

Э.П. Станько, В.А. Лискович, И.А. Наумов, С.А.Гарбуз

**БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД:
ФИЗИОЛОГИЯ, ПСИХОПАТОЛОГИЯ,
ПСИХОТЕРАПИЯ И
ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ
ПОДГОТОВКА**

Гродненский государственный медицинский университет

* * *

ББК 57.1 + 53.57 + 56.14

Б 48

УДК 618.2 /. 7: [615.851 + 616.89 - 084

Беременность, роды и послеродовой период: физиология, психопатология, психотерапия и психопрофилактическая подготовка / **Станько Э.П., Лискович В.А., Наумов И.А., Гарбуз С.А.** - Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2005. - 194с.

Авторы: *Э.П. Станько* - ассистент кафедры психиатрии с курсом общей психологии УО "Гродненский государственный медицинский университет", кандидат медицинских наук; *В.А. Лискович* - главный врач УЗ "Гродненский областной клинический родильный дом", ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, кандидат медицинских наук; *И.А. Наумов* - заместитель главного врача по оказанию акушерско-гинекологической помощи населению области УЗ "Гродненский областной клинический родильный дом", ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, кандидат медицинских наук; *С.А. Гарбуз* - врач психотерапевт УЗ "Гродненский областной клинический родильный дом".

Монография посвящена одной из актуальных проблем современной клинической медицины - психофизическому состоянию женщины в дородовой, родовой и послеродовой периоды.

В монографии в доступной форме с использованием медицинской терминологии рассматриваются история и современные подходы к оценке психофизического состояния женщины в период беременности, в процессе родов и в послеродовом периоде.

Авторы достаточно внимания уделяют вопросам физиологии и психопатологии дородового, родового и послеродового периодов. Рассматривают принципы и методы психопрофилактической подготовки беременных к родам, психотерапевтического воздействия в родах и послеродовом периоде с применением современных методов музыкальной стимуляции плода и новорожденного. Особое внимание обращено на оценку родовой боли и способы ее купирования.

В приложении представлены личностный опросник (FPI), психометрические шкалы (HADS, HADRS-21, MADRS, CGIS) для выявления особенностей личности, выраженности расстройств депрессивного спектра и лечения беременных.

Издание рассчитано на широкий круг читателей, рекомендуется акушерам-гинекологам, врачам психиатрического профиля, других специальностей, студентам старших курсов медицинских ВУЗов, интересующихся данным вопросом.

Табл.2. Библиогр.: 126.

Рецензенты: *Е.Г. Королева* - заведующая кафедрой медицинской психологии и психотерапии УО "Гродненский государственный медицинский университет", профессор, доктор медицинских наук; *М.В. Кажина* - доцент кафедры акушерства и гинекологии УО "Гродненский государственный медицинский университет", кандидат медицинских наук.

© Э.П. Станько,
В.А. Лискович,
И.А. Наумов,
С.А. Гарбуз,
2005

ПРЕДИСЛОВИЕ

Одной из актуальных проблем современной клинической медицины является изучение психофизического состояния женщины в период беременности, в родах и послеродовом периоде. От эмоционального состояния беременной во многом зависит течение беременности и родов, также состояние плода и последующее развитие ребенка.

Уже в прошлом общепринятым подходом среди специалистов, оказывавшим медицинскую помощь беременным, являлась практика ограждения беременных от неприятных ощущений, приобщения к прекрасному и приносящему эстетическое удовольствие, что являлось одним из факторов профилактики невынашивания беременности и осложнений родового периода. Так, например, в Китае уже более 1000 лет назад существовали заведения типа пренатальных клиник, где беременные проводили время, окруженные покоем и красотой.

Формирование положительных эмоций у беременной, чувство удовлетворенности способствуют повышению устойчивости организма к воздействию различных стрессогенных факторов, в том числе и болевого. Повышение выработки эндогенных опиатов (эндорфины, энкефалины) вызывает изменение порога болевой чувствительности, что приводит к сокращению времени болезненных ощущений во время родов, их интенсивности, нивелированию психомоторного возбуждения. Эндорфины, вызывая повышение в послеродовом периоде уровня пролактина (гормона, стимулирующего лактацию), способствуют нормализации сократительной деятельности матки в родах и становлению процесса естественного вскармливания. Однако ожидание боли в процессе родов, неуверенность в себе, в своих силах, переживание различных страхов, развитие тревожно-фобических расстройств могут способствовать возникновению осложнений физиологического течения беременности, формированию психических и поведенческих расстройств, различных вегетососудистых нарушений, угрозе прерывания беременности и т.д.

В III триместре беременности и, особенно в родах, беременная на подсознательном уровне максимально воспринимает и усваивает любую информацию. Поэтому в некоторых родильных домах вербальное общение врачей и акушерок с женщинами во втором периоде родов сведено до минимума. Одновременно, особенно в первый период родов, в родильном блоке активно используются непосредственно музыка- и ароматерапия. Музыкаотерапия и пение обеспечивают у беременных психоэмоциональный комфорт и мышечную релаксацию, что способствует нормализации процессов торможения и возбуждения в ЦНС, подтверждаемой появлением на электроэнцефалограмме устойчивого альфа-ритма, характерного для состояния покоя и внутренней гармонии. В послеродовом периоде

практикуется раннее прикладывание ребенка к груди и совместное пребывание матери и ребенка, рекомендуется активное общение женщины с ребенком, родственниками и друзьями.

Таким образом, деятельность акушеров-гинекологов, психотерапевтов и врачей-психологов должна быть направлена на создание комплексной программы психопрофилактической (психофизической) подготовки беременных, направленной на профилактику возможных осложнений в дородовом, родовом и послеродовом периодах.

ВВЕДЕНИЕ

Роды представляют сложный физиологический процесс, завершающий беременность. Несмотря на относительную непродолжительность, период родов по выраженности эмоционального и физического напряжения занимает особое положение, требует от роженицы напряжения всех сил и резервов, а от врача – предельного внимания и профессионализма.

Многолетний опыт работы организаций родовспоможения доказал положительное влияние психофизических занятий с беременными при проведении подготовки к родам. Однако существующая практика свидетельствует, что психофизическая подготовка беременных к родам заключается преимущественно в педагогическом и дисциплинарном воздействиях на психику беременных, что обусловлено отсутствием должного взаимодействия между врачами акушерами-гинекологами и врачами психиатрического профиля (психотерапевты, врачи-психологи). Снижению интереса к психопрофилактическому обеспечению родового процесса способствует также появление новых обезболивающих средств и инструментальных методов, значительно уменьшающих выраженность болевого фактора. В связи с этим в настоящее время сложившийся метод психопрофилактической подготовки беременных к родам нуждается в дальнейшем совершенствовании.

Родовая боль всегда привлекала внимание людей. В древности полагали, что боль вызывается злыми духами, демонами. Народы античного мира, германские и романские племена использовали различные заклинания, жертвоприношения, амулеты для расположения к себе добрых и изгнания злых духов, полагая, что это способствует благополучному течению родов и облегчает страдания женщины. Чтобы помочь роженице, пели песни, рассказывали женщине различные истории, всячески отвлекали её от болевых ощущений. На Полесье муж ложился на скамью возле дома и кричал, чтобы жене легче было родить. Известны, так называемые родильные песни, которые специально исполнялись в присутствии роженицы. В Индии предпринимались попытки ослабить болевые ощущения роженицы вдыханием дыма древесного угля. Африканские племена с этой целью применяли различные опьяняющие напитки. Ту же цель преследовала символическая передача болей повитухам или мужу, которые или действительно причиняли себе физические боли и кричали, или делали вид, что страдают, поднимая стон и крик во время родов. Вымышленные страдания и симуляция болей мужем, называемая у некоторых народов "кувада", имели и другую цель - доказать кровное родство родившегося ребенка с отцом.

У некоторых народов России был распространен следующий обычай: для ускорения родов и облегчения страдания роженицы все завязанное развязывали, все запертое открывали, расплетали косы, снимали кольца и т.д. Традиция развязывания поясов, сохраненная многими народами, происходит от древнего обычая первородящих женщин посвящать свой пояс богине

Артемиде. Проведение подобных мероприятий прямого действия на течение родов, степень ощущения родовых болей не оказывали, но присутствовал элемент суггестивного воздействия, который при выполнении ритуала, словесном воздействии и соответствующем отношении к этому роженицы мог вызвать некоторый болеутоляющий эффект.

С распространением христианства идея борьбы с родовой болью была забыта, возникли представления о неизбежности страданий, где родовые муки стали рассматривать как расплату за грехи прародительницы Евы. Христианство оценивало боль как божье наказание и способ достижения «милости Господней» через страдания. Поэтому попытки обезболивания при родах зачастую наталкивались на противодействие со стороны Церкви, которая основывалась на библейском предречении: «В муках будешь ты рожать детей твоих». Даже некоторые акушеры считали, что вмешательство в естественный ход родов для снятия боли может негативно отразиться на женщине и ребёнке, что боль в родах необходима для формирования материнского инстинкта. Это не способствовало развитию методов действенного обезболивания родов. В частности, так известная с древности "spongia somnifera" - пропитанная опиум, настойкой мандрагоры губка, обладавшая болеутоляющим эффектом, так и не получила широкого распространения.

Тем не менее, попытки обезболивания родов предпринимались постоянно. В XVIII веке Франц Антон Месмер с единомышленниками сообщали о «магнетическом» обезболивании родов. Начиная с первой половины XIX века, были предприняты первые попытки научной разработки процесса обезболивания родов: английский зубной врач Morton (1846) впервые применил в своей практике с целью обезболивания эфир. В 1847 году акушер Simpson произвел под эфирным наркозом поворот плода на ножку при узком тазе, в последующем применил эфир для обезболивания нормальных родов. Он же в 1869 году также впервые использовал для этих целей хлороформ и хлоралгидрат. В 1881г. С.К. Кликович применил закись азота в смеси с кислородом и показал, что "веселящий газ" обладает хорошим обезболивающим действием и не оказывает вредного влияния на мать и ребенка. В 1887 году И.И. Архангельский для обезболивания родов предложил метод воздействия на кожные рецепторы в области гиперестезии: накладывать на живот роженицы компрессы с хлороформом в масле с целью быстрого прекращения судорожных потуг и невыносимых болей. Штейнбюсель в 1902 г. сделал попытку использовать широко применявшийся в глазной и психиатрической практике скополамин, также морфин для обезболивания родов. Предложенный еще в 1847 г. Н.И. Пироговым ректальный эфирный наркоз был использован Thaler и Irbel в 1922 г. с целью обезболивания родов. Более совершенная модификация эфирно-маслянного ректального наркоза с подкожным введением морфина и сульфата магния была создана в 1930 г. Gwathmey, так называемый метод Гватмея, который широко в последующее широко применялся в странах Западной Европы и Америки.

К числу классических работ по обезболиванию родов начала XX века, получивших широкую известность, как в России, так и за рубежом, следует отнести исследования Е.М. Курдиновского, изложенные в его монографии "Обезболивание нормальных родов" (1906). На основании своих исследований Е.М. Курдиновский в 1935г. разработал методики применения ряда обезболивающих средств. Автор впервые доказал не только необязательность родовых болей, но и их отрицательные последствия для здоровья роженицы. Он показал, что интенсивные и длительные боли в родах могут приводить к истощению нервной системы, вследствие чего в послеродовом периоде могут возникать тяжелые нервно-психические расстройства. Проведенные Е.М. Курдиновским научно-практические исследования убедительно показали необходимость борьбы с родовой болью реальными средствами, имеющимися в распоряжении акушеров.

Наряду с изучением фармакологических средств, для обезбоживания родов в России с конца прошлого столетия, а в последующем и в СССР, заинтересовались гипносуггестивными методами. Как указывает К.К. Скробанский (1936), попытки использования гипноза в акушерстве настолько стары, насколько стар сам гипноз, который применяли не акушеры, а специалисты-гипнотизеры. Первые сообщения о родах, проведенных в гипнотическом сне, были сделаны в конце прошлого столетия М. Добровольской (1891 г.). Она подносила компресс, смоченный водой, к лицу роженицы и внушала ей, что она вдыхает эфир, при этом добивалась полного или частичного болеутоления в родах. Предложенный ею метод развивали В.А. Добронравов и А.Н. Хаврин (1896), А.Я. Боткин (1897). К числу пионеров, успешно применявших гипноз в родах, относится Г.Ф. Матвеев, который использовал внушение в сочетании с приемом слабых наркотических средств.

В возникновении и развитии современного психопрофилактического метода обезбоживания родов важную роль сыграли отечественный гипносуггестивный метод, успешно применявшийся уже в 20-х годах XX столетия (К.И. Платонов, И.З. Вельвовский, А.П. Николаев, В.И. Здравомыслов) и программа подготовительных бесед с беременными А.П. Николаева. В 1922г. профессор К.И. Платонов и его ученик И.З. Вельвовский впервые подняли вопрос о широком применении психотерапии в акушерстве. В 1924г. появились работы А.П. Николаева, который первым среди акушеров теоретически обосновал и методически разработал программу гипносуггестивного обезбоживания родов с позиций учения И.П. Павлова. В 1925г. выходят труды К.И. Платонова "Гипноз и внушение в практической медицине", "Внушение и гипноз в акушерстве и гинекологии". В 1927г. вышла в свет монография А.П. Николаева "Теория и практика гипноза в физиологическом освещении", оцененная профессором К.И. Платоновым как "лучший научный труд по вопросам гипноза в мировой литературе". К гипносуггестивному методу особенно возрос интерес в 1936-1938 гг.,

когда широкое распространение получило массовое обезболивание родов, возглавленное проф. А.Ю. Лурье.

В 1956г. вышла монография В.И. Здравомыслова "Обезболивание родов внушением", в которой указывалось, что для суггестивного родообезболивания в бодрствующем состоянии не существует противопоказаний, как со стороны общего (соматического, нервно-психического) статуса роженицы, так и со стороны особенностей и характера течения родов (нормальные, патологические роды). Основным в практике каждого акушера должен являться психопрофилактический метод, вызывающий активизацию коры головного мозга, а не торможение, как при использовании гипносуггестивного метода. Несмотря на доступность и массовость применения, эффективность психопрофилактического метода во много раз меньше гипносуггестивного воздействия. Поэтому в ряде случаев одной психопрофилактики родовой боли бывает недостаточно, требуется суггестивная терапия (словесное внушение). Проведение суггестивной психоподготовки особенно показано роженицам с ярко выраженной эмоцией страха, получившим психотравму при предыдущих болезненных родах, а также беременным и роженицам, у которых можно ожидать длительных и болезненных родов. Тем не менее, в массовом обезболивании родов гипносуггестивный метод ведущего положения не занял, так как не вышел за рамки лабораторно-клинических наблюдений отдельных кафедр и институтов (М.И. Донигевич, 1956).

В монографии И.З. Вельвовского "Система психопрофилактического обезболивания родов" (1963) указаны общие принципы и элементы системы психопрофилактики болей в родах. Отмечено, что система носит профилактический характер, не имеет ограничений в применении, противопоказаний и доступна широкому кругу врачей акушеров-гинекологов. Основу теории составляла условно-рефлекторная теория академика И.П. Павлова. Психопрофилактика родовой боли ("предотвращение силой разума") включала в себя отвлекающие методы, направленные на уменьшение восприятия боли и дискомфорта во время схваток. Методы были основаны на различных приёмах управляемого грудного дыхания, лёгкого массажа живота и концентрации взгляда на объекте. Упор был сделан на разумно-активное поведение женщины в родах для поддержания тонуса коры, чтобы возможным становился волевой контроль болевых ощущений.

И.З. Вельвовский утверждал, что в системе психопрофилактического обезболивания родов ведущую роль играют не психотерапия, внушение и его гипнотический компонент, а дидактические, стимулирующие и активирующие меры, способствующие активации роженицы во время родов. При этом женщина расширяет свои представления о физиологии родов, её приучают к мысли, что роды могут быть безболезненными. Беременная обучается определённым физическим и психическим приёмам, повышающим болевой порог. И.З. Вельвовский предостерегал от подготовки к родам «залпом», по сокращённой программе,

неверных, чересчур оптимистичных установок на роды у психотерапевта и его пациенток. Автор подчёркивал, что адекватная психотерапевтическая подготовка беременной является залогом успешных родов и гладкого прохождения послеродового периода. По результатам своей работы он делал заключение, что женщины, посещавшие психотерапевтические группы, быстрее восстанавливаются после родов физически и психологически, испытывают меньше затруднений с налаживанием грудного кормления и контакта со своим малышом.

Параллельно с И.З. Вельвовским в 50-х годах во Франции подобную программу практиковал доктор Фернанд Ламаз. Программа также базировалась на теории И.П. Павлова и быстро завоевала популярность в Европе. Физиотерапевт Элизабет Бинг и будущая мать Марджори Кармел, ученицы доктора Ламаза, основали Американское общество психопрофилактики в акушерстве (ASPO), которое занималось подготовкой преподавателей и обучением родителей с целью дальнейшего распространения метода психопрофилактики. В последующем, метод Вельвовского и Ламаза, в течение многих лет успешно совершенствовался их последователями и в настоящее время предлагает большое разнообразие техник (П. Симкин, Д. Вэлли, Э. Кепплер, 1998).

В 1935 году англичанином Г.Д. Ридом был разработан метод обезболивания родов, названный «естественным деторождением», или «родами без страха». Он утверждал, что цивилизация, нарушив здание примитивной защиты, «выражающееся в первородном инстинкте бегства», породила эмоцию страха, которая неразрывно связана с напряженностью и болью. Страх, обусловленный отсутствием у роженицы знаний о событиях, происходящих в процессе родов, провоцирует напряжение мышц (в т.ч. мышц нижнего сегмента матки), вызывающее боль. Поэтому беременная, по мнению автора, в антенатальном периоде должна получить знания о том, что происходит во время родов.

