» мы получили следующие данные, которые представили в таблице 11.

Таблица 11.

Диагностика депрессии у женщин разных возрастных групп

Возрастные группы	Тяжелая депрессия, %	Депрессия средней тяжести, %	Средняя депрессия, %	Легкая депрессия, %	Отсутствие депрессии, %
Первая группа (20-24 года)	10	20	30	20	10
Вторая группа (25-29 лет)	10	10	20	40	20
Третья группа (30 лет и старше)	-	10	20	30	40

Анализируя и сравнивая полученные данные в трех возрастных группах, мы можем сделать вывод о том, что:

- у женщин первой группы (20 – 24 года) преобладающей стала умеренная депрессия;
- у женщин второй группы (25 – 29 лет) преобладающей стала легкая депрессия;
- у женщин третьей группы (30 лет и старше) диагностируется полное отсутствие депрессии.

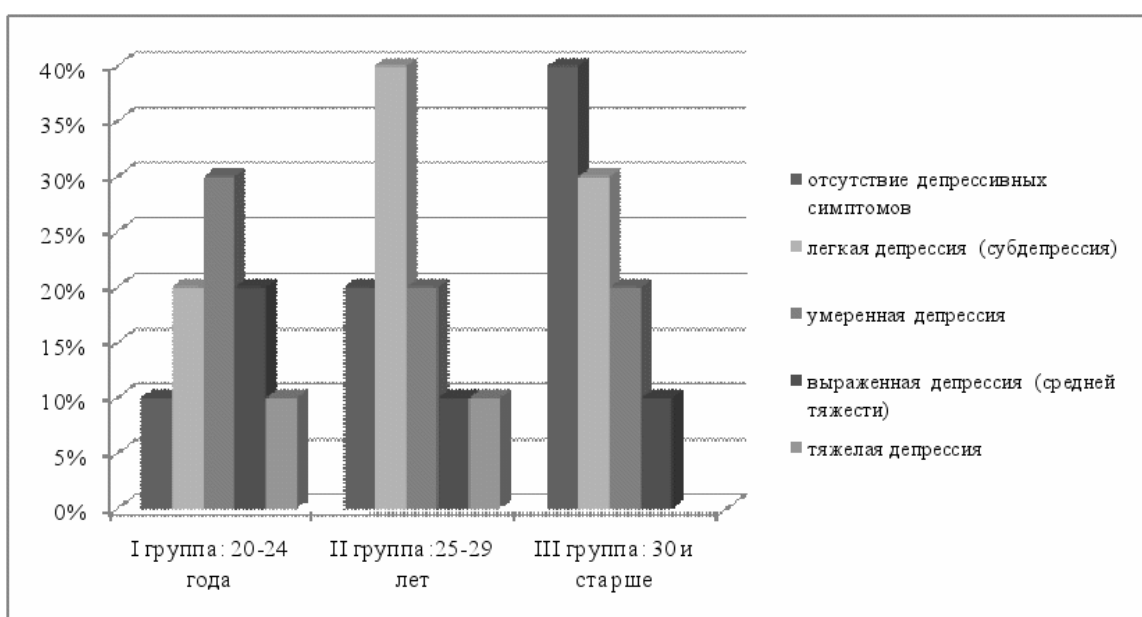


Рис. 2. Депрессивные состояния у мам разных возрастных групп

Итак, мы пришли к выводу, что женщины первой группы (20 – 24 года) значительно подвержены депрессии.

В таблице 12 мы представили данные, полученные с помощью методики «Тест-опросник удовлетворенности браком».

Таблица 12.

Результаты исследования по тесту-опроснику удовлетворенности браком женщин разных возрастных групп

Возрастные группы	абсолютная удовлетворенность, %	значительная удовлетворенность, %	удовлетворенность невелика, %	равная степень удовлетворенности и неудовлетворенности, %	неудовлетворенность невелика, %	значительная неудовлетворенность, %	абсолютная неудовлетворенность, %
Первая	10	10	30	20	10	10	10

группа (20-24 года)							
Вторая группа (25-29 лет)	10	30	20	20	10	10	-
Третья группа (30 лет и страше)	30	20	20	20	10	10	-

Полученные результаты говорят о том, что:

- у матерей первой группы (20 – 24 года) присутствует удовлетворенность, нежели неудовлетворенность браком;
- у матерей второй группы (25 – 29 лет) наблюдается значительная удовлетворенность браком;
- у матерей третьей группы (30 лет и старше) наблюдается абсолютная удовлетворенность браком.

Данные, полученные в ходе исследования, представим на рисунке 3.

