[ВВЕДЕНИЕ 2](#_Toc201590185)

[ГЛАВА I. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ 4](#_Toc201590186)

[1.1. Беременность как физиологический процесс. 4](#_Toc201590187)

[1.2. Роль мотивации беременных и ее развитие. 7](#_Toc201590188)

[1.3. Роль ситуационных факторов в развитии беременности. 11](#_Toc201590189)

[1.4. Психологические особенности личности женщины в адаптации к беременности. 18](#_Toc201590190)

[1.5. Выводы 29](#_Toc201590191)

[ГЛАВА II. ОСОБЕННОСТИ ПРЕДРОДОВОЙ ПОДГОТОВКИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ БЕРЕМЕННЫХ 32](#_Toc201590192)

[2.1 Медико-социальная характеристика женщин фертильного возраста в Калужской области. 32](#_Toc201590193)

[2.2. Формы и методы оказания психологической помощи беременным в предродовой подготовке. 33](#_Toc201590194)

[2.2.1. Влияние негативного психологического реагирования беременных на родоразрешение и ребенка. 33](#_Toc201590195)

[2.2.2. Анализ программ предродовой подготовки 39](#_Toc201590196)

[2.2.3 Критерии оказания психологической помощи беременным. 44](#_Toc201590197)

[2.3. Исследование психологической защиты в программе предродовой подготовки беременных женщин г. Калуги на эмоционально-потребностную сферу и типы психологического реагирования 45](#_Toc201590198)

[2.3.1. Формирование психологической помощи беременным 53](#_Toc201590199)

[Приложение 58](#_Toc201590200)

**ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность: возрастание числа абортов, преждевременных родов, нарушений родовой деятельности, рождение больных и недоношенных детей. Ставится под сомнение характер оказания социально - психологической помощи беременным женщинам в регионе.

Возникает вопрос, насколько развита система психологической помощи для беременных женщин. Существуют ли специальные программы. Насколько они доступны населению. Нуждаются ли сами женщины в подобной помощи.

Снижение у женщин репродуктивного здоровья ставит перед программами по дородовой подготовке на первый план задачу по урегулированию психоэмоционального состояния, мероприятия направленные на коррекцию тревоги, страхов у беременных женщин, которые, приводят к хроническому стрессовому состоянию у беременных. Эта работа находится в компетенции клинического психолога. Данная проблема звучит в работах: И.В.Добряков (Санкт-Петербург). Психотерапия и перинатальная психология И.Б.Каплун, В.В.Абрамченко (Санкт-Петербург). Особенности психосоматического статуса беременных женщин. Роль психогенных и эмоциональных факторов в формировании и развитии родовой боли. Ж.В. Завьялова (Москва). Психологическая составляющая периода беременности и родов.

А также в работах ряда зарубежных авторов, но их практические рекомендации скорее подходят для нужд европейских стран. Не прозвучала тема отличий эффективности действия различных программ по предродовой подготовке.

Таким образом, мы беремся изучить воздействие различных программ на психологическое состояние беременных женщин.

Объект: беременные женщины

3 группы:

- не имеющие опыта предродовой подготовки;

- прошедшие предродовую подготовку в «школе материнства»;

- прошедшие курс по специальной программе предродовой подготовки

«Живана». Возраст 60 % - от 20 до 25 лет, 40% - от 26 до 32 лет.

Образование: 50% женщин имеют средне специальное, 25% женщин имеют высшее образование, 25% женщин имеют неоконченное высшее образование. Семейное положение: 70% женщин состоит в законном браке, 30% - в гражданском браке.

20% женщин имеют 1 ребенка. 80% женщин - первородящие. 26% женщин беременность не планировали.

Предмет: влияние типа психического реагирования в период предродовой подготовки на формирование психологической защиты.

Цель нашего исследования - изучение формирования психологической защиты у беременных женщин под влиянием предродовой подготовки.

Задачи:

1. Изучение психического состояния беременных, состоящих на учете в женской консультации.

2. Обзор программ по дородовой подготовке.

3. Сравнение результатов исследования женщин, проходивших курс предродовой подготовки по специальным программам «Живана», «Школа материнства» и женщин, не имеющих подобного опыта.

4. Анализ успешности родоразрешения у женщин, не проходивших специальных программ.

Гипотеза: формирование психологической защиты у беременных зависит от эмоционального состояния, мотивации беременности, и способствует нормализации родоразрешения.

В организме беременной женщины происходят грандиозные изменения на физиологическом уровне, которые в свою очередь влияют на психику. От того насколько женщина готова к материнству будет зависеть степень выраженности этих влияний.

Кроме того, на женщину в период беременности воздействует множество обстоятельств, зависимых от нее и независимых. И насколько данные обстоятельства будут стрессогенными, зависит от нескольких причин: типа реагирования на неудачу, болезнь, личностные характеристики, стиль воспитания, наличие социальной поддержки, круг общения.

У беременных с психоэмоциональным стрессом возникают патологии следующего характера:

- токсикоз первой половины беременности;

- раннее развитие гестозов;

- хроническая плацентарная недостаточность в III триместре;

- новорожденные рождаются в состоянии гипоксии различной степени;

- беременность заканчивается срочными родами;

- преждевременными родами, выкидышами.

Таким образом, у беременных с хроническим психо-эмоциональным стрессом нарушается формирование родовой доминанты.

Необходимость проведения предродовой подготовки для всех беременных очевидна. Беременная, хорошо осведомленная о родах, наученная родовому поведению, знающая о внутриутробной жизни ребенка, создает благоприятные условия для его рождения. В результате реализации программы по антенатальному воспитанию происходит редукция негативного эмоционального фона, страхов, тревог и других признаков стресса.

Медики против привлечения женщин на ранних сроках беременности к занятиям по предродовой подготовке. Т.к. считается, что создание тесной психоэмоциональной связи матери и плода, при позднее возникшем выкидыше, наносят больший вред женщине. Вообще медицина ставят под сомнение результативность работы психолога.

Многие беременные женщины не видят необходимости в занятиях с психологом.

Исходя, из проведенного анализа литературы, мы можем утверждать, что во многих случаях, когда нет патологии органического характера, психокоррекция внутриличностных и межличностных конфликтов, длительная, индивидуальная проработка установок беременной женщины снижает риск акушерских осложнений.

Важность проведения психопрофилактической работы уже с первых месяцев беременности мы хотим подтвердить своими исследованиями.

Методы для исследования: изучение данной проблемы в литературных источниках, анализ медицинских карт, экспериментальное исследование.

Сравнение результатов исследования женщин с различным опытом предродовой подготовки даст нам право утверждать о преимуществах психопрофилактической работы.

Исследование психологического реагирования женщин на разных сроках беременности позволит оценить важность проведения психопрофилактической работы на протяжении всей беременности.

Результаты исследования могут быть полезны для медицинского персонала женских консультаций, а также для медицинских психологов, работающих с беременными женщинами.

**ГЛАВА I. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ**

## **1.1. Беременность как физиологический процесс**

Беременность – это физиологический процесс, во время которого в организме женщины из оплодотворенной яйцеклетки развивается плод, способный к внеутробной жизни. Нормально протекающая беременность длиться от 266 до 294 дней (т.е. 40 недель или 10 акушерских месяцев), считая от первого дня последней менструации до родов.

В организме беременной женщины происходит целый ряд изменений, способствующих правильному развитию зародыша и плода, подготовке к родам и кормлению новорожденного. Возникновение и течение разнообразных физиологических процессов, связанных с беременностью, регулируются нервной и эндокринной системами.

Развивающийся организм является раздражителем нервных окончаний матки; раздражения передаются в ЦНС (преимущественно в подкорковые центры), где возникают соответствующие реакции, приводящие к изменению деятельности различных органов и систем. Возбудимость подкорковых структур и спинного мозга во время беременности снижается, это способствует расслаблению мускулатуры матки и обеспечивает матке состояние покоя. Перед родами возбудимость спинного мозга и рецепторов матки резко повышается.

Изменения процессов возбуждения и торможения в коре г.м., взаимоотношений между корой и подкоркой, тонуса вегетативной нервной системы могут приводить к появлению таких симптомов, как сонливость, раздражительность, изменение аппетита, вкуса и обоняния, повышенное выделение слюны, тошнота (иногда рвота) и др. Обычно эти симптомы отмечаются в первые 2-3 мес. и выражены нечетко. [18]

Этапы психосоматических изменений представлены в табл.№1. (ПРИЛОЖЕНИЕ 1)

Изменения в организме при наступившей беременности

Всевозможные особенности в психологическом состоянии женщин во время беременности можно рассматривать в качестве проявления адаптации организма и личности женщины к наступившей беременности и оценивать эти проявления с позиции различных уровней адаптации.

На биологический уровень адаптации в первую половину беременности заметное влияние оказывает один из яичников, во вторую - матка . Тонус вегетативной нервной системы по мере развития беременности повышается скачкообразно, обнаруживая образование своеобразных критических периодов для материнского организма. Так, в сроки до 12 недель преобладает тонус симпатико-адреналовой системы, во вторую половину 28-30 недель усиливается тонус обоих отделов, но с некоторым преобладанием холинэргических реакций. С позиции анализа нейродинамических процессов эмоциональное состояние беременных характеризуется тем, что при наличии положительного эмоционального фона в последние месяцы беременности имеет место активное состояние корковых процессов, приводящее к увеличению порога болевой чувствительности. В результате отрицательных эмоций, перенапряжения ЦНС ослабевает функциональная активность коры, снижается порог к болевым ощущениям. Как правило, эти состояния зависят от ожидания желанного или незапланированного ребенка, положительный или отрицательный настрой.

Непосредственно перед родами нарастает тревога, проявлением которой может быть гиперактивность беременной, желание ускорить события. Психологические расстройства в последнем триместре наблюдаются в 60 – 80 % случаев.[12]

1й период. Идентификация беременности

Этот период в большинстве случаев начинается и заканчивается еще до возникновения первых изменений в физическом состоянии женщины и непосредственно связан с осознанием факта беременности. В редких случаях беременность не осознается, несмотря на уже присутствующий соматический компонент. Изменение в самочувствии, задержка менструации и т.п. могут интерпретироваться как разного рода недомогания. Вопрос о полном неосознании женщиной своей беременности в таких случаях является очень сложным. Имеющиеся в литературе данные, особенно касающиеся женщин, отказывающихся от ребенка, свидетельствуют, что речь должна идти о различных формах игнорирования признаков беременности как варианте личностных защитных механизмов.

2й период. До начала ощущений шевеления

Этот период охватывает вторую половину первого триместра и начало второго. Физиологически он характеризуется появлением симптоматики беременности, неприятными физическими ощущениями, изменениями в эмоциональном состоянии. Считается, что в первом триместре наиболее выражена тревожность, резкая смена настроений, появляется раздражительность, снижается общая активность. Физиологической основой этих изменений является гормональная перестройка. Адаптивное значение изменения эмоционального состояния состоит в ограничении контактов с внешним миром, что способствует сохранению беременности и успешному развитию плода на первых неделях, наиболее в этом отношении опасных. Такое же поведение наблюдается у всех приматов. У орангутангов, у которых спаривание не регулируется появлением у самки внешних признаков овуляции и возможно в любое время, описанное состояние самки способствует распаду пары или, по крайней мере, прерыванию половых отношений.

Беременные женщины по-разному оценивают свои состояния, как физические, так и эмоциональные. Некоторые их интерпретируют как усталость, сонливость, желание побыть одной или «сваливают» все на тошноту и дурноту. Другие «цепляются» за каждую внешнюю причину для слез, обид и т.п. Характерные для первого триместра недомогания также оцениваются и переживаются по-разному. Этот период для матери весьма существенен в развитии ее материнской сферы. Появление ребенка становится реальным фактом. С другой стороны, еще нет никаких его конкретных признаков. Чувство матери свободно от внешней стимуляции, присущей живому ребенку, и как бы в «чистом виде» отражает все стартовые содержания материнской сферы. Однако она уже имеет возможность на своем опыте прочувствовать происходящие изменения и подготовиться к более серьезным. Можно сказать, что это первый опыт приспособления себя к нуждам будущего ребенка, опыт интерпретации своих переживаний с точки зрения себя как матери.

3й период. Появление и стабилизация ощущений шевеления ребенка

Первые ощущения шевеления ребенка начинаются в середине второго триместра. Этот период является наиболее благоприятным относительно физического и эмоционального самочувствия матери. Стабилизируется гормональный фон, исчезают симптомы недомогания, еще нет ограничения подвижности и увеличения физической нагрузки. Настроение становится более устойчивым и в норме переходит от астенического к стеническому. Женщина уже свыклась с фактом беременности, неизбежностью изменений, у нее было время представить себе не только то, что она теряет, но и то, что приобретет с рождением ребенка. Появление шевелений позволяет конкретизировать образ ребенка и дает богатую пищу для интерпретации его субъективных состояний. Сами первые шевеления ребенка слабы и сначала трудно различимы. По своему физическому характеру они относятся к приятным ощущениям. Их интерпретация как пугающих или неприятных имеет только субъективные основания. Нередко женщина постоянно вслушивается в свои ощущения с целью «поймать» начало шевеления. Факт начала шевеления и сами шевеления отлично помнятся в течение долгих лет. Исключение составляет общее игнорирующее отношение к беременности. Сроки начала ощущений шевеления могут быть от 15 недель до 28-30, в среднем 18-22 недели.

4й период. Седьмой и восьмой месяцы беременности

Третий триместр беременности как с медицинской, так и с психологической точки зрения, считается достаточно сложным. У женщины несколько ухудшается самочувствие, она быстрее устает, затрудняется двигательная активность, часто ухудшается сон. Отмечается некоторое повышение тревожности, страхов родов, беспокойство по поводу послеродового периода. Наряду с этим ощутимо снижается интерес ко всему, не связанному с ребенком. Повышается активность, связанная с подготовкой к родам и послеродовому периоду. Общее ограничение физической активности и одновременное повышение нагрузки.

5й период. Предродовой

Физиологически этот период является очень важным. Происходят изменения в тканях, костной системе, обеспеченные гормональным фоном и способствующие гибкости и эластичности костно-мышечной системы. Одновременно идет накопление энергетических запасов организма для родов и послеродового периода. На поведении и эмоциональном состоянии это отражается как снижение активности, общее расслабление, некоторое эмоциональное «отупение». Все это влияет и на ребенка. Адаптивное значение этих изменений вполне конкретно. Ограничена активность и способность резкого эмоционального реагирования, что предохраняет от преждевременных родов. Ребенок не страдает от меньшей двигательной активности, хотя его возможности уже серьезно ограничены тесным пространством матки.[15]

Беременность — это психофизиологический процесс. Уже накануне принятия решения о зачатии и на протяжении девяти месяцев происходят большие изменения не только в соматике, но и в психике женщины. Надо помочь женщине избавиться или погасить отрицательные психические проявления и усилить положительные.

**1.2. Роль мотивации беременных и ее развитие**

Рождение ребенка не отдельное событие, представленное точкой на оси времени, а длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения.

Под перинатальными процессами целесообразнее понимать все происходящее вокруг рождения и связанное с ним.