Г.Д. Рид предложил методику тренировки «максимального расслабления ума и тела» – на фоне релаксации проводилось внушение. Расслабление расценивалось как естественный феномен родоразрешения, непосредственно связанный с притуплением мышления и активного интереса к функции матки.

В 50-60 годах американский врач Роберт Бредли изучал и пропагандировал естественные методы родоразрешения, без излишних медикаментов и инструментальных вмешательств. Он учил пациенток, что страх родов увеличивает напряжение и ведёт к усилению боли - чем сильнее боль, тем больше страх. Таким образом, образуется порочный круг, который возможно разорвать, используя психотерапевтические методы расслабления в родах, элементы аутотренинга. Однако главным достижением Бредли было привлечение мужей к непосредственному участию в родах жены. Он основал Американскую академию мужей-

инструкторов при родах (ААНСС) для подготовки преподавателей и распространения его метода.

В 1955 году Хейнс (Южная Америка) предложил, в качестве метода, снижающего боль и осложнения в родах, методику абдоминальной декомпрессии. По мнению автора, абдоминальная декомпрессия расслабляет мышцы передней брюшной стенки, благодаря чему верхняя часть матки становится более округлой и сокращения её - более эффективными. Часть грудной клетки, живот и бёдра беременной помещали в герметичную пластиковую оболочку (мешок Хейнса). Женщина, при каждом сокращении матки, с целью создания внутри мешка отрицательного давления самостоятельно (с помощью специального устройства) регулировала отсос воздуха из мешка. Однако, аппарат затруднял доступ акушера к животу родильницы, также значительная декомпрессия могла вызвать преждевременное отхождение амниотической жидкости.

С 60-х годов большое влияние на методы подготовки к родам в мире стал оказывать психосексуальный подход антрополога Шейлы Китсинджер (Великобритания), которая рассматривала роды как серьёзное личное, сексуальное и социальное событие. Суть метода Китсинджер заключается в сознательном контроле над своим телом, новых методах расслабления и специальных приёмах дыхания.

В 1977 году Leboyer (Англия) предложен метод, названный «рождением без принуждения» - предусматривал рождение в спокойной, привычной обстановке, в полузатемнённой комнате, на обычной кровати. Роды по этому методу, в ряде случаев, протекали быстрее и менее болезненно. При этом поощрялся физический контакт между матерью и ребёнком. Однако сомнение вызывала возможность обеспечения безопасности родов, так как вышеописанная обстановка затрудняла наблюдение и оказание, в случае осложнений, необходимой медицинской помощи.

В 60-х годах голос в защиту материнства подняла международная просветительская ассоциация деторождения (ICEA), члены которой продвигали идеи семейной заботы о материнстве и «свободы выбора на основе знания альтернатив». В 70-х годах ассоциация подвергла критике традиционную акушерскую практику и сделала упор на более «естественных» физиологическом и психологическом подходах. Эти подходы включали в себя разрешение ходить матери во время родов и использование вертикального положения для ускорения родов (Роберто Кальдейро-Барсия и др.); естественные методы изгнания плода (Китсинджер, Кальдейро-Барсия, Джойс Робертс, Элизабет Ноубл); более тесный контакт между родителями и новорожденным (Маршал Клаус, Джон Кеннел); мягкое обращение с новорожденным (Фредерик Лебойер); акценты на эмоциональной поддержке при родах, создании домашней обстановки, возможности свободного и непринуждённого поведения матери (Мишель Оден, Гейл Петерсон, Клаус и Кеннел, Нильс Ньютон и другие).

С целью обезболивания родов, как одной из форм отвлекающей терапии, ряд исследователей использовали смешение звуков различных частот - "белый шум", интенсивность которого увеличивали во время сокращения матки роженицы. В начале 60-х годов, в качестве отвлекающего средства, роженице во время сваток предлагали принимать в пищу лимон.

Заслуживающим внимания методом обезболивания явились "партнерские роды", связанные с положительным влиянием присутствия мужа на психический статус жены во время родов. Муж не только успокаивает и поддерживает женщину, но и разделяет с ней переживания, возникающие во время родов. В этом случае с будущими отцами необходимо проводить специальные занятия. Благодаря полученным знаниям муж может более адекватно оценить психическое состояние жены во время родов, в послеродовом периоде и, при необходимости, оказать ей психологическую поддержку.

Историю исследований по поиску методов обезболивания родов в советский период, по мнению Абрамченко В.В., Петров-Маслаков М.А. (1977), условно можно разделить на 3 периода:

Первый период (до 1941г.) характеризовался проверкой старых методов (эфир, морфин, хлоралгидрат) и внедрением новых способов обезболивания родов в виде использования различных вариантов медикаментозного болеутоления с учетом особенностей течения первого и второго периодов родов, разработкой четких показаний и противопоказаний для обезболивания родов.

Второй этап развития методов обезболивания родов относится к периоду военного времени. Он характеризовался стабилизацией в области изучения вопросов теории и тенденцией к снижению количества обезболенных родов, так как в условиях стресса военного времени женщины легко поддавались словесному воздействию, сочетающемуся с назначением каких-либо болеутоляющих средств.

Третий период в решении проблемы обезболивания родов ознаменовался разработкой и внедрением в широкую практику нового отечественного способа обезболивания родов под названием вначале "психопрофилактика болей в родах", в последующем названного "психопрофилактической подготовкой беременных к родам" (Вельвовский И.З., Платонов К.И., Плотицер В.А., Шугом З.А., 1956). В настоящее время этот метод составляет основу программы подготовки к родам, идея которой заключается в том, что беременная женщина должна заблаговременно готовиться к родам и не только постоянно наблюдать за соматическим состоянием, но и проходить коррекцию психического восприятия всего того, что связано с рождением ребенка.

Постсоветский период (современный), характеризуется усовершенствованием старых методов фармакологического воздействия и переоценкой значения психопрофилактической

подготовки беременных к родам. Обезболивание родов осуществляется не только при физиологическом течении родового акта, но и при наличии сопутствующей патологии, когда применение обезболивающих средств ранее считалось противопоказанным. Комбинации обезболивающих средств, используемые в родовспоможении, одновременно с обезболивающим эффектом способствуют нормализации родовой деятельности, что ведет к профилактике затяжного течения родов.

Созданный отечественными авторами метод психопрофилактической подготовки беременных к родам, применяемый в несколько упрощенном виде, не столько обладает болеутоляющим эффектом, сколько лишь дисциплинирует роженицу. Тем не менее, клиническая практика родовспомогательных учреждений свидетельствует об огромных возможностях метода в отношении функциональной перестройки организма женщины, направленной на вынашивание беременности, роды и ослабление возникающих при родовых схватках болевых ощущений. Основная задача при этом заключается в уяснении аспектов формирования родовой боли и выявлении ее компонента, проявления которого могут быть нивелированы психопрофилактическим воздействием.

Существующие в настоящее время методы обезболивания родов условно можно разделить на 3 группы: методы словесного воздействия, психофизиопрофилактическая подготовка и фармакологические методы воздействия.

Методы словесного воздействия включают в себя различные виды психотерапевтического вмешательства, включая гипносуггестию.

Психофизиопрофилактическая подготовка состоит из таких компонентов, как беседы и лекции, индивидуальные и групповые; занятия специальной гимнастикой; использование физиотерапии, природных факторов для укрепления здоровья.

Методы фармакологического воздействия представляют собой использование в разные периоды родов различных по механизму действия (общеанестезирующее, анальгезирующее, психотропное) медикаментозных средств.

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ И ПЕРИОДЫ РОДОВОГО ПРОЦЕССА

Аборт самопроизвольный – спонтанное прерывание беременности, обусловленное различными патологическими причинами: физическими, психологическими или гормональными.

Анестезия - обезболивание посредством введения обезболивающих средств. Может быть полной и частичной.

Беременная – женщина с момента зачатия и до начала родовой деятельности.

Беременность - период от момента оплодотворения и до начала родовой деятельности. Продолжительность физиологической беременности составляет 38-40 недель.

Внематочная беременность - имплантация оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки: в маточной трубе, яичнике или в брюшной полости.

Кесарево сечение - извлечение младенца через лапаротомный разрез и вскрытие полости матки. Применяется при невозможности или повышенном «риске» родоразрешения через естественные родовые пути.

Матка - мышечный орган женской репродуктивной системы, в котором происходит развитие плода до момента родов.

Маточная труба (фаллопиева труба) - парный орган женской репродуктивной системы, предназначенный для транспортировки яйцеклетки или оплодотворенного плодного яйца в полость матки.

Оплодотворение (зачатие) – процесс слияния мужской (сперматозоид) и женской (яйцеклетка) половых клеток. В результате оплодотворения образуется оплодотворенная яйцеклетка – начало внутриутробного развития плода.

Плацента (детское место) - сосудистый орган, обеспечивающий бесперебойное питание, дыхание и жизнедеятельность плода в полости матки до момента рождения. Выполняет также барьерную функцию, препятствуя проникновению к плоду многих потенциально вредных веществ и агентов.

Пуповина - орган, соединяющий плаценту и плод. Содержит две артерии и одну вену, обеспечивает приток и отток крови между материнским организмом и плодом.

Роженица – беременная с момента от начала родовой деятельности и до момента окончания III периода родов.

Родильница – женщина с момента окончания III периода родов и до окончания послеродового периода.

Роды – процесс от начала развития схваток или излития околоплодных вод до момента рождения плаценты, пуповины и плодных оболочек. Бывают срочными – при сроке беременности 38-42 недели, преждевременными – при сроке беременности 22-37 недель, запоздалыми – при сроке беременности свыше 42 недель.

Стимуляция родовой деятельности – индуцированный медикаментозными средствами процесс, направленный на усиление схваток, т.е. частоты и продолжительности сокращений мускулатуры матки.

Стремительные роды - роды, продолжительность которых составляет 1,5-2 часа. Частым следствием стремительных родов бывают травма родовых путей женщины и травма головки плода.

Тонус – спонтанное (локальное или тотальное) сокращения мускулатуры матки.

Угрожающие преждевременные роды – процесс спонтанного (локального или тотального) сокращения мускулатуры матки в период с 22 до 37 недели беременности, сопровождающийся возникновением болевого синдрома.

Эпидуральная анестезия – технически сложный метод обезболивания родов путем введения анестетика в эпидуральное пространство. Преимуществом является полное сохранение сознания роженицы при достаточной степени анестезии.

Выделение патогенетических границ периода адаптации беременной к материнству необходимо для организации эффективной медицинской помощи, что требует совместной работы не только акушеров-гинекологов, но и врачей психиатрического профиля, терапевтов, которые в настоящее время все еще не принимают должного участия в наблюдении беременных в женских консультациях, роддомах, центрах планирования семьи и т.п.

Наиболее важным для становления материнства и уязвимым для психики женщины является период с момента зачатия и, примерно, до полутора лет после рождения ребёнка (Manzano J., Righetti M., 1995). Этот период называют "ранним материнством". За относительно короткий срок, женщина трижды меняет свой социальный и биологический статус.

Период беременности условно разделяют на 3 триместра (I, II, III). Процесс родов, в свою очередь, подразделяется на три периода: первый - период раскрытия (схватки), второй - период изгнания плода (потуги) и третий - последовый. Несмотря на то, что в акушерстве термин "послеродовой период" используется применительно к периоду, который оканчивается через 42 суток после окончания физиологических родов, или 56 суток – после патологических родов, когда завершается процесс послеродовой инволюции репродуктивной системы женщины, в психиатрии этот период определяется приблизительно 18 месяцами, в пределах которого происходит психическая адаптация женщины к материнству (Manzano J., Righetty M., 1995).

Третий и четвёртый этапы характеризуются установлением у женщины лактационной функции. На каждом из этих этапов гормональные перестройки, изменение архитектоники тела, режима дня, наличие психофизических нагрузок при воздействии патогенных факторов (эндокринная, психопатологическая отягощённость, социальное неблагополучие) могут приводить к возникновению у молодой матери психических расстройств.

ДОРОДОВОЙ ПЕРИОД

Беременность - процесс физиологический, протекание которого зависит от психологических установок женщины. Многочисленные исследования, проведенные акушерами-гинекологами, психиатрами и психотерапевтами, свидетельствуют о влиянии беременности на вегетативные функции и психическое состояние женщины (Вельвовский И.З., 1963; Харди И., 1974; Персиянинов Л.С., 1978; Менделевич В.Д., 1998). Различные изменения, происходящие в организме беременной, в т.ч. и на уровне нейрогуморальной регуляции, приводят к изменению функционирования органов и систем. В коре головного мозга образуется так называемая "доминанта беременности", приводящая организм в состояние готовности выносить и родить ребенка. Она же обеспечивает и психологический настрой женщины. Эмоциональное настроение беременной женщины напрямую влияет на течение беременности и родов, состояние плода и развитие ребенка.

Во время беременности женщина чувствует себя более зависимой от окружающих, уязвимой, "маленькой", становится пассивной, теряет контроль над ситуацией т.е. психика женщины претерпевает так называемый регресс. Этот бессознательный регрессивный механизм называют "первичной материнской озабоченностью", который побуждает мать отыскивать в своём ребёнке то, чем когда-то была она сама (Winnicott D.W., 1956). На своём пути к материнству, этот процесс затрагивает каждую женщину, с любым типом нервной системы, порождает чувство тревожащей необычности (Rosenblum O., 2000).

Чувство зависимости требует ответного проявления заботы со стороны близких и родных, являющейся универсальным методом психопрофилактики для каждой беременной и доказательством справедливости народной мудрости.

Начиная с момента, когда беременность становится внешне заметной, заботливость домашних постоянно нарастает по мере приближения родов и достигает наивысшей точки непосредственно перед ними. Окружающие по отношению к беременной становятся "мягче": перестают упрекать, стараются не расстраивать, не ругать, наблюдают, чтобы она не ушиблась. Желания беременной исполняются беспрекословно, принимаются во внимание её странности, брезгливость, стараются удовлетворить все её прихоти (отказать беременной – «грех», потому что этого "требуется душа младенца").

Беременную женщину стараются предохранить от испуга, других эмоциональных переживаний и психических расстройств. Именно поэтому её не отпускают одну в лес, отстраняют от участия в похоронах, не позволяют смотмотреть, как забивают скот, уберегают от ссор, стараются не раздражать, «чтобы не испортился характер ребёнка». По древней русской традиции, нельзя таить обиду на беременную. Считается «грехом» не извинить беременную, просящую прощения. Издревле существует обычай "прощёных дней", когда все родственники, за 1-2 месяца до родов, приходят просить прощения у беременной и она, в свою

очередь, просит прощения у них. Считается, что непрощённая, "не снятая с души" обида может привести к несчастью во время родов (Акин А., Стрельцова Д., 1999).

Поддержка женщины, которая решила стать матерью, оказание при необходимости психологической помощи, помощь в формировании доверия к себе, обучение общению с ребенком во время беременности, преподнесение информации об особенностях протекания беременности, родов и послеродового периода, обучение навыкам самоуспокоения, мышечной релаксации, дыхания, самомассажа составляют основу психопрофилактической подготовки к родам. Основными показаниями к ее проведению являются как физиологическое течение беременности, так и различные отклонения от ее нормального течения, наличие «риска» развития угрозы самопроизвольного аборта или преждевременных родов, гестоза, фетоплацентарной недостаточности.

Современные "школы психопрофилактической подготовки к родам", учитывая психические (эмоционально-волевые) особенности беременных, используют эклектические методы работы. Каждая школа имеет свои традиции, но всех их объединяет одно – желание помочь женщине принять и освоить своё материнство, избежав психических и физических травм, находясь в гармонии с собой и окружающим миром.

Психопрофилактическая подготовка беременных может включать в себя такие формы, как информационный материал в виде мини-лекций об изменениях в организме, происходящих во время беременности и родов, клиническом течении и механизме родов, особенностях послеродового периода, подготовке молочных желез к лактации и уходе за новорожденным. Темы, обсуждаемые на лекционных занятиях, могут затрагивать различные вопросы раннего материнства: психические особенности при беременности, кризис перемен; стресс в жизни беременной; профессиональная деятельность и беременность; отношения в семье, особенности мужского восприятия беременности, решение супружеских конфликтов, особенности сексуальности во время беременности; принятие своего нового образа и статуса, удовольствие быть беременной; общение с ребёнком до родов, в первый месяц после родов, в первый год после родов; переживания женщины на различных этапах родов; страхи, связанные с беременностью и родами; вопросы организации, режима и гигиены; навыки по уходу за младенцем.

Будущему отцу предоставляется реальная возможность быть не только наблюдателем, но и участником процесса подготовки к рождению и воспитания ребенка. При работе с беременными среди психотерапевтических практик, в основном, используются когнитивно-бихевиоральная терапия, краткосрочная динамическая психотерапия (Pines D., 1997), телесно-ориентированная психотерапия (Fuchs, 1974; Stolze, 1977). Многими "школами" используются арттерапия, элементы ароматерапии, пение. Применение медицинской резонансной музыкотерапии (МРМ) в первый период родов (схватки) и в послеродовый период улучшает

психосоматическое состояние женщин, улучшает их настроение, сон, общее состояние и течение послеродового периода (Сидоренко В.Н., Клепацкая Е.А., 1998). Действенным способом психотерапевтического воздействия также является аутогенная тренировка, включающая обучение навыкам психофизической (эмоциональной, мышечной) релаксации, управления кардиореспираторной системы (диафрагмально-релаксационный тип дыхания). Брюшной тип дыхания обеспечивает для мышцы матки и плода "кислородный комфорт", позволяет снизить избыточную нагрузку на сердечно-сосудистую систему, что важно во время беременности и в период родов. На практических занятиях проводится гимнастика для беременных, дыхательные упражнения, обучение специальным приемам и самомассажу, способствующим правильному течению родов и снижению болевых ощущений.

