

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)
Клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

ПСИХОТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Выполнила: ординатор 2-го года специальности Психотерапия
Минкевич Н.Р.

Преподаватель: КМН, Малюткина Е.П.

Красноярск, 2024

Актуальность

В настоящее время, проблема сохранения здоровья матери и ребенка и демографический вопрос выходят на первый план в социальной политике большинства развитых стран мира. В России, несмотря технологический прогресс, стремление государства улучшить качество медицинского обслуживания, материальной стимуляции рождаемости, эти насущные проблемы не решаются. Репродуктивное здоровье населения, имеет огромное значение для обеспечения благоприятных демографических перспектив страны, формирования её социально-экономического потенциала. Проблема сохранения репродуктивного здоровья в России является актуальной на протяжении последних десятилетий. В настоящее время, в психологии и медицине активно изучаются психологические особенности женщин, испытывающих трудности с зачатием, вынашиванием беременности, а также имеющих нарушение физиологического течения беременности и экстрагенитальную патологию, оказывающих влияние на репродуктивную функцию. За последние десятилетия появилось большое число работ, подтверждающих зависимость физиологического течения беременности и родового акта, состояние плода и новорожденного от психологического состояния женщины во время беременности.

Введение

Проблема лечения психических заболеваний (ПЗ) в период беременности и лактации крайне актуальна в связи с широкой распространенностью и неблагоприятными последствиями для матери и ребенка как самих заболеваний, так и лекарственных средств (ЛС), применяемых для их лечения. Только в США ежегодно регистрируются примерно 500 тыс. беременностей у женщин с ПЗ. В экономически развитых странах суициды, совершаемые беременными с ПЗ, являются одной из ведущих причин материнской смертности. Беременность не оказывает протективного действия в отношении развития рецидивов большинства ПЗ или возникновения новых случаев заболевания. С точки зрения развития рецидивов наиболее опасен послеродовой период. Ведение беременных с ПЗ представляет сложную задачу. Все необходимые изменения в фармакотерапии следует по возможности проводить в прегравидарном периоде, поэтому крайне важным этапом для этих женщин является планирование беременности и подготовка к ней. Женщинам с тяжелыми ПЗ попытки зачатия рекомендуется начинать не ранее чем через 1 год после наступления ремиссии. До этого срока им следует обеспечить надежную контрацепцию. Вопрос о применении психотропных препаратов в период гестации должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае после тщательного взвешивания соотношения польза/риск ЛС и отсутствия фармакотерапии. Отмену ЛС, хотя бы на первые 6–10 нед гестации, можно рассмотреть у женщин с легким течением заболевания. По возможности, отмену лекарственного препарата следует проводить постепенно, поскольку такая тактика позволяет снизить риск развития обострения. В то же время при наступившей беременности быстрая отмена позволяет уменьшить продолжительность воздействия препарата на плод. Скорость отмены ЛС зависит от клинической ситуации, применяемого препарата (риск тератогенности) и пожеланий самой женщины. Предпочтения женщины необходимо учитывать и при принятии решения о продолжении фармакотерапии в период беременности. С этой целью ей необходимо в доступной форме объяснить все преимущества и недостатки лекарственной терапии, а также потенциальные последствия нелеченого заболевания. Режим лекарственной терапии во время беременности должен быть индивидуализированным и максимально простым. По возможности, следует применять монотерапию, так как применение высоких доз одного ЛС более безопасно, чем применение комбинации двух ЛС в низких дозах. Начинать лечение рекомендуется с минимальных эффективных доз с последующим постепенным их повышением. Это особенно важно в случаях, когда риски для матери и плода носят дозозависимый характер (например, тератогенный эффект вальпроата). При выборе