Такой подход позволяет обращать внимание не только на изучение закономерностей возникновения и функционирования психики плода и новорожденного, но и мотивов зачатия, психологии беременных, сложных процессов в системах «мать — дитя», «семья, ожидающая ребенка», « семья новорожденного» и др.

Общеизвестно, что «беременность для женщины является периодом повышенного риска для соматического и психологического здоровья». Невротические состояния «легкого» регистра встречаются у 30—80% беременных и рожениц. К ним относятся астенические, депрессивные и истерические состояния, неврозы, психосоматические нарушения.

Соматическому здоровью в женских консультациях врачами (акушерами и терапевтами) уделяется достаточно внимания, в то же время предоставление психотерапевтической помощи вообще не предусмотрено. Еще до зачатия, при планировании деторождения, семья часто нуждается в консультации психотерапевта. Мотивы желания ребенка могут быть конструктивными, укрепляющими семью, создающими благоприятные условия для вынашивания беременности, родоразрешения и могут быть деструктивными и препятствовать этому.

Учитывая тот факт, что беременность не всегда планируется, немаловажное значение в решении вопроса о необходимости оказания психотерапевтической помощи является выяснение мотивов сохранения женщинами случайной беременности.

Из проведенных исследований стало очевидным, что большинство женщин рожают детей исходя из отношения к другим (80%), по отношению к себе (20%)

доминирующая конструкция

|  |  |
| --- | --- |
| Отношение к значимым людям | 27.7% |
| Отношение к социальному окружению | 56.7% |
| Изменение личной ситуации "Я" | 13.4% |
| Отношение к здоровью | 8.6% |

детерминанта мотивации

|  |  |
| --- | --- |
|  Ради ребенка | 19.0% |
| Ради любимого | 7.7% |
| Соответствие социальным ожиданиям | 21.0% |
| Протест | 4.5% |
| Сохранение отношений | 27.8% |
| Отказ от прошлого | 3.8% |
| Уход от настоящего | 8.6% |
| Сохранение здоровья | 7.6% |

Первые два мотива проявляются как на сознательном, так и на бессознательном уровнях, остальные обычно не осознаются женщиной.

1. Сохранение собственного здоровья. Этот мотив обусловлен страхом причинения вреда своему здоровью абортом или потерей возможности деторождения в будущем. Часто встречается у женщин с первой беременностью, а также у женщин с ослабленным здоровьем.

2. Уход от настоящего. В этом мотиве чётко прослеживается побег от нарастающего психического напряжения, связанного с “невыносимой” действительностью. Как правило, он связан с попыткой уйти от собственных проблем, заменив свою жизнь его жизнью. Мотив преобладает у одиноких женщин, потерявших надежду на личное счастье.

3. Отказ от прошлого. В этом случае беременность может расцениваться женщиной как средство “очищения от собственной греховности”. Имеет место попытка зачеркнуть прошлое, обрести женскую индивидуальность, почувствовать себя личностью. Мотив часто встречается у женщин с “бурным” прошлым и знаменует начало нового этапа в жизни.

4. Сохранение отношений. Мотив встречается как у замужних, так и у незамужних женщин разных возрастных категорий. При этом женщина решается на рождение ребёнка, чтобы внести новое в отношения с мужчиной и надеется удержать его рядом.

5. Протест. Женщины определяют этот мотив, как “беременность назло” родителям или значимому мужчине. Чаще встречается в молодом возрасте. Беременность носит характер вызова, противостояния миру взрослых (“не учите меня жить, я уже сама мать!”). Мужчине демонстрируется его ненужность и собственная независимость (“смотри, как я счастлива без тебя!”). Такая беременность часто травмирует психику женщины.

6. Соответствие социальным ожиданиям. Мотив обычно присущ молодым женщинам из хорошо обеспеченных семей. В таких ситуациях женщины иногда рожают не ребёнка для себя, а внука или внучку для своих родителей. В другом варианте женщины, вышедшие замуж по расчёту, рожают ребёнка, не столько руководствуясь своими собственными желаниями, сколько просьбами мужа.

7. Ради любимого. Мотив встречается у женщин разных возрастных категорий и социальных уровней, способствует созданию высокого уровня адаптивности женщины к беременности, даже в том случае, если она остаётся одинокой. Будущий ребёнок выступает в качестве “частицы любимого”.

8. Беременность ради ребёнка. Позитивный мотив, отражающий психологическую потребность женщины к материнству и готовность к нему. Мотив характерен для социально зрелых, состоявшихся женщин, а также для одиноких женщин в возрасте.

Понимание мотивов сохранения беременности женщиной помогает выбрать правильную тактику её ведения определить необходимость оказания психотерапевтической помощи.

Исследования женщин, в зависимости от мотивов беременности по методике САН:

|  |  |
| --- | --- |
| Ведущая мотивация деторождения является материнство | Мотивационные установки: самоутверждение, соответствие социальным нормам и стереотипам, желание сохранить семью, избежать одиночества |
| - оптимистичный настрой | - сниженное настроение |
| - уравновешенность | - умеренно выраженное напряжение |
| - удовлетворительное самочувствие. | - самочувствие плохое, «вялость», «разбитость» |

В связи с этим, на основании результатов экспериментально-психологического исследования можно сделать предположение о том, что эмоционально положительная роль беременности у женщин с мотивом материнства чрезвычайно высока и формирует позитивный психологический настрой, помогающий женщине адаптироваться к беременности. Это предположение подтверждается работами многих исследователей, рассматривающих различные особенности психоэмоционального состояния беременной женщины с точки зрения проявления адаптации организма и личности женщины к беременности.

Каким же образом коррелируют нежелательность ребенка и его физиологическое и эмоциональное состояние?

Научно доказано, что если будущий ребенок нежелателен для матери и она в период беременности озлоблена и раздражена, то ее негативизм чувствует плод. Б.П.Никитин считает, что психика нежеланного ребенка травмируется еще до рождения. При длительных стрессовых состояниях в крови матери образуется избыточное количество стероидных гормонов, проходящих плацентарный барьер и влияющих 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. Даже если взять нежеланность ребенка в чистом виде, отдельно от действия других факторов, то и тогда нежеланный ребенок будет, почти всегда, отличаться в физическом и психическом развитии от желанного. При отрицательном отношении к беременности мать не стремится ее сохранить, избегать вредных воздействий, нет радостного ожидания ребенка. Сами роды воспринимаются со страхом. По поводу влияния эмоционального стресса на процесс родов врачами замечено, что причиной слабости родовой деятельности и слабости потуг у первородящих могут быть отрицательные эмоции (особенно чувство страха перед предстоящими родами).

Самое опасное для психического развития детей — это сочетание их нежелательности вообще и нежелательности по полу в частности, если они вторые в семье и первенец того же пола не только желанный, но и соответствующий по полу ожиданиям родителей.

Итак, эмоциональное неприятие детей главным образом обусловлено их нежелательностью, преждевременностью беременности и несоответствием пола ожиданиям родителей.

Из-за стрессового состояния матери при отрицательном отношении к беременности у ребенка уже внутриутробно повреждена реактивность — защитные силы организма. Закономерным следствием стресса от нежелательной беременности могут быть: угроза раннего выкидыша, осложненные и преждевременные роды, масса тела меньше нормы, беспокойство и возбудимость ребенка, нарушения аппетита, обмена веществ, поражение кожи ребенка. Нежеланные дети легко расстраиваются, повышенно обидчивы и капризны, беспокойно спят, много плачут и долго не могут успокоиться, тем более без пустышки, соски, к которым они имеют пристрастие, так же как к сосанию пальца и онанизму.

Нежеланные дети более завистливы и труднее переносят профессиональные успехи других и их счастье в личной жизни. Отсюда недоброжелательность, колкость, ироничность. Нежеланные дети с одинаковым успехом пополняют ряды больных неврозами и людей с патологическими чертами характера — психопатов (Захаров, 1998).

Анализ исследований, освещенных на конференциях по перинатальной психологии и медицине, показал, что учеными разных областей знаний делаются попытки выявить глубинные причины патологии беременности и новорожденных. Исследователями подтверждено, что процессы, реализующие инстинкт продолжения рода, находятся в зависимости от психоэмоциональной сферы женщины, и если она не готова к роли матери, не готова развиваться как личность в материнстве, то эти естественные (подкрепленные инстинктами) процессы переходят в разряд стрессфакторов и значительно влияют на формирование патологий у беременной и плода.

## **1.3. Роль ситуационных факторов в развитии беременности**

Беременность является, чуть ли не самым важным событием в жизни женщины. С детства она смотрит на свою мать и подсознательно и сознательно готовиться в будущем, тоже стать мамой. Даже первая ролевая игра у девочек, а иногда и мальчиков «Дочки - матери». И когда, женщина вступает в брак, она примеряет на своего избранника роль отца.

Но даже такая многолетняя подготовка не может избавить женщину от состояния стресса, когда она узнает, что беременна. Все реагируют по-разному кто радостью, кто разочарованием. Но у всех состояние необычное, волнующее. Перехватывает дыхание, кровь приливает к голове, лицу. Это все объясняется тем, что, узнав такую новость, в голове женщины сразу возникает целая вереница мыслей относительно ответственности, пола малыша, обязанностей, здоровья, реакции любимого, родственников, собственного тела, благополучном протекании беременности... изменения всей жизни. Или, как не печально это прозвучит, какой срок, можно ли сделать аборт, сколько это будет стоить.

Еще большее напряжение вызывает у женщины мысли о предстоящих родах. Справится ли она с болью, хватит ли у нее сил, успеет ли она в роддом, хороший ли попадется врач, родится ли нормальный ребенок и многое другое.

Уровень распространенности психических расстройств у беременных колеблется от 6% до 34%. Они представлены как донозологическими проявлениями нарушения психофизиологической адаптации, так и клиническими психопатологическими симптомами. Выраженные перепады настроения и др. эмоциональные изменения долгое время рассматривались как характерные физиологические особенности беременных, в то время как эти проявления есть психические расстройства. Каплан Г. показывает, что у женщин на поздних сроках беременности имеют место интровертированность, пассивная зависимость, депрессивность.

Сама беременность, даже протекающая без какой-либо патологии, является для женщины источником психологического напряжения и способствует возникновению разнообразных личностных реакций.[7]

Современная женщина очень часто отягощена проблемами, связанными с такими факторами как:

* физиологической патологией (причины: экология, травмы, снижение иммунной зашиты и пр.);
* эмоциональной дисгармонией (причины: неадекватное в прошлом воспитание, эмоциональные травмы, неблагоприятное стечение жизненных обстоятельств):
* психологической дисгармонией (причины: нереализация возможностей и способностей, неумение общаться с людьми, проблемы саморегуляции и самоконтроля). [8]

Все это формирует невротические реакции и психосоматические нарушения у беременных женщин.

Важной психосоматической проблемой является проблема гестозов беременных. Известно, что у женщин с выраженным нежеланием иметь ребенка, чаще наблюдается тяжелая форма токсикоза беременности, чем у женщин, для которых беременность является желанной и запланированной.

Сторонники психоаналитического фрейдистского направления, такие, например, как А. Адлер, в соответствии со своей концепцией «символического языка органов», неукротимую рвоту беременных рассматривают, как «подсознательный отказ» от беременности и нежелание иметь ребенка. Другие ученые, основываясь на принципах учения З. Фрейда, рассматривают ранние гестозы беременных как следствие «ослабления воли к материнству в связи с развитием цивилизации» или как проявления бессознательного отвращения к мужу.[12]

В отечественной медицине большинство авторов оценивают феноменологию гестозов в зависимости от функционального состояния нервной системы и психологического состояния (в том числе характерологического преморбида) беременной. В.М. Воловик выделяет две группы пациенток. К первой группе относятся женщины с незначительными аффективными нарушениями, проявляющимися в виде раздражительности, вспыльчивости, слезливости, обидчивости. Эти нарушения возникают на высоте гестоза и быстро устраняются вслед за исчезновением рвоты и нормализацией общего состояния. У всех женщин этой группы психологическая характеристика практически не отличается от здоровых беременных. У всех имеется положительная установка в отношении беременности, благоприятная семейная ситуация. Их характеризует гармонический склад личности, реалистичный подход в возникающим трудностям. Анализируя причины возникновения гестоза и сопутствующих ему аффективных расстройств у пациенток этой группы, следует вывод о том, что любая беременность, в том числе и протекающая совершенно нормально, сама по себе всегда является источником большего или меньшего психического напряжения, в силу чего безразличные в прошлом элементы среды и ситуации приобретают иное субъективное значение и становятся причиной личностных реакций. Во второй группе картина заболевания отличается значительным полиморфозом: помимо рвоты и тошноты здесь часто отмечаются ознобы с гипертермией, головные боли, обмороки, лабильность артериального давления, гипергидроз. Аффективные нарушения встречаются чаще и носят более выраженный характер: у части больных наблюдается тревога, чувство беспредметного беспокойства и напряжения, возникающего помимо их воли. У многих возникают невротические расстройства и вегетативные нарушения не наблюдающиеся у них ранее. Проведенные исследования позволили обосновать психосоматическую природу раннего гестоза беременных, показать что психогенные факторы (наряду с самой беременностью ) оказываются представленными в ряду патогенетических звеньев с наибольшим постоянством, а нередко выступают и в качестве основного патогенетического фактора.[9]

Существенно отметить, что на рубеже нашего столетия зачатие, вынашивание беременности и роды происходят в условиях психосоциального стресса. Ухудшение качества жизни основных слоев общества, рост экстагенитальных заболеваний является неблагоприятным преморбидным фоном возникновения и течения беременности, повышает риск акушерских осложнений.

Современными исследователями показано, что неблагоприятными психосоциальными факторами, которые могут приводить к возникновению акушерских осложнений, являются такие факторы, как незамужество, проблема партнера и принадлежность к низким социальным слоям. [16]

Патологическое протекание беременности, имеет группу причин:

а) независящие от женщины:

* тяжелыми внешними обстоятельствами (катастрофы, войны, терракты, стихийные бедствия и т.д.)
* тяжелые семейные обстоятельства (потеря близких, развод и т.д.)

б) зависящие от женщины:

- соматические болезни;

- личностные особенности;

* психопатологические состояния.[11]

А.И. Захаровым (1994) систематизированы личностные факторы, способствующие появлению эмоционального стресса при беременности:

1. Эгоцентризм и нарциссизм (самолюбование) как нежелание приносить жертвы во имя ребенка.

2. Поведение типа А, когда приоритетными считаются погоня за успехом и профессиональные интересы, вступающие в противоречие с необходимостью временной самоизоляции в семье и сосредоточения на нуждах и воспитании ребенка.

3. Повышенная эмоциональная чувствительность, впечатлительность, ранимость, когда любые стрессы надолго остаются в эмоциональной памяти, проявляясь в наиболее сенситивном периоде жизни женщины — беременности.

4. Тревожность — склонность к беспокойству и страхам.

5. Мнительность — подверженность частым сомнениям и недостаточная уверенность в себе.

6. Невротизация матери вследствие предшествующих неблагоприятных условий жизни в семье и нерешенных проблем в браке.

7. Восприятие родов как крайне болезненного, опасного и неприятного события жизни.

Наиболее опасны такие эмоциональные состояния, как повышенная раздражительность, волнение, состояние эмоциональной неудовлетворенности и недовольства, переживания по поводу отношений с супругом, сильные испуги, повышенная утомляемость, плохое общее самочувствие.