Первое занятие в современной "школе подготовки к родам" носит ознакомительный характер. Первая встреча с врачом очень важна, т.к. беременная приносит с собой большой груз накопившихся у неё вопросов, тревог и страхов. Эта встреча посвящена знакомству с сотрудниками, методами и основными подходами "школы". Врач объясняет, как именно будет складываться подготовка, для чего необходим каждый из её этапов. Подобное вступление способствует наиболее мягкой и быстрой адаптации новых членов группы. Изучаются основные моменты акушерско-гинекологического и общесоматического анамнеза беременной, выясняются биографические и личностные особенности женщины. При необходимости возможен подбор индивидуальной программы психотерапевтического вмешательства и физических упражнений. На вводном занятии беременная задаёт наиболее волнующие её вопросы, определяя личные основные мотивы обращения в "школу". В соответствии с этим, врач акцентирует внимание беременной на обязательных для неё тематических занятиях, указывает на дополнительные источники информации по интересующим темам. Разрабатывается оптимальный график посещения групп. Таким образом, достигается налаживание базового доверия, устранение распространённых заблуждений беременных, связанных с ними тревог и страхов, формируются позитивные установки на будущее.

Внутриутробное развитие ребенка. После оплодотворения в маточной трубе яйцеклетки сперматозоидом, оплодотворенная яйцеклетка передвигается по маточной трубе и закрепляется на стенке матки. Время, в течение которого происходит данный процесс, составляет 7-10 дней и с этого момента можно вести "отсчет беременности".

В течение первого месяца из микроскопической клетки вырастает эмбрион размером - 1,25 см в длину. Эту стадию называют "рыбообразной", так как внешний вид зародыша напоминает головастика с хвостиком и жаберными щелями. К концу первого месяца у плода образуются зачаточные бугорки (из которых формируются головка и конечности) и тонкая трубка (которая в дальнейшем превратится в сердце и начнет функционировать собственное кровообращение) и зачатки центральной нервной системы. Нередко в это время у беременной

появляются приступы тошноты по утрам, жалобы на учащенное мочеиспускание, также увеличивается и становится более чувствительной грудь. В течение второго месяца происходит постепенное увеличение эмбриона, длина которого составляет около 3 см. Формируются глаза, конечности, позвоночник, пищеварительная система, почки, появляются зачатки половых органов, исчезают жаберные щели и хвостик. Пуповина, которая первоначально крепится около хвостика, перемещается к центру брюшного отдела. В это время у женщины могут возникать неприятные ощущения, снижение артериального давления, чувство легкого недомогания по утрам.

Третий месяц характеризуется тем, что плод вырастает до 9 см, его вес достигает примерно 14 г. На пальчиках вырастают ногти, формируются наружные половые органы. Ребенок может гримасничать и сжимать кулачки, глотает околоплодную жидкость и испускает капли мочи. Матка внешне начинает выступать из-за лона, идет процесс формирования плаценты, увеличивается объем кровотока. Нередко к этому времени симптомы раннего токсикоза исчезают, и самочувствие беременной существенно улучшается.

К концу четвертого месяца младенец достигает в длину 18-20 см и весит около 120 г. Его сердцебиение можно услышать с помощью обычного стетоскопа, кожа становится многослойной, развивается мышечная ткань. В это время уже можно определить пол плода, и примерно в это время заканчивается интенсивный рост плаценты.

Пятый месяц: к концу первой половины беременности малыш поправляется до 300 г. В этот период его мышечная ткань уже достаточно развита, чтобы он мог заявить о себе толчками. Начинают расти волосы, кожа теряет прозрачность. Матка достигает пупочной впадины. Обычно в это время женщина ощущает первые шевеления ребенка, ее самочувствие обычно улучшается.

К концу шестого месяца все основные органы и системы жизнедеятельности сформированы, в дальнейшем они будут только совершенствоваться. На ладонках появляются линии, полностью сформированы подошвы ног. Вес достигает 700 г, а длина - 35 см. С этого времени малыш начинает "копить жирок", а живот будущей мамы будет расти быстрее.

К седьмому месяцу малыш уже может открывать и закрывать глаза, у него появляются зрительные ощущения. Кожа покрывается воскоподобным налетом, который в дальнейшем облегчит прохождение по родовым путям. Появляется подкожная жировая прослойка и исчезают мелкие складочки на теле. Длина малыша достигает 38-40 см, а вес - 1200 г. Малыш становится все тяжелее, у женщины могут появиться боли в спине. Будущая мама чаще устает и больше спит. Из-за увеличившейся матки, которая подпирает внутренние органы, некоторые женщины могут жаловаться на изжогу и расстройства желудка. С этого момента женщины периодически ощущают безболезненные сокращения мускулатуры матки (тонус).

К восьмому месяцу ребенок весит около двух килограммов, длина его достигает 43-45 см. Он может слышать, более активно реагирует на низкие звуки (голос папы), после рождения - на высокие (голос мамы). Легкие и другие системы органов практически полностью сформированы, малыш уже почти готов к самостоятельной жизни. Он может даже различать вкус - заглатывая околоплодные воды, иногда морщится, если вкус ему не нравится. В этот период у женщин нередко наблюдается повышенная сонливость и апатичность. Основным гормоном, влияющим на женский организм в это время является прогестерон, основная функция которого заключается в снижении болевых ощущений при сокращениях мускулатуры матки, общем расслаблении и повышении эластичности мышц.

Девятый месяц характеризуется тем, что к этому времени кожа практически полностью сформирована, а подкожный жировой слой становится толще. Вес малыша достигает не менее 2,5 кг. Все остальные органы подготавливаются к жизни в воздушной среде. В это время малыш занимает окончательное положение, так как в дальнейшем его изменение уже затруднительно. Наиболее благоприятным считается положение головкой вниз, лицом к маминой спине. Десятый месяц является последним этапом беременности - окончательной подготовкой к рождению и самостоятельному существованию. Кости черепа становятся тверже, у мальчиков яички опускаются в мошонку, доминирующей эмоцией является ожидание.

Психопатология родового периода. В период беременности, особенно первой, ускоряется созревание женщины как личности, она готовится стать матерью, растет чувство ответственности за будущего ребенка, зреет инстинкт материнства. Нередко на фоне этого возникают психические расстройства, преимущественно невротического уровня. Психозы в период беременности встречаются редко. По сравнению с периодом беременности, риск госпитализации в связи с психозом после родов в лечебно-профилактическое учреждение психиатрического профиля увеличивается в 18 раз (David G. et al., 1989). Частота психозов беременных не зависит от количества беременностей (первая, повторная) и достигает 3-9% от всех генеративных психозов. Психозы при беременности в 1/4 случаев представляют обострение ранее начавшегося патологического процесса. Нередко возникновению послеродовых психозов предшествуют аффективные и психотические расстройства, наблюдающиеся до и во время беременности.

Беременность нередко сопровождается пограничными и соматоформными психическими расстройствами, возникновение которых зависит от преморбидных свойств личности, переживаний и впечатлений, социальных и семейных факторов, условий жизни, наличия нежелательной внебрачной беременности, при враждебном отношении к беременности и ее, вопреки очевидным фактам, отрицании (Харди И., 1974). У беременных женщин, не состоящих в браке, нередко выявляются неудовлетворительные социальные условия,

морально-психологический климат, трудная психосоциальная ситуация. Обычно такие женщины по сравнению с замужними беременными являются акцентуированными личностями с неустойчивой самооценкой, выглядят старше своих лет, менее образованы, чаще имеют вредные привычки (курение), склонны к суициду, особенно в поздних сроках беременности при невозможности сделать аборт (Lester, 1987).

В поздние сроки беременности у женщин с расстройствами личности возбудимого круга может возникать "синдром грубого обращения с плодом", проявляющийся физической агрессией (ударяют себя по передней брюшной стенке), направленной на плод. При нежелательной беременности чаще имеют место осложнения беременности и родов, нефропатии, акушерские травмы, оперативные вмешательства, высока заболеваемость новорожденных, часты родовые асфиксии, меньше вес и рост детей при рождении, выше заболеваемость на первом году жизни (Игнатова Р.К., Кулова Д.Б., 1989).

В возникновении различных форм гестоза, невротических расстройств в период беременности ведущую роль некоторые авторы отводят воздействию психологических факторов (Новиков, Ю.И., Хегишвили Г.Г., 1976). Невротические расстройства в 90% случаев у беременных проявляются в повышенной чувствительности к запахам и вкусу, что способствует появлению так называемой привычной рвоты (Вельвовский И.З., 1963, Харди И., 1974). Естественно, рвота беременных может быть не только психогенной, она появляется на 2-6 неделе беременности, продолжается 4-5 месяцев и приводит в тяжелых случаях к потере веса, обезвоживанию, поражению печени и, возможно, общему тяжелому поражению жизненно важных органов. В подобных случаях весьма эффективным является применение гипносуггестивного воздействия.

Нередко женщины тягостятся увеличением живота, молочных желез, изменением конфигурации тела, боятся потери женственности, привлекательности, ухудшения отношений с партнером, неприятных встреч, различных ситуаций которые могли бы "повредить ребенку" (Сорокина Т.Т., 2003).

На поздних сроках беременности у женщин наблюдаются интровертированность, пассивная зависимость, депрессивность, отсутствие уверенности в своих силах, страх перед будущим материнством, который особенно характерен для пожилых родильниц. Интенсивность тревожно-фобических расстройств по мере приближения родов нарастает. Содержанием подобных расстройств являются различные виды пренатальной тревоги: генерализованная, физическая (тяжело переносит физические аспекты беременности), страх за судьбу плода, страх перед необходимостью ухода за ребенком, страх перед родами. На развитие психических расстройств могут влиять наличие психотравмы, уровень невротизма, семейный анамнез, отягощенный психическими заболеваниями, курение во время беременности (Caplan С., 1982).

Таким образом, в период беременности у женщин чаще наблюдаются нарушение аппетита, тошнота, рвота, непереносимость запахов, избирательность к пище (проявления раннего токсикоза). Характерными являются неустойчивость настроения с легким возникновением плаксивости, раздражительности, усиление ранимости, обидчивости, тревоги за исход беременности, особенно к концу срока, состояние будущего ребенка, повышенная физическая и психическая утомляемость, снижение работоспособности, истощаемость и неустойчивость активного внимания, изменение формулы сна (удлинение ночного сна, поверхностность), сонливость днем и завышенная самооценка (Сорокина Т.Т., 2003). Исходя из особенностей состояния беременных женщин необходимо дифференцированно подходить к психотерапевтическому вмешательству и проведению психопрофилактической подготовки к родам.

РОДОВОЙ ПЕРИОД

Женщина приносит на роды весь свой жизненный опыт, включая отрочество, детство и собственное рождение. Каждая из них имеет собственную личную историю, историю своей семьи и культуры. В совокупности, всё это оказывает значительное влияние на ход родов. Существует связь между тем, как родилась сама женщина и тем, как она будет рожать своего ребёнка. Если женщина рассказывает, что её мать рожала в больнице под анестезией с применением щипцов, есть повод предполагать, что роды будут трудными. Если же она говорит, что родилась дома, и роды были лёгкими, скорее всего она сама родит легко (М. Оден). Женщины, регулярно занимающиеся спортом, лучше подготовлены к родам, чем ведущие сидячий образ жизни. Беременная женщина, не измотанная стрессом, будет находиться к моменту родов в лучшем состоянии.

"Роды - подчёркивает М. Оден, - это бессознательный процесс. Помочь протеканию бессознательного процесса нельзя, главное - не мешать ему". Во время родов, под влиянием естественных физиологических процессов происходит торможение коры, возрастает активность подкорки и спинного мозга. Нередко женщины, без применения медикаментозных препаратов, забывают, что происходит с ними во время родов, вокруг них. У некоторых рожениц на фоне суженого сознания наблюдаются разнообразные психические и поведенческие расстройства: появляется отсутствующий взгляд, забывают нормы приличия, теряют застенчивость и перестают себя контролировать.

В период изгнания плода некоторые женщины издают особый крик. В акушерстве подобное состояние называют "родовой доминантой", в психиатрии – "регрессией". В этот момент женщины следят за тем, что происходит внутри них. Они совсем не беспомощны и не потеряны, действуют спонтанно, ищут и легко находят наиболее удобные положения и оказывается, что эти положения физиологически наиболее выгодны. Такое инстинктивное поведение женщины, по мнению М. Одена, обеспечивается определённым гормональным равновесием. Выделяющиеся при родах эндогенные морфины действуют как естественные обезболивающие - подавляют не только боль, но и чувство беспокойства, вызывают общее состояние удовлетворения. В момент когда женщина испытывает страх или испытывает холод, выделение адреналина может сопровождаться торможением родового процесса. Несмотря на то, что болевые ощущения способствуют снижению родовой деятельности, организм беременной борется самостоятельно, естественно и эффективно, особенно в случаях, когда не используются медикаментозные препараты. Чем дольше и труднее роды, как показывают исследования, тем выше уровень эндорфинов в крови женщины (Granat M., Sharf M., Weissman V.A., 1980). Формирование гормонального равновесия преимущественно зависит от внешних

условий и психического состояния женщины. Поэтому необходимо много внимания уделять обстановке и психологическому климату, в которых рождает женщина.

Обстановка родильного зала должна напоминать домашнюю, должна быть оформлена в тёплых и приятных тонах. Чтобы роженица чувствовала свободу в выборе положения во время родов, функциональным может быть низкий, широкий, не слишком мягкий настил. В первом периоде родов излишними могут оказаться различные подушки, валики, специальный надувной мяч для рожениц, "родильный стул" – приспособление для т.н. "вертикальных, сидячих родов". В первом периоде родов, при еще не сформированной "родовой доминанте", наличии у роженицы проявлений гиперестезии и вегетативной лабильности (озноб, непереносимость яркого света и т.д.) важным является "приглушённое освещение" родильного зала и дополнительная система обогрева. Очень благотворное влияние при родах оказывает соответствующая музыка. Для этого, родильный зал должен быть оборудован стереосистемой, при этом женщина может взять с собой на роды аудиокассеты с любимыми композициями. Необходимо обеспечить звукоизоляцию родильного зала, так как в большинстве случаев роды проходят очень эмоционально, и звуки, доносящиеся из соседних помещений, могут травмировать роженицу, также оказать негативное влияние на присутствующих на родах её близких. В первый час после рождения малыша необходимы тишина и покой.

Наличие деонтологических нарушений со стороны медицинского персонала в виде грубого, резкого обращения с роженицей недопустимо. Опытная акушерка ведёт роды в полголоса. В такие моменты слова бывают неважны, а такие, как "тужься", "сильнее", могут произвести негативное действие (М. Оден). Чаще всего женщина знает, что она чувствует, и указания акушерки могут вступить в противоречие с её потребностями. М. Оден пишет: "Я стараюсь ничего не говорить, если же говорю, то что-нибудь вроде "хорошо..., хорошо..., дай ребёнку выйти...". Нежное отношение к роженице имеет не меньшую значимость, чем знание акушерских приёмов. Важно и желательно, чтобы акушер имел такие личностные, характерологические и профессиональные качества, как способность к эмпатии (сопереживанию), умение определить особенности психического состояния женщины (определение ведущего аффекта: тревоги, страха, фобии, депрессии).

Большую помощь роженице может оказать присутствие на родах, для поддержания постоянного и тесного контакта, "помощника в родах", функцию которого могут выполнять психотерапевт или муж (индивидуальное решение пары). При этом главное значение заключается не в выборе, а в поведении "помощника в родах", когда женщина в его присутствии чувствовала бы себя легко и в безопасности.

Родовая боль и способы ее купирования. В начале двадцатого века врачи-миссионеры, пытаясь донести достижения современного акушерства до народов слаборазвитых стран, натолкнулись на полное непонимание со стороны туземцев. Французский врач, долгое время

работавший в Африке, опубликовал удивившую его историю, произошедшую с одной женщиной. Африканка накануне родов отправилась в лес за хворостом, где у нее начались схватки. Женщина не проявила никакого беспокойства, лишь заметила: "Скоро должен появиться ребенок", - и продолжала собирать хворост. Помня о клятве Гиппократов, доктор пытался предложить роженице помощь. Однако женщина удивленно посмотрела на него и сказала: "Вы отойдите, я сейчас". Присела на корточки, родила ребенка, через несколько минут - плаценту, перекусила зубами пуповину, завернула ребенка в кусок материи, подняла свой хворост и спокойно отправилась в деревню. "Она не воспринимала роды как что-то мучительное и сложное, - писал француз. - Как бы ей позавидовали ее белые сестры, несмотря на совершенно неподходящие, с нашей точки зрения, условия, в которых она рожала".

В большинстве случаев родовой процесс протекает с постепенно нарастающей болевой реакцией. Естественным, физиологическим явлением, сопутствующим родовому процессу представляет родовая боль. Это рефлекторный сигнал о неблагополучии, идущий от периферических рецепторов к мозгу, где формируется сообщение сознательным и подсознательным механизмам регуляции с последующей реакцией (в нормальных условиях).

Как целостный феномен боль может быть разделена на 3 основных элемента: импульсацию, возникающую в рецепторах и нервных волокнах при ноцицептивном раздражении; реакцию центральных структур на прибытие соответствующих импульсов; эфферентные механизмы боли, к которым следует отнести комплекс вегетативных и двигательных реакций.

