

УДК 616.89:616.6:159.922.7/.8(075.8):613.953.13

**ДО ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СИСТЕМИ
«МАТИ – ДИТИНА» ЗА РІЗНИХ УМОВ ВИГОДОВУВАННЯ НЕМОВЛЯТИ****Маркова М. В., Кришталь Є. В., Лобойко Л. І.**

На основі комплексного обстеження протягом року після вдалих неускладнених пологів 154 жінок та їхніх дітей, доведено, що тип вигодовування дитини не є ключовим чинником формування взаємовідносин у системі «мати – дитина» на відміну від психологічного благополуччя, рівня готовності до материнства, усвідомлення батьківства, сімейних взаємин.

Ідентифіковані психоемоційні, індивідуально-психологічні та психосоціальні чинники деформації взаємодії «мати – дитина». Науково обґрунтована, розроблена і впроваджена система медико-психологічного супроводу, спрямована на оптимізацію взаємодії в материнсько-дитячій діаді, яка складається з п'яти стадій та має на меті: а) редукцію післяпологових психопатологічних симптомів, нормалізацію психоемоційної сфери матерів; б) пошук і активізацію їх індивідуальних, діадних і сімейних ресурсів; в) розвиток індивідуальних та подружніх адаптивних стратегій вирішення проблем; г) підвищення материнської, діадної та сімейної психологічної компетентності. Загальним принципом розробленої системи є її інтегративність, а базовими засобами – групова, когнітивно-поведінкова, персоналістична, сімейна та когнітивно орієнтована психотерапія, допоміжними – естетотерапія (бібліо-, музико-, арттерапія) та техніки релаксації. Впровадження зазначеного медико-психологічного супроводу дозволило досягнути редукції психопатологічної симптоматики у більшості матерів, підвищити рівень усвідомленості батьківства та покращити рівень психомоторного розвитку дітей ($p \leq 0,05$).

Ключові слова: медико-психологічний супровід, материнсько-дитяча взаємодія, тип вигодовування.

Based on a comprehensive examination within one year after successful uncomplicated births 154 women and their children, it is proved that the type of feeding is not the key factor in the formation of relationships in the «mother – child» as opposed to psychological well-being and readiness for motherhood, parenting awareness, family relationships.

Identified psycho-emotional, individual psychological and psychosocial factors interact strain «mother – child». Evidence-based, designed and implemented a system of medical and psychological support aimed at optimizing the interaction in the mother-child dyad, which consists of five stages and aims at: a) reduction of postpartum psychopathological symptoms, normalization of maternal psycho-emotional sphere, b) search for and activation of individual, dyadic and family resources, and c) the development of individual and marital adaptation strategies for solving problems, and d) improve maternal, dyadic and family psychological competence. The general principle of the developed system is its integrative and basic facilities - group, cognitive-behavioral, personal, family and cognitively oriented psychotherapy, support – esthetotherapy (libraries, music-, art-therapy), and relaxation techniques. Implementation of this medical and psychological support possible to achieve reduction of psychopathological symptoms of women, raise awareness of

parenting and improve the level of psychomotor development of children ($p \leq 0,05$).

Keywords: medical and psychological support, the system «mother – child», a type of infant feeding.

На основе комплексного обследования в течение года после удачных неосложненных родов 154 женщин и их детей, доказано, что тип вскармливания ребенка не является ключевым фактором формирования взаимоотношений в системе «мать - ребенок», в отличие от психологического благополучия, готовности к материнству, осознания родительства и состояния семейных взаимоотношений.