Психологические стрессорные факторы:

1. Отсутствие уверенности в прочности брака
2. Переживания из-за отношений с супругом, часто обусловленные конфликтными (внутри личностными) отношениями
3. Волнения в начале беременности
4. Повышенная раздражительность матери связана с ее утомляемостью и нарушениями сна, образуя своего рода неврастенический симптомокомплекс.
5. Частые состояния эмоциональной неудовлетворенности образуют антенатальный стрессовый комплекс в виде повышенной раздражительности, нарушения сна, подверженности испугам и семейным переживаниям.
6. Перегрузки в учебе или на работе
7. Нарушения сна при беременности
8. Повышенная утомляемость при беременности, вне зависимости от своих причин, наиболее «продуктивна» в антенатальном стрессогенезе.
9. Сильные испуги при беременности Волнения в конце беременности прежде всего обусловливают нарушения сна у матери.

10) Страх перед родами.[16]

**Страхи вокруг беременности, страхи перед беременностью**

Почти каждая женщина, готовящаяся стать матерью, может испытывать многообразные, хотя в то же время и типичные, страхи. К наиболее распространенным относятся боязнь выкидыша, страх родить ребенка с физическими или психическими отклонениями, страх перед самими родами, страх перед сексом в период беременности, страх перед движениями плода или же, наоборот, перед отсутствием таковых. Врачи в женских консультациях часто оставляют женщину наедине с ее страхами, а иногда даже способствуют их усилению, говоря: «Вы не должны волноваться, так как Ваши волнения могут повредить развитию плода». В результате женщина не перестает испытывать страхи, но пытается их просто подавить, что, естественно, плохо получается. В итоге она испытывает чувство вины за свой страх, что не улучшает ее состояние. И круг замыкается...

**Страхи до беременности**

Об этих страхах говорят редко, поскольку считается, что потребность иметь детей естественное биологическое стремление женщины. Возможно, такие страхи не встречались бы вообще, если бы женщина была только частицей природы, только «организмом», «особью», но не личностью Однако вся предыстория личностного развития будущей матери может привести к тому, что наступление беременности она будет рассматривать не как удовлетворение своих потребностей, но как жизненный кризис. А кризис, как известно, связан с повышением неопределенности будущего, неуверенностью в себе при столкновении с этой неопределенностью, недоверием к своим силам и возможностям.

Но кризис, вместе с тем, это и возможность выработать новое, более зрелое отношение к жизни, основанное на доверии к себе и возросшем самоуважении, и, как ни странно, почувствовать даже лучше, чем до наступления кризисной ситуации, поскольку реальный положительный опыт преодоления трудностей дает новую внутреннюю опору. Но в любом случае наступление кризиса говорит о нежизнеспособности прежних, не всегда осознанных жизненных установок.

Эти установки, заставляющее женщину бояться беременности, имеют два основных источника: воспитание в родительской семье и послушное усвоение некоторых предрассудков, кочующих по психолого-педагогическим и популярным медицинским изданиям под видом «научных истин».

Установки родителей:

* «Прежде, чем заводить детей, надо прочно стоять на ногах в материальном и профессиональном отношении».
* «Ты сама еще ребенок; как же ты можешь воспитывать детей?»
* «Ты эгоистка, а мать должна уметь жертвовать всем ради детей».
* «Не торопись заводить детей. Поживи в свое удовольствие».

Скрытый смысл этой фразы «когда появятся дети удовольствия кончатся». Или: «Наличие детей только отнимает силы, но не прибавляет их».

**Страхи во время беременности**

Итак, женщина почувствовала себя беременной и столкнулась с новым для себя комплексом переживаний. Эти переживания проистекают из двух источников: с одной стороны, развивающийся плод уже с первых дней беременности оказывает влияние на эмоциональный мир матери, a c другой, мать часто оказывается во власти эмоций, обусловленных ее собственными представлениями о беременности и родах, а также влиянием на нее близких.

Надо сказать, что современной женщине труднее сохранить эмоциональный настрой в ходе беременности, чем женщине из архаического племени, слабо затронутого современной цивилизацией. Отсутствие медицинской технологии и инструментария побуждало людей больше доверять естественным силам природы, разрабатывая особую культуру психологической поддержки и самоподдержки беременной женщины. Можно сказать, что ставка на медицинскую технологию ослабила способность женщины доверять своей интуиции и опираться на внутренние источники энергии. А это, в свою очередь, усилило чувства неуверенности, тревоги и беспомощности и связанной с ними вины. Добавьте сюда еще усилия санпросвета, издающего для женских консультаций плакаты устрашающего содержания, и Вы поймете, что современной женщине сохранить душевное спокойствие во время беременности становится все труднее. Но и это еще не все.

На будущую мать обрушивается такой поток медицинской информации, содержащей в основном ограничения, которые трудновыполнимы в реальности (особенно касающиеся питания, физических нагрузок и образа жизни), что, продолжая привычный способ существования, она неминуемо оказывается во власти чувства вины, не вполне осознавая, что полностью выполнить все медицинские рекомендации не может ни одна женщина.

Во время беременности женщинам часто повторяют фразу, что мать и плод находятся в неразрывном единстве и все, что испытывает мать, непосредственно передается плоду. Отсюда часто делается вывод, что тревожность и страхи матери всегда передаются плоду, который страдает от этого. К счастью для них обоих, это не всегда так, как показали исследования последних лет, проведенные микропсихоаналитиками С. Киссинджером, С. Фанти и др.

Когда мать не может найти в реальной жизни причин для своего беспокойства, эта причина может быть обнаружена в весьма положительных для развития плода факторах его роста.

Поскольку мать считает такие свои состояния «беспричинными», то она опасается делиться ими со своими близкими и врачами, боясь услышать, что «Вам нельзя волноваться, так как этим Вы вредите Вашему будущему ребенку». В итоге она пытается подавить эти страхи, отчего они, конечно, не исчезают, а становятся более длительными, хроническими, создавая пониженный фон настроения, чувства вины и подавленности. Хотя минимума позитивной информации о причинах ее беспокойства достаточно, чтобы ее успокоить.

Но существуют стрессы, которые действительно могут негативно отразиться на развитии плода. Это относится прежде всего к хроническим конфликтным ситуациям в семье, причем именно к тем, где женщина чувствует себя жертвой, а не просто активно отстаивающей себя стороной. Если уж конфликта невозможно избежать во время беременности, то желательно, чтобы женщина в них помнила о необходимости активной защиты себя и будущего ребенка, а не занимала пассивно-страдающую позицию ради «мира любой ценой».

Важно, чтобы будущая мать отчетливо понимала, что ее ответственность за развитие плода велика, но не абсолютна. Иллюзия полного контроля над развитием плода мало чем ему может помочь, но легко спровоцирует у матери чувство вины и сомнения в правильности своих действий.

**Страхи перед родами**

Сама атмосфера медицинских учреждений, насыщенных медицинской аппаратурой и инструментами, о назначении которых женщина может только догадываться, провоцирует у нее чувство напряжения, беспомощности и страха. «Если все это тут находится, то оно возможно понадобится мне, значит, я нахожусь в предельно опасной ситуации». Только для незначительного количества женщин, свято верящих в чудеса современной медицинской технологии, созерцание подобной обстановки повышает чувство безопасности. Для большинства же более приемлемой оказывается обстановка, приближенная к домашней, которая создается во всех наиболее современных родильных центрах по всему миру.

Но в каких бы условиях ни протекали роды, этот процесс потребует от женщины большого напряжения, и поэтому ей стоит заранее эмоционально и интеллектуально подготовить себя к деятельному участию в нем. Кстати, такая позиция противостоит самоощущению пассивной жертвы и позволяет эффективно преодолеть напряжение и страх.

При этом страх перед болью является наиболее распространенным и типичным. Этот страх выступает в двух основных формах: как страх перед неизвестностью у впервые рожающей женщины и как страх повторения ужасных переживаний при повторных родах, если первые происходили при недостаточно благоприятной обстановке.

Беременность, действуя как неспецифический стресс, проявляется у женщин по-разному, в зависимости от особенностей их личности.

Психоанализ интерпретирует роль беременности в жизни женщины в двух направлениях. Первая интерпретация базируется на идее беременности как кризиса, как ненормального (annormal) состояния здоровья, которое возвращается к норме только после акта рождения. Другое направление предполагает, что беременность и рождение ребенка — это часть полноценного развития женщины.[15]

На основе проведенных исследований (Каплун, Мжаванадзе, Абрамченко, 1992) было отмечено, что наиболее стрессогенным фактором во время беременности оказывается наличие хронических соматических заболеваний. Следовательно, госпитализация беременной женщины в связи с обострением основных заболеваний или развитием позднего токсикоза беременности является дополнительным стрессогенным фактором, неблагоприятно сказывающимся на психосоматическом статусе беременной женщины.

На второе место по степени патогенного влияния на психосоматический статус беременной и ее нервно-психическое состояние следует поставить заболевания генитальной сферы, отягощающие ее акушерско-гинекологический анамнез. У таких больных увеличивается боязнь за исход родов для ребенка, и этот фактор является весьма важным.

Уровень нервно-психического напряжения возрастает и в связи с возникновением и развитием позднего токсикоза беременности, что также увеличивает боязнь беременной за исход родов для ребенка.

Волнения в конце беременности приводят не только к затяжному течению родов, но и к послеродовым кровотечениям у матери и к возникновению сепсиса у новорожденных. Последнее — явное отражение измененной реактивности, отсутствия защитных сил у детей, иммунная система которых под влиянием стресса матери не способна противостоять инфекции, без чего в принципе не может обойтись ни один роддом. Отсюда важный вывод: какими бы благоприятными внешними условиями ни было окружено рождение ребенка (а сейчас для этого существует немало возможностей), никто из женщин не может быть застрахован от осложнений при родах, если не учесть заранее возможное влияние конкретных стрессовых условий на протекание беременности. Если стресса нет, можно быть более уверенным в благополучном родоразрешении.[15]

Из выше сказанного мы можем сделать выводы, что на женщину в период беременности воздействует множество обстоятельств, зависимых от нее и независимых. И насколько данные обстоятельства будут стрессогенным зависит от нескольких причин: типа реагирования на неудачу, болезнь, личностные характеристики, стиль воспитания, наличие социальной поддержки, круг общения, желание иметь ребенка.

Кроме того, незначительные отрицательные эмоции даже полезны. Эустресс не разрушает организм, а содействует активации его защитной системы, что благоприятно сказывается на жизненном опыте человека.

## **1.4. Психологические особенности личности женщины в адаптации к беременности**

Особенности психического состояния женщин в период беременности на протяжении многих лет привлекают внимание специалистов. При этом отмечается как эмоционально отрицательная роль беременности, так и положительная. О благоприятном влиянии беременности писал еще Гиппократ, указывая на то, что: «Истерическим девушкам я предписываю замужество, чтобы они излечились беременностью».

Как известно, при беременности у женщины изменяется психика, ее отношение к окружающим, беременная по особенному реагирует на внешние и внутренние раздражители. Психика беременной женщины заполнена своими собственными ощущениями, она влияет на функцию нейрогуморальной системы, нейротрофический метаболизм, а также на синтез ферментов и др. биохимические показатели. В значительной степени изменятся реактивность всего организма женщины, включая и психическую форму.[12]

 Настроение беременной женщины переменчиво. В короткий отрезок времени оно может несколько раз меняться на прямо противоположное: то она счастлива, бодра, весела, то уже в следующий момент расстроена, огорчена, опечалена. Беременная женщина очень чувствительна и раздражительна, она гораздо острее, чем прежде, реагирует на окружающий мир, с трудом справляется с собой. Такую смену настроений можно понять, приняв во внимание все те изменения, которые происходят с ней во время беременности.

Есть женщины, которые при беременности совершенно меняют свой облик, у других все остается без изменений — и характер, и поведение. Но за исключением крайностей, общим для будущих матерей является своя особая психология, меняющаяся из месяца в месяц. По мнению Лоранса Перну, эта эволюция тесно связана с физическими изменениями, и он разделил беременность с психологической точки зрения на три периода (триместра), как ее делят с точки зрения физиологии.

Первый триместр — месяцы неуверенности и адаптации. Чувства женщины еще не определились; счастливая от сознания, что ждет ребенка, она переходит от радости к сожалению. Это еще не боязнь родов, а неопределенный страх, включающий в себя и радость от неведения того, что происходит, и боязнь перед неизвестностью (особенно, если это впервые), и беспокойство о будущем (как решить материальные проблемы, возникающие с появлением ребенка), и опасения, что муж отдалится от нее за несколько месяцев беременности, и т.д.

Страх перед неизвестностью может привести к состоянию подавленности, женщина чувствует себя обезоруженной, зависимой, как в некоторых случаях инфантилизма.

Беременной женщине нравится (более или менее осознанно) ее особенное состояние, порой настолько, что она становится впечатлительнее, чувствует себя более хрупкой физически и психологически; ей хочется быть предметом внимания и забот. Однако, пребывая в таком состоянии, женщина чувствует, что взрослеет.

И точно так же, как вначале будущая мать колебалась между радостью и страхом, в ней теперь борются две тенденции: к инфантильности и полному повзрослению. Эта двойственность, вызывающая у нее тревогу, часто бывает причиной смены настроений, не всегда понятной окружающим.

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— месяцы отступления. В первые три месяца ребенок был надеждой, потом уверенностью, но не реальностью; во втором триместре его присутствие стало ощутимым; в третьем — он сделался единственным средоточием помыслов, интересов и занятий будущей матери. [9].

Рассмотрим более подробно психологические особенности женщин в развитии беременности:

1й период. Идентификация беременности

Этот период в большинстве случаев начинается и заканчивается еще до возникновения первых изменений в физическом состоянии женщины и непосредственно связан с осознанием факта беременности . Исследования беременных, отказниц и матерей с детьми разного возраста показали, что момент идентификации беременности очень хорошо помнится, все связанные с ним переживания актуализируются очень точно, вне зависимости от его давности. Содержание и интенсивность этих переживаний, как будет видно ниже, непосредственно отражают значение этой беременности для матери и многие особенности ее материнской сферы. Можно выделить 8 вариантов переживания идентификации беременности.

1. Тревожное. При подозрении на беременность возникает сильная тревога, которая устойчиво сохраняется до подтверждения факта беременности и после него, часто даже усиливаясь. Впоследствии характерно яркое сохранение в памяти всех обстоятельств и своих действий, эмоциональное состояние актуализируется легко и отличается живостью и непосредственностью. Женщины склонны подробно и неоднократно обсуждать причины своих негативных переживаний, оправдывать их неожиданностью, тревогой за сохранение беременности (если беременность интерпретируется как желанная). Если беременность нежеланна, то тревога сопровождается другими переживаниями (досада, страх и т.п.).

2. Первая эмоция отрицательная (страх, тревога, ужас, растерянность, разочарование и др.) Она достаточно явно выражена и продолжается до уточнения факта беременности. После этого происходит смена эмоционального состояния на положительное: удовлетворение от подтверждения планов, радость, приятное удивление. Первые ощущения чаще всего не возвращаются. Средняя выраженность этого перехода характеризует женщину как достаточно ясно осознающую перемены в жизни и свою ответственность при общем положительном отношении к беременности. Резкая выраженность перехода отражает амбивалентное отношение и наличие некоторых проблем в принятии беременности. Если в дальнейшем признаков амбивалентности не обнаруживается, то это означает, что противоречия получают свое разрешение на этом первом этапе и для их возобновления нужны серьезные причины в дальнейшем.