Наиболее значимым для формирования боли является не качество рецепторов, а интенсивность раздражения и возможные нарушения в процессе передачи болевых импульсов в ЦНС (Suleiras et al). При болевом синдроме возникающие гуморально-гормональные сдвиги соответствуют 3 основным фазам, интенсивность и длительность которых зависит от характера и силы воздействия: фаза активации, фаза устойчивости или резистентности и фаза истощения (Кассиль Г.Н, 1973). Первая фаза (активации) характеризуется освобождением в гипоталамической области и впоследствии в других отделах головного мозга норадреналина, что приводит к активации норадренергических элементов ретикулярной формации мозгового ствола. Наступающее при этом возбуждение симпатических центров вызывает активацию симпатико-адреналовой системы и усиление секреции мозгового слоя надпочечников. В этой фазе происходит общая мобилизация эндокринной системы. Вторая фаза (устойчивости) характеризуется длительным увеличением секреции адреналина надпочечниками и постепенным снижением его содержания в мозговом слое железы. Одновременно происходит усиленный выброс норадреналина из нервных окончаний, что является показателем возросшей активности симпатического (нервного) отдела симпатико-адреналовой системы. Адреналин, поступая через гематоэнцефалический барьер в подбугорную область, стимулирует

образование клетками гипоталамуса кортикотропинреализующего фактора. Ацетилхолин и серотонин играют аналогичную роль в подбугорной области. Активация системы гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников приводит к накоплению в крови кортикостероидов. Третья фаза (истощения) возникает при длительных болях, характеризуется угнетением синтеза катехоламинов в мозговом слое коры надпочечников, снижением уровня адреналина и норадреналина в крови и тканях. Проницаемость гематоэнцефалического барьера для адреналина увеличивается, что способствует усиленному образованию кортикотропинреализующего фактора и накоплению кортикостероидов в крови. Происходит нарушение обратной связи, так как кортикостероиды связываются транскортином и не проникают в гипоталамус. Лишь в последних стадиях расстройства гуморально-гормональных регуляторных механизмов наступает истощение кортикоидной функции надпочечников, что ведет к шоку. Возникновение и развитие болевого ощущения не связаны с образованием каких-либо специфических медиаторов боли, а являются следствием перестройки нервных и нейро-гуморально-гормональных взаимоотношений как в отдельных органах и тканях, так и во всем организме.

Возникающие во время родового акта боли можно разделить на 3 группы: ощущаемая женщиной непосредственно в области матки, отраженная, ощущаемая в отдалённых от болевого очага участках и вызывающая рефлекторные реакции в других органах. По локализации различают местные боли (совпадение локализации ощущений и патологического процесса), проекционные, иррадиирующие или отраженные (локализация боли не совпадает с местом раздражения), также каузальные и реактивные боли. Для родового акта характерными являются иррадиирующие боли, обусловленные распространением раздражения с одной ветви нерва на другую. Большинство ноцицептивных импульсов генерируются рецепторами шейки матки. В процессе родов шейка матки, вместе с нижним сегментом, значительно растягивается и истончается, раздражая механорецепторы. Величина растяжения тесно коррелирует с интенсивностью болей.

Непосредственными причинами раздражения интерорецепторов матки, родовых путей и возникновение родовой боли являются такие факторы, как раскрытие шейки матки; сокращение мускулатуры матки и натяжение маточных связок, висцеральной брюшины; раздражение периоста внутренней поверхности крестца вследствие натяжения крестцово-маточных связок и механического сдавления этой области при прохождении плода; чрезмерное сокращение мускулатуры матки (как полого органа) при наличии относительных препятствий её опорожнению: сопротивление мышц тазового дна, особенно при анатомическом сужении размеров таза; сжатие и растяжение кровеносных сосудов, содержащих высокочувствительные баро- и механорецепторы во время сокращений матки; изменение химизма тканей, в частности, накопление недоокисленных продуктов тканевого

метаболизма, образующихся во время длительного сокращения матки и временно возникающей ишемии матки (А.П. Николаев).

В первом периоде родов импульсы от ноцицепторов попадают к X - XII грудному и I поясничному сегментам спинного мозга. Боль у роженицы (сегменты кожных покровов T¹¹ и T¹²) появляется после того, как импульсы по задним корешкам субдуральных нервов достигнут спинного мозга. При усилении сокращения матки, роженица начинает испытывать висцеральные болезненные ощущения в проекции T¹⁰ - L¹, иногда до L². На дорсальной поверхности тела зона, иннервируемая этими нервами, доходит до верхней трети бедра. Головка плода, в конце первого периода родов при опускании вниз, оказывая механическое давление на пояснично-крестцовое сплетение, вызывает реакцию сегментов L²-S¹, при этом женщины испытывают сильные боли в пояснично-крестцовой области. Анатомическим субстратом проведения импульса является подчревный нерв и задние ветви субдуральных нервов. К концу первого периода родов предлежащая часть, опускаясь по родовым путям, оказывая давление на промежность, вызывает желание тужиться.

Во втором периоде родов боль (в отличие от боли в первом периоде) возникает в результате активации соматических нервов, идущих от крестцовых сегментов S^{2,3,4} (*nervus pudendus*). В ответ на раздражение и давление, оказываемое на стенки влагалища, происходит возбуждение рецепторов. При появлении головки ребёнка и в момент его рождения, во втором периоде родов, боль достигает максимума. С началом второго периода родов боль в области промежности сильнее висцеральной, которая в этот период уменьшается, но не исчезает совсем.

Таким образом, боль в родах достаточно интенсивна и продолжительна, диффузного характера в первом периоде родов и более ограничена - во втором. Импульсы от матки, шейки матки, шейечного и подчревного сплетения в поясничной области проходят по симпатическим стволам и в составе задних корешков субдуральных нервов попадают в задние рога спинного мозга, где сходятся в один постсинаптический нейрон, и по восходящим путям через продолговатый мозг и ствол заканчиваются в заднем таламическом ядре, и в дальнейшем эти волокна проецируются на соматосенсорные области коры. Кора определяет зоны раздражения и может регулировать болевую активность подкорки. Болевые раздражения, поступающие с рефлексогенных зон матки и родовых путей в высшие отделы головного мозга, проходят через ретикулярную формацию ствола, лимбическую систему, таламус, гипоталамус. Здесь на болевые раздражения возникает вегетативная реакция, например гипервентиляция, тахикардия, преобладание симпатического тонуса (подъём АД, сердечный выброс и гипоталамо-гипофизарная реакция). Кора головного мозга превращает чувство боли в страдание, т. е. облакает болевой рефлекс в психическую оболочку, формируется ассоциированный ответ на боль - страх, беспокойство и т. д. Главная функция боли -

мобилизация защитных механизмов организма. Восприимчивость к боли определяется индивидуальной пороговой величиной. Порог болевой чувствительности зависит от психических, физических и химических факторов.

Превышение порогового уровня и длительность болей, оказывая неблагоприятное воздействие, зачастую истощают силы организма. Резкие колебания показателей пульса, дыхания, артериального давления, двигательное возбуждение, потливость в процессе родов могут указывать на ослабление процессов саморегуляции в ЦНС, нарушение вегетативного равновесия. Информация, поступающая в высшие отделы головного мозга, становится не точной. Хаотичное, пароксизмальное вмешательство высших нервных центров в физиологический процесс родов приводит к дезорганизации механизмов гомеостаза, нарушению нормальной родовой деятельности матки, возникновению невротических реакций и может быть причиной возникновения аномальной родовой деятельности. Этим объясняется необходимость обезболивания родов.

Физиологическая реакция на роды предполагает не только болевые ощущения, но и стресс, как нейрогуморальную реакцию. Активируется выработка АКТГ, антидиуретического гормона, гормонов коры надпочечников, β - эндорфинов, катехоламинов, кининов. Увеличивается сердечный выброс, повышается нагрузка на левый желудочек сердца, растёт артериальное и центральное венозное давление и потребление кислорода организмом. Уровень метаболизма резко повышается, что может сократить снабжение плода кислородом и питательными веществами. Чрезмерно высокий уровень адреналина в крови может вызвать дискоординацию маточных сокращений, т.е. частые сокращения с низкой амплитудой, не обеспечивающие расширение шейки матки. Высокий уровень норадреналина вызывает сужение сосудов матки и плаценты, что может вызвать сокращение плацентарного кровотока. При адекватном обезболивании эти стрессовые реакции могут быть скорректированы или устранены.

В формировании ощущения боли большое значение играет нервная система, в частности, психика. Почти все известные методики обезболивания сводятся к какой-либо блокировке нервно-психического компонента. Представляет интерес психическая сторона формирования болевого синдрома и способ её регуляции в рамках влияния на родовой процесс. В структуре болевого психического фактора условно выделяют следующие составляющие: психологическая - осознаваемое и неосознаваемое понимание боли на основе опыта и личных представлений; психоэмоциональная - непосредственное восприятие воздействия, формирующееся как ощущение боли.

Необходимо учитывать влияние соматического статуса беременной на психический фактор боли - чем слабее организм, тем выше порог рецепторной возбудимости. Нередко беременные, понимая неизбежность прохождения через процесс родов, испытывают перед

ними страх. Страх имеет различное содержание: страх перед болями в родах, за здоровье рождающегося ребёнка, за собственное здоровье. Основу страха составляют недостаток или искажение информации, отсутствие должной профилактики болевого процесса при предыдущих родах (психический уровень регуляции боли, в частности, её пороговой величины), также непосредственное ощущение болей во время родов. Роженицы, из-за интенсивных, постоянно повторяющихся болей, на которые повлиять невозможно, впадают в отчаяние, что усугубляет восприятие болевых ощущений. Это состояние можно рассматривать также в рамках психического уровня регуляции болей.

Клиническое проявление боли зависит от её выраженности и личностных особенностей беременной. Наиболее тяжело переносят боль личности с истерическими и инфантильными чертами. Частота и сила схваток нередко определяют интенсивность родовой боли. Чаще всего беременные жалуются на боли в пояснице и внизу живота. У многих женщин наблюдаются переживания "ожидания болей", фиксация внимания на этих переживаниях. Родовая боль может приобретать характер "застойного" очага возбуждения - т.н. "болевого доминанта", когда всё внимание роженицы концентрируется только на болевых ощущениях. Это ведёт к повышению порога чувствительности, быстрому психофизическому истощению организма и создаёт почву для ослабления родовой деятельности и возникновения других расстройств.

Возможно ли облегчение родов? Есть два основных варианта облегчения родов - искусственный и естественный. Искусственный вариант предусматривает использование медикаментов или хирургических манипуляций. Естественный - предполагает использование различных методик, позволяющих облегчить роды без использования медикаментов и хирургических манипуляций.

В XIX веке для облегчения родов впервые был применен наркоз (эфирный, в последующем хлороформный), в период действия которого женщины "спали во время родов", при этом не чувствовали боли. Однако заснувшая женщина, не имея возможности управлять своим телом, не могла помочь акушеру в родовом процессе (потуг). Вследствие этого, для извлечения ребенка приходилось накладывать щипцы, что способствовало увеличению родовых травм у детей. Нередко хлороформ, попадая в кровь ребенка, усыплял его настолько глубоко, что вывести из наркоза не удавалось... В XX веке были созданы различные препараты, позволявшие несколько снизить болевые ощущения во время родов, также разработаны новые способы анестезии. Для притупления ощущений во время родов применяли снотворные препараты (димедрол), транквилизаторы (в комбинации с наркотиками, барбитуратами), "амнезические" препараты (клофелин, скополамин), снимающие воспоминания о боли, но не болевые ощущения.

Для снижения болевой чувствительности рожениц клиницистами используется ряд препаратов: промедол, закись азота, трилен, ненаркотические анальгетики, димедрол,

транквилизаторы, спазмолитики и др. Немалую известность приобрела регионарная анестезия: эпидуральная аналгезия, субдуральная аналгезия, комбинированная спинальная анестезия, каудальная аналгезия, субарахноидальное введение опиоидов, клофелина и др., парацервикальный блок, блок срамного нерва, местная инфильтрация промежности. Местное обезболивание, с целью вызова онемения и потери чувствительности, предполагает введение анестезирующих препаратов в ткани, окружающие головку матки, в область промежности при эпизотомии (разрез промежности) и наложении послеродовых швов. Эпидуральная анестезия предусматривает введение средств (новокаин, наркотическое средство, ненаркотические анальгетики) в межпозвоночное пространство, вследствие чего, в результате блокады передающих болевой импульс нервов, исчезает чувствительность от талии до пальцев ног. Использование этого вида анестезии требует присутствия высококвалифицированного анестезиолога, может сопровождаться падением артериального давления, возникновением рвоты, после родов - болями в спине. Кесарево сечение - хирургическая операция, проводимая под наркозом, при которой младенец извлекается через разрез в брюшной стенке и в стенке матки.

Однако применение фармакологических средств ограничивается определёнными показаниями, спектром психотропной активности препарата (некоторые препараты оказывают угнетающее действие на нервную систему роженицы, дыхательный центр ребёнка) или сопровождается развитием аллергических реакций. Применяемые инструментальные методики сложны, требуют круглосуточного наблюдения квалифицированным медицинским персоналом во время родов, в послеродовом периоде, могут привести к серьёзным осложнениям. Кроме того, дискуссионным остаётся вопрос о последствиях использования обезболивающих средств для будущего ребёнка. Существуют отдельные публикации, утверждающие, что применение наркоза при родах влияет на склонность к развитию у детей зависимости от психоактивных веществ, на нарушение естественной терморегуляции, способности ориентироваться в пространстве и времени, снижение иммунитета у детей, родившихся путем кесарева сечения. В этих условиях применение психотерапевтических методик является наиболее целесообразным, позволяет облегчить ведение родов и снизить возможные негативные проявления.

Естественные методы, в отличие от искусственных, являются методами не обезболивания, а облегчения родов. Естественно, родовая деятельность сопровождается болезненными ощущениями. Однако 3% европейских женщин подобных ощущений не отмечают, у 10% - выраженность болезненных ощущений настолько незначительна, что женщины считают роды безболезненными. Остальные нуждаются в дополнительных методах облегчения родов. Естественные методы облегчения родов помогают женщине частично снять болевые ощущения и переключить внимание на что-то другое, отвлечь ее от болевых

ощущений. Установлено, что у женщин, испытывающих большие физические нагрузки, также с доминирующим чувством радостного ожидания, роды проходят легче.

Основу естественных методов облегчения родов составляют методы психофизической подготовки к родам. Использование психокорректирующих методик для воздействия на II сигнальную систему с целью формирования условно-рефлекторных связей, направленных на повышение порога болевого восприятия, приобретает важное значение для ответной реакции роженицы на боль. Поэтому в подготовке беременных к родам значительную роль играет психофизическая подготовка, состоящая из физической и психической частей. Первая часть представляет укрепление необходимых мышц, обучение правильному поведению в родах и умению контролировать мышечное напряжение. Психическая подготовка включает обучение приемам расслабления и самоконтроля, направлена на ориентацию женщины на положительные моменты беременности родов, избавление от страхов, связанных с родами. Для облегчения родов используется специальный массаж, водные процедуры, роды непосредственно в воду и т. д. Очень важно, чтобы роды, в зависимости от индивидуальных особенностей женщины проходили в удобной для нее позе. Различные приемы (дыхание, пение, молитвы и другие), используемые во время родов выполняют двойную функцию. Во-первых, женщина отвлекается от болевых ощущений, концентрируясь на правильном дыхании, во-вторых, правильное дыхание позволяет избежать различных осложнений в родах. Для того, чтобы подготовиться к родам и овладеть приемами естественного облегчения родов, беременной достаточно пойти на курсы подготовки к родам.

Психокоррекционная, психотерапевтическая работа с беременными должна начинаться с первого посещения женской консультации, вестись постоянно, продолжаться во время родов и в послеродовом периоде. Психотерапевтическое воздействие, учитывая механизм родов, должно включать специальную подготовку беременных (психологическую, психотерапевтическую) и методы регуляции родового процесса (физические, физиологические, психотерапевтические). Занятия с беременными для подготовки к родам следует начинать с 32-34 недель беременности в условиях женской консультации. Цикл занятий должен состоять из таких разделов, как ознакомление женщин с физиологией родов; правила поведения во время родов; способы дыхания во время родов; методы самомассажа для снижения болевой чувствительности; методика самовнушения, переключение внимания и отвлечение; физические упражнения, повышающие защитные силы организма.

Основная цель психопрофилактической подготовки беременных к родам заключается в выработке у женщин сознательного отношения к беременности (научить воспринимать роды как физиологический процесс); создании хорошего эмоционального фона и уверенности в благоприятном течении беременности и завершении родов; воспитании у беременных умения мобилизовать свою волю для преодоления страха перед родами; обучении беременных

методам правильного поведения и самопомощи во время родового процесса, тем самым дать им уверенность в том, что можно воздействовать на родовую боль. Таким образом, психофизическая подготовка заключается в осознании беременной женщиной того, что роды - это работа, которую надо постараться успешно выполнить, что для рождения ребенка надо готовиться, надо готовить себя, чтобы процесс родов стал не кошмаром, а одним из лучших воспоминаний в жизни будущей матери.

Методы оценки болевой чувствительности. Объективная оценка болевого ощущения представляет сложную задачу, так как боль - чувство субъективное и по-разному эмоционально окрашенное у различных индивидуумов. Объективных методов учета эффективности обезболивающих средств практически не существует. Основным приемом оценки интенсивности родовой боли является опрос роженицы о болезненности схваток и наблюдение врача за ее поведением. Интерес представляет ряд работ, посвященных исследованию болевой чувствительности. В 1939 г. Ягунов С.А. и Старцева Л.Н. предложили прибор, с помощью которого на четырех кимографах регистрировались основные показатели состояния роженицы: двигательные реакции, дыхательные движения, голосовые (речевые) реакции и сокращения матки. Однако громоздкость аппарата исключала его применение в практической деятельности. Изучалось электрическое сопротивление кожи, которое снижается в очагах гипералгезии (Толстов П.В., 1958). Метод не получил распространения из-за того, что изменение электрического сопротивления в коже не является типичным. Изучалось влияние выраженности потоотделения зон кожи на интенсивность родовой боли. Однако, проведенные С.М. Беккером исследования (1939) показали, что установить зависимость силы пототделения зон кожи от интенсивности родовой боли невозможно.

