**«Актуальные проблемы перинатальной психологии и психотерапии: психопрофилактическая работа, связанная с выявлением среди беременных групп риска по нервно-психическим расстройствам»**

**Автор:** Терентьева Ирина Борисовна, Кандидат политических наук, психолог. Автор обучающих программ для психологов – практиков,  Директор  центра практической психологии и психотерапии «Фонд»  Республика Казахстан,   [www.psy-fund.com](http://www.psy-fund.com);  автор и куратор Фестиваля семейной психологии «Амур и Психея»  [www.psy-amours.com](http://www.psy-amours.com);  автор и куратор проекта  ZONAPI   [www.zonapi.com](http://www.zonapi.com); автор и куратор Фестиваля детской психологии и психотерапии «Улыбка радуги», автор и куратор проекта Ассоциации перинатальных психологов и психотерапевтов «Берегиня», автор книги «О комплексах и не только…», автор аудиокниги «Все тайны твоих комплексов», автор книги «Марафон серого вещества» и автор метафорических карт «Твои комплексы»

+77773571113 psyirina@mail.ru [www.psy-fund.com](http://www.psy-fund.com)   [www.zonapi.com](http://www.zonapi.com)  skype    irina1104196

У большинства пациенток, обращающихся к акушеру-гинекологу имеются психопатологические расстройства, но в большей половине случаев они остаются не диагностированы. У практически трети беременных женщин выявляются нервно-психические расстройства, из них более половины – депрессивные. Беременность и роды, хотя и являются нормальной, естественной функцией организма женщины, но в то же время несут с собой колоссальную нагрузку на ее тело и психику. Перинатальные психологи выявили, что качество эмоциональной связи между матерью и ребенком влияет на его развивающуюся психику. И поэтому перинатальные психологи уделяют особое значение отношениям беременной женщине и плода.

Следует отметить часто встречающиеся идеаторные расстройства беременных:

* ипохондрические идеи, касающиеся своего здоровья
* ипохондрические идеи, касающиеся здоровья ребёнка
* дисморфоманические идеи;
* ортроректические идеи;
* ортодидактические идеи

Страхи и фобии беременных женщин диагностируются перинатальными психологами практически у каждой второй.

Страх - это реакция на конкретную угрозу, проявляющаяся в виде вегетативных изменений и переживания внутренней напряжённости, связанной с угрозой благополучию, здоровью или жизни человека и/или его близких. Разновидности страхов беременных женщин: доминирующие, навязчивые,cверхценные, бредовые***.***

Наиболее часто встречающиеся страхи и фобии беременных:

* страх темноты и *скотофобия* (греч. skotos – темнота) или никтофобия (греч. nyctos – ночь),
* страх замкнутых пространств и *клаустрофобия* (лат. claustrum – закрытое помещение),
* страх открытых пространств и *агорафобия* (греч. agora – рыночная площадь),
* страх изменения внешности, и *дисморфофобия* (греч. dys- приставка, означающая отклонение от нормы; morphe – форма),
* страх привлечь к себе внимание и *скопофобия* (греч. skopeo – рассматривать),
* страх и фобия чужого взгляда (В.М. Бехтерев, 1900),
* страх показаться смешной и *скоптофобия* (греч. scopto – шутить, насмехаться),
* страх повышенного потоотделения, связанного с этим неприятного запаха и *гидрозофобия* (греч. hidros – пот);
* страх появления позыва к мочеиспусканию в неподходящей обстановке *и урофобия* (греч. uron - моча),
* страх не иметь стула и *ректофобия* (лат. rectum – задний проход),
* страх загрязнения и *мизофобия* (греч. mysos – загрязнение),
* страх микробов и *бактериофобия* (греч. bacterion – палочка),
* страх смерти и *танатофобия* (греч. thanatos – смерть),
* страх перегретьсяи *термофобия* (греч. thermos – тёплый),
* страх холода, простуды *психрофобия* (греч. psychros – холодный) или *хеймофобия* (греч. cheima – зима),
* страх сквозняков и *аэромизофобия* (греч. aeros – воздух, mysos – грязь),
* страх заболетьи *нозофобия* (греч. nosos – болезнь),
* страх навредить себе, своему ребёнку и *блаптофобия* (греч. blapto – боюсь повредить),
* страх остаться одной в помещении и *топофобия* (греч.: topos – место) или *изолофобия* (франц.: isolation – одиночество), *монофобия* (греч.: monos – один), *аутофобия* (греч.: autos – сам),
* страх приёма лекарств и *фармакофобия* (греч. pharmacon – лекарство),
* страх предстоящих родов и *партурифобия* (лат.: partus – роды) или *токофобия* (греч.: tocos – роды)

Несомненно, что у каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности. И оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него своеобразным тестированием реальности происходящего с ним. Но, возможна и так называемая предрасположенность, когда личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные. И обычно такое состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Таким личностям свойственно воспринимать угрозу своей жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать повышенным состоянием тревожности.

Методики, позволяющие дифференцировано измерять тревожность.