3. Слабо выраженные отрицательные эмоции, которые обычно не предваряют, а перемежаются с более выраженными положительными. Основное состояние можно описать как удовлетворение, радостное удивление, в сопровождении периодически возникающей озабоченности и сожаления. После уточнения наличия беременности возникает состояние «принятия факта» и сосредоточения на задачах, связанных с беременностью. Особо сильно выраженных положительных эмоций не наблюдается, хотя общая оценка своего состояния явно положительная. Большое значение имеют ожидания близких, отвечая которым женщина часто склонна преувеличивать свою собственную радость. Это наиболее благоприятный вариант переживания идентификации беременности, характеризующий женщину как зрелую, готовую к материнству, понимающую всю важность происходящих в ее жизни перемен и принимающую свою беременность как желательную; готовую перестраивать свою жизнь в ориентации на ребенка.

4. Эйфорическое состояние. Все переживания очень сильно выражены и абсолютно отсутствуют какие-либо признаки тревоги, озабоченности, сожаления и т.п. Чаще всего такое состояние характерно при недостаточной рефлексии неизбежных изменений в жизни, непринятии на себя ответственности, общей личностной незрелости. В этих случаях любое нарушение «идеального течения беременности» (как в отношении физиологии, так и внешних условий) ведет к появлению страха, резкой смене общего эмоционального состояния. Такие женщины обычно не готовы и к проблемам послеродового периода. Осложнения возникают к концу беременности, когда эти проблемы становятся реальными. На практике не встречается сочетания эйфорического типа идентификации беременности с последующим отсутствием проблем в материнстве.

5. Амбивалентное отношение. Характеризуется периодической сменой полярных эмоций, затягиванием решения о сохранении беременности. При осознании нежелательности беременности и невозможности ее прерывания возможны депрессивные или аффективные эпизоды, адресация к внешним причинам, мешающим принятию беременности. При этом обычны раннее появление соматических ощущений, связанных с беременностью, их сильная выраженность. В некоторых случаях в качестве причин своих состояний и переживаний расцениваются наличие соматических заболеваний, осложняющих беременность, семейные и социальные условия и т.п.

6. Слабо выраженное амбивалентное отношение с неоправданным затягиванием решения о сохранении беременности. Причинами, мешающими это сделать, могут быть недостаток денег, «горящая» путевка, заболевание типа простуды или просто «некогда было». Такое отношение можно выразить фразой: «Когда хватилась, уже поздно было». Последствия могут быть самыми разными, от благополучной коррекции в «хороших» условиях (которые индивидуальны для каждого случая) до отказа от ребенка, и зависят от конкретной ситуации.

7. Неправдоподобно длительная идентификация беременности. Налицо уже все признаки беременности, однако они интерпретируются как отравление, нарушение менструального цикла, грипп и т.п. В таких случаях соматические ощущения часто бывают смазаны, живот начинает увеличиваться поздно, женщины говорят, что нарушения цикла у них бывают часто (хотя проверить это невозможно). Подробное обсуждение обстоятельств и самочувствия женщины позволяет заключить, что подозрения на беременность возникали, но активно подавлялись. Такое состояние чаще всего обнаруживается у женщин, впоследствии отказывающихся от ребенка. При сохранении беременности как желанной это очень редкие случаи, которые можно оценить как «нетипичные».

8. Аффективно отрицательное переживание идентификации беременности, устойчиво сохраняющееся вне зависимости от решения о ее сохранении. В разных случаях в зависимости от обстоятельств и личностных особенностей женщины первые негативные эмоции могут переходить либо в игнорирование факта беременности, либо в депрессивное состояние, либо сохраняется аффективно отвергающее отношение. Обычно в этих случаях беременность идентифицируется вовремя. Исключение составляют редкие случаи поздней идентификации, когда уже невозможно прерывание беременности, из-за нетипичных физических состояний (нарушение цикла, продолжение менструаций и т.п.) или у совсем юных беременных.

Следует сказать, что переживание идентификации беременности не влияет на дальнейшее развитие материнства, a только отражает «стартовое» содержание потребностно-эмоционального и ценностно-смыслового блоков материнской сферы.

2й период. До начала ощущений шевеления

По характеру переживаний симптоматики и эмоциональному состоянию можно выделить следующие варианты:

1. Оптимальный вариант. Эмоциональное состояние характеризуется периодическими, недлительными снижениями общего физического и эмоционального тонуса, повышенной раздражительностью, которые интерпретируются как усталость и следствие соматического недомогания. Источники плохого настроения женщина находит в несоответствующих ее состоянию и самочувствию условиях работы, быта, недостаточно внимательном или, напротив, слишком назойливом, отношении близких. Ребенок представляется в возрасте около года или немного младше, активность по подготовке к родам и материнству слабая, в форме общих планов заняться этим позже.

Соматический компонент выражен достаточно четко, средний по интенсивности. Расценивается как неизбежное, вполне терпимое состояние. Женщина ориентируется на свои состояния с точки зрения того, какие конкретные способы можно использовать для оптимизации самочувствия, и активно их применяет. Живот обычных по срокам беременности размеров. Чаще всего соотносится со 2м и 3м типами идентификации беременности.

2. Усиленное переживание эмоциональных и соматических состояний. Все как бы «чересчур». Эмоциональное состояние характеризуется раздражительностью, недовольством по отношению к окружающим, требовательностью. Их отношение оценивается как недостаточно внимательное, несоответствующее всей тяжести состояний беременной.

Образ ребенка либо отсутствует, либо, напротив, очень конкретен. Он представляется как идеальный младенец, «выстраданный» матерью.

Физические симптомы переживаются очень тяжело, как страдание, повышена чувствительность к своим состояниям наряду с недоверием к способам их облегчения. Возможности облегчения физических недомоганий не используются под разными предлогами. Живот нормальных размеров, заметен становится рано, редко бывает больше, чем ожидается по размеру ребенка и сроку беременности. Сочетается со 2м, 4м, 5м, очень редко 3м типами идентификации беременности.

3. Тревожное переживание состояний беременности с прогнозированием неблагополучного исхода беременности для себя или ребенка. Любое изменение в состоянии оценивается как угрожающее, женщина постоянно прислушивается к себе, своим ощущениям. Тревожный фон настроения практически постоянный, периоды нормального настроения кратковременны и ситуативны. Нередки боли внизу живота, угроза выкидыша. Ориентация на неблагоприятные сведения от врачей и близких, игнорирование благоприятных.

Образ ребенка почти отсутствует, часто повторяются фразы типа «Главное, чтобы все обошлось, чтобы был здоровым». Иногда, при наличии в прошлом опыте встреч с детьми инвалидами (или обладающими другими нарушениями), преследуют представления о возможных увечьях у своего ребенка. Повышается вера в приметы, актуализируются детские страхи перед цыганами, пророчествами и т.п.

Соматический компонент переживается остро, по типу опасной болезни, угрожающей здоровью и благополучию. Живот может быть слишком большой или слишком маленький для срока беременности. Сочетается в основном с 5м и 6м типами идентификации беременности.

4. Депрессивное состояние, периодически ослабляющееся или обостряющееся, практически без «проблесков». 06щее переживание беременности как обреченности, при этом нередко на словах отношение к беременности и будущему ребенку как сверхценности. Нередки кошмарные сны, представления о гибели ребенка или своей в родах. Характерно полное отсутствие содержаний, относящихся к послеродовому периоду. Ребенок чаще всего вообще никак не представляется.

Физические симптомы переживаются как тяжелые, мучающие, не дающие расслабиться, успокоиться. Живот обычно недостаточных размеров по срокам беременности или обычный. Чаще всего сочетается с 5м и 6м, реже 8м типами идентификации беременности.

5. Разные формы отвержения беременности при принятии решения о ее сохранении:

а) почти полное отсутствие всей симптоматики, как эмоциональной, так и физической, вплоть до «наоборот»(состояние бодрее и лучше, чем до беременности); живот появляется очень поздно, нередко значительно меньше по размерам, чем должен быть, при нормальных размерах плода; активное планирование жизни после периода беременности и минимально необходимого для ухода за ребенком; образ ребенка часто вполне четкий, в возрасте далеко послемладенческом, связан с его социальным статусом, будущими успехами в учебе и т.п.; обычно сочетается с 5м, 6м и 7м типами идентификации беременности.

б) аффективно отрицательное переживание всех симптомов как мешающих, неуместных, ненужных; необходимость подготовки к родам и послеродовому периоду вызывает раздражение, много претензий к врачам и близким, что сочетается с несоблюдением элементарных правил режима, питания и т.п.; при этом часто свое состояние интерпретируется как отношение не к ребенку, а к беременности как состоянию; живот обычных размеров; образ ребенка может быть идеальным в будущем, то, какой он сейчас, оценивается как «еще не человек»; обычно сочетается с 5м, 6м и 8м, реже 7м типами идентификации беременности,

в) особым случаем является устойчивое отрицательное отношение с возобновляющимися попытками прерывания беременности, при этом соматический компонент средне выражен, живот небольших размеров, представления о ребенке как нежеланном, наказании; сочетается с 8м или 7м типами идентификации беременности.

Все эти типы переживания второго периода беременности создают индивидуальные условия для следующего, достаточно серьезного в развитии материнской сферы начала ощущений от шевеления ребенка.

3й период. Появление и стабилизация ощущений шевеления ребенка

Первые ощущения шевеления ребенка начинаются в середине второго триместра. Этот период является наиболее благоприятным относительно физического и эмоционального самочувствия матери. Слишком раннее шевеление чаще всего связано с тревожным переживанием беременности, слишком позднее с игнорирующим. Эмоциональное отношение к шевелению и его физическое переживание весьма точно отражают содержание потребностно-эмоционального и ценностно-смыслового блоков материнской сферы и динамику этого содержания в беременности. Неприятные, а тем более болезненные ощущения от шевеления, как правило, появляются в сопровождении других проблем в физическом состоянии, семейном, социальном положении и т.п.

Помимо общего отношения к беременности и ребенку ощущение его шевелений позволяет матери конкретизировать ее «стартовый» стиль эмоционального сопровождения. Усиливающий стиль эмоционального сопровождения выражается в переживаниях тревоги при шевелении, когда женщине постоянно кажется, что ребенок шевелится как-то не так, свои ощущения при этом расцениваются как свидетельство того, что ребенок недоволен, ему плохо, он боится и т.п. Положительное состояние ребенка реже отмечается и почти не интерпретируется. Осуждающий стиль проявляется в том, что мать часто ощущает шевеления как мешающие, не дающие заснуть, испытывает неудобство и стыд от того, что ребенок сильно шевелится в присутствии других людей. В этих случаях она недостаточно четко определяет, что ее поведение служит причиной хорошего или плохого состояния ребенка. При игнорирующем стиле эмоционального сопровождения женщина описывает свои шевеления как физиологические ощущения, без адресации к образу ребенка. Она не может сказать ничего ни о динамике, ни о характере шевеления, не представляет себе, что ребенок переживает, как он двигается. Адекватный стиль эмоционального сопровождения характеризуется четкой интерпретацией характера движений ребенка, соотнесением их как со своей активностью и внешними событиями, так и субъективными состояниями ребенка. Мать использует не просто обращение к ребенку, а вполне конкретно интонирует свою речь адекватно представляемым состояниям ребенка. Она хорошо представляет, как именно двигается ребенок. Интерпретация состояний ребенка в основном положительная, его отрицательное состояние предполагается только в связи с конкретными причинами.

В этот период многие женщины отмечают изменение интересов, концентрацию на задачах беременности и послеродового периода, подготовке к материнству. В современных условиях характерным становится поиск дополнительной информации (книги, журналы, курсы для беременных).

4й период. Седьмой и восьмой месяцы беременности

Третий триместр беременности как с медицинской, так и с психологической точки зрения, считается достаточно сложным. Некоторые женщины стараются использовать этот период, чтобы «набраться сил» перед родами и будущими заботами, связанными с уходом за ребенком. Другие переживают этот период как неприятный, тяжелый, остро реагируют на связанные с большим животом неудобства. Практически во всех случаях к концу этого периода возникает чувство, которое можно выразить словами «скорей бы уж все закончилось», но одни его интерпретируют как нетерпение увидеть ребенка, а другие как избавление от неудобств беременности.

В течение беременности происходят изменения не только во внешнем виде и физиологии женщины. Изменяется ее отношение к обществу и семье. Она становится более зависимой от посторонней помощи, рассчитывает на эту помощь.

Этот период отражает сложную динамику эмоционального состояния во время беременности, подготавливающую всю психику будущей матери к выполнению ее функций после родов.

В современной практике обнаруживается разное содержание жизни женщин в последнем триместре беременности. Характерно практически для всех повышение внешней активности, которая может быть описана как стремление привести в порядок свои дела и окружение. Образно можно назвать это время «периодом обустройства гнезда». Разница в том, что приводится в порядок. Как уже ясно, обычно это подготовка к рождению ребенка. Сюда, помимо приготовления вещей и получения необходимой информации, может входить выбор родильного дома, знакомство с разными практиками родов, организация приезда родных или своей поездки к ним на время родов и т.п.

Другим вариантом является повышение активности, направленной на содержания, не связанные с ребенком. Чаще всего это стремление закончить учебу, сдать экзамены, защитить диплом и т.п. Нередко беременность специально планируется к окончанию учебы, но немного «не вписывается» в задуманные сроки. Иногда странным образом оказывается, что все неотложные дела, связанные с учебой или карьерой, концентрируются именно в эти месяцы. Возможны появление острой необходимости провести ремонт, обменять квартиру, купить дачу или разобраться в семейных отношениях. Характерно, что все это интерпретируется как необходимое для будущего ребенка. Чаще всего объективной необходимости для этого нет, и иные женщины прекрасно распределяют свои дела по «традиционному» образцу.

Одним из проявлений такой «смещенной» активности на последних месяцах может считаться поведение женщин, отказывающихся от ребенка. При игнорирующем стиле переживания беременности наблюдается увеличение энергии, продолжение работы буквально до родов, другие «всплески» активности. Однако женщина оказывается совершенно не готова к рождению ребенка и его буквально не в чем и некуда взять из роддома. В других случаях изменения в активности не выражены, но для рождения ребенка все равно ничего не делается.

Обычно отсутствие, уменьшение или изменение интересов, связанных с ребенком сочетается с разными другими проявлениями, свидетельствующими о сниженной ценности ребенка и материнства и высоком напряжении ценностей из других сфер поведения. Эти и другие клинические данные свидетельствуют, что изменение направленности активности беременной в «период обустройства гнезда» отражает динамику, происходящую в содержании ее материнской сферы.

5й период. Предродовой

Ограничена активность и способность резкого эмоционального реагирования, что предохраняет от преждевременных родов. У матери снижается страх перед родами и растет способность сконцентрироваться только на одном, доминирующем содержании (точнее, снижение способности переключения и распределения эмоций), что будет совершенно необходимо во время родов и послеродового взаимодействия с ребенком. Женщины, тем не менее, наиболее адекватно по сравнению с другими периодами оценивают свои возможности и представляют ребенка и свои действия с ним. По данным многих исследователей, адекватность представлений матери о родах и послеродовом периоде, своих возможностях и особенностях ребенка является существенным показателем успешного развития ее материнской сферы и дальнейшего благополучного отношения к ребенку.

При неблагоприятной динамике содержаний материнской сферы в беременности, напротив, возрастает тревожность, обостряются физиологические нарушения, женщина практически перестает ориентироваться на свои состояния, полностью полагаясь на мнение врачей. В результате, не задумываясь, подчиняется всем рекомендациям, вплоть до стимуляции родов. В таких случаях чаще всего возникают осложнения в родах и послеродовом периоде, более вероятны преждевременные роды. При игнорирующем стиле переживания беременности может не наблюдаться выраженного расслабления и снижения эмоциональности, что не отражается серьезно на родовом процессе. Однако у женщин, отказывающихся от ребенка, именно такой стиль переживания беременности часто сочетается с преждевременными родами.[15]

Можно описать шесть вариантов стилей переживания беременности.

1. Адекватный. Идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций; живот нормальных размеров; соматические ощущения отличны от состояний небеременности, интенсивность средняя, хорошо выражена; в первом триместре возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов, во втором триместре благополучное эмоциональное состояние, в третьем триместре повышение тревожности со снижением к последним неделям; активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к послеродовому периоду; первое шевеление ребенка ощущается в 16-20 недель, переживается положительно эмоционально, приятно по соматическому ощущению; последующие шевеления четко отдеференцированы от других ощущений, не характеризуются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями.

2. Тревожный. Идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком больших или слишком маленьких по сроку беременности размеров; соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние в первый триместр повышенно тревожное или депрессивное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период; первое шевеление ощущается рано, сопровождается длительными сомнениями или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, переживается с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения; дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, тревогой по поводу здоровья ребенка и себя, характерны направленность на получение дополнительных сведений, патронаж.

3. Эйфорический. Все характеристики носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка. Обычно к концу беременности появляются осложнения. Проективные методы показывают неблагополучие в ожиданиях послеродового периода.

4. Игнорирующий. Идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; динамики эмоционального состояния по триместрам либо на наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса; первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуются как доставляющие физическое неудобство; активность в третьем триместре повышается и направлена на содержания, не связанные с ребенком.

5. Амбивалентный. Общая симптоматика сходна с тревожным типом, особенностью являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений; интерпретация своих отрицательных эмоций преимущественно выражена как страх за ребенка или исход беременности, родов; характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

6. Отвергающий. Идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена; переживание всей беременности как кары, помехи и т.п.; шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается неудобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний.

Разумеется, в каждом конкретном случае будут наблюдаться индивидуальные особенности, более или менее приближающиеся к описанным.[18]

6й период. Роды и послеродовой период

В этот период происходит встреча с ребенком, что обеспечивает возможность изменений в содержаниях материнской сферы, в первую очередь во взаимодействии ценности ребенка с «внедряющимися» из других сфер.

Процесс родов и послеродовой деятельности матери требует высокого уровня ее физической, интеллектуальной и эмоциональной активности. Способность расслабляться между схватками обеспечивает сохранение сил, окончание болевых ощущений при потугах и выходе ребенка способность приступить к послеродовой обработке, эмоциональный подъем создает оптимальный фон для послеродового запечатления и образования положительного отношения к ребенку. Кросскультурные исследования и данные об эффективности психологической подготовки к родам свидетельствуют, что переживание родов и, в частности болей схваток, зависит от психологического настроя женщины. От того, воспринимает ли она роды как «трудную творческую работу», «неизбежную муку» или «наказание» (которое может с ее точки зрения быть заслуженным или незаслуженным), зависят ее собственные ощущения и успешность родов.

Как уже было отмечено выше, в родах и послеродовом периоде происходит замыкание эволюционно ожидаемых условий для матери и ребенка, способствующих образованию эмоциональной взаимосвязи В любом случае, стимуляция от ребенка настолько сильна, что нередко способствует ощутимому изменению имеющихся тенденций.

Однако, содержание родового и послеродового периода действует не само по себе, а на фоне уже имеющегося отношения матери к будущему ребенку. В отличие от предыдущего филогенетического уровня развития психики, у человека временное отсутствие ребенка и изменение в материнских функциях после родов сочетается с сохраняющимся представлением матери о ребенке. Оно частично замещает и восполняет недостающую стимуляцию, «подправляя» изменение эволюционно ожидаемых условий. А как раз это представление наиболее связано с уже имеющимися особенностями материнской сферы роженицы. Особенности родов и послеродового контакта больше значения имеют при нежеланной беременности и других нарушениях материнского отношения и не влияют на развитие взаимодействия матери с ребенком при изначально благополучной беременности и отношении матери к будущему ребенку.[15]

Рассматривая влияние беременности на личностные характеристики беременных, необходимо отметить эмоциональную нестабильность беременных и самоуверенность, консерватизм и недисциплинированность, безразличие к удачам и неудачам.

Осложненное течение беременности сопровождается повышенной эмоциональной чувствительностью, беременные более общительны, открыты, склонны к фрустрации, тревожны, подвержены стрессам и изменчивости настроения. При наличии хронических соматических патологий беременные характеризуются общительностью, импульсивностью, самодисциплиной, непостоянством и доверчивостью.[1][7]

Уникальность состояния беременности трудно переоценить. Все женщины, прошедшие через этот период, отмечают его как совершенно непохожий, очень сильный по уровню переживаний, специфичный по комплексу ощущений. Кто-то выделяет позитивную сторону этого периода жизни, кто-то — негативные ощущения, боли, болезни. Но всегда это период значимый, неповторимый, непохожий на другие периоды жизни женщины.

**1.5. Выводы**

Анализируя литературу по теме «беременность», мы можем сделать следующие выводы:

1. Беременность для женщины является стрессовым событием, т.к. создаются новые условия жизни, к которым женщина должна адаптироваться.

а) Нормальная, без осложнений соматического характера, без социальных и личностных проблем беременность является для женщины эустрессом, (конструктивный стресс - является защитной реакцией организма, протекает без существенных потерь для организма. Происходит нормальный процесс адаптации).

б) Беременность же протекающая на неблагоприятном фоне: заболевания, проблема взаимоотношений, внутренний конфликт, выступает как дистресс. Деструктивный стресс подрывает защитные силы организма. И естественно, отрицательно влияет на развивающийся плод.

в) Беременность, действуя как неспецифический стресс, проявляется у женщин по-разному, в зависимости от особенностей их личности.

 2. К наиболее значимым психосоциальным стрессам относится: конфликты между супругами, родителями и детьми, отсутствие мужа, неудовлетворенные материально-бытовые условия. Они увеличивают риск возникновения акушерских осложнений.

3. Вынашивание нежеланного ребенка вообще, нежеланного по полу ребенка, способствует развитию акушерских осложнений в родах, а также нарушению психического развития будущего ребенка.

1. Каждый период беременности женщина переживает по-разному.

Существует шесть вариантов стилей переживания беременности:

адекватный, эйфорический, тревожный, амбивалентный, отвергающий, игнорирующий

Пять из которых, являются негативными, они могут оказать отрицательное влияние на родовой и послеродовой период.

Содержание родового и послеродового периода действует на фоне уже имеющегося отношения матери к будущему ребенку.

 7. Процесс родов и послеродовой деятельности матери требует высокого уровня ее физической, интеллектуальной и эмоциональной активности.

Исследования и данные об эффективности психологической подготовки к родам свидетельствуют, что переживание родов и, в частности болей схваток, зависит от психологического настроя женщины.

8. У беременных с хроническим психоэмоциональным стрессом возникают патологии следующего характера:

* токсикоз первой половины беременности,
* раннее развитие гестозов,
* хроническая плацентарная недостаточность в III триместре,
* новорожденные рождаются в состоянии гипоксии различной степени,
* беременность заканчивается срочными родами,
* преждевременными родами, выкидышами.

Т.о. у беременных с хроническим психоэмоциональным стрессом нарушается формирование родовой доминанты.

9. Беременная, хорошо осведомленная о родах, наученная родовому поведению, знающая о внутриутробной жизни ребенка, создает благоприятные условия для его рождения. В результате реализации программы по антенатальному воспитанию происходит редукция негативного эмоционального фона, страхов, тревог и других признаков стресса.

**ГЛАВА II. ОСОБЕННОСТИ ПРЕДРОДОВОЙ ПОДГОТОВКИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ БЕРЕМЕННЫХ**

## **2.1 Медико-социальная характеристика женщин фертильного возраста в Калужской области**

Численность населения в регионе падает. Рождаемость с каждым годом становится выше. С 2001 по 2003 рождаемость поднялась на (0,45 ед.)

Смертность также растет (в среднем на 0,5 ед.). Естественная прибыль (убыль) населения составляет (– 10, 2) – остается на прежнем уровне.

Суммарный коэффициент рождаемости возрос в среднем за 3 года на (0,08).

Всего рожающих женщин увеличилось в среднем на (1,3 ед.)

Происходит перераспределение числа рожающих женщин по возрастным группам. Увеличивается число рожающих в возрастной группе от 25 до 45 лет.

* С 25 – 29 лет рост на 3 ед.
* С 30 – 34лет рост на 1ед.
* С 35 – 39 лет рост на 0,8ед.
* 40 – 44 лет рост на 0,4ед.

Но основная масса рожающих женщин состоит в возрастной группе от 20 до 24лет.

Число браков каждый год растет; количество разводов остается на прежнем уровне.

Количество рожающих женщины, не состоящие в законном браке составляет 1/3 часть от всего количества рожающих. В 2003 г. незаконнорожденных детей стало меньше.

Число абортов значительно возросло. На 100 родов приходится 159 абортов.

Существенно отметить, что возрастает число абортов у первобеременных. Что, несомненно, скажется на репродуктивную функцию у этих женщин.

На 10тыс. женщин с диагнозом беременность приходится 607 чел.

Численность женщин, закончивших беременность, составляет 7тыс. чел.

Из них: родили в срок - 6400; преждевременные роды – 313; аборты - 290.

Идет рост числа преждевременных родов, нарушений родовой деятельности, осложнений в последовый и послеродовой период.

35,8 % детей рождается больными или заболевает после рождения, что выше, чем в предыдущих годах. Больше рождается недоношенных детей.

Выводы: возрастание числа абортов, преждевременных родов, нарушений родовой деятельности, рождения больных и недоношенных детей, ставит под сомнение характер оказания социально - психологической помощи беременным женщинам в регионе.

Возникает вопрос, насколько развита система психологической помощи для беременных женщин. Существуют ли специальные программы. Насколько они доступны населению. Нуждаются ли сами женщины в подобной помощи.

Снижение у женщин репродуктивного здоровья ставит перед программами по дородовой подготовке на первый план задачу по урегулированию психоэмоционального состояния, мероприятия направленные на коррекцию тревоги, страхов у беременных женщин. Что находится в компетенции клинического психолога.

## **2.2. Формы и методы оказания психологической помощи беременным в предродовой подготовке**

Отягощенный акушерский анамнез (наличие у первородящей абортов, выкидышей, возрастные первородящие), неблагоприятное социальное положение все эти составляющие являются показанием для оказания психологической помощи в виде урегулирования психоэмоционального состояния беременных с подобными проблемами. Психокоррекционная программа должна быть направлена на создания уверенности в своих внутренних резервах, что направленные ребенку мысли о благополучии его здоровья, о любви к нему помогут им справится со всеми трудностями. Несомненно, создание и подкрепление чувства материнства имеют положительное значение для нормализации психологического настроя женщины. Обучение женщин навыкам саморегуляции, аутогенной тренировки, совладания с трудными жизненными ситуациями. Проведение работы с урегулированием внутрисемейных отношений. Уменьшение или устранение страхов и тревог по поводу беременности, родов.

Увеличение возрастных критериев первородящих является хорошей перспективой для эффективного воздействия психологических программ, в силу наличия зрелости личности и устойчивости личности, сознательного и мотивированного материнства. В таком случае, программа предродовой подготовки должна быть направлена на обучение женщин управлению своим телом, обеспечить наиболее полной информацией о беременности, родовом процессе, особенностям психики новорожденных детей, ухода за ними.

### 2.2.1. Влияние негативного психологического реагирования беременных на родоразрешение и ребенка

Отечественные клиницисты как С.Н. Астахов (1956г.), М.А.Петров-Маслаков (1977г.), В.И.Бодяжина и др. допускали, что такие психические факторы, как отрицательные эмоции, психическое напряжение, психическое утомление, тревога, депрессии и др. могут являться этиологическим фактором возникновения акушерских осложнений.

В большинстве случаев психосоматические нарушения в акушерстве не вызывают какого-либо структурного повреждения органа. Функциональный и фазовый характер репродуктивной системы и эмоциональной атмосферы, окружающей ее создают ситуационный физиологический стресс. Биологические, эмоциональные и функциональные модификации этого физиологического стресса могут легко трансформировать нормальную ситуацию в ситуацию патологического стресса, создавая условия психосоматического риска. Конфликты между супругами, родителями и детьми, отсутствие мужа, неудовлетворенные материально-бытовые условия являются психосоциальными стрессорами современного общества, увеличивающими риск возникновения акушерских осложнений.

Каган и Леви отмечают, что имеется три типа реакций, вызываемых психосоциальными факторами: поведенческие, эмоциональные и физиологические. Такие эмоциональные реакции, как возбуждение, депрессия или страх, вызываемые психосоциальными стрессорами, ведут к самоубийству, фригидности и, возможно, трудным родам.

При действии стрессовых факторов человек отвечает, главным образом, эмоциональными реакциями и проблема стресса является, в основном, проблемой эмоционального стресса. К.В.Судаковым было показано, что наиболее реактивным к действию экстремальных и повреждающих факторов является эмоциональный аппарат, который первым включается в стрессовую реакцию. Это связано с тем, что эмоции включены в архитектонику любого целенаправленного поведенческого акта.

При стрессе может изменяться деятельность не только гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, но и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной и других систем.

Наименее изученным являются центральные механизмы регуляции сократительной функции матки и сам эффектор – матка. В наше время ряд физиологов и клиницистов подчеркивают ту мысль, что среди гладкомышечных органов матка занимает исключительное положение вследствие особой функции, отличий в строении и реагировании на различные факторы среды.

Под влиянием эстрогенов повышается рецепторная чувствительность матки, афферентная нервная система матки оказывается подготовленной к восприятию сигналов, характеризующих не только функциональный уровень органа в данный момент, но и его изменения в связи с жизнедеятельностью плода.

Повышение симпатической активности матки, обусловленное повышенным выбросом катехоламинов при стрессе, приводит к стимуляции адренорецепторов, действие которых моделируется множеством гормонов. В первую очередь, необходимо отметить сексуальстероиды (эстрогены, гестагены), а также окситоцин и простагландины: “альфа”- адренорецепторы чувствительны к эстрогенам, “бета” адренорецепторы – к прогестерону. Посредством деятельности адренорецепторов осуществляется васкуляризация, сократительная активность матки и ее релаксация.

Известно также, что в конце беременности 90% адренорецепторов принадлежит “бета 2” - классу рецепторов, действующих на релаксацию матки. Количество рецепторов зависит от уровня катехоламинов. Возрастание уровня катехоламинов при стрессе может привести к падению уровня прогестерона и усилить маточные сокращения.[1]

Таким образом, изучение неблагоприятных стрессогенных факторов, влияющих на психосоматический статус беременных и функциональную активность матки, нам представляется актуальным.

Многими исследователями подчеркивается неблагоприятное влияние эмоционального стресса матери на беременность и роды. Выделяются внутриутробная гипоксия, нарушения плацентарного кровоснабжения, аномалии родовых сил и течения родов (А.О.Сырина, Г. ДикРид и др.).

Поскольку эндокринная система начинает формироваться очень рано, ребенок на гормональном уровне переживает, все состояния матери.

В 1925 г. американский биолог и психолог У.Кэннон доказал, что при всех острых и хронических переживаниях в кровь матери выбрасываются (или поддерживается на постоянном уровне) «гормоны беспокойства» — катехоламины, достигающие без каких-либо препятствий плода через общую с матерью кровеносную систему. Поскольку у плода практически отсутствует система нейтрализации «гормонов беспокойства» и не развита возвратная венозная сеть, то они накапливаются в критических дозах не только в самом плоде, но и в амнеотической жидкости, которую плод постоянно заглатывает и выделяет из себя. Соответственно увеличению количества околоплодной жидкости во второй половине беременности увеличивается и количество находящихся в ней катехоламинов или их биологических последователей.

При продолжении стресса околоплодная жидкость к концу беременности насыщается соответствующими гормонами. Одновременно ребенок испытывает все больший недостаток кислорода, из-за сужения под влиянием «гормонов беспокойства» сосудов, кровь которых доставляет кислород тканям плода, в том числе и нервным клеткам мозга. Длительный недостаток кислорода (гипоксия) не безразличен для нервной системы плода, вызывая характерного после рождения повышенную чувствительность к духоте, запахам, шумам, яркому свету и солнцу, легкость возникновения головокружений и обморочных состояний.

Сами же катехоламины приводят к излишней подвижности, неустойчивости нервных процессов, тревожности, расстройствам настроения, эмоциональной возбудимости, нарушениям ритма сна и бодрствования.

Из-за стрессового состояния матери при отрицательном отношении к беременности у ребенка уже внутриутробно повреждена реактивность — защитные силы организма. Закономерным следствием стресса от нежелательной беременности могут быть: угроза раннего выкидыша, осложненные и преждевременные роды, масса тела меньше нормы, беспокойство и возбудимость ребенка, нарушения аппетита, обмена веществ, поражение кожи ребенка. Нежеланные дети легко расстраиваются, повышенно обидчивы и капризны, беспокойно спят, много плачут и долго не могут успокоиться, тем более без пустышки, соски, к которым они имеют пристрастие, так же как к сосанию пальца и онанизму.

Нежеланные дети более завистливы и труднее переносят профессиональные успехи других и их счастье в личной жизни. Отсюда недоброжелательность, колкость, ироничность. Нежеланные дети с одинаковым успехом пополняют ряды больных неврозами и людей с патологическими чертами характера — психопатов (Захаров, 1998).

Г.Б. Мальгина, Е.Г. Ветчанина, Т.А. Пронина выявили, что 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 несет с собой целый комплекс перинатальных проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременных женщин.

Изучены некоторые аспекты материнского гомеостаза при стрессе и функциональное состояние фетоплацентарной системы. Авторами выявлены следующие особенности патогенеза: нарушение иммунного гомеостаза; нарушение липидного гомеостаза; депрессия антиоксидатной защиты; нарушение гормонального гомеостаза.

Проведение комплексной психокоррекции перинатальных осложнений, связанных с материнским психоэмоциональным стрессом, позволяет снизить частоту невынашивания беременности с 16,65% до 4,55%, в три раза уменьшить частоту развития тяжелых форм хронической фетоплацентарной недостаточности и соответственно перинатальной патологии новорожденного.

Таким образом, стресс во время беременности влечет за собой целый комплекс проблем, требующих профессиональной психологической работы во избежание акушерских и других осложнений.

Однако отмечается, что к 28й неделе организм беременной адаптируется к стрессовой нагрузке и патогенное влияние стресссиндрома (дистресс, по Г.Селье) уменьшается по мере приближения срока родов.

В настоящее время господствующей точкой зрения на механизм закрепления патологической системы регуляции функций у плода является концепция нейроэндокринного импринтинга. Нервно-психическая интеграция, однажды сложившаяся на основе афферентного синтеза внешних и внутренних раздражений, превращается в «постоянный, консервативный, внутренний процесс мозга» — цикл, приобретающий, по П.К.Анохину, свои собственные закономерности. И даже прекращение действия стрессора не позволяет остановить развивающийся процесс дезадаптации.

Тем не менее пока еще не найдены диагностические критерии перехода стресссиндрома из звена адаптации в звено патогенеза различных заболеваний. Именно поэтому важно изучение механизмов адаптации и создание условий в системе «мать-дитя-отец» для предотвращения стресс факторов, развитие в этой системе навыков адекватного реагирования на любые изменения, осознанного отношения к родовому акту и умения управлять своими эмоциональными состояниями.

Все это должно положительно сказаться и на развитии плода, так как беременная, хорошо осведомленная о родах, наученная родовому поведению, знающая о внутриутробной жизни ребенка, создает благоприятные условия для его рождения. В результате реализации программы по антенатальному воспитанию происходит редукция негативного эмоционального фона, страхов, тревог и других признаков стресса.

В работе А.И.Захарова (1994) систематизированы патологические влияния антенатального стресса матери на процесс беременности и родов.

Отсутствие уверенности в прочности брака, связанное с переживаниями из-за отношений с супругом, способствует большей чувствительности будущей матери к испугам и страху перед родами.

Переживания из-за отношений с супругом, часто обусловленные конфликтными (внутри личностными) отношениями, приводят к эмоциональной неудовлетворенности, отсутствию рефлекторного крика новорожденного (без наличия асфиксии), что расценивается как проявление эмоциональной или психогенной заторможенности. Для девочек подобные переживания матери часто обусловливают угрозу выкидыша.

Волнения в начале беременности отражаются на пролонгированном течении родов для мальчиков и на преждевременных родах для девочек.

Повышенная раздражительность матери связана с ее утомляемостью и нарушениями сна, образуя своего рода неврастенический симптомокомплекс. Для девочек повышенная раздражительность матери способствует преждевременным родам.

Частые состояния эмоциональной неудовлетворенности образуют антенатальный стрессовый комплекс в виде повышенной раздражительности, нарушения сна, подверженности испугам и семейным переживаниям.

Перегрузки в учебе или на работе обусловливают преждевременные роды, а также быстрые, стремительные роды и отсутствие крика при рождении девочек.

Нарушения сна при беременности взаимосвязаны с частыми состояниями внутренней неудовлетворенности, переживаниями по поводу здоровья и положения близких, повышенной утомляемостью и волнениями в конце беременности. Для мальчиков отмечается задержка наступления беременности у матери (функциональное бесплодие) и обвитие пуповины вокруг шеи при рождении (вследствие эмоционально-стрессовой гиперактивности). Для матерей девочек более характерны преждевременные и стремительные роды.

Повышенная утомляемость при беременности, вне зависимости от своих причин, наиболее «продуктивна» в антенатальном стрессогенезе. Она связана с семейными переживаниями (по поводу взаимоотношений со своими родителями и родителями мужа, работы, учебы), нарушениями сна, повышенной раздражительностью и ведет к преждевременным родам.

Плохое общее самочувствие значимо в первую очередь для матерей мальчиков, способствуя преждевременному отхождению околоплодных вод и началу родов.

Сильные испуги при беременности чаще всего возникают при отсутствии уверенности в прочности брака, состоянии неудовлетворенности, переживаниях по поводу работы и учебы. При этом в случае появления мальчиков характерны преждевременные роды; в случае появления девочек — стремительные роды, с отсутствием крика у новорожденной.

Волнения в конце беременности прежде всего обусловливают нарушения сна у матери.

Наконец, страх перед родами связан со сложными, порой конфликтными отношениями со своими родителями или родителями мужа, равно как и с отсутствием уверенности в прочности брака. Для девочек подобный стресс матери более значим, чем для мальчиков, создавая проблему переношенности беременности, затяжного течения родов и отсутствия крика при рождении.

Страх, напряженность и боль неразрывно связаны между собой. Страх является результатом отсутствия знаний у роженицы о событиях, происходящих в процессе родов. Он, в свою очередь, вызывает напряженность мышц, в том числе, предположительно, и мышц нижнего полюса матки. Напряженность мышц вызывает боль и приводит к затягиванию родов. Этот порочный круг: страх – напряженность – боль можно разорвать, если беременная в антенатальном периоде получит простые объяснения того, что происходит во время родов.

Любое нарушение спокойствия, даже самое незначительное, повышает биоэлектрическую активность головного мозга прямо пропорционально нарушению релаксации. Кроме того, понижается выработка эндорфинов, болеутоляющих средств, вырабатываемых самим организмом. А это, в свою очередь, вызывает повышенную выработку катехоламинов – веществ, усиливающих боль вследствие блокирования активности эндорфинов и нарушения циркуляции крови.

Эмоциональный стресс матери оказывает негативное влияние прежде всего на течение беременности, а затем и родов, причем дифференцированно, в зависимости от пола ребенка.[16]

Таким образом, комплексное клинико-психологическое обследование беременных женщин позволяет выделить “стрессогенные“ факторы индивидуально для каждой беременной с учетом ее соматического здоровья, социальных условий, взаимоотношений с родными и близкими ей людьми. Повышение нервно-психического напряжения неблагоприятно влияет на функциональную активность матки и развивающийся плод, повышает риск возникновения акушерских осложнений. Беременные с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (угроза прерывания беременности, поздний токсикоз беременности) нуждаются в особо тщательном проведении психопрофилактических и психотерапевтических мероприятиях, направленных на оптимизацию беременности.

Психологическая служба для беременных в области.

В г.Калуге в каждой женской консультации действует психопрофилактическая программа «Школа материнства». Где в основном лекции начитывают врачи. Работа психолога минимальна, зависит от собственной творческой инициативы.

В некоторых районах в поликлиниках общего профиля наличие психолога не предусматривается.

В городе действует Центр социальной защиты семьи и детства «Доверие», в которой есть специальная программа по предродовой подготовке беременных женщин. До некоторого времени в центр направляли женщин с социльно неблагополучной обстановкой (женщин из семьи с низким материальным достатком, матерей - одиночек, несовершеннолетних беременных), с отягощенным акушерским анамнезом. В настоящее время в центр идут все желающие, без направления.

В центре «Доверие» наблюдается переполнение групп по предродовой подготовке. Запись идет за несколько месяцев.

Существует психологический центр «Идиллия», который занимается психопрофилактической работой с семейными парами, ожидающими появления малыша, но занятия платные. Не все имеют возможность оплачивать подобные занятия.

На базе женской консультации №4 работает семейный клуб «Лапушка», занятия платные.

**2.2.2. Анализ программ предродовой подготовки**

Предродовая подготовка в рамках женской консультации.

Женщина в течение беременности посещает женскую консультацию 1 раз в 2 недели. Это создает благоприятную базу для осуществления психопрофилактической и коррекционной работы при подготовке к родам.

На ранних сроках женщине рекомендуют занятия в школе материнства, выдают необходимую литературу (брошюры «Для мамы и ребенка», «Меня кормит мама», «Любовь в интересном положении»). Там дается характеристика этапов беременности, гигиенические правила в период беременности, профилактика грудного вскармливания.

Все состоящие на учете в женской консультации беременные женщины обязательно должны посетить кабинет психолога. В ходе приема задается ряд стандартных вопросов о желанности и запланированности беременности, о возможных жизненных изменениях, о взаимоотношениях с близкими, родственниками, жизненных перспективах. Исходя из результатов наблюдения, психолог судит о психическом состоянии женщины, делает прогноз относительно стиля материнства. Также психолог сопоставляет психические и соматические аспекты личности, делая выводы об особенностях психосоматического статуса беременной женщины. На каждую беременную женщину заводится индивидуальная карта (Приложение 1).

По результатам психодиагностических мероприятий психолог выносит решение о необходимости психологической помощи. Основанием для оказания психологической помощи может служить несформировнность материнской позиции, немотивированность матери в появлении ребенка; неприоритетность позиции ребенка в иерархии ценностей матери, беременности, сложные внутрисемейные отношения, физиологические особенности беременности. Затем психолог, исходя из имеющейся о беременной информации, рекомендует возможные направления подготовки к родам.

Лекции в «Школе материнства» направлены на то, чтобы беременная получила информацию о беременности, родах, уходу за ребенком. Психолог проводит 2 тренинга, посвященные знакомству группы беременных, обмену впечатлениями, знаниями, эмоциями. 2-ой тренинг направлен на знакомство с внутренним миром малыша.

Т.о. мы видим, что программа «Школы материнства » в основном направлена на когнитивную сферу беременных женщин.

Немаловажное значение для предродовой подготовки имеют занятия по лечебной гимнастике, которые проводятся в ЖК №4 врачом ЛФК.

«Школа материнства » является обязательной психопрофилактической подготовкой к родам, которую обеспечивает женская консультация в рамках страховой медицины.

программа занятий в «школе материнства»

1 триместр (1 – 3 месяцы беременности)

1. Жизнь до рождения (гинеколог)
2. Лечебная гимнастика (врач ЛФК)
3. триместр (4 – 6 месяцы)
4. Гигиенические правила в период беременности (гинеколог)
5. Лечебная гимнастика
6. Мама – медицинская сестра (педиатр)
7. Уход за ребенком (психолог)
8. Радостное ожидание
9. Видеофильм «От зачатия до рождения»
10. триместр (7 – 9 месяцы)
11. Лечебная гимнастика
12. Кормите малыша правильно (педиатр)
13. Маленький мир маленького ребенка (психолог)
14. Человек родился.
15. Консультация юриста
16. Подготовка к родам без страха (Гинеколог)

На базе консультации также работает семейный клуб «Лапушка», занятия в котором платные. Занятия ведет в основном психолог. Они направлены на подготовку семейной пары к сознательному родительству, психологическую и эмоциональную подготовку к родам. Положительным моментом программы является подготовка к родительству именно в паре.

Это, несомненно, создает чувство уверенности и защищенности для беременной женщины, способствует устранению непониманий и трений между супругами.

Предродовая подготовка в условиях психологического центра.

В 2001 году муниципальным учреждением зравоохранения женской консультацией №4 и Калужским областным центром социальной помощи семье и детям «Доверие» совместно была написана программа комплексной медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам, попавшим в трудную жизненную ситуацию. В настоящее время эта программа реализуется на базе двух этих учреждений, с двусторонним привлечением специалистов. На прохождение данной программы психологом направляются женщины с физиологическими особенностями протекания беременности, малообеспеченные, несовершеннолетние, находящиеся в социально трудных ситуациях.

Цель программы «Живана»: оказание комплексной психологической и социально-медицинской помощи беременным женщинам оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Задачи:

* повысить уровень знаний будущих мам о беременности, родах, ребенке;
* способствовать формированию осознанной материнской позиции;

- нормализовать психоэмоциональное состояние беременных женщин, подготовить к родам;

- создать условия для полноценного питания беременных.

Основные направления реализации программы.

Социально-медицинский блок.

* Информирование беременных о физиологических особенностях беременности и родов; о питании, гигиене, достоинствах грудного вскармливания;
* Изучение психофизиологических особенностей новорожденных, их питания, гигиены; знакомство с возрастными особенностями и психомоторным развитием детей.

Социально-психологический блок.

* Диагностика психического состояния беременных женщин;
* Нормализация психо-эмоционального состояния беременных;
* Работа над страхами, связанными с беременностью и родами;
* Обсуждение достоинств и недостатков стилей родительского воспитания, установок беременных;
* Индивидуальные психологические консультации по актуальным для беременных проблемам.
* Формирование осознанной материнской позиции.

Информационно-правовой блок.

* Знакомство беременных со своими правами и обязанностями и основными законодательными актами, в которых они закреплены;
* Информирование о дотациях, пособиях, льготах закрепленных в законодательстве на период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком.

По итогам группы проводится анкетирование о полезности данной программы для женщин. На последнем занятии проводится мини-экзамен «Я-мама», во время которого беременные женщины рассказывают о том, что они узнали за время проведение группы.

Реализация программы способствует формированию осознанной материнской позиции у беременных женщин и профилактики социального сиротства, формированию положительных тенденций в изменении психоэмоционального состояния.

Классификация методов психологической помощи в рамках программы «Живана»:

* Блок когнитивных методов, направленный на процессы осознания, на мыслительные процессы, рефлексия собственных состояний.
* Информирование о ходе беременности, родов, послеродовом периоде, уходе за ребенком вносит в представления беременной женщины ясность, конкретность. Это позволяет опредметить генерализованную тревогу. По мере информирования пугающие моменты становятся рациональноосознанны. Знания разрушают мифы, окружающие саму беременность и роды, вселяет чувство уверенности и ощущение защищенности женщинам.
* Библиотерапия, видеотерапия.

В ходе работы группы участницам рекомендуется литература, периодические издания, где освещены актуальные вопросы и сходные беременным проблемы. Осуществляется просмотр видеофильмов, где описываются те темы, которые чаще всего вызывают тревогу. В обоих методах использован принцип эмоционального сопереживания, который позволяет беременным женщинам опосредованно делать выводы по собственным ситуациям, получить ответы на волнующие вопросы.

* Анализ имеющихся и возможных ситуаций в ходе беседы. В случае актуальных проблемных ситуаций психолог помогает установить причинно-следственные связи, причины поведения. Предполагается как групповые, так и индивидуальные формы работы. Кроме того, участницы программы рассматривают возможные ситуации, что позволяет научиться видеть ситуацию изнутри, разбирать мотивы поведения различных сторон. Используются ситуации как межличностного общения со взрослыми членами семьи, так и взаимоотношений с ребенком.
* Блок методов, ориентированных на эмоционально-энергетические ресурсы беременной женщины. Данные методы позволяют аккумулировать творческий потенциал, избавиться от неконструктивных эмоций и получить опыт позитивных. Методы способствуют установлению психоэмоциональной связи матери и ребенка, формированию у матери более четкого представления о ребенке, мотивированию женщины к материнству, формированию более осознанной материнской позиции. Кроме того, методы позволяют гармонизировать психический и телесный аспекты личности беременной женщины, что позитивно отражается на психосоматическом статусе беременной.
* Метод арт-терапии.
* Телесноориентированные техники с элементами танцевальной терапии.
* Творческие визуализации.
* Релаксация.
* Блок поведенческих методов. Акцент данного блока сделан на перекоординацию неэффективных моделей поведения и формирование новых моделей.
* Ролевые игры. Беременные женщины получают опыт переживания состояния материнства. Моделируют собственное поведение в отношении ребенка, анализируют эффективность различных моделей родительского поведения.

Используемые формы работы:

* Психологические тренинги.
* Групповые занятия.
* Беседы.
* Дискуссии.
* Лекции.
* Индивидуальные консультации.

Психологические занятия в рамках программы «Живана»:

* Психодиагностическое исследование психоэмоционального состояния до и после реализации программы.
* Психологические тренинги, направленные на коррекцию страхов, установление эмоционально-значимой связи между матерью и ребенком, гармонизацию телесного и психического аспектов личности беременной женщины.
* Психологические лекции: «Игрушки детей первого года жизни», «Психосоматические расстройства: причины и профилактика», «Психопрофилактика стресса. Послеродовый стресс», «Психомоторное развитие детей первого года жизни», «Цветотерапия».
* Сеансы релаксации.
* Занятия по арт-терапии. Рисование, лепка на темы: «Я и мой ребенок», «Моя семья» и т.д.
* Практикумы по воспитанию, в ходе которых обсуждаются часто встречающиеся ситуации в общении родителей и детей различных возрастных групп.

Т.о. программа в центре соц. помощи «Доверие» охватываются практически все стороны

психики женщины: когнитивная сфера, в большей степени психоэмоциональная, психоэнергетическая, поведенческая. Что является необходимым для программы предродовой подготовки, с целью создания психологической защиты для беременной женщины и ее ребенка.

**2.2.3 Критерии оказания психологической помощи беременным**

Основания для проведения предродовой подготовки:

1. Наличие отягощенного акушерского анамнеза: аборты, выкидыши, замершие беременности, внутриутробная инфекция, экстрагенитальные заболевания.

2. Мотивация беременности: самоутверждение, соответствие социальным нормам и стереотипам, желание сохранить семью, избежать одиночества.

3. Отношение к беременности: незапланированность, не желание этой беременности, нежелание иметь ребенка определенного пола.

4. Наличие негативного опыта предыдущих родов.

5. Отношение к родам: страх, безразличие.

6. Личностные особенности женщин:

- эгоцентризм и нарциссизм (самолюбование) как нежелание приносить жертвы во имя ребенка.

- поведение типа А, когда приоритетными считаются погоня за успехом и профессиональные интересы, вступающие в противоречие с необходимостью временной самоизоляции в семье и сосредоточения на нуждах и воспитании ребенка.

- повышенная эмоциональная чувствительность, впечатлительность, ранимость, когда любые стрессы надолго остаются в эмоциональной памяти, проявляясь в наиболее сенситивном периоде жизни женщины — беременности.

- тревожность — склонность к беспокойству и страхам.

- мнительность — подверженность частым сомнениям и недостаточная уверенность в себе.

- невротизация матери вследствие предшествующих неблагоприятных условий жизни в семье и нерешенных проблем в браке.

- восприятие родов как крайне болезненного, опасного и неприятного события жизни.

Психические нарушения:

- повышенная раздражительность

- частые состояния эмоциональной неудовлетворенности

- нарушения сна при беременности

- повышенная утомляемость

- плохое общее самочувствие

7. Взаимоотношения с близкими:

- конфликты с мужем. Отсутствие уверенности в прочности брака, переживания по поводу отношений с мужем.

- конфликты с родителями.

8. Наличие социальной поддержки.

9. Материальное благосостояние.

Информативным инструментарием для предварительного отбора женщин является батарея тестов:

1.16 факторный личностный опросник Кеттелла; 2. Методика изучения тревожности Спилбергера; 3. Методика изучения ценностных ориентации;

4. Методика изучения смысложизненных ориентации;

5. Тест изучения супружеских взаимоотношений Т.Лири;

6. Опросник на изучение отношения к родам;

7. Проективный рисуночный тест «Дом, дерево, человек»;

А наиболее простая в применении методика определения типа психологического компонента гестационной доминанты (тест Добрякова). Тест позволяет выявлять нервно-психические нарушения у беременных женщин.

**2.3. Исследование психологической защиты в программе предродовой подготовки беременных женщин г. Калуги на эмоционально-потребностную сферу и типы психологического реагирования**

Целью нашего исследования является: изучение формирования психологической защиты у беременных женщин под влиянием предродовой подготовки.

Сроки исследования:

I. С 1.10.04 г. по 1.12.04г. - курсовая работа, цель которой:

исследование типа психического реагирования беременных Объект: беременные женщины с незапланированной беременностью - 15 человек, беременные женщины с запланированной беременностью в количестве 15 человек. Срок беременности 30 нед. - 70%, 16 нед. - 30%; возраст от 20 до 28 лет. \*9\* \*" \*\*\*\*\*\* \*\*~ ~а/г ^^^

Предмет:^0п психического реагирования женщине» ~~время~~ беременности

Исследование проводилось на базе Калужского областного центра социальной помощи семье и детям «Доверие».

Психодиагностика проводилась 2 раза: до дородовой подготовки и после нее. Задачи исследования:

1. Определить тип психического реагирования беременных при запланированной и не запланированной беременности

2. Выяснить эффективность предродовой подготовки.

Эффективность данной программы для женщин вне зависимости от же данности беременности подтверждают результаты исследования: нормализация психоэмоционального состояния беременных, уверенность в своих силах, самое основное переориентировка в сторону оптимальности переживаний связанных с беременностью, осознание своей материнской роли.

П. С 17.03.05 - дипломный проект. Материалы для исследования набирались на базе женской консультации №4.

Объект исследования:

а) беременные женщины, посещающие занятия в «Школе материнства»– 15 человек

б) беременные женщины, не посещающие занятия в «Школе материнства» – 15 человек.

Возраст 60 %- от 20 до 25 лет, 40% - от 26 до 32 лет.

Образование: 50% женщин имеют средне специальное, 25% женщин имеют высшее образование, 25% женщин имеют неоконченное высшее.

Семейное положение: 70% женщин состоит в законном браке, 30% - гражданский брак.

20% женщин имеют 1 ребенка. 80% женщин – первородящие.

26% женщин беременность не планировали.

Предмет исследования:

Задачи:

1. Изучение психического состояния беременных, состоящих на учете в женской консультации.
2. Обзор программ по дородовой подготовке.
3. Сравнение результатов исследования женщин, проходивших курс предродовой подготовки по специальным программам («Живанна», «Школа материнства») и женщин, не имеющих подобного опыта.
4. Анализ успешности родоразрешения у женщин, не проходивших специальных программ.
5. Исследование послеродовой адаптации женщин (отношение родителей к ребенку, к семейным ролям, эмоциональное состояние).

Методики для исследования:

1. Беседа. Анкета.

* Ф.И.О., возраст, образование, место работы
* Характер взаимоотношений на работе
* Семейное положение. Жилищные условия. Характер взаимоотношений в семье
* Срок беременности. Особенности течения беременности:

а) физиологические: токсикоз, угроза прерывания, стационар;

 б) психологические: раздражительность, плаксивость, колебания настроения, проблемы со сном

* Предыдущие беременности, предыдущие роды
* Отношение к беременности, к родам; мотив зачатия
* Психопрофилактика беременности «Школа материнства», Занятия по специальным программам: «Лапушка», «Живанна», др., самообразование. Отношение к подобной подготовке

2. Работа с медицинской документацией обследуемых беременных женщин.

1. Тестирование.

а) Опросник Добрякова: определение типа психологического компонента гестационной доминанты.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей 6epeменности, ее поведенческие стереотипы.

Ha основе результатов исследования беременную женщину можно отнести к одной из трех групп, требующих различной тактики проведения дородовой подготовки.

1-я группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД.

2-я группа может быть названа «группой риска». В нее следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипонозогнозический, иногда тревожный типы ПКГД. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

3-я группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. В третью же группу следует включать всех, имеющих депрессивный тип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

б) Шкала оценки потребности в достижении. Люди, имеющие высокую потребность в достижении, добиваются наилучших результатов в любой деятельности. В их жизни больше успехов, т.к. они надеются на свои силы и подходят к любому делу со знанием и подготовкой.

в) Самооценка эмоционального состояния. Измерения в этой методике производятся в 10-бальной (стеновой) системе. Показатели «Спокойствие - тревожность», «Приподнятость – подавленность», «Энергичность – усталость», «Чувство уверенности в себе – чувство беспомощности».

Анализ результатов исследования.

Группа 1, женщины без предродовой подготовки

65% женщин имеют низкие показатели по шкале «потребность в достижении»

14% женщин имеют эмоциональное состояние со значениями ниже среднего. 13% женщин имеют эмоциональное состояние со средними значениями. У 73% женщин эмоциональное состояние со значениями выше среднего.

Группа имеет 4% оптимального типа переживания беременности. У женщин наблюдается разброс значений по группам риска:

гипогестогнозический - 12% , эйфорический - 12%, тревожный - 72%, депрессивный - 6%.

45%о женщин считает, что все знания придут со временем, а при родах надеются в основном на медицинский персонал (врача, акушерку). 55% женщин имеют желание посещать курсы по дородовой подготовке.

Группа 2. Женщины, которые прошли предродовую подготовку в «Школе материнства»,

Женщины имеют высокие показатели по шкале «Оценка потребности в достижении».

Мы можем прогнозировать успешность у них родоразрешения, т.к. люди имеющие высокие требования к себе достигают наибольших успехов. Эти женщины имеют хорошие перспективы во время родов - контроль своего поведения, применение знаний на опыте.

67% женщин имеют средние показатели по шкале «потребности в достижении».

19% женщин отмечают показатели эмоционального состояния как выше среднего, 47% - эмоциональное состояние со средними значениями, 34% женщин имеют эмоциональное состояние ниже среднего.

46% женщин с оптимальным типом переживания беременности. 27% - с тенденциями тревожного типа. 27% - с тенденциями эйфорического типа.

Группа 3. Женщины, прошедшие курс подготовки по программе «Живана».

54% женщин имеют оптимальный тип переживания беременности.

46% женщин имеют тенденцию эйфорического типа.

Средние показатели потребности в достижении отмечаются у 80% женщин. Что может говорить о высокой степени мотивированности этих женщин в повышении своей компетенции относительно

Эмоциональное состояние 66% женщин имеют показатели выше среднего, 34% женщин имеют эмоциональное состояние со средними показателями.

**ВЫВОДЫ**

Психологическое состояние беременных женщин, состоящих на учете в женской консультации.

1. Лишь 50% женщин в последнем триместре беременности посещали «Школу материнства»

2. Две женщины из этого числа занимались по специальной программе: семейного клуба «Лапушка», центра «Доверие».

3. Женщины посещают лекции выборочно. Женщины избегают посещение лекций, которые проводит психолог.

4. Неблагоприятная картина складывается у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке:

5. наличие осложнений беременности (тяжелый токсикоз I половины беременности, угроза прерывания, замершие беременности)

6. наличие тревожности, депрессивные мысли.

7. Женщины, имеющие показания к плановой операции кесарево сечение входят в группы риска по типу переживания беременности.

8. 45% женщин считает, что все знания придут со временем, а при родах надеются в основном на медицинский персонал (врача, акушерку).

9. 30% женщин имеют желание посещать курсы по дородовой подготовке по специальной программой. Большинство же женщин о существовании подобных программ не знают.

10. Эмоциональное состояние практически у всех беременных в женской консультации находится на нейтральном уровне. Для беременной важно наличие позитивных эмоций, отсутствие подавленности, страха, напряженности. Психоэмоциональный стресс у беременных в женской консультации, связанный с незамужеством, неблагоприятным акушерским анамнезом, проблемами материального плана требует обязательной консультации и работы с психологом продолжительное время.

11. Эмоциональное состояние ниже средних показателей выявилось у тех женщин, которые имеют отягощенный акушерский анамнез

12. аборты, выкидыши, угроза прерывания, токсикоз 1 половины беременности, внутриутробная инфекция.

13. Женщины с беременностью II триместра обнаруживают тенденцию гипонозогнозического типа переживания беременности. Такие женщины имеют недостаточную заинтересованность и озабоченность своим состоянием. Они скептически относятся к курсам по дородовой подготовке. 40% женщин не хочет думать ни о беременности, ни о ребенке из-за суеверий, они не делятся своими переживаниями и эмоциями с близкими людьми, не готовятся к встрече с ребенком.

14. Беременные женщины, не желающие посещать курсы по предродовой подготовке, склонны к предрассудкам, верят в приметы. Не готовятся к встрече с ребенком, стараются не думать о родах и предстоящем материнстве. Все это, несомненно, скажется на их роли в процессе родов, на трудностях адаптации после родов.

Сравнение результатов исследования в группах беременных, прошедших специальную предродовую подготовку, прослушавших курс лекций в «школе материнства», не имеющих никакой подготовки. (Приложение 5) Наивысшие результаты оптимальности переживания беременности, по баллам, количеству женщин, отмечается после программы «Живана». Крайне низкие показатели тревожного типа. Наличие эйфорического, гестогнозического типов.

Средние результаты по оптимальному типу показали женщины из «Школы материнства». Присутствуют показатели тревожного типа, которые выше, чем в группе из «Живаны», разброс значений по эйфорическому типу. Наличие гипогестогнозического типа.

Самый низкий показатель оптимального типа у женщин без подготовки. Высокие показатели тревожного типа, как по значениям, так и по количеству женщин. Наличие депрессивного типа, что не наблюдается в первых двух группах. Средние показатели по гипогестогнозическому типу.

Женщины, не проходившие предродовую подготовку, входят в группу риска. У них повышенная вероятность развития:

- нервно-психических нарушений,

- соматических заболеваний,

- обострение хронических расстройств.

Женщины, прошедшие курс лекций в «Школе материнства», имеют более благоприятную картину. Но наличие тревожного, эйфорического типов ставят под сомнение полноценность проведенной психопрофилактики. Низкие показатели мотивации достижения у 50% женщин в женской консультации подтверждают необходимость соответствующей коррекции установок личности женщин, развитие волевых процессов. Что достигается, например, посредством работы над своим телом: физические упражнения, регулировка дыхания, умение расслабляться в нужный момент. Эмоциональное состояние у женщин проходивших предродовую подготовку по программе «Живана» значительно выше, чем у женщин из первых двух групп.

Анализ эффективности работы программ по предродовой подготовке.

Основная задача «Школы материнства» состоит в том, чтобы проинформировать женщину в рамках санпросвет работы, это в большей степени медицинская направленность лекций. Ограниченность форм и методов работы психологической направленности не может обеспечить эффективность предродовой подготовки.

Тем не менее, в женской консультации №4 создана хорошая информационная программа: литература, плакаты, лекции, видеоматериалы. Предлагаются занятия ЛФК. Высокий творческий потенциал психолога. Но проблема скорее в мотивированности женщин. Не всем понятны преимущества предродовой подготовки. Некоторые даже не слышали о таком понятии. Женщины надеются на врачей. Все в руках медиков. Т.о. женщина выступает как беспомощный, безынициативный, безучастный к своей жизни человек.

Женщины, посещающие специальные курсы по предродовой подготовке, имеют высокий уровень мотивации, что гарантирует им успешное овладении информации, применение ее на практике, использование своих внутренних ресурсов, подключение собственного творческого потенциала, сознательное участие в родовом процессе и в своей жизни.

I По шкале потребности в достижении:

Женщины, которые получали информацию в «Школе материнства» имеют высокие показатели по шкале «Оценка потребности в достижении».

Мы можем прогнозировать успешность у них родоразрешения, т.к. люди имеющие высокие требования к себе достигают наибольших успехов. Эти женщины имеют хорошие перспективы во время родов – контроль своего поведения, применение знаний на опыте.

У 30% женщин, со сроком от12 до 24 недель также наблюдаются высокие показатели по шкале потребности в достижении. У них есть желание пройти курс подготовки к родам, но они не имеют возможности заниматься в силу различных обстоятельств.

II Самооценка эмоциональных состояний

1. Эмоциональное состояние 40% женщин имеют показатели ниже средних значений. 33% женщин из этого числа не посещали специальных занятий по предродовой подготовке.
2. Эмоциональное состояние ниже средних показателей выявилось у тех женщин, которые имеют отягощенный акушерский анамнез
* аборты, выкидыши, угроза прерывания, токсикоз 1 половины беременности, внутриутробная инфекция.
1. Эмоциональное состояние 60% женщин имеют средние показатели.

III

Основные выводы:

1. В последнем триместре беременности 2/3 женщин имеют негативный тип переживания беременности.
2. 30% женщин имеют оптимальный тип переживания беременности. 15% из них прослушали лекции в «Школе материнства»
3. Лишь 50% женщин в последнем триместре беременности посещали «Школу материнства»

Две женщины из этого числа занимались по специальной программе: семейного клуба «Лапушка», центра «Доверие».

1. Эмоциональное состояние 40% женщин имеют показатели ниже средних значений. 33% женщин из этого числа не посещали специальных занятий по предродовой подготовке.
2. Эмоциональное состояние ниже средних показателей выявилось у тех женщин, которые имеют отягощенный акушерский анамнез
* аборты, выкидыши, угроза прерывания, токсикоз 1 половины беременности, внутриутробная инфекция.
1. Эмоциональное состояние 60% женщин имеют средние показатели.
2. Женщины, которые получали информацию в «Школе материнства» имеют высокие показатели по шкале «Оценка потребности в достижении».

Мы можем прогнозировать успешность у них родоразрешения, т.к. люди имеющие высокие требования к себе достигают наибольших успехов. Эти женщины имеют хорошие перспективы во время родов – контроль своего поведения, применение знаний на опыте.

1. Недостаток воздействия программы «Школы материнства», в том, что женщины посещают лекции выборочно. Избегают посещение лекций, которые проводит психолог.
2. Неблагоприятная картина складывается у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке:
* наличие осложнений беременности (тяжелый токсикоз, угроза прерывания)
* наличие тревожности, депрессивные мысли.
1. Женщины с беременностью II триместра обнаруживают тенденцию гипонозогнозического типа переживания беременности. Такие женщины имеют недостаточную заинтересованность и озабоченность своим состоянием. Они скептически относятся к курсам по дородовой подготовке. 40% женщин не хочет думать ни о беременности, ни о ребенке из-за суеверий, они не делятся своими переживаниями и эмоциями с близкими людьми, не готовятся к встрече с ребенком.
2. 45% женщин считает, что все знания придут со временем, а при родах надеются в основном на медицинский персонал (врача, акушерку).
3. 30% женщин имеют желание посещать курсы по дородовой подготовке со специальной программой. Большинство же женщин о существовании подобных программ не знают.
4. В центре «Доверие» наблюдается переполнение групп по предродовой подготовке. Запись идет за несколько месяцев. В городе существует психологический центр «Идиллия», которая тоже занимается психопрофилактической работой с беременными женщинами, но занятия платные. Не все имеют возможность оплачивать подобные занятия.

Т.О. мы видим необходимость привлечения женщин в специальные центры подготовки к родам, создание подобных центров в разных районах города, а также как минимум занятия в «Школе материнства».

### 2.3.1. Формирование психологической помощи беременным

1. Информированность о психологических особенностях беременности.
2. Информированность о психофизиологическом развитии плода.
3. Обучение антенатальному развитию плода. Создание эмоциональной связи матери и ее еще нерожденного ребенка.
4. Психологическая работа с личностью беременной женщины. Работа с установками на материнство.
5. Аутогенная тренировка, направленная на нормализацию своего психоэмоционального состояния.
6. Подготовка к родам (на протяжении всего курса подготовки) – цель умение владеть своим телом и эмоциями, создать положительный настрой на роды:

а) полная информация о процессе родов

б) обучение массажу биологически активных точек при схватках

в) обучение приемам релаксации

г) обучение различным типам дыхания

д) обучение правильно тужиться

е) подготовка ко встрече с малышом

7. Информация о психическом развитии ребенка после рождения до года.

В психопрофилактике одним из важнейших постулатов является сознательное, активное участие женщины в родах. Активность в родах обусловлена одновременно и осведомленностью женщин о специфике родового процесса и навыками, приобретенными в процессе обучения по программе:

– сознательное, творческое отношение к эмоциональным трудностям беременности;

* создание в сознании женщины позитивной эмоциональной доминанты, важной для успешного и безболезненного течения родов;

– сознательное отношение к боли и выполнение всех предложенных мер психопрофилактики боли (дыхание, релаксация);

* умение “владеть телом” во время родового процесса и использовать различные комфортные позиции.

Основной задачей подготовки беременных к родам является обучение направлению собственной нервной энергии на преодоление стрессового состояния и выполнение большого физического напряжения в родах.

Все эти навыки позволяют повысить комфортность прохождения женщины через роды, снижают родовой травматизм и матери, и ребенка.

Необходимым условием достижения успешности в родах является “принятие” матерью своего ребенка задолго до родов, установление с ним эмоционального контакта, что позволяет укрепить и гармонизировать симбиотическую связь “мать – дитя”.

Основные направления психологических тренингов:

1. Позитивные и негативные чувства и переживания, связанные с беременностью
2. Использование ресурсов и раскрытие новых возможностей собственного тела
3. Работа со страхами и опасениями перед беременностью и родами
4. Прохождение и коррекция собственного рождения
5. Осознание и переживание агрессивных чувств, приобретение способов их контроля и конструктивного выхода из конфликта
6. Приобретение навыков обезболивающего массажа и дыхания во время родов
7. Развитие большего внимания к своим чувствам и ощущениям, которое поможет лучше понимать себя и других людей

В процессе подготовки беременных к родам целенаправленно создается благоприятная эмоциональная обстановка на теоретических и практических занятиях. Психологом развивается у беременных чувство бодрости, оптимизма, уверенности в своих силах. Этому способствуют хорошее самочувствие беременных и нахождение их в дружном, сплоченном коллективе беременных женщин.

**2.4. Исследование психологического состояния беременных, не проходящих специальных программ по дородовой подготовке.**

Целью нашего исследования является: изучение формирования психологической защиты у беременных женщин под влиянием предродовой подготовки.

I. Курсовая работа, целью которой: исследование типа психического реагирования беременных

Объект: беременные женщины с незапланированной беременностью – 15 человек, беременные женщины с запланированной беременностью в количестве 15 человек. Срок беременности 30 нед. – 70%, 16 нед. – 30%; возраст от 20 до 28 лет.

Предмет: тип психического реагирования женщин во время беременности на стресс.

Исследование проводилось на базе Калужского областного центра социальной помощи семье и детям «Доверие».

Психодиагностика проводилась 2 раза: до дородовой подготовки и после нее.

Задачи исследования:

1. Определить тип психического реагирования беременных при запланированной и не запланированной беременности
2. Выяснить эффективность предродовой подготовки.

Для исследования мы использовали:

* шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина

- определение типа психологического компонента гестационной доминанты. (методика И.В. Добрякова)

* анкета

Эффективность данной программы для женщин вне зависимости от желанности беременности подтверждают результаты исследования: нормализация психоэмоционального состояния беременных, уверенность в своих силах, самое основное переориентировка в сторону оптимальности переживаний связанных с беременностью, осознание своей материнской роли.

II. Дипломный проект. Материалы для исследования набирались на базе женской консультации №4.

Таблица №1

ГРУППА № 1 Беременные женщины, прослушавшие курс лекций в «Школе материнства»

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № исследуемого | Шкала потребности в достижении | Оптимальный | Гиогестогнозич. | Эйфорический | Тревожный | Депрессивный | Самооценка эмоционального состояния |
|  | 2 | 3 |  | 5 | 1 |  | 25 |
|  | 6 | 7 |  |  | 2 |  | 25 |
|  | 5 | 7 |  |  | 2 |  | 24 |
|  | 3 | 5 | 1 | 2 | 1 |  | 24 |
|  | 6 | 2 |  | 7 |  |  | 28 |
|  | 4 | 3 | 1 | 4 | 1 |  | 27 |
|  | 2 | 7 | 1 | 1 |  |  | 18 |
|  | 4 | 5 |  | 3 | 1 |  | 25 |
|  | 4 | 5 |  | 2 | 2 |  | 23 |
|  | 4 | 7 | 2 |  |  |  | 24 |
|  | 3 | 7 |  | 2 |  |  | 21 |
|  | 2 | 7 | 1 |  | 1 |  | 23 |
|  | 4 | 5 | 1 | 2 | 1 |  | 23 |
|  | 4 | 7 | 1 | 1 |  |  | 24 |
|  | 5 | 5 | 2 |  | 2 |  | 23 |

Таблица №2

ГРУППА №2 Беременные женщины, не проходившие специальной подготовки

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № исследуемого | Шкала потребности в достижении | Оптимальный | Гиогестогнозич. | Эйфорический | Тревожный | Депрессивный | Самооценка эмоционального состояния |
| 1 | 2 | 4 |  | 3 | 2 |  | 23 |
| 2 | 2 | 5 |  | 1 | 3 |  | 20 |
| 3 | 3 | 5 |  | 2 | 2 |  | 18 |
| 4 | 1 | 7 |  | 1 | 1 |  | 28 |
| 5 | 1 | 6 | 2 | 1 |  |  | 24 |
| 6 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 26 |
| 7 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 20 |
| 8 | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 |  | 20 |
| 9 | 5 | 4 | 3 |  | 2 |  | 25 |
| 10 | 5 | 4 |  | 2 | 2 | 1 | 25 |
| 11 | 6 | 4 | 1 | 1 | 3 |  | 20 |
| 12 | 5 | 4 | 2 | 1 | 2 |  | 24 |
| 13 | 3 | 3 | 1 | 1 | 4 |  | 25 |
| 14 | 1 | 5 | 1 | 2 | 1 |  | 26 |
| 15 | 6 | 3 |  | 6 |  |  | 25 |

# Приложение

ГРУППА № 3: Женщины, проходившие предродовую подготовку по программе «Живанна»

|  |  |
| --- | --- |
| №№п/п | ТПКГД  |
| О | Г | Э | Т | Д |
|  | 7 |  | 2 |  |  |
|  | 7 |  | 1 | 1 |  |
|  | 9 |  |  |  |  |
|  | 7 | 1 | 1 |  |  |
|  | 7 | 1 |  | 1 |  |
|  | 8 | 1 | - | - |  |
|  | 5 | - | 4 |  |  |
|  | 9 | - |  |  |  |
|  | 6 |  | 3 |  |  |
|  | 6 |  | 3 |  |  |
|  | 9 |  |  |  |  |
|  | 5 | 1 | 2 | 1 |  |
|  | 6 |  | 3 |  |  |
|  | 6 |  | 3 |  |  |
|  | 6 | 1 | 2 |  |  |

**Типы переживания беременности женщин по окончании курса по программе «Живанна»**