Для определения порогов болевой чувствительности в родах применяли плетизмографию (Желоховцева И.Н., 1952), электроэнцефалографию (ЭЭГ) (Сыроватко Ф.А., 1953), сенсографию (Кленицкий Я.С., 1961), изменения артериального давления вне и во время схваток (Мазурова В.М., 1964), химические раздражители (хлороформ, спирт, ментол) в определенных пропорциях (Гусейнов А.Г., Ахундов Д.М., 1966), графическую регистрацию кожно-гальванического рефлекса (Коротков Л.А., 1966), мотосенсографию (Сангаило А.К., 1971), определение тактильного и болевого порогов кожного анализатора (Осипова Н.А., Папин А.А., 1983). В ряде исследований для объективной характеристики болевой чувствительности у рожениц применяли комплекс методик, сочетающих химическое или электрическое раздражение кожных покровов с плетизмо- и пневмографией, плетизмография в сочетании со сфигмо- и пневмографией (Петров Н.И., 1967).

Одним из основных направлений в научных исследованиях последнего времени является поиск наиболее информативных объективных методов оценки эффективности различных фармакологических средств, уточнения их механизма действия (седативное, анальгетическое,

вегетативная стабилизация, подавление рефлекторных, секреторных реакций, потенцирование действия других анестетиков). Наиболее перспективным является использование сенсографии с применением нейрофизиологических экспресс-методов объективной оценки лекарственных средств, в частности регистрации вызванных потенциалов (Папин А.А., 1982), кожно-гальванических реакций (Осипова Н.А., 1983), электроэнцефалографических изменений при открывании и закрывании глаз (Бунатян А.А., 1972), определение или усвоение ритма или критической частоты слияния световых мельканий (Михельсон В.А., 1979). Определенное внимание уделено изучению индивидуальных особенностей динамики сенсорной чувствительности в норме и патологии (Забродин Ю.М., 1977).

Применение сенсометрии дает возможность получить количественную оценку реакции пациентки на внешние раздражители разной интенсивности (в т.ч. болевые) при условии сохранности ее сознания т.е. сознательного участия пациентки в оценке собственных ощущений. Измерение сенсорных порогов на пальцах руки (порог чувствительности, порог болевой чувствительности и порог переносимости боли) по величинам плотности импульсного тока может быть использовано для получения информации о взаимодействии лекарственных средств (Комендантова М.В., 1982). При этом выделение порогов чувствительности в мА (миллиамперах), колеблющихся в диапазоне от 0,23 до 1,4 мА (порог болевой чувствительности), от 0,40 до 4,1 мА (порог переносимости) позволяет условно разделить пациенток на следующие группы:

- ⊙ эмоциональные женщины, с развитым чувством страха, с высокой чувствительностью к различным раздражителям, в том числе и болевым,
- ⊙ женщины с низкими и средними значениями порогов чувствительности,
- ⊙ женщины с относительно невысокой чувствительностью к боли и высокими порогами.

Таким образом, измерение порогов чувствительности дает возможность определять характер взаимодействия успокаивающих и болеутоляющих средств. Проведенные сравнительные анальгезиметрические исследования методов болевого раздражения показали превосходство внутрикожного электрического воздействия над накожным в отношении ощущения точно локализованной боли, также хорошей воспроизводимости реакций во время повторных сеансов (Bromm, Meier, 1984). Установлено, что блокада опиатных рецепторов налоксоном значительно влияет на субъективную оценку и переносимость боли от сдавления, также на настроение и выраженность тревожных расстройств (Shull, 1981). Исследования, проведенные Н.А. Осиповой и соавт. (1983) показали, что закономерное повышение сенсорных порогов в сочетании с ЭЭГ "спокойного бодрствования", адекватными реакциями ЭЭГ и изменениями кожно-гальванического рефлекса на раздражители, нормальным дыханием и сердечной деятельностью свидетельствуют о полноценном эффекте премедикации.

Следовательно, сенсометрия является информативным количественным методом оценки эффективности премедикации по изменению реактивности пациентки на внешние раздражители.

Представляют интерес исследования тактильной и болевой чувствительности кожных покровов в процессе беременности и родов. Изменения болевой чувствительности в процессе беременности и родов методом хронаксиметрии показали, что в первые 8 мес. беременности реобазы (пороговая сила раздражения) и хронаксия (фактор времени) постоянны и устойчивы в своих колебаниях. В последние 31-34 дня перед наступлением родов происходит понижение реобазы в 2-4 раза по сравнению с началом беременности. Изменения, достигающие максимума ко времени наступления родов, сопровождаются болевыми ощущениями с резким и неприятным характером (Андреева З.А., 1949). При родовом акте во время схватки наблюдается скачкообразное повышение реобазы и удлинение хронаксии. В промежутках между схватками происходит снижение реобазы и увеличение хронаксии. С повышением интенсивности родовой деятельности эти изменения более выражены. В течение родового акта области гипералгезии кожи изменяют свои границы с общей тенденцией смещения верхней и нижней границ книзу (Кулавский В.А., 1969, Niebel, 1966).

Одним из наиболее точных методов определения порогов болевой чувствительности является метод тепловой сенсометрии (Кассиль Г.Н., 1969; Курилова Л.М., Тихомиров И.И., 1970). Существуют более новые способы ноцицептивной стимуляции, например коротким интенсивным импульсом тепла, генерируемым углекислым лазером (Carmon, Frostig, 1981) или позволяющие оценить интенсивность сенсорного восприятия и аффективную реакцию в ответ на болевое раздражение, вызванное термическим воздействием 45⁰, 47⁰, 49⁰ и 51⁰ С (Shafshek, 1984). Для количественного определения интенсивности болевых ощущений в родах применяли долориметр - прибор, который основан на восприятии тепловых лучей (Riebben, Abbuhl, 1956). С целью определения эффективности психопрофилактической подготовки к родам и обезболивающих средств в родах, динамики болевой чувствительности на протяжении родового акта, порогов кожной болевой чувствительности к тепловому раздражителю (в градусах Цельсия) разработан комплексный метод, включающий методику контактной электротермоэстезиометрии в комбинации со шкалой количественного определения нервно-психического состояния беременной и роженицы, другими психологическими методиками и показателями двигательного импульсного актографа (Абрамченко В.В., Рындин В.А., Токарежский В.А., Пигин В.М., 1971).

Женщины при схватках, нередко наряду с обычной реакцией на боль, проявляют психомоторное беспокойство (попытки встать с кровати, изменение положения, крики). Для определения интенсивности двигательного беспокойства роженицы во время схваток, реакции роженицы на боль в 30-х годах С.А. Ягунов и Л.Н. Старцева создали аппарат, который из-за

конструктивного несовершенства не был широко применен на практике. Тем не менее в 1970 г. в Институте акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта был разработан и испытан простой, портативный, не нуждавшийся в усилителях и пишущих приборах импульсный цифровой электрический актограф, который позволял регистрировать с достаточной точностью все движения роженицы (Абрамченко В.В., Рындин В.А., 1970). Таким образом, для более объективной оценки степени восприятия родовой боли и эффективности применяемых обезболивающих средств, в сочетании с определением порогов тактильной и болевой чувствительности необходимо использование методов регистрации двигательной активности роженицы.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Важным периодом для матери и малыша является первый час после родов, так называемый критический период, который в значительной степени определяет взаимоотношения новорожденного и матери, последующие отношения нового человека с окружающими его людьми и с окружающим миром, способность человека любить и испытывать привязанность. Чем меньше шума и людей будет в этот момент, чем прочнее физический контакт новорожденного и родильницы, тем легче в последствии матери и ребёнку общаться друг с другом. Поэтому во многих странах используют так называемый метод "кенгуру", когда только что родившегося младенца акушерка сразу кладёт на живот матери, что соответствует концепции о "перинатальных матрицах".

Термин "перинатальный" используется в практике, начиная с 22 недель внутриутробного развития плода до 7-дневного возраста младенца. В соответствии с данной концепцией, ласка матери, ощущение её тепла, прикладывание к груди сразу после рождения являются для ребёнка наградой за долгую и трудную борьбу во время родов. Ребёнок рассматривается как активный участник родов, и от того, как он будет протекать все этапы рождения, будет зависеть в последующем та "матрица", по которой станет развиваться его личность (Grof S., 1965).

С психопрофилактических позиций, также по многим другим причинам беременную и родильницу необходимо ориентировать на грудное кормление. Материнская грудь универсально удовлетворяет все потребности новорожденного. Через естественное вскармливание женщина лучше всего адаптируется к материнству. Выделяющийся в процессе сосания ребёнком материнской груди окситоцин способствует сокращению мускулатуры матки и полному отделению последа, что является профилактикой маточного кровотечения в третьем периоде родов. Кроме того, эндорфины - нейрого르몬ы ослабляющие боль, одновременно усиливают чувство удовольствия и удовлетворения. Они включаются в процесс, когда на «арену» выходят дружба, любовь, секс и другие отношения, основанные на привязанности. Нейрого르몬ы стимулируют "ухаживание", заботливое поведение и формируют привычки взаимозависимости. Таким образом, установление тесной связи между матерью и её малышом во многом зависит от налаживания процесса грудного кормления.

Третий день после родов обычно бывает особенно эмоциональным, когда на смену молозиву приходит настоящее молоко. В этот период женщина может испытывать лёгкое разочарование, опустошённость, беспомощность, эмоциональную лабильность в виде повышенной слезливости и частой смены настроения. Родильница очень нуждается в поддержке близких и тех людей, которые помогли ей при родах. В первые дни послеродового периода наблюдается процесс интроекции женщиной своего нового статуса.

Успешность этого процесса и дальнейшей адаптации женщины к роли матери во многом зависит от поведения окружающих. Некоторые молодые мамы ожидают, что "материнская любовь", которой они будут охвачены после родов, решит проблемы адаптации к ребёнку, тогда как процесс образования этой связи зависит от длительного (несколько месяцев) взаимного научения. У матерей появляется разочарование, которое может вызвать чувство виновенности, составляющее основу депрессии (Rosenblum, 2000).

Организация динамического наблюдения женщины акушерами-гинекологами и врачами психиатрического профиля (психотерапевт, психолог) на протяжении всего периода раннего материнства делает различные этапы этого периода наиболее предсказуемыми в отношении возникновения различных психических и поведенческих расстройств, особенно при наличии в анамнезе психопатологических нарушений.

Физиология послеродового периода. Послеродовый (пуэрперальный) период - период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 42 суток после физиологически протекавших беременности и родов, и 56 суток – после патологических родов. В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период. Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток. Выделяют ранний и поздний послеродовый периоды. Ранний послеродовый период - это ближайшие 2-4 часа после родоразрешения. По истечении этого времени начинается поздний послеродовый период.

После рождения последа матка из-за резкого сокращения мускулатуры значительно уменьшается в размерах. Ее тело имеет почти шаровидную форму, за счет понижения тонуса растянутого связочного аппарата сохраняет большую подвижность. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом и свисающего во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки. Внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки при сокращении мускулатуры матки сокращаются, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов. В последующие дни инволюция матки происходит очень быстро. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Темп инволюции находится в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, функции соседних органов. За счет сдавления кровеносных и лимфатических сосудов, часть из них облитерируется.

Цитоплазма части мышечных клеток подвергается жировому перерождению, а затем жировой дистрофии. Обратное развитие происходит также в межмышечной соединительной ткани. Значительная часть сосудов облитерируется и превращается в соединительнотканые тяжи.

Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. Этому способствует фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии. Эпителизация внутренней поверхности матки происходит параллельно с отторжением децидуальной оболочки и заканчивается к десятому дню послеродового периода (кроме плацентарной площадки). Полностью эндометрий восстанавливается через 6-8 недель после родов. Обычно тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 недели.

Инволюция шейки матки происходит медленнее. Раньше других отделов сокращается и формируется внутренний зев, что связано с сокращением циркулярных мышечных волокон. Через 3 суток внутренний зев пропускает один палец. Формирование шейного канала заканчивается к 10 дню. К этому времени полностью закрывается внутренний зев. Наружный зев смыкается к концу 3 недели и принимает щелевидную форму.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У не кормящих женщин менструация обычно восстанавливается через 6-8 недель после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растет, зреет, но овуляция не происходит и желтое тело не образуется. В эндометрии происходят процессы пролиферации. Вследствие атрезии фолликула и падения титра эстрогенных гормонов наступает отторжение слизистой оболочки матки - менструация. В дальнейшем овуляторные циклы восстанавливаются. У некоторых женщин овуляция и наступление беременности возможны в течение первых месяцев после родов, даже на фоне кормления грудью.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к нагрубанию молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном

аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, также рефлекторное воздействие при акте сосания. В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво, представляющее густую желтоватую жидкость с щелочной реакцией, содержащую молочивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке лактоферрина, белка, связывающего железо и содержащего в большом количестве иммуноглобулины, гормоны (особенно кортикостероиды), ферменты. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Лактоферрин необходим также для становления кроветворения новорожденного. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Первые 2-4 часа после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач-акушер внимательно следит за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следит за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производит осмотр мягких родовых путей. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные нарушения целостности родовых путей ушивают. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в последовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет около 200-250 мл, а максимальная физиологическая - не более 0,5% от массы тела родильницы.

Через 2-4 часа родильницу на каталке перевозят в послеродовое отделение. Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложненных родов, являются физиологическими, поэтому ее следует считать здоровой женщиной. Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией, наличием раневой поверхности на месте плацентарной площадки, снижением защитных сил матери. Поэтому, наряду с врачебным наблюдением, для родильницы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат, когда в одну палату помещают родильниц, родивших в течение одних суток. Соблюдение цикличности облегчается наличием небольших палат (2-3 местных), а также правильностью их профилизации, т.е. выделением

палат родильниц, которые по состоянию здоровья вынуждены задерживаться в родильном доме на более продолжительный срок, чем здоровые родильницы. При возможности следует отдавать предпочтение совместному пребыванию матери и ребенка. Такое пребывание в настоящее время позволило значительно уменьшить частоту гнойно-септических заболеваний родильниц в послеродовом периоде, а также частоту заболеваний детей.

В послеродовом периоде мать активно участвует в уходе за новорожденным ребенком, что ограничивает контакт ребенка с персоналом акушерского отделения, создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери, снижает возможность инфицировать новорожденного госпитальными штаммами условно-патогенных микроорганизмов. При таком режиме уже в течение 2 часов после родов новорожденный ребенок при удовлетворительном состоянии может быть приложен к груди матери.

Первый туалет новорожденного и уход за ним в первые сутки осуществляет медицинская сестра отделения и мать. Медицинская сестра обучает последовательности обработки кожных покровов и слизистых оболочек ребенка (глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач педиатр-неонатолог.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 8-12 часов) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника. Ежедневно за родильницами наблюдают врач акушер-гинеколог и акушерка. Температуру тела измеряют два раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие нагрубания. Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Высоту стояния дна матки измеряют в сантиметрах по отношению к лонному сочленению. В течение первых 10 дней оно опускается в среднем на 2 см в сутки. Оценивают характер и количество лохий. Первые 3 дня лохии имеют кровяной характер за счет большого количества эритроцитов. С 4 дня и до конца первой недели лохии становятся серозно-сукровичными. В них содержится много лейкоцитов, имеются эпителиальные клетки и участки децидуальной оболочки. К 10 дню лохии становятся жидкими, светлыми, без примеси крови. Примерно к 5-6 неделе выделения из матки полностью прекращаются. Ежедневно осматривают внешние половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отека, гиперемии, инфильтрации.

Физиологический послеродовой период характеризуется удовлетворительным общим состоянием женщины, нормальной температурой, нормальной частотой пульса и артериального давления, постепенной инволюцией матки, нормальным количеством и качеством лохий, достаточной лактацией.

Иногда в послеродовом периоде может иметь место задержка мочеиспускания (атония мочевого пузыря), стула, выделений из матки (лохиометра), замедленное обратное развитие матки (субинволюция), нагрубание молочных желез, трещины и ссадины сосков, инфекционные заболевания и осложнения. Все эти состояния диагностируются врачом акушером-гинекологом во время ежедневного осмотра родильцы с последующим принятием соответствующих корректирующих мероприятий.

Для профилактики инфекционных осложнений не меньшее значение, чем наблюдение за клиническим течением и своевременная коррекция малейших отклонений от физиологического течения инволюционного процесса, имеет строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены. Палаты в послеродовом отделении должны быть просторными. На каждую койку должно приходиться не менее 7,5 м² площади. В палатах дважды в сутки проводят влажную уборку и проветривание, ультрафиолетовое облучение палат проводят 6 раз в сутки. После выписки родильниц палату тщательно обрабатывают (дезинфекция стен, пола и мебели). Кровати и клеенки также своевременно дезинфицируют. После уборки стены облучают ртутно-кварцевыми лампами. Мягкий инвентарь (матрацы, подушки, одеяла) обрабатывают в дезинфекционной камере.

Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорожденного от инфекции. Ежедневно родильницы принимают душ, им производят смену стерильных лифчиков, рубашек. Через 3 суток производят смену постельного белья. Не реже 4-5 раз в сутки родильница должна подмываться с мылом. При наличии швов на промежности производят обработку их раствором бриллиантовой зелени или перманганата калия 3 раза в сутки.

Перед кормлением родильница должна обмыть молочные железы теплой водой с мылом, надеть на голову косынку, положить на колени пеленку, на которой находится новорожденный во время кормления. Совместное пребывание матери и ребенка, эксклюзивное (по требованию ребенка) вскармливание способствуют быстрой адаптации обоих в послеродовом периоде и ранней выписке из стационара. Выписку родильниц из стационара при несложном течении послеродового периода производят на 5-6 сутки.

Психопатология послеродового периода. Еще врачевателям времен античности было известно, что у женщин после родов чаще, чем в другие периоды жизни могут возникать душевные расстройства. Происхождение подобных расстройств Гиппократ связывал с задержками послеродовых очищений. В соответствии с взглядами Гиппократа, все болезни, в

том числе и душевные, зависят от воздействия внешних и внутренних факторов, связанных с неправильным движением "соков" в организме. Таких же взглядов придерживался и Гален, который утверждал, что после родов "горячая кровь", попадающая женщине в голову вызывает душевные расстройства.

Первые попытки формирования научной концепции послеродовых психозов были предприняты Жаном Эстеном Домиником Эскиролем (1833) и отражены в его руководстве по психиатрии "Des maladies mentales". Эскироль подразделял причины, вызывающие душевные расстройства на предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим причинам он относил отягощенную наследственность, психические заболевания в прошлом, чрезмерную впечатлительность. Производящие причины составляли особенности образа жизни, душевные волнения, простудные заболевания, задержка молока и лохий, истощение. Кроме того, были указания на повышенную психическую ранимость женщин в послеродовое время.

В душе современного человека высокий темп жизни, потоки быстроменяющейся информации, непрерывный процесс постановки и решения новых задач вызывают состояние постоянной готовности к действию и активного включения в деятельность. Материальное и психическое благополучие во многом зависит от того, как успешно человек преодолевает возникающие на его пути препятствия, умеет анализировать ситуацию, обладает способностью пробовать и рисковать. Жизнь, как никогда раньше, требует "мужского" паттерна реагирования. Более того, стиль жизни женщины, начиная от одежды и заканчивая активной внутренней позицией, настолько ассимилировал в себя "мужские" черты, что многие из них не воспринимаются как исключительно таковые. Подобная трансформация влечет за собой как позитивные, так и негативные последствия. Одной из самых важных проблем становится отношение женщины к рождению ребенка. От верного решения этой проблемы зависит - будет ли женщина избегать материнства или всем сердцем и умом стремиться к нему.

Изменения психического статуса, приносимые материнством, являются одной из наиболее сложных и малоразработанных областей современной науки. Актуальность темы продиктована многими причинами, среди которых можно выделить неуклонно растущее число разводов, снижение рождаемости, психические нарушения послеродового периода, увеличение осиротевших детей при живых родителях. Однако здоровое поколение можно воспитать только в условиях крепкой семьи, где женщина чувствует себя наиболее уверенно и более полно реализует свою материнскую функцию.

Механизмы зачатия, развития и рождения плода изучены достаточно подробно. Тем не менее, послеродовой период остается менее востребованным в плане внимания врачей различных специальностей. Различные курсы и "школы подготовки к родам" акцентируют внимание, в большей степени, на успешном прохождении родового процесса (менее болезненно, без психофизических травм) и в значительно меньшей - на периоде беременности

(влияние на развитие будущего ребёнка). Личностная сфера будущей матери остается практически не востребованной. После родов, когда женщина особенно нуждается в посторонней опеке и внимании, она нередко оказывается без профессиональной психолого-психотерапевтической помощи.

Распространённость психических нарушений послеродового периода, по данным эпидемиологических исследований, составляет 10 - 15% (Rosenblum O., Danon G., 2000). Диапазон психопатологических синдромов послеродового периода достаточно разнообразен: от синдромов с нарушенным сознанием, аффективных, шизоформных расстройств до пограничных расстройств психической деятельности. Развитие корсаковского или психоорганического синдромов может иметь место в редких случаях эклампсии.

Наиболее типичными расстройствами послеродового периода (60-70% случаев) являются депрессивные расстройства различной этиологии и степени выраженности (невротическая депрессия, большое депрессивное расстройство, психозы). Однако диагноз послеродовой депрессии устанавливается лишь в 3% случаев, после чего проводится соответствующее лечение (Murray, Cooper, 1991). Послеродовая депрессия без проведения адекватной психофармакотерапии имеет высокий риск эндогенизации (Rosenblum O., Danon G., Nestour A., 2000). После родов, особенно после первых, в 25% случаев возникают биполярные или униполярные аффективные расстройства, причинами возникновения которых являются предрасположенность к биполярному аффективному расстройству, утрата во время беременности одного из близких родственников или отсутствие мужа (Durand B., 1994). У детей первого года жизни, родившихся от матерей, находящихся в депрессивном состоянии в 24% случаев наблюдаются заметные расстройства развития (Keller MB, Beardslee WR, Dorer DJ, et al., 1986). Дети от матерей, страдающих послеродовой депрессией являются потенциальными кандидатами в группу риска по развитию девиантного поведения (эмоционально-поведенческие отклонения, задержка развития, психические нарушения в сфере общения, психологические проблемы) в подростковом возрасте (Г.В. Скобло, Л.Л. Баз, 1998; Г.Г. Филиппова, 1999).

Послеродовая депрессия непсихотического уровня, в большинстве случаев, вообще не диагностируется. Иногда это может быть вызвано нежеланием молодой матери с наличием депрессивного расстройства обращаться за медицинской помощью, что можно объяснить глубоким чувством виновности, которое она испытывает, сталкиваясь с трудностями по уходу за ребёнком. Переживания вины и стыда возникают вследствие неверно сложившихся у женщины представлений во время беременности. Часто она считает, что «материнская любовь» запрограммирована природой и обязательно возникнет после родов, в то время как процесс взаимной адаптации в отношении мать-дитя требует длительного (месяцы) взаимного обучения (Stern, 1985; Main, 1985; Bretherton, 1990; Rosenblum, 2000).

Отношение женщины к своим проблемам в послеродовом периоде во многом зависит от отношения к ним близких для нее людей (Fonty B., 1994). Rousseau P. (1994) отмечает, что после родов в рамках ритуала перехода практически упразднена функция интроекции, утверждения нового статуса, которая превращает женщину без ребёнка в мать. Отсутствие статуса, точки отсчёта, структуры провоцирует развитие депрессии, вызывая чрезмерные ожидания, снижая самооценку у молодых матерей, уменьшая социальную поддержку, которой они пользовались, будучи беременными. Учитывая недостаточность своевременной диагностики и эффективности лечения послеродовых депрессивных расстройств, можно предположить, что в современном обществе женщина чувствует себя не настолько защищённой, чтобы иметь возможность заявить о деликатной психической проблеме. Подобное "молчание" молодых матерей, страдающих депрессивным расстройством, представляет опасность не только для них самих, но и подвергает большому риску их новорожденных.

В последнее время в изучении послеродовой патологии интенсивно разрабатывается такое перспективное направление, как диагностика и сопоставление всего спектра психических расстройств в дородовом и послеродовом периодах. В клинике послеродовых психических расстройств наблюдается увеличение количества послеродовых невротических расстройств, меняется соотношение между психозами и пограничными психическими нарушениями (G. David, M.D. Inwood, 1989). С учетом тяжести клинических проявлений послеродовая патология рассматривается как континуум расстройств, выражающийся постепенными переходами от легких пограничных послеродовых нарушений психической деятельности к послеродовым психозам.

Ряд исследователей выделяют послеродовые блюзы, представляющие эмоциональные расстройства длительностью 7-9 дней, начинающиеся сразу после родов и достигающие пика на 3-4 день, а также мягкие послеродовые депрессии с более продолжительным течением и послеродовые психозы (S. Brandon, 1982; R.E. Kendell, 1985). Однако послеродовой блюз, спровоцированный биологическими изменениями, связанными с родами и психологическими стрессами, может начаться в течение первых 6 недель после родов (C. David, M. Inwood, 1989). Описывая послеродовые блюзы, М. Гельдер указывал, что у женщин, чаще всего у первородящих, после нормальных родов в 50-75% случаев наблюдаются периоды раздражительности, эмоциональной лабильности, беспричинной слезливости, неустойчивого настроения в виде резких, внезапных переходов от эйфории к глубокой печали. Несмотря на характерную в подобных случаях слезливость, женщины, чувствуя напряженность и раздражительность, не ощущают подавленности, которая свидетельствовала бы о депрессивном расстройстве (J. Davidson et al., 1985).

Послеродовыми блюзами (с *англ.* blue chevies - меланхолия, уныние), вне зависимости от субкультуральных особенностей, этнической принадлежности, социального класса, акушерских осложнений, в течение первой недели после родов страдают 80% родильниц (Гольдберг Д., 1999). Клиническая картина послеродового блюза представлена стереотипно развивающимися, начиная с первого дня после родов, симптомами: ощущение усталости, изнеможение, отсутствие аппетита, неспособность сосредоточиться. Иногда наблюдаются легкая растерянность и дезориентировка. В течение первых суток у 80% женщин преобладает радостное, приподнятое настроение, они отличаются повышенной говорливостью, жадной общением. Обсуждаются с соседками по палате злободневные проблемы, касающиеся родов, новорожденных или записываются кулинарные рецепты. Состояние эйфории может сочетаться с чувством напряженности, раздражительности, взбудораженности, плаксивости "от счастья". Однако у части женщин отмечаются нарушения сна, раздражительность, плаксивость. В этот период эйфория может резко, чаще на 3-5 день после родов, сменяться беспричинной грустью с мыслями депрессивного содержания с низкой самооценкой, чувством вины, пессимистической оценкой будущего. В течение одного часа может наблюдаться смена настроения от депрессии к эйфории и наоборот. Эмоции характеризуются неустойчивостью, подвижностью, большим разнообразием, женщины плачут по малейшему поводу. Такие симптомы, как подавленное настроение, ощущение беспокойства, возбуждение, раздражительность на 3-5 день после родов достигают максимума. Изредка наблюдаются неприязнь к партнеру, персоналу лечебного учреждения, раздражительность, гневливость, страх. Обычно через неделю состояние женщин нормализуется, хотя остаются явления послеродовой астении и склонность к завышенной самооценке (Сорокина Т.Т. 2003). Женщины с послеродовыми блюзами нуждаются в пристальном наблюдении, так как с эмоциональной неустойчивости, нарушений сна обычно начинаются послеродовые психозы и тяжелые депрессивные расстройства, начало которых совпадает по времени с клиническими проявлениями послеродового блюза.

Послеродовая психическая патология в международной классификации болезней (МКБ) 10 пересмотрена отнесена в раздел "Расстройства, связанные с физиологическими нарушениями" с использованием буквенно-цифрового кода F53: "Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах". Дополнительно введенный шифр F53.0 объединяет "Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах" и F53.1 - "Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах", что дает возможность дифференцировать степень психических расстройств послеродового периода.

Частота встречаемости послеродовой депрессии достигает 10-20% в популяции рожениц (Гельдер, М., Гольдберг Г.Д., 1999). Только часть депрессивных больных с расстройствами непсихотического уровня, представляющие более тяжелые варианты послеродовых аффективных расстройств, приближающиеся к послеродовым психозам попадают под наблюдение психиатра, состоят на амбулаторном учете и получают адекватное лечение. Женщины, страдающие депрессивными расстройствами с ипохондрическими и соматизированными симптомами, в зависимости от оценки своего состояния, обращаются к разным специалистам. После "неэффективного" обследования, в лучшем случае они направляются к психиатрам, но чаще остаются без лечения, состояние их медленно утяжеляется, заболевание принимает затяжное течение. Однако любая, даже "легкая депрессия" мучительно переживается пациентками, утверждающими, что душевная боль "тяжелее любой физической", риск совершения суицида у них повышен. Поэтому своевременная диагностика послеродовых депрессий приобретает особую значимость.

При неясности нозологической принадлежности послеродовых депрессий, определенную роль в их возникновении отводят биологическим и психологическим факторам. Около 40% послеродовых депрессий квалифицируют как эндогенные. Наиболее частым вариантом депрессивных расстройств является тревожная депрессия (R. Gubasch et al., 1997). Факторами риска возникновения расстройств депрессивного спектра являются наличие расстройств настроения в преморбиде, сексуальных отклонений, молодой возраст рожениц, первые роды, рождение ребенка, нестабильность брака, развод или одиночество, смерть супруга, отсутствие поддержки, соматические заболевания, употребление психоактивных веществ, отягощенный депрессией семейный анамнез, низкая образованность, потеря в детстве родителей. Исследования, проведенные G. David, V.D. Inwood (1989), указывают на факторы «риска», помогающие диагностике послеродовой депрессии: беременность и роды, молодой возраст рожениц и первые роды, отягощенный психическими заболеваниями семейный анамнез, спонтанные и послеродовые депрессии в личном анамнезе, биполярные аффективные расстройства, двойственное отношение к беременности, недостаточность социальной защиты, зависимое отношение с супругом и родителями, неудовлетворенность собой и недостаточное воспитание, сложные отношения с родителями, раннее вступление в брак, также наличие в ранний послеродовой период нарушений настроения (E.S. Paykel et al., 1980).

Выделяют две группы женщин с непсихотической послеродовой депрессией. Первую группу составляют женщины, у которых пуэрипальная депрессия возникла после родов впервые, вторую - женщины, у которых наступил рецидив ранее имевших место аффективных расстройств. После повторных родов рецидивы депрессий наступают чаще у больных второй группы, при этом рецидивы являются и более продолжительными (P. Cooper, I. Murrey, 1995).

Выделяют следующие основные синдромологические варианты послеродовых непсихотических депрессий: меланхолическая простая (классическая), тревожная, астеническая, апатическая, деперсонализационная (анестетическая), ипохондрическая, депрессия с навязчивостями, маскированная депрессии (Сорокина Т.Т., 2003). Несмотря на разнообразие синдромологических вариантов депрессивных расстройств послеродового периода, определяющегося особенностями личности родильницы, ситуационными моментами, соматическим состоянием, для послеродовых депрессий характерными являются тревога за ребенка и астеническая симптоматика.

Меланхолическая депрессия сопровождается угнетенным, сниженным настроением, замедленностью моторики, мышления, темпа речи, снижением волевых побуждений. Начинается чаще всего на первой неделе после родов: нарушается за счет раннего и частого просыпания сон, испытывает затруднения в сосредоточении мыслей после сна, ассоциации и речь замедлены, появляются нерешительность, грусть, беспомощность в уходе за ребенком, беспокойство за ребенка, за свое здоровье, возникают чувство вины, жалобы на ухудшение памяти. В дальнейшем снижается аппетит, наблюдается потеря веса, теряется вкус пищи. Исчезает любовь к близким людям, ребенку, мужу, вокруг ничто не доставляет удовольствия. Дальнейшая жизнь кажется бесперспективной, бессмысленной, появляется чувство вины, формируются суицидальные мысли. Кроме нарушения сна и аппетита появляются спастические запоры, наблюдается прекращение месячных, тахикардия, повышается артериальное давление, зрачки становятся расширенными, но на свет реагируют адекватно.

Необходимо обращать внимание на внешние признаки депрессии - выражение лица, голос, моторику. Лицо становится со скорбным выражением: грустный взгляд, опущены уголки рта, углублены носогубные складки, положительный симптом Верагута (на границе средней или верхней трети кожная складка верхнего века, нередко и бровь, оттягиваются кверху, образуя вместо дуги угол, что придает лицу страдальческое выражение). Движения и реакции замедляются, женщине трудно встать, приготовить завтрак, перепеленать ребенка. Однако она понимает, что это необходимо сделать. Блекнут краски окружающего мира, все воспринимается в черно-белых тонах, яркие краски не вызывают эмоционального отклика. Медленно тянется время, все кажется пустым, возможны переживания "физического ощущения тоски" типа "тоска в груди" или "камень на душе". Наблюдается ухудшение самочувствия женщин в утренние часы и улучшение во второй половине дня. Иногда времена (сезон) года могут оказывать влияние на состояние таких больных, особенно весна и осень, когда ухудшается самочувствие и начинается депрессия.

Для *тревожной* депрессии характерно преобладание в эмоциональной сфере на фоне сниженного настроения тревоги, неясного беспокойства, опасения за ребенка и близких, за свое здоровье, чувства надвигающейся беды, неуверенности в будущем. В поведении женщин

с тревожной депрессией доминирует не двигательная заторможенность, а беспредметное беспокойство, суетливость, они многоречивы, стараются рассказывать о своем состоянии, ждут помощи и совета, объяснений своему самочувствию, не могут усидеть на одном месте, совершают избыточные движения, теребят руки, кусают ногти. Женщины с трудом обеспечивают уход за ребенком, им нелегко справляться с домашними делами, продуктивная деятельность у них снижена.

Тревожные переживания сопровождаются вегетосоматическими симптомами в виде повышения артериального давления, мышечного тонуса, тахикардии, мидриаза, тремора, запоров. Нередко развиваются панические приступы, длительностью 30-60 минут, характеризующиеся неожиданным беспричинным всплеском тревоги с быстро нарастающей в течение 10-15 минут симптоматикой, сопровождающейся когнитивными и вегетососудистыми расстройствами. Панические приступы могут быть представлены одышкой или чувством нехватки воздуха (затруднен вдох), головокружением, ощущением неустойчивости или дурноты, сердцебиением или ускорением сердечного ритма, повышением артериального давления, тремором, потливостью, тошнотой или абдоминальным дистрессом, парестезиями, анемиями конечностей, жаром или ознобом, явлениями деперсонализации или дереализации, страхом смерти или сойти с ума. Характерными являются неприятные ощущения в теле, особенно в области сердца.

Астеническая депрессия является одной из частых разновидностей послеродового депрессивного расстройства. Обычно начинается вскоре после родов и проявляется усугублением послеродовой астенической симптоматики. Характерными для состояния послеродового блюза являются повышенная психическая и физическая утомляемость, неустойчивость аффекта, раздражительность, гиперестезия, слезливость при астенической депрессии приобретают более выраженный и затягивающийся во времени характер. Клиническая картина изменчива и динамична. Нередко она представлена сниженным фоном настроения, постоянной усталостью, чувством растерянности, жалобами на плохую память, затруднениями в сосредоточении, оценке происходящих с ними и вокруг событий, заниженной самооценкой, разнообразными вегетативными расстройствами (слабость, потливость, сниженный аппетит, тахикардия, повышенная сонливость днем). При астенической депрессии психомоторные расстройства и расстройства волевой деятельности такие же, как при меланхолической депрессии. Ухудшение состояния к вечеру для женщин с астенической депрессией не характерно.

В послеродовом периоде *апатический* вариант депрессии встречается редко. Однако С.Н. Мосолов (1995) не только указывает на большую частоту встречаемости депрессий с преобладанием апатоанергической симптоматики, но выделяет два варианта апатической депрессии: анергическую (снижение эмоционального реагирования на происходящие события,

жизненного тонуса, безразличие) и абулическую (доминирование психической инертности, ленность, "жизнь по инерции") депрессии. В клинической картине апатической депрессии на фоне маловыраженной соматовегетативной симптоматики обязательно присутствуют чувство жалости к себе, угнетенность, тревожность, безразличие к ребенку. На фоне заторможенности моторики и мышления больные подолгу залеживают в постели, за собой если и ухаживают, то без малейшего интереса, становятся неряшливыми. После выхода из болезненного состояния отмечают страдания и душевную тяжесть, которые они испытали.

Деперсонализационная депрессия характеризуется ощущением собственной измененности, неузнаваемости окружающего мира, мучительным чувством отсутствия, отчужденности эмоций. Больные, понимая неизменность окружающего мира, испытывают изменение или отсутствие чувственной окраски восприятия внешнего и внутреннего мира, что вызывает у них страдание. В клинической картине преобладают переживания, обусловленные нарушением связи с окружающим миром: краски блекнут, звуки, запахи становятся менее яркими, все кажется серым, безжизненным, нередко нереальным, видится как-бы сквозь прозрачную пленку. С ощущением замедления течения времени появляется чувство собственной измененности, эмоциональной неполноценности, отсутствия сопереживания с окружающими людьми. Утрачивается способность любить, сопереживать, получать удовольствие от жизни, появляется безразличие к пище, отсутствует чувство голода, сна, физической боли, полового удовлетворения. Подобное состояние называется болезненным бесчувствием ("anaesthesia dolorosa psychica").

Психомоторная заторможенность выражена незначительно. На фоне сниженного, угнетенного настроения могут возникать тревожные переживания, суицидальные мысли и попытки. При легких депрессиях женщины заявляют, что вместо любви к ребенку чувствуют только жалость или любопытство, они говорят "люблю умом, понимаю, что он мой". Женщины, страдающими тяжелым депрессивным расстройством с психотическими симптомами, дети воспринимаются как чужие, физически неполноценные, уродливые, больные. В таком состоянии они могут совершить расширенный суицид.

Депрессия с навязчивостями - вариант депрессивного расстройства, в клинической картине которого преобладают навязчивости в виде мыслей и представлений, разнообразных страхов и опасений, реже действий и влечений. Навязчивые переживания сопровождаются критическим отношением к ним, сочетаются с подавленным настроением и чувством вины. Депрессии с навязчивостями развиваются вскоре после родов, чаще всего у лиц с психастеническими преморбидными чертами. Включают в себя панические расстройства, которые начинаются в виде панической атаки. После первого развернутого панического приступа начинает формироваться агорафобия, которая представляет не только страх открытых пространств, но и ситуаций, в которых, по мнению больной, затруднено оказание

медицинской помощи и она может умереть. В связи с этим у больных появляется "избегающее поведение" - боязнь тех мест, где пережили страх смерти. У них появляются чувство неуверенности, бесперспективность, снижаются общая активность, интерес к жизни, удовольствиям, самооценка. Больные испытывают тоску, нарушается сон и аппетит, психомоторная заторможенность отсутствует.

Ипохондрическая депрессия представлена неприятными ощущениями во внутренних органах и реакцией личности на эти ощущения. Характеризуется тревожно - тоскливым настроением, раздражительностью, тревожными опасениями за свое здоровье, убежденностью в наличии серьезных соматических заболеваний. Жалоб на сниженное настроение больные обычно не предъявляют, стенично обследуются, ненадолго успокаиваются при получении результатов "в пределах нормы", вновь возвращаются к своим мыслям. При отрицании соматического заболевания больные нередко обижаются.

Ипохондрическая депрессия в послеродовом периоде встречается редко. Быстро возникающие болезненные ощущения необычны, неустойчивы, трудно локализуемы, протекают с колебаниями аффекта и вегетативными расстройствами. Выделяют два варианта ипохондрической депрессии: сенестопатический (разнообразные неприятные ощущения различной локализации) и идеопатический (навязчивые, паранойяльные сверхценные идеи, возникающие без выраженных неприятных ощущений). Иногда больные неправильно оценивая соматическое состояние ребенка относят ипохондрические идеи не к себе, а к своему ребенку.

Маскированная (латентная, скрытая, атипичная, ларвированная, соматизированная, "депрессия без депрессии") депрессия - вариант депрессивного расстройства, характеризующийся обилием упорных, разнообразных жалоб и вегетативно-соматических расстройств, не укладывающихся в рамки определенной соматической болезни и маскирующих депрессию. Начало маскированной депрессии может быть острым, подострым и без очерченного начала. В послеродовом периоде, спровоцированное психической травмой или употреблением алкоголя депрессия начинается чаще остро, нередко проявляется паническим расстройством. Больные, как правило, не осознают пониженного настроения или объясняют его соматическим недомоганием. У них наблюдается грустное выражение лица, неуверенность, незначительная речедвигательная заторможенность, снижение активности, неумение радоваться и наслаждаться жизнью. Болезненные ощущения, испытываемые больными, носят диффузный, изменчивый, нередко мигрирующий и мучительный характер, трудно поддаются описанию. Сенестопатии, парестезии, алгии у больных ассоциируются с глубоким недомоганием, тягостным настроением. Нередко больные, при сохранности критики, ощущают иллюзорные или галлюцинаторноподобные переживания типа "чувство своего мозга или спазмов сосудов мозга", "перекатывание шариков в теле". Характерны нарушения сна в

виде ранних пробуждений, снижение аппетита и потеря веса, нарушение менструального цикла. Возможны суицидальные мысли и тщательно подготовленные попытки.

Диагностика маскированной депрессии представляет значительные сложности. Масками депрессии могут быть любые соматические жалобы, вегетативные расстройства, на основании которых чаще всего устанавливают такие диагнозы, как вегетативно-сосудистая, нейроциркуляторная дистония, дискинезии, вегето- и органоневрозы, ишемическая болезнь сердца, остеохондроз, дисфункции внутренних органов. Для постановки диагноза необходимо учитывать следующие факторы: наличие аффективных расстройств (субдепрессивное состояние) в клинической картине заболевания, суточных колебаний симптоматики, аффективной патологии в анамнезе, отягощенный аффективными расстройствами семейный анамнез, сезонную предпочтительность, положительный эффект при использовании антидепрессантов и отсутствие эффекта от лечения предполагаемых соматических заболеваний.

Таким образом, приведенные сведения свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований психического статуса молодых матерей в послеродовом периоде и значимости дородовой психопрофилактической подготовки женщин.

ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ И РОЖЕНИЦАМ

Психопрофилактическая подготовка (общие положения). Здоровье будущего ребенка и матери во многом определяется поведением самой женщины во время беременности. Будущие матери должны твердо помнить, что их собственное здоровье и означает здоровье их детей. От того, насколько каждая беременная осознает необходимость для себя занятий физическими упражнениями, выработает потребность в этих занятиях, зависит здоровье будущего ребенка. Французский ученый Тиссо (XVIII век) считал, что "Движения составляют главный источник здоровья, движения могут заменить лекарства, между тем как всевозможные лекарства, вместе взятые, никогда не могут заменить движения". Для усиления воздействия упражнений на организм беременной рекомендуется выполнять упражнения из различных исходных положений (стоя, сидя, лежа). Беременные в процессе занятий должны уметь строить физиологическую кривую и выполнять (индивидуально) утреннюю гигиеническую гимнастику. Физиологическая кривая занятия - 120, 100, 80, 60 (изменение пульса за время тренировки). Интенсивность физической нагрузки устанавливается по признакам утомления.

Существует три стадии утомления: начальная, средняя, недопустимая. Стадия утомления устанавливается по окраске лица, потливости, дыханию, осанке и походке, также желанию заниматься. Название третьей стадии утверждает, что она недопустима. Упражнения беременная выполняет медленно, на вдохе и выдохе или при равномерном дыхании, без резких перемен положения тела и движений. Для создания у женщины положительного эмоционального фона рекомендуется музыкальное сопровождение процесса проведения занятий. Занятия желательно проводить в первой половине дня, во второй половине - рекомендуются прогулки на свежем воздухе.

Большинство женщин, особенно первородящих, недостаточно осведомлены о процессе родов, слышали о болях в родах и поэтому у них возникает боязнь приближения родов. Родовые схватки действительно могут быть болезненными, сами роды требуют физической энергии от женщины. Однако заблаговременная психическая и физическая подготовка к родам делает их управляемыми самой роженицей, вследствие чего схватки воспринимаются менее болезненно и роды проходят без особого труда для женщин.

Под влиянием физических упражнений во время беременности повышается обмен веществ в организме. В большей степени это сказывается на мышечной ткани. Мышечные волокна гипертрофируются, увеличивается сила их сокращений, они становятся более эластичными, могут выполнять больший объем физической работы. Физические упражнения, активизируя окислительные процессы в тканях, способствуют более интенсивной работе органов дыхания, в результате более интенсивным становится снабжение кислородом всех

органов. Происходящие в организме, в первый период беременности (до 15 недель), сложные гормональные изменения нередко проявляются общим недомоганием, потребностью в отдыхе. Однако и в этот период беременной необходим активный режим, потому что малоподвижность отрицательно влияет как на беременную, так и на развитие плода. В связи с этим беременным для физической подготовки к родам рекомендуется проведение определенного комплекса гимнастических упражнений.

Предродовая подготовка. Проведение развернутой предродовой подготовки нередко затруднено из-за того, что женщины в роддом поступают в период начавшихся родов или за несколько дней до начала родов. За короткий период времени беременную необходимо обучить приемам поведения, дыхания и самопомощи, создать благоприятный психологический фон, а во время родов, используя соответствующие приемы, облегчить состояние роженицы.

При первом контакте с беременной необходимо оценить ее психическое состояние. В последующем, путем опроса, изучения анамнестических сведений необходимо выяснить отношение ее к беременности, характер взаимоотношений в семье, наличие психических травм, установить представление беременной о родах, обоснованность страха перед родами, отношение к родовой боли. При этом целесообразно изучить характерологические особенности беременной, ее эмоционально-волевые качества. С самого начала работы важно привлечь внимание женщины, вызвать ее заинтересованность и доверие. Врач должен уметь установить контакт с пациенткой, выявить психологические проблемы, актуальные для женщины, особенности личности, установить ведущие механизмы психологической защиты.

Для определения психологического состояния женщин можно использовать как отдельно, так и в комплексе различные, в зависимости от цели исследования, экспериментально-психологические, психометрические и патопсихологические методики. В частности, тест "Самочувствие - Активность - Настроение" (САН) - являясь достаточно чувствительным, отличающийся простотой в работе, не требующий много времени, может использоваться любым специалистом, знающим принципы его проведения и интерпретации. С целью проведения скрининг - диагностики тревожно-депрессивных состояний можно использовать Госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Для углубленного исследования выраженности тревоги и депрессии, при необходимости можно использовать психометрические шкалы - шкалы Гамильтона, Монтгомери-Асберг, Бека, Спилбергера-Ханина и др. Для исследования личностных особенностей беременной могут быть использованы Фрайбургский личностный опросник, СМЛЛ, характерологический тест Шмишека и др. Психодиагностические исследования имеют большую ценность, если они проведены специалистом, имеющим специальную подготовку (психолог, психотерапевт). В работе с беременной необходимо применять методики, которые за минимум времени дают максимум информации и не вызывают у женщины негативных явлений.

На отношение женщины к беременности и родам могут оказывать влияние различные факторы: социально-бытовые, морально-этические, экономические, также особенности личности женщины. Личностные особенности беременной, влияя на комплайенс, определяют форму общения врача и пациента: разъяснение, обучение, совет, убеждение, успокоение, внушение и т.д. На основании создавшегося представления о психическом статусе, личностных особенностях женщины, об отношении её к беременности и родам врач планирует свою работу.

При каждом посещении беременной женской консультации целесообразна совместная работа акушера-гинеколога и врача психиатрического профиля. Причем, необходимо проводить не только индивидуальную психопрофилактическую работу, но и групповые занятия по психопрофилактической подготовке к родам с начала дородового отпуска.

Для проведения групповых занятий целесообразно формирование групп по 6-8 человек (не более 14, так как снижается сила внушения и возрастает рассеянность внимания). При формировании групп необходимо учитывать психоэмоциональный статус беременных. В группе, подобранной по однородным психоэмоциональным особенностям беременных, легче создаётся атмосфера взаимного доверия, чувство внутренней свободы и раскованности, позволяющие формировать установки правильного поведения во время беременности и родов. Положительное взаимное влияние женщин друг на друга, обмен опытом и поддержка способствуют более успешной работе врача. Очень важно, чтобы весь комплекс занятий в группе проводил врач, знающий особенности протекания беременности каждой женщины, их личностные особенности и проблемы. При проведении занятий разными врачами теряется контакт с группой, нарушается преемственность занятий, что ведет к снижению эффективности работы и влияет на ее конечный результат.

Особое внимание необходимо уделять категориям беременных, нуждающимся в направлении к психотерапевту для проведения тщательной психической подготовки: социально-активные женщины, у которых с наступлением беременности в связи с лишением привычных активных социальных позиций может отмечаться более выраженная психическая неустойчивость; инфантильные женщины, привыкшие к опеке в семье и потому плохо подготовленные к материнству; матери-одиночки; беременные с психосоматическими заболеваниями или после черепно-мозговых, психических травм; беременные с большим числом искусственных аборт в анамнезе, что можно расценивать как негативное отношение к беременности при наличии достаточного ассортимента современных противозачаточных средств; беременные высокого акушерского и перинатального «риска»; женщины с низким порогом болевой чувствительности и т.д.

Для проведения групповых занятий интерьер кабинета должен создавать у беременной психологический комфорт. Необходимо иметь кушетки или удобные кресла, набор рисунков,

таблиц, муляжей, демонстрирующих анатомо-физиологическую характеристику родового акта, слайдоскоп, телевизор, видеомагнитофон, экран для показа видеофильмов о процессе родов, магнитофон.

Занятия целесообразно начинать с 32-34 недель беременности, проводить их еженедельно в течение месяца, всего 4-6 занятий. Продолжительность каждого занятия должна составлять от 25-30 минут до 1 часа.

При поступлении женщин в родильный дом в поздние сроки беременности, в период предстоящих родов проведение занятий приобретает особое значение. В этих условиях целесообразно проведение занятий до 2 - 3 раз в неделю, при необходимости ежедневно, в зависимости от предполагаемых сроков родоразрешения. Основной акцент в комплексе занятий непосредственно в преддверии родов должен сводиться к психологической подготовке, формированию соответствующего волевого настроя. Занятия с беременными рекомендуется проводить в форме лекций, собеседования, диалогов, уроков и курсов, индивидуальных и групповых, с обязательным доступным для понимания и восприятия наглядным материалом (рисунки, таблицы, муляжи, видеофильмы о родах). Очень важна наработка практических навыков по дыханию, самомассажу, психологической самопомощи. Занятия могут проводиться непосредственно с беременными или одновременно с их мужьями или родственниками в рамках совместной подготовки беременной и ее родственников, пожелавших присутствовать при родах. Медицинский персонал женских консультаций и роддомов должен быть хорошо обучен, понимать цель психопрофилактических мероприятий и добросовестно выполнять свои функции.

В дородовой период желательно начинать со сведений о физиологии и динамике родов, возникновение боли и её регуляция, движение ребёнка по родовым путям и его состояние во время родов. Необходимо сформировать у женщин визуальный, слуховой или кинестетический образ родового процесса (в зависимости от ведущей репрезентативной системы восприятия окружающего). Это поможет женщине отвлечься, понимать происходящее с ней во время родов, почувствовать возможность управляемости процесса, а также позволит активизировать подсознательные механизмы. Например, может быть использован следующий вариант нейролингвистического программирования влияющий на подсознательные механизмы психического статуса женщины: "Постарайся увидеть, представь, как ребенок, словно эластичный клинышек продвигается по родовым путям. Почувствуй, как с лёгким напряжением раздвигаются ткани внизу живота. Прислушайся к себе..., ты услышишь, как вытягиваются мышцы тазового дна освобождая проход ребёнку".

Важно подчеркнуть во время занятий с женщинами, что болевые ощущения вполне поддаются коррекции и, что надо уметь использовать чувство боли для регуляции своих усилий в родах. Нужно приводить примеры изменения болевых ощущений, опираясь на

практический опыт самой женщины, использовать её ресурсные возможности. Следует убедить беременных в спокойном поведении во время родов, в доброжелательном сотрудничестве с медицинским персоналом, контролирующим ход родов, готовым помочь в сложных ситуациях, в необходимости выполнения его указаний. Целесообразно обратить внимание беременных на умение распределять свои силы, и особенно, на физическое напряжение в процессе родов. Это достигается путём правильного чередования напряжения и расслабления, ориентируясь на схватки и указания медработников. Важным фактором, влияющим на распределение сил, мобилизацию энергии и ослабление болевых ощущений во время родов, является регуляция дыхания и управление мышечным тонусом. Установлено, что во время схватки дыхание женщины, как ответная реакция на болевые ощущения, учащается и сопровождается вегетативными расстройствами. Кроме того, в родовой процесс вовлекается достаточно большое количество мышц, повышающих потребность организма в кислороде. После схватки дыхание женщины успокаивается. В работе необходимо использовать этот физиологический дыхательный режим.