конкретного лекарственного препарата необходимо учитывать: предыдущий ответ на психотропные препараты (если есть опыт их применения в анамнезе); для женщин, не принимавших ранее ЛС – ответ на психотропные средства у ближайших родственников (если есть семейный анамнез заболевания); ожидаемые ответ и эффективность лечения у конкретной женщины; профиль побочных реакций препарата; применение сопутствующих ЛС и риск лекарственных взаимодействий с ними; потенциальное негативное влияние ЛС на мать и плод; безопасность в период грудного вскармливания. Необходимость оценки безопасности ЛС в период грудного вскармливания еще на стадии планирования беременности обусловлена следующими фактами: послеродовой период наиболее опасен с точки зрения риска развития рецидивов ПЗ, и других психических осложнений (послеродовая депрессия, послеродовой психоз), в связи с чем оставлять женщину в этот период без лечения не рекомендуется; смена препарата, позволяющего эффективно контролировать состояние женщины во время беременности, в послеродовом периоде не рекомендуется; грудное вскармливание не только полезно для ребенка в первые месяцы жизни (снижение риска желудочно-кишечных, респираторных и мочевых инфекций, сепсиса, менингита, некротизирующего энтероколита, снижение смертности, улучшение нейрокогнитивного развития), оно оказывает благоприятное влияние на заболеваемость в старшем детском и подростковом возрасте (снижение риска бронхиальной астмы, воспалительных заболеваний кишечника, сахарного диабета – СД, злокачественных заболеваний крови, ожирения) и возможно, на протяжении всей последующей жизни; грудное вскармливание полезно для здоровья матери и снижает риск развития постнатальной депрессии; тесный контакт, происходящий между матерью и ребенком в момент кормления грудью, способствует установлению их контакта и взаимной привязанности; Всемирная организация здравоохранения рекомендует грудное вскармливание в течение 6 мес всем детям, которые могут получать его, поэтому при наличии альтернатив предпочтение следует отдавать достаточно безопасным в период лактации препаратам. Также наряду с фармакотерапией активно применяется психотерапия, и даже может рассматриваться как вариант выбора при лечении беременной женщины.

Основная часть

Современная женщина очень часто отягощена проблемами, связанными с физиологической патологией, эмоциональной дисгармонией на почве неадекватного воспитания и эмоциональных травм, а также психологической дисгармонией из-за не реализации своей личности или проблем самоконтроля. С наступлением беременности многие женщины отмечают изменения самочувствия, выражающиеся в раздражительности, слезливости, повышенной утомляемости, изменении аппетита, тошноте, снижении либидо, сонливости в течение дня. Частота таких расстройств колеблется от 13,7% до 33,3% всех беременных. В момент беременности женщина очень чувствительна и раздражительна, она гораздо острее, чем прежде, реагирует на окружающий мир, с трудом справляется с собой. Есть женщины, которые при беременности совершенно меняют свой облик, у других всё остаётся без изменений. Но за исключением крайностей, общим для будущих матерей является своя особая психология, меняющаяся из месяца в месяц. Первый триместр – месяцы неуверенности и адаптации. Неопределённый страх и боязнь перед неизвестностью, а также отсутствие аппетита, тошнота и бессонница часто делают первые недели беременности утомительными. Беременной женщине нравится её особенное состояние, порой настолько, что она становится впечатлительнее; её хочется быть предметом внимания и забот. Однако, пребывая в таком состоянии, женщина чувствует, что взрослеет. Второй триместр – месяцы равновесия. Первые движения плода имеют огромное значение для всех будущих матерей. Те, кто раньше не решался показать свою радость, отдаются ей целиком, ибо теперь они уверены в существовании внутри себя новой жизни. Третий триместр – женщина становится безразличной ко многим не только в эмоциональном, но и в интеллектуальном плане. Ребёнок стал единственным сосредоточением интересов и занятий будущей матери. Ребёнок становится тяжелее, а мать – менее подвижнее, появляется усталость и вместе с ней – желание ускорить события. Последняя неделя кажется длиннее, чем предшествующие ей девять месяцев. В этом нетерпении есть своё преимущество: оно как бы ослабляет боязнь родов, если она имеется. На основе проведённых исследований было отмечено, что наиболее стрессогенным фактором во время беременности оказывается наличие хронических соматических заболеваний и стационарное лечение. При наличии хронических соматических патологий беременные отличаются общительностью, импульсивностью, самодисциплиной, непостоянством и доверчивостью. На втором месте по стрессогенности следует поставить заболевание генитальной сферы, с чем связана боязнь беременной за исход родов для ребёнка. Уровень

напряжения возрастает при развитии позднего токсикоза беременности. Среди неблагоприятных психосоциальных факторов необходимо особо выделить незамужество, повторные браки, неудовлетворённость материально-бытовыми условиями, конфликтные ситуации в семье и на работе. Тревога является основным эмоциональным состоянием человека в ситуации неопределенности и ожидания, субъективно характеризуется ощущением внутреннего напряжения с активизацией реакций вегетативной нервной системы, основным содержанием невротических расстройств у женщин с осложнённой беременностью является переживание реальной или воображаемой угрозы выкидыша.