1. Ч. Д. Спилбергер. Адаптация Ю. Л. Ханин.
2. Теста Дж.Телора (адаптация Т.А.Немчинова) «Личностная шкала проявления тревоги».
3. Тест «Склонность к немотивированной тревожности».

Методики психологического исследования:

1.Опросник «Тест отношений беременной» (ТОБ) (Добряков И.В., 2003) для определения варианта психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), признаков нервно-психических нарушений у беременных женщин и их связь с особенностями семейных отношений.

2.Опросник депрессивных состояний (Беспалько И.Г., 1995) для диагностики симптомов депрессивных расстройств.

3.Гиссенский личностный опросник (Гиссенский тест – ГТ), адаптированый Е.А.Голынкиной и др. (1993) для исследования личности и анализа социальных отношений.

4.Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) Д.X. Олсона, Дж. Портнера, И.Лави, адаптированная М. Перре (1986) для оценки параметров функционирования семьи.

 «...Психика нежеланного ребенка травмирована еще до рождения. При длительных стрессовых состояниях в крови матери образуется избыточное количество стероидных гормонов, проходящих плацентарный барьер и влияющий на формирующийся мозг ребенка. Величина и характер эмоционального контакта между матерью и еще не родившимся ребенком, возможно, являются самым решающим фактором из влияющих на возникающую психику»- так пишет Б.П. Никитин в своей книге «Первые уроки естественного воспитания или детство без болезней» и продолжает свою мысль: «... нежелательный ребенок может отказаться брать грудь матери, и взять грудь чужой, но жалеющей его женщины», потому что «.. зародыш очень чувствителен к нервным стрессам матери». Отрицательные переживания, острые стрессовые реакции, фобии и страхи, возникновение неоднозначных чувств к будущему ребенку или к самой себе, а иногда своеобразное игнорирование беременности - могут свидетельствовать о наличии у будущей матери конфликта между желанием иметь ребенка и неготовностью к решительным переменам в себе и в жизни. Неадекватное поведение матери во время беременности, ее эмоциональные реакции на стрессы, которыми насыщена наша жизнь, служат причиной огромного числа различных патологических состояний у ребенка, как поведенческих, психологических, так и соматических. Во время перинатального периода развития ребенок и мать представляют собой единый нейрогуморальный организм, и каждый из них в равной степени страдает от неблагоприятного влияния внешнего мира, которое записывается в долговременной памяти, оказывая воздействие на всю последующую жизнь ребенка. При стрессе надпочечники матери выбрасывают в кровь катехоламины (гормоны стресса), а во время положительных эмоций (радости, успокоения) гипоталамические структуры вырабатывают эндорфины (гормоны радости), и все это проникая через плацентарный барьер, непосредственно воздействуют на плод.

Во время беременности вывести из состояния спокойствия могут как внешние факторы, так и эмоциональные, психологические. Любые нервные стрессы во время беременности опасны как для здоровья самой женщины, так и для состояния вынашиваемого ею ребёнка. Учёные выяснили, что в женском организме в состоянии стресса при беременности существенно повышается количество особых гормонов — глюкокортикоидов. А они влияют не только на гены, но и имеют тесную связь с работой плаценты. Соответственно, их последствия могут быть самыми серьёзными.

***Симптомы стресса***

Каждая будущая мама должна уметь анализировать своё состояние и обращать внимание на главные симптомы стресса:

* [бессонница](http://www.vse-pro-detey.ru/bessonnica-vo-vremya-beremennosti-i-kak-s-nej-borotsya/);
* апатия, равнодушие ко всему, вялость;
* понижение работоспособности;
* отсутствие и снижение аппетита;
* периоды необъяснимого беспокойства, нервозности;
* частое сердцебиение;
* [повышенное давление](http://www.vse-pro-detey.ru/davlenie-vo-vremya-beremennosti/);
* головокружение;
* тремор конечностей (их дрожание);
* понижение иммунитета — частые простудные заболевания.

***Последствия стресса во время беременности:***

* маленький [вес новорождённого](http://www.vse-pro-detey.ru/normalnyj-ves-rebenka-pri-rozhdenii/);
* преждевременные роды;
* стресс на поздних сроках беременности провоцирует аномалии в формировании нервной системы ребёнка;
* проблемы адаптации в коллективе;
* аутизм или гиперактивность;
* страхи и фобии;
* стресс на ранних сроках беременности может привести к сильнейшей гипоксии плода.
* энурез;
* страшным родовым аномалиям — таким, как «заячья губа» или «волчья пасть»;
* аллергические и астматические реакции у новорождённого;
* развитие диабета;
* увеличивается риск выкидыша и преждевременных родов;
* сердечно-сосудистые заболевания.