Идентифицированы психоэмоциональные, индивидуально-психологические и психосоциальные факторы деформации взаимодействия «мать - ребенок». Научно обоснована, разработана и внедрена система медико-психологического сопровождения, направленная на оптимизацию взаимодействия в материнско-детской диаде, состоящая из пяти стадий: а) редукции послеродовых психопатологических симптомов, нормализации психоэмоциональной сферы матерей, б) поиска и активизации их индивидуальных, диадных и семейных ресурсов, в) развития индивидуальных и супружеских адаптивных стратегий решения проблем, г) повышения материнской, диадной и семейной психологической компетентности. Общим принципом разработанной системы является ее интегративность, а базовыми средствами - групповая, когнитивно-поведенческая, персоналистическая, семейная и когнитивно ориентированная психотерапия, вспомогательными - эстетотерапия и техники релаксации. Внедрение указанного медико-психологического сопровождения позволило достичь редукции психопатологической симптоматики у большинства % матерей, повысить уровень осознанности отцовства и улучшить уровень психомоторного развития детей.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, материнско-детское взаимодействие, тип вскармливания.

Одним з ключових факторів гармонійного розвитку дитини є формування належного рівню взаємодії в системі «мати – дитя», викривлення якого в постнатальному періоді обумовлює створення хронічної психотравмуючої ситуації для немовляти, що призводить до порушень процесу адаптації, відхилень і затримок в психомоторному розвитку. Гармонійна взаємодія системи «мати – дитина» на протязі першого року після пологів, залежить від взаємодії складної системи чинників, кожен з яких відіграє велику роль в реалізації вроджених програм поведінки дитини. Одним з таких чинників, верифікація впливу якого на процес формування адекватних стосунків в дитяче-материнській діаді в останні роки стає все більш актуальною проблемою, є тип вигодовування дитини.

З одного боку, загальновідомим та беззаперечним є факт корисності природного вигодовування для дитини, насамперед, першого року життя, яке ВООЗ визнало «золотим стандартом» харчування немовлят. Крім вигод харчового характеру, природне вигодовування підвищує захисні механізми дитини, стимулює її імунну систему, заощаджує людські та природні ресурси, формує тісний зв'язок між матір'ю і дитиною, а також є профілактичним засобом щодо виникнення у матері фіброзно-кістозних мастопатичних станів та, за рахунок секреції пролактину й окситоцину – сприяє підвищенню материнського задоволення й альтруїзму.

З іншого боку, новітній стан розвитку індустрії штучного вигодовування немовлят,

дозволяє максимально наблизити склад дитячих сумішей до складу грудного молока. На думку сучасних педіатрів, «...в наші дні штучне вигодовування вже не уявляється обов'язковою та неминучою життєвою драмою і реальним погіршенням якості життя...». Також не доводиться сумніватися, що значна кількість людей в сучасному світі благополучно вирости і без грудного вигодовування, що означає наявність у дитяче-материнській діаді ресурсів та інших можливостей для досягнення фізичної та емоційної близькості немовляти з матір'ю, яка є запорукою розвитку гармонійної особистості дитини.

Між тим, враховуючи тенденції сучасності, а саме, той факт, що в світі, починаючи з 50-60-х рр. ХХ сторіччя, число жінок, які здійснюють грудне вигодовування, неухильно зменшується, необхідними на сьогодні є наукові дослідження феномену взаємодії в системі «мати – дитина» в аспекті їх залежності від типу годування немовляти, що дозволило б розробити та впровадити в клінічну практику систему медико-психологічного супроводу, спрямовану на оптимізацію стосунків в дитяче-материнській діаді та нівеляцію можливого шкідливого впливу штучного вигодовування на розвиток дитини першого року життя. В Україні 5% жінок в даний час взагалі не прикладають дитину до грудей; 30-40% жінок годують грудьми в середньому до 2-х місяців.

Враховуючи вищезазначене, **метою роботи** було на основі системного підходу до аналізу і комплексної оцінки взаємодії системи «мати – дитина» на протязі першого року життя дитини, розробити систему її медико-психологічного супроводу, спрямовану на оптимізацію стану дитяче-материнської взаємодії в умовах штучного вигодовування.