Одним из часто встречающихся нарушений в период беременности и после родов являются депрессии с такими проявлениями как печаль, безрадостность, уныние, подавленность, усталость, раздражительность. Острые депрессивные реакции чаще возникают у женщин в различные возрастные периоды, связанные с глубокой биологической перестройкой организма. Таким образом, соматогенный фактор, с одной стороны, и ситуационно- психогенный – с другой, формируют патологическую почву, способствующую развитию и углублению депрессивного состояния. При развитии депрессии у женщин возникают мысли о никчёмности существования, чувство безысходности, суицидальные мысли, депрессивные идеи самоуничтожения и самообвинения, которые к определённом моменту приобретают доминирующий сверхценный характер.

Депрессивные реакции и состояния различной степени тяжести встречаются у 10-18% беременных женщин. Применение наиболее распространённых трициклических антидепрессантов в первом триместре может оказывать тератогенное действие, а в более поздние сроки нередко приводит к нарушениям дыхания и сердечно-сосудистой системы, к повышению мышечного тонуса у новорожденных. Раннее выявление нервно-психических расстройств у беременных и применение психотерапии позволяет значительно снизить количество назначенных препаратов или вообще обойтись без них. Психотерапия – это лечебное воздействие на психику или через психику на организм больного. Характерными патологиями беременных с хроническим психоэмоциональным стрессом являются токсикоз первой половины беременности 46,26%, раннее развитие гестозов 45,45% . На фоне перечисленных осложнений формируется хроническая плацентарная недостаточность в III триместре (56,65%). В результате новорожденные в 76% случаев рождаются в состоянии гипоксии различной степени и в 28,21% случаев им требуется длительная реабилитационная терапия. Беременность у женщин с маркерами психоэмоционального стресса в 80,43% случаев заканчивается срочными родами, в 16,63% - преждевременными родами, в 10,86% - выкидышами, что свидетельствует о

нарушении формирования родовой доминанты. Это доказывает, что психологический стресс несёт с собой целый комплекс перинатальных проблем, требующих серьёзного влияния к психологической сфере беременных женщин. Изучены некоторые аспекты материнского гомеостаза при стрессе и функциональное состояние фетоплацентарной системы. Выявлены следующие особенности патогенеза: нарушение иммунного гомеостаза; нарушение липидного гомеостаза; депрессия антиоксидантной защиты; нарушение гормонального гомеостаза. Однако отмечается, что к 28-й неделе организм беременной адаптируется к стрессовой нагрузке и патогенное влияние стресс-синдрома уменьшается по мере приближения срока родов.

Было выявлено, что изменённое состояние сознания в момент родов является адаптивной, приспособительной реакцией организма на экстремальные условия родового периода. Анализ показывает, что почти у всех народов имеет место так называемый послеродовой карантин, который продолжается до 40 дней. Женщина в этот период считается наиболее уязвимой, а иногда подверженной послеродовой депрессии, психозу. Изучение состояния женщин показало, что психозы чаще начинаются с 5-6 дня, а начало депрессивных состояний с 10-14 дня после родов. Женщин беспокоит беспомощность и несобранность, они не могут справиться с обязанностями по уходу за ребёнком, испытывают страх за него, опасаются, что недостаточно хорошо за ним ухаживают. Чаще имеют место чувство вины перед ребёнком и идеи самообвинения, враждебность же к ребёнку бывает при тяжёлой депрессии. Высокая частота невротических расстройств среди первородящих объясняется появлением ряда проблем: ограничение личной свободы ради ухода за ребёнком, впервые полученный опыт родовых болей, тревога и ответственность за жизнь новорожденного, кормление, недосыпание и многое другое. Большинство женщин испытывает повышенную необходимость во внимании и поддержке для адаптации к своей новой роли – роли матери. Отмечено значительное ухудшение настроения у женщин, разлученных с новорожденными из-за необходимости обсервации или перевода в детскую больницу. Невротические депрессии в послеродовом периоде встречаются у 15-20% рожениц, длятся в среднем 3-4 недели, и лишь у 5% женщин отмечаются расстройства настроения длительностью до года. Наибольшее значение среди психотравмирующих факторов послеродовой депрессии имеет семейная дисгармония. Женщины чувствуют себя одинокими, бесполезными, лишёнными поддержки. Исследования показали, что незрелый возраст матери тоже влияет на эмоциональное состояние после родов. Разрешение психологического конфликта требует психотерапевтического вмешательства: от участия семьи (мужа) до лично ориентированной и семейной психотерапии. Целью психотерапии, независимо от