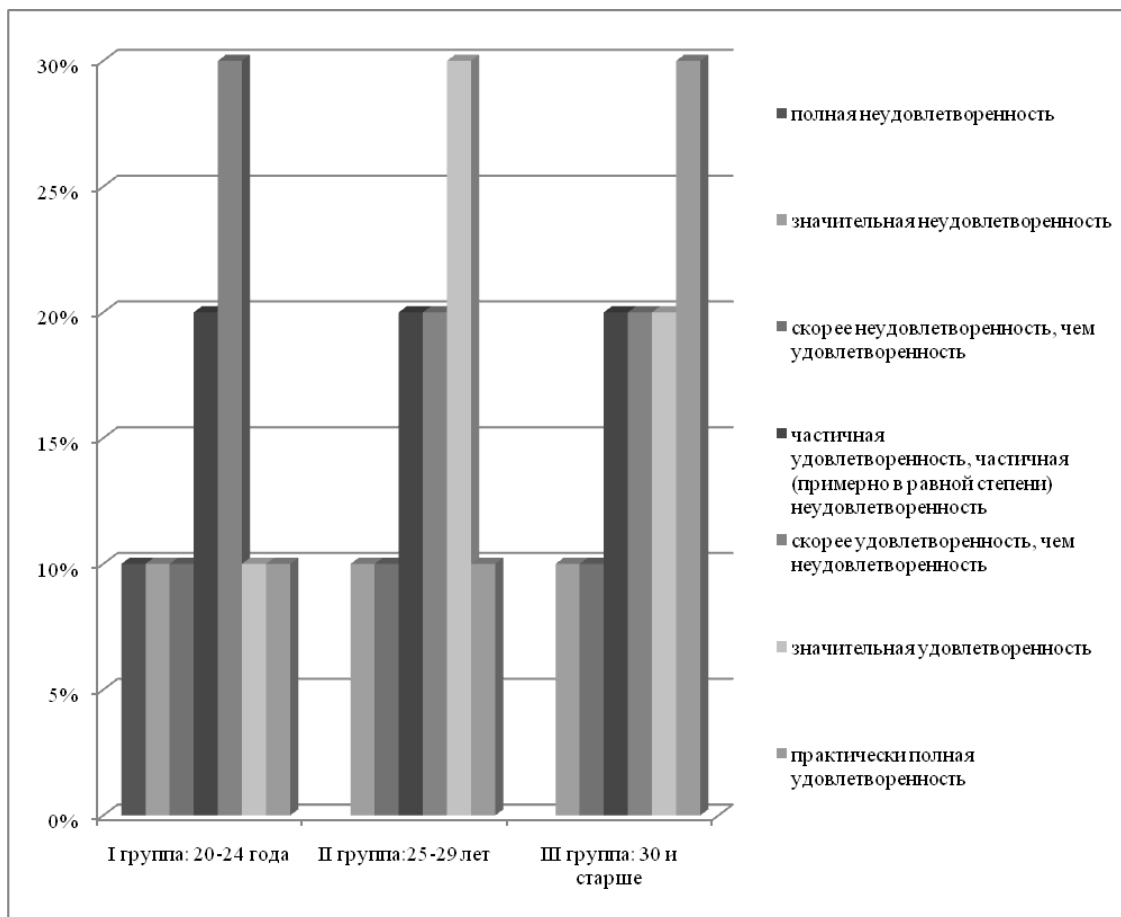


Рис. 3. Удовлетворенность браком матерей разных возрастных групп

Итак, можно сделать вывод о том, что больше всего удовлетворены своим браком женщины третьей группы (30 лет и старше).

Далее, мы сделали корреляционный анализ между показателями тревожности и удовлетворенности браком у женщин трех возрастных групп:

- первая группа (20 – 24 года);
- вторая группа (25 – 29 лет);
- третья группа (30 лет и старше),

Между первой и второй группой мы провели расчет значимости по критерию Стьюдента при числе свободы 39.5.

Если $t_p \geq t_{кр.}$, то значит, мы можем статистически обоснованный вывод о том, что существуют различия в уровнях тревожности женщин в период раннего материнства в разных возрастных групп.

Расчетные и критические значения Стьюдента приведены в таблице 13.

Таблица 13.

Расчетные и критические значения Стьюдента

Возрастная группа	t расчет.	t критич.
Первая группа (20 – 24 года)	2,11	2,11 при $p \leq 0,05$
Вторая группа (25 – 29 лет)	2,9	2,9 при $p \leq 0,01$

Из таблицы 13 мы видим, что $t \text{ расч.} \geq t \text{ критич.}$ Полученное эмпирическое значение t (2.5) находится в зоне незначимости.

Расчет значимости различий между группой II и группой III произведен по критерию Стьюдента при числе свободы 44.

Если $t_p \geq t_{кр.}$, то значит, мы можем сделать статистически обоснованный вывод о том, что существуют различия в уровнях тревожности женщин в период раннего материнства в разных возрастных группах.

Расчетные и критические значения Стьюдента мы представили в таблице 14.