Дослідження складалось з п'яти обстежень, які були розподілені на три етапи. Перше обстеження здійснювали на 14 – 21 день після пологів, на момент педіатричного огляду дитини, інші – друге, третє, четверте і п'яте – через кожні 3 місяці після першого. Перший етап (перше та друге обстеження) мав на меті верифікацію динаміки психоемоційного стану жінок в післяпологовому періоді в аспекті адаптації системи «мати – дитина», а також ідентифікацію негативного впливу штучного вигодовування на психомоторний розвиток дитини та стан взаємодії у материнсько-дитячій діаді, на основі чого визначали мішені медико-психологічного впливу.

На другому етапі здійснювали заходи медико-психологічного супроводу з паралельним динамічним спостереженням за психомоторним розвитком дитини в контексті змін в діадній системі відносин (третє – п'яте обстеження). Результати третього етапу (п'ятого обстеження, через рік після пологів) трактувались нами як оцінка ефективності запропонованих заходів медико-психологічного супроводу системи «мати – дитина» на протязі першого року після пологів.

Отже, на базі комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська поліклініка № 9», протягом року після вдалих неускладнених пологів, нами були обстежені 154 жінки і їхні діти з типовим типом розвитку раннього віку.

Критеріями включення в обстеження були: перша вагітність без ускладнень і перші благополучні пологи; оцінка соматичного стану дитини за шкалою Апгар ≥ 7 балів; відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів; наявність повної сім'ї разом з подружжям. Кількість обстежених жінок змінювалась з терміном обстеження. Середній вік пацієнток склав 24,5 років. На момент першого обстеження серед дітей було 73 дівчинки та 81 хлопчик. З огляду на мету дослідження, на першому етапі роботи жінки були розподілені

на дві групи в залежності від типу вигодовування. До основної групи увійшли матері, які годували дитину штучно: 75 осіб на момент першого обстеження, до групи порівняння – 79 жінок, що годували дитину природнім способом.

На другому етапі роботи, з огляду на отримані результати, стратифікація обстежених на групи здійснювалась в залежності від стану їх психоемоційної сфери. Таким чином, основну групу (ОГ) склали 63 жінки з порушенням психоемоційного стану, групу порівняння (ГП) – 77 психологічно благополучних жінок. Серед матерів ОГ 32 жінки, які виявили бажання взяти участь в розроблених нами заходах медико-психологічного супроводу, склали терапевтичну підгрупу (ОГТ). Інші 31, які відмовились від участі в медико-психологічній роботі, склали контрольну підгрупу (ОГК). Заходи медико-психологічного супроводу були розпочаті після другого обстеження, тобто через 3,5 місяці після пологів, та тривали до кінця дослідження (п'ятого обстеження). Таким чином, починаючи з третього обстеження, в роботі аналізувалися дані трьох груп діад «мати – дитина»: терапевтична (n=32), контрольна (n=31) та порівняльна (n=77).

Психодіагностичне дослідження було спрямовано на вивчення складових, стан яких визначав рівень діадичної взаємодії в системі «мати – дитина».

Першою такою складовою нами визначений стан психоемоційної сфери жінок, для дослідження якого було використано методику діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, Единбурзьку шкалу післяпологової депресії та клінічні рейтингові шкали депресії і тривоги М. Гамільтона. В якості провідної особистісної характеристики, стан якої визначає ступінь емоційної зрілості та, за останніми даними, є підґрунтям для розвитку станів післяпологової депресії та деформації взаємодії в системі «мати – дитина», вивчали алекситимію, рівень якої визначали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали.

В якості другої складової ми розглядали ступінь готовності жінки та усвідомлення нею різних аспектів материнства. Ступінь готовності до материнства оцінювали, керуючись розробленою С. Ю. Мещеряковою класифікацією рівнів психологічної готовності. Аналіз особливостей материнського ставлення проводили з використанням опитувальника «Усвідомлене батьківство», розробленого М. О. Єрмікіною та Р. В. Овчаровою.