применяемой техники, является помощь пациенткам в осознании своих внутриличностных проблем и их разрешении, изменение отношения к психотравмирующему фактору. Психотерапия индивидуальная или семейная направлена на разрешение внутриспсихических и межличностных конфликтов. Вопрос о выписке из роддома следует рассматривать лишь после найма няни. Это позволит ослабить воздействие стрессовых факторов, связанных с заботой о новорожденном.

Психотерапевтическая помощь во время беременности, родов и в послеродовом периоде имеет серьезные преимущества перед биологической терапией, так как применение фармакологических препаратов во время беременности может оказывать негативное (тератогенное) воздействие на ребенка. С другой стороны, психотерапевтическая помощь характеризуется высокой эффективностью и низкой себестоимостью. Кроме того, психотерапия легко сочетается со всеми биологическими подходами. Существует большое количество определений психотерапии. Остановимся на одном из них: «Психотерапия – это процесс обучения адаптивным стереотипам мышления и поведения». При характеристике психических расстройств (страх, тревога, депрессия, астения) нередко описываются симптомы без учета этиологии и патогенеза. Более 90% первородящих беременных жалуются на страх перед болями во время родов. Будущая мать пугает себя тем, чего никогда не испытывала, примеряя на себя проблемы других. Процесс запуска этих эмоций произвольный – управляемый, зависящий от самого человека. Причин (актуальных психогений) формирования психических расстройств множество. При этом ключевой фактор – отношение самого человека к этим раздражителям. Так, привычка пугать себя формируется с детских лет. Одного пугают «бабайкой», другого – полицейским, третьего – уколom. Ну, а произвольный запуск страха перед министерской контрольной в школе, перед открытым уроком, ЕГЭ, экзаменом уже давно стал социальной эпидемией. Беременная активно включает этот навык и тщательно смакует, представляя себе, как ей будет больно. Девочку с детства приучают к мысли: «Что люди скажут?». И в ее сознании формируется мысль, что в глазах окружающих надо выглядеть лучше, чем ты есть на самом деле. И когда этого не происходит, появляется тревога, развиваются депрессивные состояния. Окружающие активно эксплуатируют этот навык: чтобы сделать послушным, надо сделать виноватым. В ряде случаев при придирках свекрови (неправильно готовит или стирает) у беременной появляется повышенная тревожность. Психологическими причинами развития гестоза (в современной классификации гипертензионные расстройства) являются переутомление, стрессы, тревоги, психосоматические заболевания (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь и др.). Для коррекции устойчивых суждений, приводящих к развитию