***Как избежать стрессов при беременности?***

1. Контроль своих мыслей! Важно настроиться на позитив и если сами это сделать не в состоянии, обязательно запишитесь на специальные тренинги или сходите к психологу. Все страхи и сомнения важно доверить специалисту! Важно быть открытой для диалога!
2. Гуляйте на свежем воздухе, не забывайте проветривать свою комнату.
3. Важно полноценно питаться. Наполните свой рацион свежими фруктами и овощами!
4. Беременные женщины должны спать столько сколько им хочется!
5. Важно заниматься упражнениями и практикумом для беременных: специальной [гимнастикой](http://www.vse-pro-detey.ru/gimnastika-dlya-beremennyx-v-domashnix-usloviyax/), акватренингом, аутогенной тренировкой, йогой.
6. Важно отдыхать, особенно в первые месяцы. Пока вы работаете, обеденный перерыв для вас — обязателен. По вечерам желательно гулять или заниматься любимым делом, которое может доставить истинное удовольствие.
7. Беременной женщине важно научить себя доставлять самой себе массу удовольствия: ароматерапия, массаж, медитация. Забота о себе означает заботу о ребенке. Ее залог – правильное питание, отдых и потакание своим маленьким прихотям.
8. Важно общаться с природой, вести интересную творческую жизнь, посещать концерты, театры, музеи, петь песни, читать, смотреть и слушать классические произведения искусства!
9. Важно супругам заботиться друг о друге! Зачатие и рождение ребенка должно быть планированным и желанным! Сколько участия, любви, заботы и ответственности вложат супруги в общее дело деторождения, как научатся понимать друг друга - от этого во многом зависит семейное благополучие. Надо любить своего ребенка изаботиться о нем, когда он еще во чреве матери.

**Практические рекомендации для специалистов:**

1. Грамотно проводить дородовую подготовку, что позволит во многом снизить риск осложнений течения беременности и родов. Проводить профилактику ятрогений, психологогений, дидактогений и гестогений.

2. Для осуществления профилактики и раннего выявления признаков тревожно-депрессивных расстройств у беременных женщин необходимо при постановке их на учет в женской консультации осуществлять скрининг-диагностику с помощью опросника «Тест отношений беременной».

3. На начальном этапе психотерапии необходимо внимательно отнестись к процедуре присоединения к беременной женщине и ее супругу. Присоединение психотерапевта к семье в качестве одного из ее элементов является одним из лечебных механизмов психотерапии. Положительные результаты достигаются при комбинированном использовании методов и техник семейной системной и когнитивно-поведенческой психотерапии на каждом этапе психотерапевтического взаимодействия с семьей.

4. Для ранней диагностики депрессивных расстройств у беременных женщин важно организовать тесное взаимодействие и сотрудничество психотерапевта (медицинского психолога) и врачей других специальностей в медицинских учреждениях (женская консультация, родильный дом, центры планирования семьи).

5. Медицинский персонал, проводящий наблюдение и оказывающий помощь беременным женщинам (акушеры, гинекологи, терапевты, психиатры, медицинские психологи), должен пройти обучение на курсах тематического повышения квалификации и переподготовки в области перинатальной психологии и психотерапии.

6. С целью проведения оптимальной дородовой подготовки беременных, перинатальные психологи и психотерапевты обязаны в совершенстве владеть методами психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, предусмотренными программой тематического усовершенствования: тестами и опросниками, а так же знать Скрининговый тест отношений беременной; Музыкальная психотерапия; Сказкатерапия; Аутогенная тренировка; Терапия искусством и творческим самовыражением; Кататимно – Имагинативная терапия. Владеть: психодиагностикой при первичном, вторичном бесплодии и привычном невынашивании беременности, а также при подготовке женщины к ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии); диагностикой поло-ролевой идентичности женщин, проективные (рисуночные, пространственные) и ассоциативными методиками в диагностике отношения к материнству; уметь составлять генограмму, и делать анализ родовых сценариев и трансгенерационной передачи особенностей отношения к материнству в пределах нескольких поколений семейной системы. В их обязанности входит: проводить беседы и занятия с персоналом женской консультации по основам перинатальной психологии, особенностям общения с беременными женщинами и их родственниками, деонтологии, консультировать их по конкретным случаям; оказывать помощь сотрудникам женской консультации в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем; с целью психопрофилактики принимать участие в работе курсов дородовой подготовки беременных, занятиях школы молодой матери; проводить скрининговое обследование беременных женщин с целью выявления группы риска по возникновению нервно-психических расстройств; работать с выявленными пациентками и членами их семей; консультировать пациенток, направляемых акушером-гинекологом в связи с выявленными у них нарушениями течения беременности, для выработки у пациенток адекватного к этому отношения; осуществлять консультативную работу по оценке и купированию неотложных нервно-психических расстройств; совместно с акушером-гинекологом разрабатывать план психокоррекционной работы с пациенткой, учитывающий ее индивидуальные особенности; проводить индивидуальные сеансы с пациентками, включающие углубленную психодиагностику, психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию; совместно с акушером-гинекологом оценивать эффективность проводимых психопрофилактических, психокоррекционных и лечебных мероприятий; повышать свою квалификацию в области медицинской и перинатальной психологии, психотерапии на циклах усовершенствования в учреждениях и на факультетах последипломного образования не реже одного раза в 5 лет; внедрять в практику современные методы психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, психотерапии.

И помнить, что перинатальная психология и психотерапия - это весь спектр лечебного психологического взаимодействия психолога, беременной женщины и ребёнка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах.