



VI Санкт-Петербургский Саммит психологов «Технологии успеха»

1-3 июня 2012 года

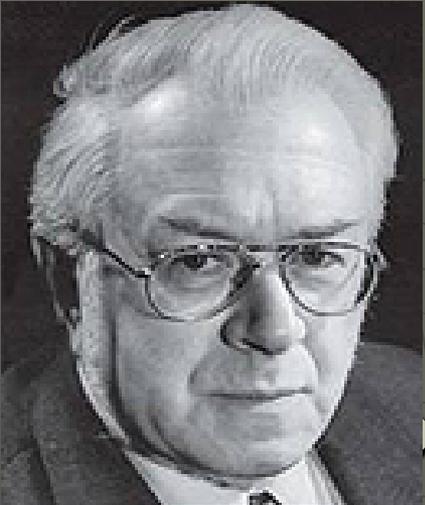
Северо-Западный Государственный
Медицинский Университет им. И.И. Мечникова

Добряков Игорь Валериевич

сопредседатель секции "Перинатальная психология"
Российского психологического общества,
руководитель научной секции "Перинатальная
психология, психопатология и психотерапия"
Санкт-Петербургского психологического общества



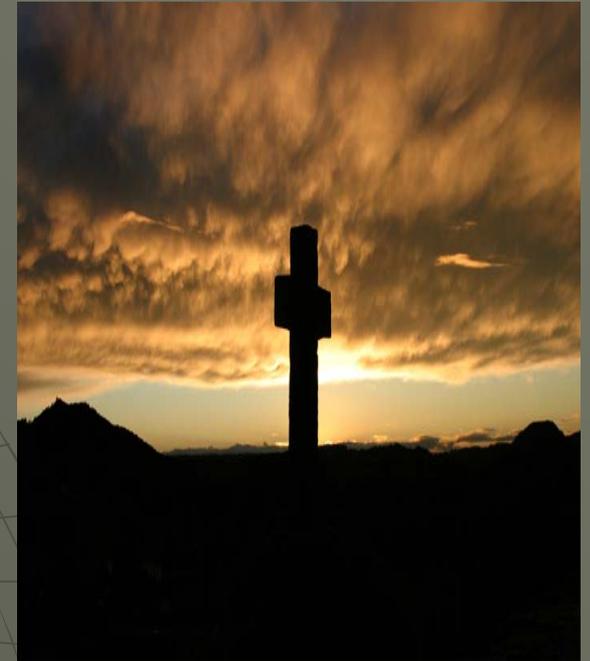
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ XXI ВЕКА - ТРАДИЦИОННЫЕ И НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ



▶ Вся логика развития представлений о биосоциальной природе человека подвела к тому, что на повестку дня была поставлена задача изучения ранних этапов онтогенеза

А.С. Батуев

Ситуации, в которых человек испытывает наиболее интенсивные переживания:



- любовь

- рождение

- смерть

Перинатология - раздел медицины, изучающий здоровье, болезни, и методы лечения детей во временной перспективе, включающей зачатие, пренатальный период, роды и первые месяцы постнатального периода

(G.J. Craig 1976)





«Перинатальная психология – это самостоятельное направление, занимающееся проблемами беременности, родов, послеродового периода в психолого-педагогическом и физиологическом аспектах»
(Г.Г. Филиппова, 2002)



«перинатальная психология, рассматривая систему «мать-дитя-отец» как целостную физико-эмоциональную (духовную) систему, выстраивает закономерности развития ребёнка только в связи с генетической и личностной потенцией родителей»
(В.В. Абрамченко и Н.П. Коваленко, 2004)



Акушеры-
гинекологи

Терапевты

Неонатолог
и

Методисты
ЛФК

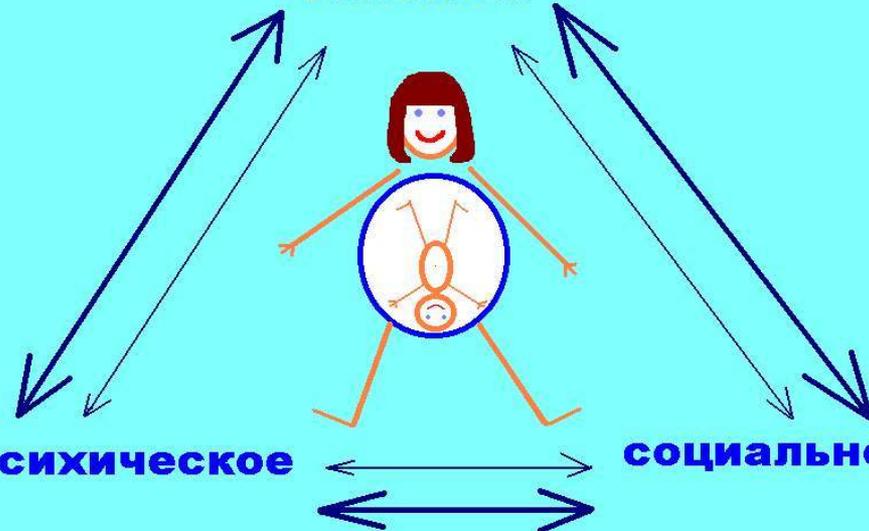
**здоровье
телесное**

психическое

социальное

Медицински
е психологи

Консультанты
по вопросам
семьи и брака





В середине XX века Джордж Энджел выдвинул холистическую модель, альтернативную безраздельно господствовавшему общепринятому биомедицинскому подходу.

«... клиницисту необходимо учитывать биологические, психологические и социальные аспекты болезни — только тогда он сумеет правильно понять причину страданий больного, предложить адекватное лечение и завоевать доверие пациента»

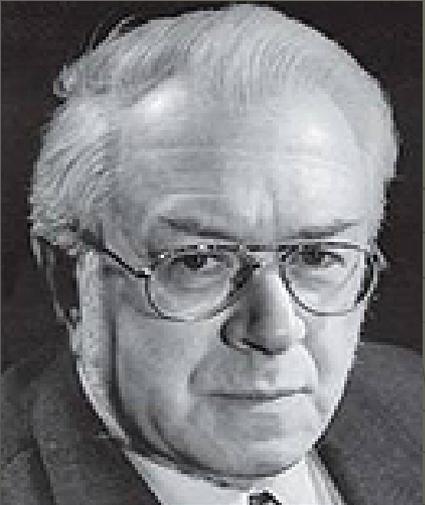
G. L. Engel



В середине XX века академик А.А. Ухтомский предложил концепцию доминанты, являющейся главным системообразующим фактором антропосоциогенеза (лат. *dominare* – господствовать)

«Доминанта – не теория и даже не гипотеза, но преподносимый из опыта принцип широкого применения, эмпирический закон, вроде закона тяготения, который может быть сам по себе и не интересен, но который достаточно назойлив, чтобы было невозможно с ним не считаться».

Ухтомский А. А. (1954)



Материнская доминанта - последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющих друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированных биологическими (прежде всего, гормональными) изменениями, психологическими и социальными факторами

Аршавский И. А. (1967); Батуев А. С. (1996)

Материнскую доминанту
последовательно составляют:

- ◆ Доминанта зачатия
- ◆ Гестационная доминанта
- ◆ Родовая доминанта
- ◆ Лактационная доминанта.

Материнская доминанта включает:
- физиологический компонент;
- психологический компонент



Рождение человека -

- первая травматическая ситуация, которая кардинальным образом меняет состояние новорожденного и становится прототипом тревожной ситуации в дальнейшем
- травма, которую человек получает при рождении (Freud (1938))
«представляет собой универсальный человеческий опыт»

Rank O. (1924)

При рождении возникает сепарационная тревога, имеющая бессознательную природу и тенденцию к повторному возникновению в неблагоприятных ситуациях в качестве инфантильного опыта

Quinodoz J-M. (2002)





- ◆ **«Чем сильнее родовая травма, тем труднее взрослому человеку устанавливать сексуальные отношения удовлетворительным образом»**

Rank O.,

1924

- ◆ **«Угроза повторения первичной тревожности, опасения вновь испытать невыносимую боль, связанную с сепарацией от первичного объекта, может препятствовать компенсаторному приспособлению к реальности»**

Rank O., 1924

«В бессознательном человека на всю жизнь остается «стремление к восстановлению первичного состояния,... лучшего из всех, а именно – внутриутробного существования»

Rank O., 1924



Рождение человека -

- первая травматическая ситуация, которая кардинальным образом меняет состояние новорожденного и становится прототипом тревожной ситуации в дальнейшем

S. Freud (1938)

- травма, которую человек получает при рождении «представляет собой универсальный человеческий опыт»

Rank O. (1924)

При рождении возникает сепарационная тревога, имеющая бессознательную природу и тенденцию к повторному возникновению в неблагоприятных ситуациях в качестве инфантильного опыта

Quinodoz J-M. (2002)





диадный подход

в перинатальной психологии

- ♦ объектом исследования является диада – уникальное образование, состоящее из женщины и пренейта, – двух живых организмов, имеющих общие телесные и психические границы

мать представляет собой сложноорганизованную личность, а ребенок (пренейт) вначале – нечто противоположное всякой сложности



D.W. Winnicott (1966)

Bonding – частичное восстановление и сохранение благодаря механизмам импринтинга незримой связи и общих границ матери и ребенка после его рождения, способствующее снижению базальной тревоги и сохранению диадного единства

D.W. Winnicott (1966)



Holding – забота, которой мать окружает младенца после рождения (включая и грудное вскармливание), позволяющая сохранять общие границы и диадные отношения

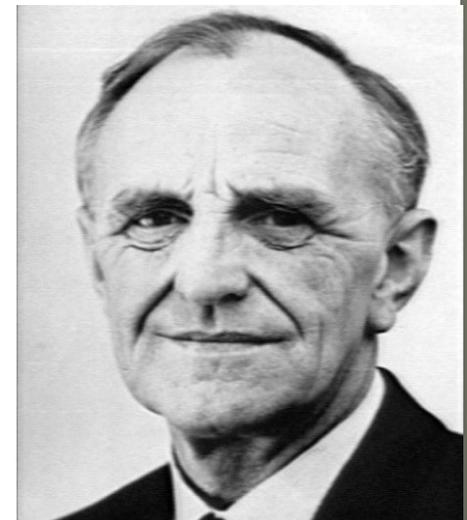


«В ранней стадии у ребенка соответственно нет отношений, его реакции обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих органических влечений»

Мясищев В.Н., 1960
(«Личность и неврозы». – С. 60).

«Когда мать и младенец соединяются в ситуации кормления, речь идёт об инициации человеческих отношений. В этот момент у ребёнка закладывается модель отношения к объектам и миру в целом. Слишком просто искать объяснения в рефлексах»

Winnicott D.W. , 1966



◆ *«Единственная реальная возможность приблизительного восстановления первичного удовольствия дана в сексуальном контакте, то есть в частичном и чисто телесном возвращении в утробу»*



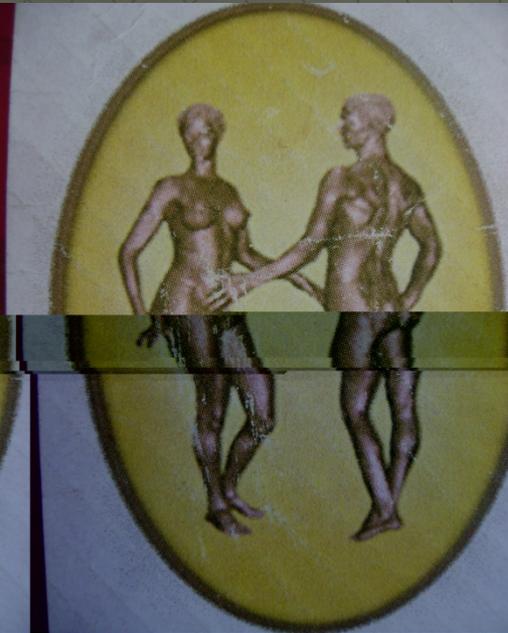
Rank O., 1924

**В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ
ВОЗНИКАЕТ
КОНФРОНТАЦИЯ
СУПРУЖЕСКОГО ХОЛОНА И
ДИАДЫ МАТЬ-ПРЕНЕЙТ**

ОНА МОЖЕТ РАЗРЕШИТЬСЯ,
А МОЖЕТ ДЛИТЬСЯ ДЕСЯТИЛЕТИЯМИ
(комплексы Лайя, Эдипа, Электры)

Стадии развития супружеского холона

- ◆ Стадия добрых отношений;
- ◆ Стадия конфронтации;
- ◆ Стадия компромиссов;
- ◆ Стадия зрелого супружеского холона;
- ◆ Стадия кризиса середины жизни (экспериментирования с независимостью);



- ◆ На 3, 4 и 6 стадиях развития холона, как правило, создаются условия, благоприятные для зачатия ребёнка, течения беременности, родов, для формирования раннего диалога родителей с малышом, его гармоничного воспитания

◆ На 1, 2, 5 стадиях развития холона чаще возникают отклонения в формировании гестационной доминанты, раннего диалога в системе «мать-дитя», типа семейного воспитания. Семьи, находящиеся на этих стадиях развития, составляют группу риска по развитию у их членов психосоматических и нервно-психических расстройств, нуждаются в психотерапии.



Часто зачатие является результатом бессознательного желания мужа и жены разрешить семейные проблемы, надежды на то, что рождение малыша улучшит их отношения.



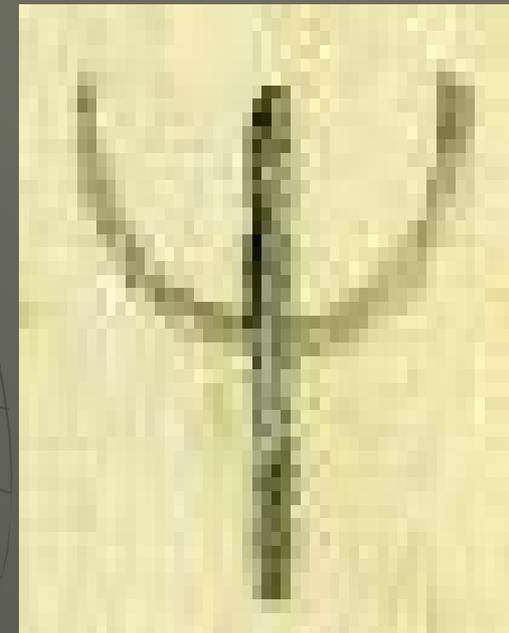
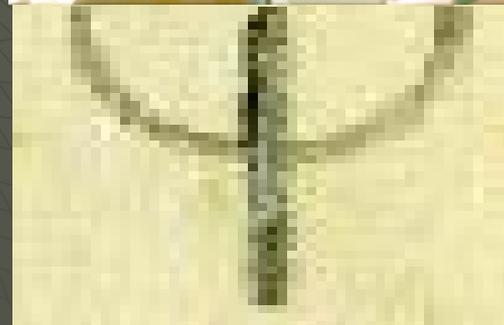
Попытка подобной семейной «аутопсихотерапии», как правило, безуспешна, и надеждам не суждено сбыться.



Зачатие ребёнка в критической ситуации, а, зачастую, попытка разрешить её с помощью беременности и родов, **отрицательно влияет на супружеские отношения!**

Перинатальная психология

раздел психологической науки, изучающий обусловленные взаимодействием с матерью закономерности психологического и психического развития на самых ранних этапах онтогенеза человека от зачатия до первых месяцев жизни после рождения



Критические события («life events») -

это события, которые можно датировать

и локализовать во времени и в пространстве:

- ◆ события, сопровождающиеся стойкими эмоциональными реакциями;
- ◆ события, требующие более продолжительного времени и больше затрат на адаптацию, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок.

(Filipp S.H., 1990; Baumann U., Laireiter A.-R., 1995)



**Беременность, рождение ребенка -
критические события**

Два типа кризиса:

- I тип – есть шанс разрешения кризиса путём возвращения на прежний уровень жизни;
- ◆ II тип – разрешение кризиса требует кардинального изменения жизни, её нового

Беременность – кризис ? типа

Schwangerschaftsdebakel – «кризис беременности»

J. Büchler



- ◆ противоречивое отношение женщины к своей беременности и возможному рождению ребенка;
- ◆ бессознательный конфликт, который может выражать себя в разных формах искусственного и самопроизвольного прерывания беременности

Перинатальный комплаенс (англ.: compliance - согласие)



партнёрское взаимодействие беременной женщины, её родственников и специалистов, достигших взаимопонимания и сформировавших общее мнение о том кем, в каком объёме и каким образом должна оказываться медицинская и психологическая помощь

Перинатальный комплаенс (англ.: compliance - согласие)

Включает партнерскую беременность и партнерские роды

Основные причины нарушения формирования комплаенса



- ◆ недостаточные знания в области перинатальной клинической психологии у специалистов, оказывающих помощь женщине во время беременности и родов
- ◆ недостаточные знания в области акушерства и гинекологии у перинатальных психологов и психотерапевтов
- ◆ несогласованные действия различных специалистов, оказывающих помощь женщине во время беременности и родов
- ◆ неконструктивные мотивы зачатия
- ◆ неоптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (гипогестозический, тревожный, депрессивный и эйфорический типы)

Приложение №1

к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи,
утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России
от 2 октября 2009 г. №808н

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

В целях оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике аборт, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции:

- ◆ оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
- ◆ проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;
- ◆ социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- ◆ медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения
- ◆ ...

Приложение №1

к Порядку оказания акушерско-гинекологической помощи,
утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России
от 2 октября 2009 г. №808н

ПОЛОЖЕНИЕ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

8. Рекомендуемая структура женской консультации:

а) регистратура;

б) кабинет врача-акушера-гинеколога;

в) кабинеты специализированных приемов:

- невынашивания беременности;
- гинекологической эндокринологии;
- патологии шейки матки;
- сохранения и восстановления репродуктивной функции;
- гинекологии детского и подросткового возраста;
- функциональной и пренатальной диагностики;

г) кабинеты специалистов:

- врача-терапевта;
- врача-стоматолога;
- ◆ **врача-психотерапевта (медицинского психолога);**
 - юриста;
- ◆ **социального работника;**
 - лечебной физкультуры



Психотерапия - это лечебное воздействие на психику и через психику на организм **больного**.

(Карвасарский Б.Д., 1985)

Перинатальная психотерапия - это система **лечебного** психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребёнка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику на организм женщины и ребёнка.

Отличия перинатальной психотерапии от других направлений:



- диадический характер объекта психотерапевтического воздействия (системы «беременная-плод» или «мать-дитя»);
- семейный характер проблем, которые она предназначена решать;
- низкий уровень осведомлённости пациентов, нуждающихся в перинатальной психотерапии, о возможности её получения;
- необходимость активного выявления нуждающихся в перинатальной психотерапии и формирования у них мотивации на лечение;
- ятрогенный и психологический характер ряда нарушений, являющихся показанием к применению перинатальной психотерапии;



- последовательная смена задач перинатальной психотерапии, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи, этапами реализации репродуктивной функции; необходимость тесного сотрудничества перинатального психотерапевта с другими специалистами (акушерами-гинекологами, неонатологами, психологами);
- предпочтительность краткосрочных психотерапевтических методик;
- дефицит специфического психологического инструментария и методических разработок в области перинатальной психотерапии;
- недостаточное количество грамотных специалистов, способных осуществлять перинатальную психотерапию;
- профилактическая направленность перинатальной психотерапии

Разделы перинатальной психотерапии :

- психотерапия семьи, планирующей зачатие ребёнка;
- психотерапия семьи, ожидающей рождения ребёнка;
- психотерапия семьи, имеющей новорождённого ребёнка;
- психотерапия пациентов (детей разного возраста, подростков, взрослых), у которых нервно-психические расстройства связаны с проблемами перинатального периода;
- специальная перинатальная психотерапия;
- психотерапия при перинатальных утратах.

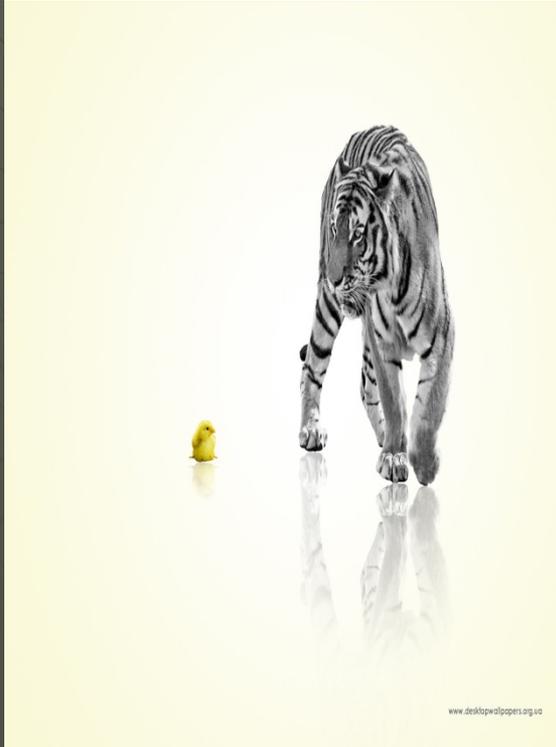
Особенности современного этапа развития перинатальной психотерапии в Российской Федерации:



- недостаточное количество специалистов, способных её осуществлять;
- низкий уровень осведомлённости пациентов, нуждающихся в перинатальной психотерапии, о возможности её получения;
- необходимость активного выявления нуждающихся в перинатальной психотерапии и формирования у них мотивации на лечение;
- ятрогенный, психологический и дидактогенный характер ряда нарушений, являющихся показанием к применению перинатальной психотерапии;
- дефицит методических разработок по организации работы перинатальных психотерапевтов

Принципы соотношений медикаментозных и психотерапевтических вмешательств в акушерстве

- ◆ чем меньше срок беременности, тем чаще выбор между медикаментозным лечением и психотерапией должен быть в пользу последней;
- ◆ использование минимальных доз препаратов с постепенным осторожным повышением их при отсутствии эффекта;
- ◆ стремление к прекращению медикаментозной терапии при возможности эффективного психотерапевтического воздействия;
- ◆ чем острее и тяжелее экстрагенитальная и/или генитальная патология пациентки, тем больше оснований для назначения медикаментов и меньше использование психотерапии;
- ◆ при купировании острой патологии, улучшении соматического состояния пациентки возрастает роль психокоррекционной работы и психотерапевтического вмешательства;
- ◆ при резистентных к проводимой психокоррекции, психотерапии беременных женщин с нервно-психическими расстройствами не следует продолжать те же психокоррекционные мероприятия. При этом целесообразно попробовать иные способы психологического воздействия, а при отсутствии эффекта подключать медикаментозную терапию.
Психологи в этом случае обязаны рекомендовать консультацию психотерапевта или психиатра!





НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

Дискуссионные вопросы современного акушерства

Санкт-Петербург
1-3 июня 2011

**НИИ акушерства и гинекологии имени
Д.О.Отта СЗО РАМН**

**ПРЕЗИДЕНТ КОНГРЕССА академик РАМН, з.д.н. РФ,
профессор Э.К.Айламазян**

www.ott.ru

Руководитель оргкомитета Конгресса: д. м. н. Зайнулина Марина Сабировна
e-mail: zainulina@yandex.ru тел. (812) 328-13-02

ВОПРОСЫ



dobriakov2008@yandex.ru