психических расстройств, в том числе и у беременных, с нашей точки зрения, эффективна эмоционально-стрессовая психотерапия. По В.Е. Рожнову, психотерапевтический процесс может рассматриваться как активное лечебное вмешательство, цель которого (подобно хирургической операции) – произвести в душе больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотр, а в ряде случаев – и радикальное изменение отношения к себе, своему болезненному состоянию и окружающей микро- и макросоциальной среде. Ограничивающие стереотипы мышления часто по силе равны устойчивым личностным расстройствам или сверхценным (бредовым) идеям. Психотерапевтическая помощь беременным ограничена временными рамками. В основу программы психотерапевтической подготовки беременных положен диалог. Задаются вопросы и закладывается сомнение в стереотипах. Начинают с вопроса: «Кто хочет родить здорового ребенка?». Ответ в 100% случаев – положительный. Следующий вопрос: «Кто, кроме тебя, выносит здорового ребенка?». Ответ аналогичный. Затем звучит вопрос: «Кто слышал, что у беспокойной матери рождается беспокойный ребенок?». Положительных ответов не менее 60%. Затем разъясняют механизмы формирования гипоксически-метаболических энцефалопатий. Беременные, как правило, сами подтверждают, что волнения сказываются на тонусе матки. При этом во второй половине беременности в начале развития гипертонуса матки ребенок сначала активно двигает руками и ногами, а затем затихает. И снова вопрос: «Кто может назвать причину, по которой можно волноваться, что ценнее здоровья малыша?». Более 5000 беременных не смогли назвать такую причину. Приводим пример: после 3 сеансов терапии беременная стоит на балконе 5-го этажа и любуется закатом; ее цель – родить здорового ребенка. В это время в ее поле зрения попадает жуткая сцена ссоры на соседнем балконе. Женщина закрывает балкон, заходит в комнату и погружается в самогипноз: это необходимо и ей, и ее будущему ребенку. С 1-го занятия проводится обучение самогипнозу. Длительность погружения в самогипноз 2–4 мин. Сначала проговаривают 4 утверждения, затем следует 4 реальных звука, далее – 4 реальных ощущения: я вижу эту комнату; я вижу Ваше лицо; я вижу Ваши руки; я вижу, как Вы улыбаетесь; я слышу голос в комнате; я слышу скрип стула; я слышу, как шелестят страницы; я слышу шум транспорта; я чувствую, что мои ноги стоят на полу; я чувствую, как мои руки касаются ног; я чувствую прикосновение одежды; я чувствую, как моя спина касается спинки кресла. Затем – уменьшение реальных раздражителей и увеличение желаемых на 1: я вижу окно; я вижу шторы на окне; я вижу картину на стене; я вспоминаю знакомые лица; я слышу шум шагов; я слышу голоса; я слышу шум на улице; я вспоминаю знакомые мелодии; я чувствую, что мои ноги касаются пола; я чувствую дуновение воздуха; я чувствую движения грудной клетки на вдохе и выдохе, и чувство

спокойствия разливается по моему телу. Следующий шаг. Пациенткам называют 2 вещи, которые реально видны, и 2 желательных (фантазии), видимых «внутренним зрением»; называют 2 звука, которые реально слышны, и 2, которые слышны «внутренним слухом», называют 2 вещи, ощущаемые в реальности вне себя, и 2 желательных, ощущаемых внутри себя. После этого называют в 3 модальностях (вижу, слышу, чувствую) 1 реально существующую вещь и 3 – желаемых. И последний шаг: называют, используя все модальности, 4 желаемые вещи. В процессе тренировки формула погружения в самогипноз сокращается, а эффективность погружения усиливается. Формула самогипноза усиливается постгипнотическими самовнушениями: «С каждым сеансом я расслабляюсь все быстрее и легче, все глубже и охотнее». Используются формулы прямого внушения: «В таком состоянии, когда мышцы расслаблены и мозг спокоен, нормализуются обменные процессы, и кровь, обогащенная кислородом, омывает каждую клетку организма, каждую клеточку малыша». Самогипнозом беременная занимается 4 раза в день. Формула выхода: «Я отдохнула. Я хорошо отдохнула. Кулаки сжать. Руки согнуть, выпрямить. Потянуться и открыть глаза». Обучение беременных самогипнозу, а также некоторые другие психотерапевтические вмешательства без труда может осуществлять и средний медицинский персонал лечебных учреждений. Кроме того, проводится профилактика болевых ощущений 1-го периода родовой деятельности (раскрытие шейки матки). Когда беременная с радостью ждет родов как рождения живого человечка, боль воспринимается значительно легче. В ситуации длительного ожидания боли в родах боль проявляется сильнее. Беременным дают информацию об анатомическом строении и иннервации репродуктивной системы, объективную информацию о пирамидном пути. Назначение пирамидного пути заключается в формировании произвольных движений. Десятая пара пирамидного пути – блуждающий нерв, имеющий двигательные и чувствительные волокна. В процессе воспитания ребенка обучают произвольно управлять сфинктером и мышцами мочевого пузыря и прямой кишки. Пирамидный путь участвует также в иннервации шейки матки и мышц матки. И когда женщина ожидает, что будет больно, она произвольно задерживает раскрытие шейки матки, и боль нарастает. И наоборот, радостное ожидание рождения ребенка способствует тому, что шейка матки раскрывается значительно быстрее и легче, даже у возрастных первородящих. В процессе самогипноза беременная дополнительно обучается управлять слезотечением, слюнотечением, тонусом сосудов конечностей, и этот навык произвольности использует для произвольного раскрытия шейки матки в 1-й период родов. При установлении контакта беременные начинают с желанием выполнять комплексы физических упражнений, обучаются диафрагмальному дыханию, готовят