Таблица 14.

Расчетные и критические значения Стьюдента

Возрастная группа	t расчет.	t критич.
Вторая группа (25 – 29 лет)	2,11	2,11 при $p \leq 0,05$
Третья группа (30 лет и старше)	2,9	2,9 при $p \leq 0,01$

Из таблицы 14 мы видим, что $t \text{ расч.} \geq t_{кр.}$ Полученное эмпирическое значение t (1.8) находится в зоне незначимости.

Итак, наше предположение о том, что причинами возникновения психологической депрессии у женщин в послеродовом периоде могут являться повышенная тревожность, неудовлетворенность браком и личной жизнью, а также из-за разности возрастов самих женщин подтвердилась.

Выводы по второй главе

По полученным результатам, проведенного нами исследования, мы можем сказать следующее:

В первой группе у женщин (20-24 года) тревожность значительно сильнее выражена и встречается значительно чаще, чем во второй группе женщин (25-29 лет) и третьей группе женщин (30 и старше). Раннее материнство характеризуется помимо высокого уровня реактивной тревожности, еще легкой депрессией и неврозом. Это не характерно для второй группы женщин (25-29 лет), а также третьей группы женщин (30 и старше). Первая группа матерей (20-24 года) значительно подвержена депрессии. Третья группа женщин больше, чем первые две группы удовлетворены своим браком (30 лет и старше).

Особенности проявления тревожности, депрессии и удовлетворенности браком различаются у женщин в разных возрастных группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследования, посвященные послеродовой депрессии, выявили, что она развивается непосредственно после родов в течение трех месяцев. По времени протекания послеродовая депрессия носит индивидуальный характер. Необходимо вовремя распознать ее начало. И своевременно оказать как медицинскую, так и психологическую помощь женщине. Если нет наследственной предрасположенности, то послеродовая депрессия проходит достаточно быстро

Если у женщины ранее были какие-то заболевания, связанные с расстройствами личности или наследственная предрасположенность, то послеродовая депрессия протекает более тяжело. Также могут сыграть негативную роль и другие отрицательные факторы, которые оказывают сильную нагрузку на психику женщины. Симптоматика данного заболевания может проявляться достаточно долго и приобрести хронический характер.

Существуют факторы, которые значительно повышают развитие послеродовой депрессии. Если такие факторы есть в наличии, то с женщинами необходимо проводить профилактику.

Итак, проанализировав теоретический материал по проблеме послеродовой депрессии, мы выявили, что она возникает:

1. У женщин, у которых до или во время беременности присутствовали признаки депрессии. Наличие ранее этой болезни, изменение гормонального фона женщины, трудности, возникающие с рождением ребенка, может спровоцировать депрессию в послеродовой период.

2. У женщин, имеющих психические расстройства, повышающаяся нагрузка на психику может спровоцировать депрессию.

3. У женщин, которые имеют наследственную предрасположенность также возрастает риск развития эмоционального нарушения.

4. У женщин, имеющих низкий социальный и экономический статус. Появление ребенка влечет за собой большие расходы на предметы первой

необходимости (одежда, питание, коляска, игрушки, предметы гигиены и многое другое). Если женщина не может приобрести для своего ребенка необходимые вещи, это ведет к отрицательным эмоциям и в свою очередь приводит к возникновению депрессии.

5. У женщин, испытывающих хронический стресс. А также, у женщин, которые не находят поддержку в семье в стремлении стать матерью. Зачастую это состояние встречается у матерей одиночек, которые не имеют поддержку во время беременности, родов и в послеродовой период. И вся нагрузка по рождению и воспитанию ребенка ложиться на женщину. Это также может привести к послеродовой депрессии.

6. Повышенная тревожность, эмоциональность окружающих женщину в послеродовой период. Эти состояния могут передаваться женщине и также спровоцировать эмоциональную нестабильность.

Таким образом, наше исследование показало, что в период раннего материнства тревожность у женщин в возрасте 20-24 года встречается чаще и сильнее выражена, чем у женщин в возрасте от 25 до 30 лет и для женщин от 30 и старше. Для женщин в возрасте от 20 до 24 лет к высокому уровню реактивной тревожности характерны депрессия в легкой форме и неудовлетворенность браком. Это менее характерно для женщин в возрасте от 25 до 30 лет и для женщин от 30 лет и старше. Корреляционный анализ между тревожностью, депрессией и удовлетворенностью браком выявил, что существуют значимые различия между уровнем тревожности, депрессии и удовлетворенностью браком.

Итак, мы можем говорить, что выдвинутая нами гипотеза исследования о том, что причинами возникновения депрессии у женщин в послеродовой период могут быть: повышенная тревожность, неудовлетворенность браком и личной жизнью, из-за разности возрастов самих женщин нашла свое подтверждение.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Абрамова, Г. С. Практическая психология [Текст] / Г.С. Абрамова. - Екатеринбург, 2008. - 391 с.
2. Аверин, В. А. Психология личности [Текст] / В.А. Аверин. – СПб.: Изд-во В.А. Михайлова, 1999. – 89 с.
3. Баженова, О. В., Баз, Л. Л. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка [Текст] / О.В. Баженова, Л.Л. Баз // Синапс. – 2003. - № 4. – С. 27.
4. Брутман, В. И., Панкратова, М. Г. Некоторые результаты обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей [Текст] / В.И. Брутман, М.Г. Панкратова // Вопросы психологии. – 1994. - № 5. – С. 19.
5. Брутман, В. И., Родионова, М. С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности [Текст] / В.И. Брутман, М.С. Родионова // Вопросы психологии. – 1997. - № 7. – С. 14.
6. Большой психологический словарь [Текст] / Под ред. Б.Г. Мещерякова. В.П. Зинченко. – СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003.
7. Варга, Ф. Я. Структура и типы родительского отношения [Текст] / Ф.Я. Варга. - М., 2007. – 363 с.
8. Волков, В. Г., Садкова, Ю. С. Индивидуально-психологические особенности беременных с угрозой выкидыша [Текст] / В.Г. Волков, Ю.С. Садкова. - Киров, 2005. - 297 с.
9. Ворошнина, О. Р. Психологическая коррекция депривированного материнства [Текст] / О.Р. Ворошнина. - М., 2008. - 341 с.
10. Гуревич, К. М., Борисова, Е. М. Методы психологической диагностики [Текст] / К.М. Гуревич, Е.М. Борисова. - М., 2003. - 375 с.
11. Ежова, Н. Н. Рабочая книга практического психолога [Текст] / Н.Н. Ежова. - М., 2006. - 378 с.
12. Завялова, Ж. В. Психологическая готовность к родам и метод её

- формирования [Текст] / Ж.В. Завялова. - М., 2000. – 440 с.
- 13.Захаров, А. И. Ребёнок до рождения [Текст] / А.И. Захаров. – СПб., 2008. - 321 с.
- 14.Карелин, В. И. Сборник психологических тестов [Текст] / В.И. Карелин. – М.: Сфера, 2007. – 544 с.
- 15.Коваленко, Н. П. Психологические особенности коррекции эмоционального состояния женщины в период беременности [Текст] / Н.П. Коваленко. - СПб., 1998. - 352 с.
- 16.Кошелёва, А. Д., Алексеева, А. С. Диагностика и коррекция материнского отношения [Текст] / А.Д. Кошелева, А.С. Алексеева. - М., 2007. - 361 с.
- 17.Кулагина, И. Ю., Колюцкий, В. Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека [Текст] / И.Ю. Кулагина, В.Н. Колюцкий. – М.: Сфера, 2005. – С. 280-315.
- 18.Мещерякова, С. Ю. Психологическая готовность к материнству [Текст] / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 2008. - № 5. – С. 24.
- 19.Миронова, А.О. Сборник психологических тестов [Текст] / А.О. Миронова. – М.: Норд, 2006. – 426 с.
- 20.Мухамедрахимов, Р. Ж. Формы взаимодействия матери с младенцем [Текст] / Р.Ж. Мухамедрахимов // Вопросы психологии. – 2004. - №6. – С. 21.
- 21.Немов, Р. С. Психология [Текст] / Р.С. Немов. – 2-е изд. – Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – Кн. 2: Психология образования. – 496 с.
- 22.Пашукова, Т. И., Допира, А. И. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии [Текст] / Т.И. Пашукова, А.И. Допира. - М., 2005. - 412 с.
- 23.Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст] / Д.Я. Райгородский. - М., 2002. - 258 с.
- 24.Родионова, М. С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребёнка [Текст] / М.С. Родионова. - М., 2007. - 369 с.

- 25.Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога [Текст] / Е.И. Рогов. – М.: Владос. 1999. – 368 с.
- 26.Спок, Б. Разговор с матерью [Текст] / Б. Спок / Пер. с англ. / Вступ. ст. Ю.П. Азарова; Общ. ред. В.С. Мухиной. - М.: Прогресс, 1987. - 224 с.
- 27.Филиппова, Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез [Текст] / Г.Г. Филиппова. - М., 1999. - 356 с.
- 28.Филиппова, Г. Г. Материнство, сравнительно психологический подход [Текст] / Г.Г. Филиппова // Психологический журнал. – 1998. - №5. – С. 15.
- 29.Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности [Текст] / Э. Фромм. - Москва: Аст, Хранитель, Мидгард, 2007. - 624 с.
- 30.Филиппова, Г. Г. Психология материнства [Текст] / Г.Г. Филиппова. - М., 2002. - 258 с.