Стан третьої складової визначали за аналізом наявності і вираженості психосоціальних факторів, які мають вплив на стан здоров'я жінки (з використанням Z-кодів за МКХ-10), а також якості подружніх і сімейних, у тому числі, материнсько-дитячих, стосунків. Стан материнсько-дитячих та специфіку сімейних відносин вивчали за допомогою методики PARI, яка містить оцінку 23 аспектів-ознак, що стосуються різних сторін ставлення матері до дитини і життя в родині. Оцінка психомоторного розвитку дітей проводилася за шкалою Л. Т. Журби і Є. М. Мастюкової, за якою у кожний віковий період вивчалися 10 показників психомоторного розвитку.

Отримані у дослідженні дані було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows.

За аналізом динаміки особистісної і реактивної тривожності у обстежених жінок встановлено переважання високих значень реактивної тривожності після пологів і нівелювання їх до середніх показників через 3,5 місяці.

При дослідженні ознак післяпологової депресії на першому обстеженні одинична симптоматика постнатальної депресії була виявлена у 101 жінки (66%), відсутність

симптомів відзначалася у 53 осіб (34%). Через 3,5 місяця у обстежених відзначалася тенденція до збільшення кількості жінок без депресії (34% проти 56%) і до зменшення кількості обстежених з ознаками післяпологової депресії (60% проти 25%). Однак практично вчетверо зросла кількість жінок з вираженою постнатальною депресією (5% проти 20%). В цілому, через 3,5 місяці після пологів відсутність постнатальної депресії встановлено у 77 молодих матерів (що складає 55%), поодинокі її ознаки виявлені у 35 осіб (25%), виражена післяпологова депресія визначалася у 28 пацієнток (20%).

По виразності виявлених психопатологічних феноменів обстежені розподілилися наступним чином. У більшості жінок в ранньому післяпологовому періоді мали місце окремі депресивні включення (60%) і симптоми тривоги (66%), а симптоматика на рівні малого депресивного епізоду була характерна 5% обстежених. Через 3,5 місяці після пологів кількість жінок з мозаїчно представленими симптомами депресії і тривоги зменшилася (25% і 30%, відповідно), проте відбулося збільшення числа пацієнток з клінічно вираженими порушеннями психоемоційної сфери: психопатологічні прояви рівня малого депресивного епізоду було діагностовано у 20%, тривожного розладу – у 15% обстежених.

В динаміці післяпологового періоду встановлено зменшення кількості жінок з тривожно-депресивними симптомами, однак, у решти встановлена тенденція посилення їх вираженості. По більшості досліджуваних параметрів середній бал їх вираженості збільшувався з часом після пологів. Так, у жінок через 3,5 місяці після пологів відзначалося збільшення вираженості почуття провини, інсомнічні прояви, психічної і соматичної тривоги по всім її складовим. При цьому вираженість показників депресивного настрою була практично незмінна в динаміці. Однак, враховуючи зменшення з часом кількості осіб з даними симптомами (101 жінка при дослідженні на 14 – 21 день після пологів і 63 – через 3,5 місяця), прогресивність депресії і тривоги у даного контингенту стає очевидним фактом.

Таким чином, на підставі вивчення динаміки стану психоемоційної сфери жінок в ранньому післяпологовому періоді, можна стверджувати, що протягом першого місяця після пологів у рамках формування адаптації до материнства, більшість жінок (66%) відчувають окремі симптоми тривожного й депресивного характеру, які у основній частині з них нівелюються протягом 3 місяців після пологів. Між тим, у іншій частині жінок (45%) ці явища, не отримуючи зворотного розвитку, прогресують до клінічно окреслених порушень (20%) або мозаїчно представлених психопатологічних включень (25%), які характеризуються, переважно, соматичними масками тривожних і депресивних проявів.

Пошук взаємозв'язків між станом психоемоційної сфери жінок та типом годування дитини, встановив відсутність таких. Відсутність клінічної симптоматики через 14 – 21 день після пологів було виявлено у 31% жінок зі штучним типом вигодовування дитини і у 38% – з природним його типом. Окремі депресивні включення мали місце у 63% жінок групи ШВ1 та 58% осіб групи ПВ1, симптоматика на рівні малого депресивного епізоду була характерна для 6% обстежених ШВ1 та 4% жінок ПВ1; симптоми тривоги були діагностовані у 69% матерів ШВ1 і 62% – групи ПВ1. Через 3,5 місяці після пологів спостерігалось збільшення кількості психологічно благополучних жінок (57% з тих, хто вигодовував дитину штучно і 53% матерів з природним типом годування малюка). Також встановлено зменшення кількості жінок з мозаїчно представленими симптомами депресії (28% осіб ШВ2 і 23% жінок

ПВ) і тривоги (33% матерів ШВ2 та 27% осіб ПВ2). Проте, відбулося збільшення числа пацієнток з клінічно вираженими порушеннями психоемоційної сфери: психопатологічні прояви рівня малого депресивного епізоду були діагностовані у 16% матерів ШВ2 і 21% жінок ПВ2, тривожного розладу – у 10% осіб ШВ2 та 20% обстежених ПВ2.

Така ж тенденція встановлена при вивченні рівню та розподілу алекситимії у обстежених жінок. Серед осіб з порушенням психоемоційної сфери високий рівень алекситимії був діагностований у 63%, між тим як серед психологічно благополучних жінок – у 16%. Середні показники алекситимії виявились притаманними 26% пацієнток ОГ та 48% ГП. Низька вираженість алекситимії була характерна тільки 4% матерів ОГ і 36% ГП. Подальший аналіз вираженості алекситимії не виявив динаміки її характеристик в залежності від типу годування дитини.

Вивчення рівню готовності до материнства довело відсутність достовірної різниці за розподілом цього показника серед жінок з різним типом годування дитини, проте, дозволило встановити достовірні відмінності в залежності від стану психоемоційної сфери матерів. Низька готовність до материнства виявилась притаманною виключно жінкам з порушенням психоемоційної сфери, серед яких 43% дотримувались штучного, а 38% – природного типу годування дитини. У інших жінок, в яких були діагностовані психоемоційні розлади, стан готовності до материнства був на середньому рівні (57% осіб зі штучним та 64% обстежених з природним типом годування).

Для жінок з низькою готовністю до материнства були характерні небажання та / або коливання в прийнятті рішення народити дитину, наявність негативних відчуттів і переживань в період вагітності, відсутність відчуття спільності з народженою дитиною, вони відчували роздратування від необхідності догляду за дитиною, намагалися уникати тактильних контактів з нею, були орієнтовані на «суворий» стиль виховання та годування за чітким розкладом.

Жінки з високим рівнем готовності до материнства, навпаки, не відчували коливань в ухваленні рішення мати дитину, раділи, дізнавшись про вагітність, відзначали переважання позитивних відчуттів і переживань при спілкуванні з дитиною, були орієнтовані на позитивний емоційно-тактильний контакт з нею, були, в основному, прибічницями стратегії «м'якого» виховання та годування за потребою дитини.

Аналіз ступеню вираженості усвідомленості батьківства за його компонентами також підтвердив наявність достовірних розбіжностей у жінок в залежності від стану психоемоційної сфери, а не типу годування дитини. Так, психологічно благополучні жінки мали більшу вираженість усіх компонентів усвідомленого батьківства, порівняно з обстеженими з порушенням психоемоційної сфери. Найбільші показники у жінок без психоемоційних розладів спостерігались при оцінці компонентів батьківських установок та очікувань, а також батьківського ставлення. Треба зазначити, що за параметром батьківських установок і очікувань жінки з психоемоційними розладами мали найбільш високі показники, що наближувались до значень психологічно благополучних жінок, проте, наявність низьких оцінок за іншими компонентами усвідомленості батьківства та невідповідність їх з високими очікуваннями від появи дитини створювало підстави для виникнення внутрішньоособистісних протиріч та ставало додатковим підґрунтям для розвитку порушень психоемоційної сфери.

За аналізом наявності і вираженості психосоціальних факторів, які мають вплив на стан здоров'я жінки (з використанням Z-кодів за МКХ-10), нами були виділені ті з них, що мали достовірний вплив на стан взаємодії в системі «мати – дитина». Також при аналізі дії патологічних психосоціальних факторів встановлені розбіжності між жінками з різним станом психоемоційної сфери та відсутність достовірних розбіжностей в залежності від типу вигодовування дитини. Принциповою відмінністю між психологічно благополучними обстежуваними та жінками з психоемоційними розладами, була наявність в останніх проблем, пов'язаних зі стосунками подружжів та неадекватної сімейної підтримки, що призводило до виникнення проблем, пов'язаних з адаптацією до зміни життя, сприяло розвиткові психоемоційних порушень та негативно впливало на стан даїдної взаємодії між матір'ю та дитиною. Крім того, приблизно для третини жінок з психоемоційними розладами, як тих, що годували дитину природним шляхом, так і тих, які використовували штучне вигодовування, вагітність була небажаною, що обумовлювало сприйняття жінкою вагітності, пологів та післяпологового періоду як довгострокової психотравмуючої ситуації. Крім небажання та / або коливання в прийнятті рішення народити дитину, для них було характерним наявність негативних відчуттів і переживань в період вагітності, відсутність відчуття спільності з народженою дитиною, що також сприяло формуванню деформації материнсько-дитячої взаємодії.

Для більш поглибленої оцінки специфіки сімейних та материнсько-дитячих відносин, нами здійснено дослідження за допомогою методики PARI. За показниками першого блоку методики щодо визначення стану родинних відносин, максимальна розбіжність результатів між психологічно благополучними та неблагополучними жінками, незалежно від типу вигодовування дитини, була за шкалою 17, яка визначає стан подружньої взаємодії та підтримки. Високими також виявились розбіжності за шкалою 7, яка характеризує конфліктність подружніх стосунків. Отже, встановлено, що в родинях жінок з діагностованими порушеннями психоемоційної сфери мали місце сімейні конфлікти, байдужість чоловіка до сімейних справ та відсутність необхідної сімейної підтримки. Такі жінки були повністю занурені у справи сім'ї, відчували себе жертвою обставин, були незадоволені своєю роллю господині і необхідністю домінувати у вирішенні сімейних питань через безучасність і «невключення» чоловіка у справи сім'ї, в той же час, були психологічно залежні від нього. Між тим, серед психологічно благополучних жінок, незалежно від типу годування дитини, встановлені сприятливі сімейні обставини, обумовлені відсутністю подружніх конфліктів, включеністю чоловіка до сімейних справ та адекватною родинною підтримкою.

Характеризуючи материнсько-дитячі відносини обстежених, вивчені за допомогою другої частини методики PARI, необхідно відзначити, що вони також мали достовірні відмінності залежно від рівня психоемоційного благополуччя жінок, а не від типу вигодовування дитини. Для матерів з порушеннями психоемоційної сфери були притаманні проблеми у взаємодії системи «мати – дитина»: слабкий емоційний контакт, відсутність комунікації з дитиною і ухилення від контакту з нею, заперечення партнерських відносин з нею, високий ступінь роздратованості по відношенню до дитини, надмірна суворість і авторитарність, «нестворення» базового почуття безпеки і, як наслідок, – відсутність прагнення займатися розвитком дитини. З іншого боку, такі жінки почасти відчували

надмірну саможертвність в ролі матері та надмірну концентрацію на дитині, гіперопіку через підвищений страх заподіяти дитині шкоду. На відміну від цих жінок, психологічно благополучним матерям були притаманні тенденції щодо прийняття дитини та врахування її особливостей як окремого індивідуума, встановлення оптимального емоційного контакту з нею, відсутність надмірної дистанції та надмірної концентрації на дитині.

Оцінка психомоторного розвитку дітей довела існування тенденції щодо відставання його показників у дітей матерів з порушенням психоемоційної сфери, порівняно з немовлятами психологічно благополучних жінок. Так, станом через 3,5 місяці після пологів середні показники психомоторного розвитку дітей матерів з розладами психоемоційної сфери, як з природним, так і штучним типами вигодовування, були нижчими порівняно з показниками розвитку дітей психологічно благополучних жінок. Аналіз маркерів діадної взаємодії виявив, що жінки, яким були притаманні тривожно-депресивні прояви, відрізнялись відсутністю емпатичності до потреб дитини, униканням тактильних та вербальних контактів з дитиною, не захоплювались спілкуванням з дитиною та не були задоволені нею.

Розроблена нами система медико-психологічного супроводу була спрямована на оптимізацію взаємодії «мати – дитина» та базувалась на засадах наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», яким визначена необхідність медико-психологічної підготовки сім'ї до пологів у відповідних школах відповідального батьківства. Враховуючи специфіку контингенту, заходи медико-психологічного супроводу проводились по вихідним, по суботах (іноді й неділях), в рамках створеної школи вихідного дня. Середня тривалість одного психотерапевтичного заняття складала 1 – 1,5 години. Всього система медико-психологічного супроводу була розрахована на 9 місяців: початок її впровадження припадав на термін 3,5 місяців після пологів, завершальний етап – по досягненні дитиною 1 року. Структура та складові розробленої системи медико-психологічного супроводу представлені на рис.

Отже, медико-психологічний супровід системи «мати – дитина», незалежно від типу її вигодовування, є етапною системою заходів, що складається з психодіагностичної та психокорекційної складових. Така структура знижує фрустраційне навантаження матері, підвищує індивідуальні, діадні і сімейні ресурси, дозволяє індивідуалізувати підхід до дитини з підвищенням рівню батьківської компетентності.

Перша стадія, яка включала 2 індивідуальних заняття при здійсненні першого та другого обстеження, була спрямована на психодіагностику і формування мотивації до участі в заходах медико-психологічного супроводу.

Психодіагностичне дослідження було спрямовано на вивчення змістовних факторів (складових), стан яких визначав рівень діадичної взаємодії в системі «мати – дитина».

Друга, третя і четверта стадії містили в собі медико-психологічні впливи. Загальним принципом медико-психологічних втручань була визнана їх інтегративність, а базовими засобами – групова, когнітивно-поведінкова, персоналістична, сімейна та когнітивно орієнтована психотерапія, допоміжними – естетотерапія (бібліо-, музико-, арттерапія) та техніки релаксації.