молочные железы к грудному вскармливанию. В среднем на самоподготовку к родам беременная тратит 2,5–3 ч в день. Занятия проводятся в режиме открытой психотерапевтической группы – женщины постоянно подключаются к группе. Есть 10 типовых занятий, каждое из которых заканчивается саморегуляцией. Некоторые участницы группы, прошедшие все занятия, ходят на них, как на клубную работу, и активно помогают. Женщины регулярно посещают занятия после родов и активно делятся своими результатами, что усиливает терапевтический эффект. У вновь прибывших быстрее формируются навыки изменения отношения к актуальным психогениям. Таким образом, психотерапия способствует профилактике психических и соматических расстройств, аномалий родовой деятельности, формированию адекватной установки на беременность, роды и грудное вскармливание (гестационная и лактационная доминанты).

Психотерапевтические разработки в акушерстве

В начале 80-х годов, начиная с Москвы, в России сформировалась и продолжает развиваться система социокультурных взглядов на беременность и раннее детство. Признание акушерами-гинекологами таких психических комплексов, как перинатальные матрицы, свидетельствуют о готовности медицинской науки к развитию общепринятой парадигмы с учётом трансперсонального опыта. Используя теорию перинатальных матриц, психологи Санкт-Петербургского государственного университета в течение 10 лет подготавливают и организуют беременных женщин так, чтобы они могли пережить мягкие роды, и дать возможность ребёнку на всех этапах рождения реализовать свои инстинкты и потенциальность. Этим предупреждается формирование негативных психидов, систем конденсированного опыта, которые в будущем могут мешать человеку реализоваться. На базе С.Петербургского Университета будущие родители проходят систему психологической подготовки к родам (программа «Глория»). Туда входят следующие методики:

- научение женщины родовому поведению (позы, дыхание, голос, водные процедуры, массаж);
- обучение мужа механизмам помощи жене до и после родов;
- обучение семейной пары методам саморегуляции и самоконтроля;
- способность активизации творческого потенциала;
- обучение механизмам ухода за ребёнком и его раннему воспитанию. В 1996 году было проведено комплексное исследование, включающее работу со следующими группами:

- беременные женщины,
- не беременные женщины,
- акушерки.

Работа психолога осуществляется 2-3 раза в неделю с различными группами:

1. Группа беременных на начальных сроках беременности (20 недель). Занятия построены так, чтобы как можно больше вовлечь женщину во внутреннюю духовную работу, укрепить интуитивную, эмоциональную связь с ребёнком, настроиться на доверие к самой себе, мужу, персоналу, избавиться от комплексов и предрассудков.

2. Группа беременных на поздних сроках беременности (20-40 недель). Эта группа занимается в основном отработкой технологии ведения родов с применением дыхательных упражнений, массажей, различных поз. Продолжается психологическая работа по снятию страхов перед родами, снятию болей с помощью применения йога-терапии, проводятся занятия по позитивному планированию родового процесса.

3. Группа для мужей, желающих помогать своим жёнам во время родов. Работа этой группы начинается с психокоррекции отношения мужчин к восприятию родового процесса. Далее начинается обучение мужчин технологиям дыхания (мужчина может помогать держать правильный ритм дыхания), техникам поддержек (упоров, подхватов, стоек) во время схваток, когда женщина особенно необходимо участие, помощь близкого человека. При этом очень важно знание психологических тонкостей женщины в родовом процессе.

4. Индивидуальная работа с женщинами и мужчинами. Это самая тонкая часть работы, предполагающая разбор наиболее сложных случаев, состояний, переживаний в семье.

5. Работа с врачами. Психолог проводит с врачами занятия по обучению методам психокоррекции в родах, способам организации позитивного эмоционального пространства, знакомит с теми приёмами, которым женщины обучались на занятиях (с применением дыхания, массажа). Последнее необходимо, чтобы врачи были способны организовать женщине максимально естественное течение родов с главным принципом – не мешать, не нарушать естественный процесс. Другая сторона работы психолога с врачами – проведение групп психологической разгрузки, которая включает в себя самомассаж, динамические упражнения, медитация, что позволяет врачам поддерживать адекватное функциональное состояние и не терять форму.

6. Работа с акушерками. В результате исследования опросника психотравмирующих событий, выяснилось, что основным лицом, которое предпочитает видеть в родах женщина, является акушерка, а затем уже муж. Именно от акушерки

зависит сохранение женщиной психоэмоциональной стабильности, мобилизация физических сил, успешное родоразрешение. Работа с акушерками по обучению методам естественного обезболивания (дыхание, массаж, голос) может проходить вместе с врачами. Отдельно проводится тренинг по основам психологии общения и саморегуляции, так как акушеркам необходимы качества хороших коммуникаторов. На занятиях могут присутствовать и мать и отец, в зависимости от планов семьи. Занятия могут проводиться как во время беременности, так и до зачатия; максимальный курс 9 месяцев, минимальный – 3 месяца перед родами. Все упражнения и методики, даваемые на занятиях, рекомендуется повторять в домашних условиях с участием мужа, при его поддержке, особенно техники массажа, растяжек, дыхательные упражнения. Программа «Глория» с 1995 года принята психотерапевтическим сообществом и внедрена в нескольких роддомах С-Петербурга, а также в Перми, Новосибирске, Волгограде. На данный момент по этой программе проводятся занятия и в Липецке (проф. центр «мать и дитя»). В учебных программах школ родительского опыта удаётся реконструировать единый неразрывно связанный процесс вынашивания, рождения и воспитания младенцев. В школах родителей беременные женщины чувствуют себя не «белыми воронами коллектива», так как все здесь беременные и это является нормой.

Кроме общения друг с другом женщины проходят различные оздоровительные мероприятия:

1. Физические упражнения во время беременности с целью подготовить и откоординировать своё тело к моменту самого тяжёлого физического труда, т.е. родам.
2. Прогулки на свежем воздухе.
3. Посещение бассейна. Пребывание в гидроневесомости даёт возможность снять нагрузку с опорных скелетных мышц, расслабиться и отдохнуть. Специально подобранные упражнения позволяют преодолевать страхи перед родами.
4. Теоретические занятия по ведению нормальной беременности, по основам медицинских знаний акушерства, по новорожденности и первому году жизни.
5. Диетотерапия с предпочтением вегетарианства.
6. Практические занятия. Релаксация или расслабление. Роды должны проходить в состоянии максимального расслабления и доверия к происходящему. Умению правильно расслабляться нужно учиться. Существует важность и необходимость психического воссоединения с собственным ребёнком. Школа мам обучает родителей, начиная с первого месяца жизни малыша, практическим навыкам ухода и общения с новорожденным. Все дневные программы для малыша выполняются родителями по специальным программам, которые даются на курсах. Ежедневные массажи, гимнастика

дают возможность компенсировать вынужденную неподвижность младенца. Плавание в безопасном пространстве, позволяет младенцу отдохнуть от тяжёлой земной гравитации.

Список используемой литературы

1. Голенков А.В., Аверин А.В. Сестринский процесс в психиатрии. Чебоксары, 2020; 200.
2. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов. Под ред. действ. чл. АМН СССР проф. М. С. Малиновского. М.: Медгиз, 1963; 308.
3. Ефанова Т.С., Захаров Р.И. Влияние психоэмоционального состояния и психосоматических заболеваний на развитие психических расстройств у беременных с привычным невынашиванием. Психотерапия, 2015; 10: 8–9.
4. Ефанова Т.С., Захаров Р.И., Куприянова И.Е. Психотерапевтическая коррекция психических расстройств беременных с угрозой невынашивания. Перинатальная психология и психология родительства. Сб. научн. трудов. СПб., 2018; 68–72.
5. Ефанова Т.С., Захаров Р.И., Куприянова И.Е. Психотерапевтические подходы ведения беременных с угрозой невынашивания, с донозологическими состояниями и психическими расстройствами. Традиции в современной психотерапии и психиатрии. Тезисы научно-практической конференции, посвященной памяти Б.Д. Карвасарского (31 января – 1 февраля). Под ред. Н.Г. Незнанова. СПб., 2020; 32–4.