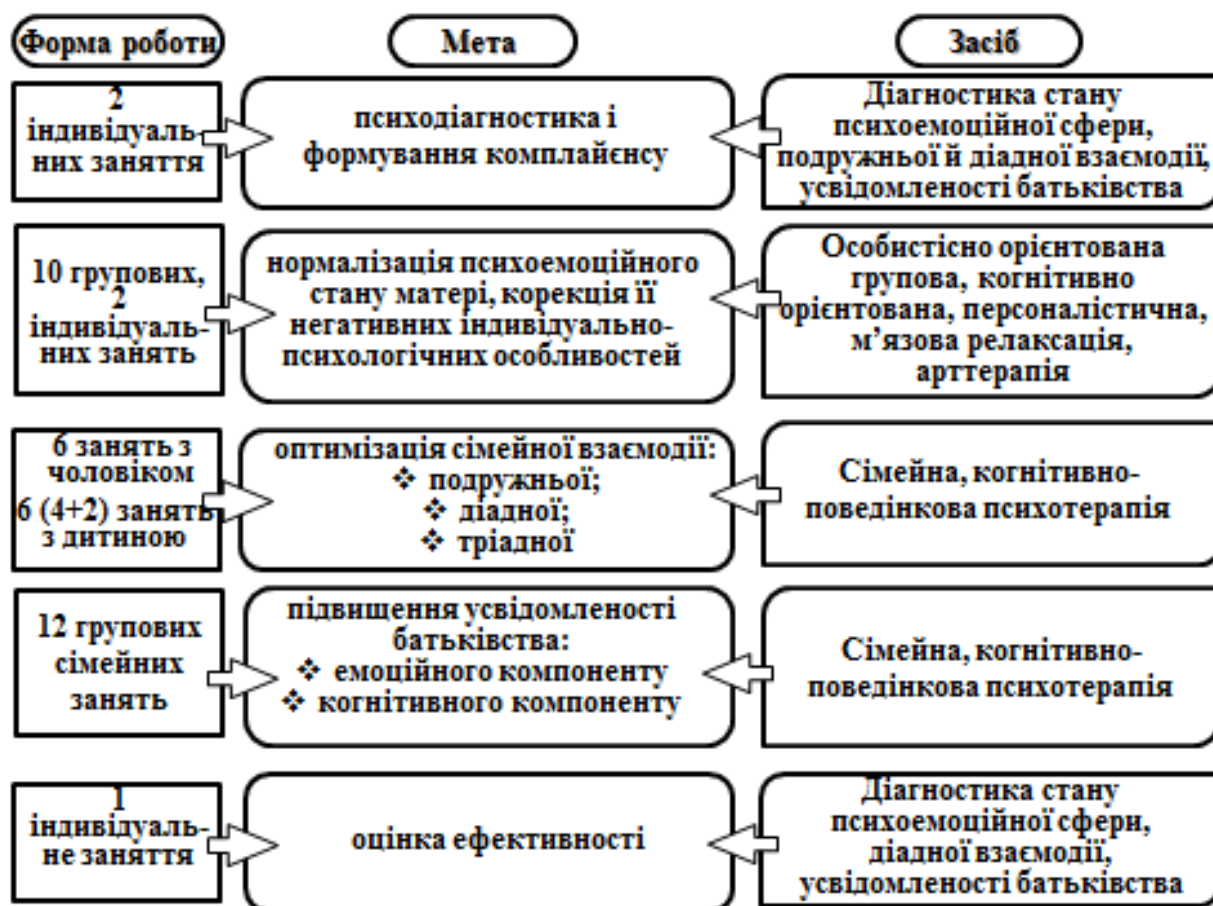


Рис. Система медико-психологічного супроводу системи «мати – дитина» протягом першого року життя немовляти

Використання інтегративного підходу та синтез зазначених методів дозволив дійти до послідовного вирішення комплексу завдань, розв'язання яких забезпечило оптимізацію взаємодії в системі «мати – дитина». Виходячи з отриманих результатів, була визначена наступна послідовність спрямованості медико-психологічного впливу:

- а) редукція післяпологових психопатологічних симптомів, нормалізація психоемоційної сфери матерів;
- б) пошук і активізація їх індивідуальних, діадних і сімейних ресурсів;
- в) розвиток індивідуальних та подружніх адаптивних стратегій вирішення проблем;
- г) підвищення материнської, діадної та сімейної психологічної компетентності.

Аналіз результативності впровадження розробленої системи медико-психологічного супроводу дозволив досягнути редукції психопатологічної симптоматики практично в усіх матерів терапевтичної підгрупи (90%), на відміну від обстежених підгрупи контролю, в яких діагностовано погіршення психоемоційного стану протягом року після пологів, підвищити рівень усвідомленості батьківства, а також покращити рівень психомоторного розвитку дітей ($p \leq 0,05$).