С началом схватки производятся несколько быстрых вдохов и выдохов. Затем рекомендуется напрячь на вдохе руки, сделать сквозь стиснутые зубы или через узкую щель рта длинный выдох. Возможна небольшая задержка дыхания с последующим длительным напряжённым выдохом. После выдоха, надо расслабить руки и установить в течение 10-15 секунд частое дыхание открытым ртом (напоминая дыхание собаки или бегуна), потом вновь перейти к длинному напряжённому выдоху. Можно использовать более упрощенный механизм дыхания: во время схватки предлагается учащенное дыхание, со средней глубиной вдоха, частотой дыхания 16-18 раз в минуту. Необходимо обратить внимание беременной на то, что частые и глубокие вдохи вредны. Периодически возможен удлиненный выдох через узкую щель рта. После окончания схватки рекомендуется сделать глубокий вдох, с небольшой задержкой после вдоха и длинный выдох с ощущением (представлением) расслабления в мышцах, который является началом фазы успокоения. Одновременно с массажем соответствующих точек рекомендуется сделать несколько подобных расслабляющих выдохов.

Правильность дыхания женщина должна выбирать индивидуально, ориентируясь на свои ощущения и подсказки медперсонала. Очень важно продемонстрировать женщинам, как это делается, а затем проследить, как это делают они. Необходимо обратить внимание, что дышать нужно часто, со средней глубиной вдоха. Объём кислорода поступающий в организм увеличивается при частом дыхании за счет гипервентиляции или повышенного при напряженном выдохе парциального давления. При этом необходимо отметить эйфоризирующе-тормозящее действие кислорода на головной мозг, что способствует рассеиванию и притуплению восприятия болевого раздражителя.

А. П. Зильбер и др. утверждают, что влияние частого дыхания во время родов носит отрицательный характер. Возникающая при гипервентиляции гипокапния вызывает спастическую сосудистую реакцию, из-за чего могут страдать как женщина, так и плацентарное питание ребёнка. Однако при правильной постановке дыхания развитие гипервентиляционной ишемической реакции маловероятно. Во-первых, частота и глубина дыхания умеренные, и регулируются самочувствием женщины. Во-вторых, продолжительность активного дыхания ограничивается длительностью болевой реакции во время схватки, что занимает относительно небольшой промежуток времени. В-третьих, после активного дыхания наступает период спокойного дыхания, и даже замедление его, как это показывают практические наблюдения.

Одновременно с дыханием необходимо контролировать состояние мышечного тонуса, т.к. постоянное напряжение вызывает истощение. Между схватками роженица должна применять приёмы релаксации. В дородовой период для обучения расслаблению можно применить аутотренинг (одну из модификаций Шульца или элементы нервно-мышечной релаксации Джекобсона). При этом можно рекомендовать создание какого-либо приятного мысленного образа, который способствовал бы расслаблению и отвлечению (отдых в лесу, на пляже, визуализация расслабления мышц и т.д.).

Одним из действенных способов противодействия болевым ощущениям является точечный массаж. При первичном контакте с роженицей применение точечного массажа способствует снижению интенсивности болевых ощущений, облегчению родового процесса, формированию в женщине уверенности, успокоения и желания сотрудничать. Женщину необходимо научить находить и использовать биологически активные точки, которые являются зонами с богатой иннервацией, обладающие низким электрокожным сопротивлением и повышенной температурой. Массаж лучше осуществлять большим или указательным пальцами, либо косточками дистальных фаланг пальцев. При воздействии желательно добиваться ощущения тепла, онемения или распирания в массируемой точке. Давление на точку следует постоянно усиливать, сочетая с вращательными, разминающими движениями. Сила воздействия определяется снижением болевых ощущений при схватках. Воздействие на точку должно начинаться при схватке с момента возникновения болевых ощущений и заканчиваться с ослаблением болевого раздражения. Надавливание должно производиться с силой, способной вызвать реакцию, отвлекающую от основного источника боли. При этом нужно фиксировать внимание женщины на область активации точки, объясняя это регуляцией болевых ощущений в месте непосредственного воздействия. Механическое массажирование соответствующих участков тела, также специфические реакции самой активной биологической зоны способствуют формированию своего рода конкурирующего болевого очага, который как-

бы рассеивает в области родовых путей болевые ощущения. В момент нарастания болей при схватках лучше начинать с парных точек меридиана мочевого пузыря:

V²⁷ "сяо-чан-шу" - находится на 1,5 цунь от средней линии на уровне остистого отростка 1 крестцового позвонка. Является парной точкой т.е. расположена симметрично справа и слева от названного ориентира. Имеется ввиду **цунь** индивидуальный - равен расстоянию между кожными складками согнутого среднего пальца; можно ориентироваться на ширину двух поперечных пальцев;

V²⁸ "пан-гуань-шу" - находится на 1,5 цунь от средней линии на уровне остистого отростка 2 крестцового позвонка, парная;

V²⁹ "чжун-люй-шу" - находится на 1,5 цунь от средней линии на уровне остистого отростка 3 крестцового позвонка, парная. Все эти точки расположены в области крестца, относятся к меридиану мочевого пузыря.

E³⁰ "ци-чун" - расположена по верхнему краю лобковой кости на 2 цунь от средней линии - парная, меридиан желудка;

VC⁴ "гуань-юань" - по средней линии на 3 цунь ниже пупка,

VC⁶ "ци-хай" - на 1,5 цунь ниже пупка по средней линии, относятся к переднесрединному меридиану, расположены на нижней поверхности живота. Воздействие на данные точки должно быть использовано только во время схватки, при её исчезновении - активация точек прекращается.

Как вариант можно использовать массирующие поглаживания низа живота и поясницы. Роженица во время схватки должна производить ладонями и пальцами обеих рук поглаживание кожи нижней части живота в местах, где острее всего ощущается боль. При этом движения рук лучше сочетать с ритмом дыхания. Легкое поглаживание живота должно производиться на протяжении всей схватки. По мере нарастания силы схваток следует усиливать поглаживания. Можно массировать поясницу руками, поворачиваясь на бок, потирать её фалангами сжатых в кулак пальцев, надавливая на поясницу. Возможен вариант, когда под поясницу подкладывают сжатые кулаки, давление осуществляется с боков от крестца, приблизительно в области проекции точек V²⁷, V²⁸, V²⁹ в сочетании с дыханием. Можно использовать следующий приём: роженица в момент схватки большими пальцами рук, расположенных ладонями вдоль бёдер, надавливает на точки передне-верхних подвздошных остей (выступающих костей таза). Надавливания осуществляются во время схватки одновременно с дыханием.

В период спокойствия используются точки: MC⁸ "лао-гунн" - меридиан перикарда (находится в центре ладони), E³⁶ "цзу-сань-ли" - меридиан желудка (симметричная, находится на латеральной поверхности голени на 6-7 см ниже колена). Надавливание производится не так интенсивно, как во время схваток. Давление, растирание, поглаживание должно давать

комфортный, отвлекающий характер. После прекращения схватки применяется лёгкое поглаживание кончиками пальцев пояснично-крестцовой области, оказывающее отвлекающее и успокаивающее действия.

Применяемые методики должны быть простыми и легко выполнимыми, потому что при выраженном болевом раздражении сознательный волевой контроль снижается. Следует обратить внимание женщин на чёткость и упорство в выполнении указаний врача, так как столкнувшись с трудностями женщины нередко теряют самоконтроль и не используют полученные навыки. Большое значение имеет демонстрация успеха и самостоятельный удачный опыт. Поведение специалиста во время родов должно быть решительным и уверенным, при этом предпочтителен индивидуальный контакт. С самого начала работы очень важно овладеть вниманием женщины, особенно когда женщина находится в родах и испытывает выраженные болевые ощущения.

Внимание роженицы фиксируется преимущественно на болевых ощущениях при схватках или в ожидании новых схваток. У женщины, постоянно находящейся в напряжении наблюдается истощение психических и физических сил, что ведёт к дальнейшему повышению порога болевой чувствительности, способствует развитию родовой слабости и ряду других осложнений. Поэтому ведущим звеном в системе психопрофилактического обезболивания родов является формирование правильного психологического отношения и психического восприятия процесса родов. Комплекс мероприятий должен строиться с учетом психического статуса беременной или роженицы. Необходимо использовать всё многообразие методов психологического воздействия на беременную: внушение переключение, разъяснение, стимуляцию, активацию деятельности, перестройку оценки и мотивации. В основе создания должного психологического и волевого настроя лежат такие факторы, как формирование адекватных знаний и представлений о процессах происходящих во время родов; обучение практическим навыкам самопомощи и понимание возможности влияния на негативные факторы, в частности на болевой раздражитель, возникающие во время родов; понимание родового процесса, как периода сложной, напряженной нагрузки на организм, имеющий естественную физиологическую основу и определённую продолжительность; формирование уверенности в постоянном контроле течения родовой деятельности со стороны медицинского персонала, его поддержке и сочувствии.

В дородовой период, прежде всего, необходимо выявление и коррекция психологических проблем и психоэмоционального статуса беременной, выявление и коррекция неверных представлений о родах, связанных с ними страхов. Коррекция выполняется в процессе занятий, с учетом полного устранения проблемных вопросов, с четким пониманием беременными происходящих во время родов процессов и отработкой способов соответствующей помощи и действий. Женщина должна понимать, как и почему она должна дышать, как использовать

самомассаж и какие эффекты при этом могут возникать, с какими проблемами она может столкнуться и как их преодолевать. Женщина должна осознавать, что роды, - это достаточно сложный, но естественный процесс. При правильном течении родов, которому может способствовать сама женщина, в организме не происходит угрожающих здоровью и жизни нарушений. Применяя различные методы, влияющие на интенсивность родовой боли, анализируя ощущения женщины можно оценить продолжительность родов и рассчитать свои силы.

Психическую подготовку беременных к родам необходимо сочетать с физическими упражнениями. В условиях малоподвижности для оздоровления беременных необходимо в комплексе психофизической подготовки использовать элементы гигиенической гимнастики. Систематические гимнастические занятия при беременности стабилизируют функциональные системы матери, обеспечивающие благополучное развитие плода, повышают защитные силы организма и адаптируют его к физическим нагрузкам в родах. Организм, под влиянием многократно повторяющейся мышечной работы, приобретает способность к быстрой, полной мобилизации ресурсов и экономному их использованию. Поэтому во время беременности гимнастика рассматривается как одно из мероприятий по предупреждению осложнений беременности, родов и послеродового периода. Комплекс гимнастических упражнений преследует цель последовательного включения в тренировку мышечных групп организма, принимающих активное участие в процессе родов. В связи с этим система физических упражнений разделяется на комплексы, охватывающие сроки беременности до 16 недель, от 16 до 21 недели, от 24 до 32 недель и от 32 недель до родов. Каждый комплекс имеет свои особенности, задачи и цели. В первые 3 месяца беременности следует отдать предпочтение наиболее легким упражнениям, уделяя особое внимание спокойному ритмичному дыханию во время их выполнения. В начале беременности нужно уметь регулировать дыхание (грудное, брюшное, смешанное), что понадобится во время родов. Занятия гимнастикой предусматривают обучение правильному напряжению и расслаблению мускулатуры тела, постепенной адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам. В комплекс включаются упражнения для тренировки мышц рук, ног, туловища, брюшного и грудного дыхания. Одновременно следует исключить прыжки, резкие перемены положения тела, так как они опасны самопроизвольным прерыванием беременности. В первые 3 месяца беременности упражнения по регулированию дыхания следует выполнять с утра, еще лежа в постели.

В середине срока беременности (от 16 до 24 недель) режим должен быть более активным. Этот период наиболее опасен возникновением урологических осложнений беременности, связанных с нарушением оттока мочи из почек. Постельный режим с горизонтальным положением на спине из-за давления, оказываемой маткой на мочеточники, неблагоприятно сказывается на оттоке мочи. Поэтому в тот период беременности следует больше находиться в

вертикальном положении, увеличить длительность и интенсивность прогулок. С 17 до 31 недели особое внимание уделяется упражнениям, направленным на укрепление мышц брюшного пресса и спины, которые несут повышенную нагрузку из-за смещения центра тяжести, а также мышц стопы в связи с возможным уплощением и плоскостопием. Поэтому используют движения, способствующие увеличению гибкости и пластичности позвоночника и тазовых сочленений, при этом многие упражнения выполняют с гимнастической палкой. В период с 28 по 32 недели, максимальной функциональной нагрузки на сердце, целесообразно за счет введения большого количества дыхательных упражнений уменьшить общую физическую нагрузку. С целью профилактики возможного застоя в нижних конечностях широко используются движения для укрепления мышц ног. Одновременно беременная должна научиться полностью расслаблять все мышцы. Для этого рекомендуется периодически напрягать и расслаблять различные группы мышц в положении на коленях, локтях или сидя. В заключительный период беременности желательно много ходить, соблюдать активный двигательный режим, сочетая упражнения, направленные на регулировку дыхания с упражнениями, расслабляющими мышцы.

Особое значение придается развитию и закреплению навыков, использующихся в родовом акте: волевое напряжение и расслабление мышц брюшной стенки, тазового дна, тренировка дыхания с задержкой вдоха, выдоха и последующим полным расслаблением тела (релаксацией). С этой целью делают упражнения, имитирующие позы при потугах, одновременно осуществляют контроль частоты пульса, дыхания, величины артериального давления до и после гимнастики с отметкой результатов в учетной карте. Оптимальная продолжительность занятий гимнастикой должна составлять 20-25 минут. В зимнее время рекомендуют ультрафиолетовое облучение обнаженных беременных женщин. Кроме комплекса гимнастических упражнений с целью психопрофилактической подготовки к родам используют различные методы психотерапевтического воздействия и психологической коррекции.

Занятия гимнастикой проводятся через день или ежедневно в просторном зале групповым или индивидуальным методом инструктором лечебной физкультуры, либо специально обученной медицинской сестрой. Беременные после первичного обследования врачом акушером-гинекологом и терапевтом направляются в кабинет физкультуры с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются по 8-10 человек с учетом сроков беременности. Каждая беременная должна иметь индивидуальный пакет для легкой спортивной одежды и индивидуальной простыни, используемой для упражнений в положении лёжа. При подборе гимнастических упражнений учитывается возраст женщины и особенности её телосложения. Осуществляется контроль частоты пульса, дыхания, величины артериального давления до и после гимнастики, результаты заносятся в учетную карту

беременной. После обучения женщины самостоятельно контролируют вышеуказанные физиологические параметры. Занятия проводятся в утренние и дополнительно вечерние часы для беременных, занятых на производстве. Гимнастическим упражнениям предшествует 15-ти минутный отдых в положении сидя. Такой отдых особенно полезен беременным, посещающим занятия физкультурой после работы, так как организм в это время приходит в состояние эмоционального покоя. Гимнастика должна продолжаться 20-25 минут в медленном темпе, целесообразно завершать её ультрафиолетовым облучением беременных по общепринятой схеме через день, особенно в осенне-зимний сезон, всего 20 сеансов. Если беременная не может посещать кабинет физкультуры, её следует ознакомить с комплексом гимнастических упражнений соответственно сроку беременности, после чего под контролем инструктора через каждые 10-12 дней она продолжает гимнастику дома.

У беременных с наличием соматической патологии лечебную гимнастику следует проводить дифференцировано с учетом основного заболевания. Противопоказана физкультура беременным с острыми или часто обостряющимися и декомпенсированными соматическими заболеваниями, привычными выкидышами в анамнезе, при кровотечении во время беременности. Эффективность проведения физкультуры у беременных, широта охвата их занятиями определяются качеством врачебного контроля выполнения полного гимнастического комплекса и пропагандой оздоровительной роли физкультуры.

Отношение к применению в родах гипноза неоднозначно. Роды являются мощным дестабилизирующим фактором, затрудняющим проведение суггестии, да и не все женщины поддаются глубокому гипнозу. Кроме того, в определённых стадиях гипноза наблюдается релаксация поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры, также выключение сознания, что может отрицательно сказаться на естественном ходе родов. В случае использования гипносуггестии в родовспоможении, желательно перед родами провести подготовительные сеансы гипноза с формулами пускового сигнала, облегчающего гипноз во время родов. Количество подготовительных сеансов зависит от внушаемости беременной. Содержание внушений сводится к успокоению женщины, при этом доказывается, что родовые боли - не обязательный спутник родов и роды могут протекать без боли или с незначительными болевыми ощущениями. Внушение в родах может проводиться в любом состоянии сознания. Врач говорит уверенным, императивным голосом. Эффективно внушение визуальных, слуховых или кинестетических образов и ощущений родового процесса, их последующая нейролингвистическая переработка. В зависимости от ситуации и с учётом механизма обратной связи (примерная формула внушения) возможно применение множества вариантов. Иногда целесообразно применение косвенного внушения, в частности использование "плацебо": протереть кожные покровы роженицы ваткой с эфиром, внушая ей, что это

обезболивающее средство или ввести индифферентное вещество под видом сильнодействующего анальгетика.

Применение иглорефлексотерапии сопровождается достаточно выраженным анестезиологическим и физиологическим эффектами у отдельных рожениц и потому, при необходимости или в качестве метода выбора, может использоваться специалистами. Эффективным вспомогательным и отвлекающим приёмом в родах является музыкотерапия. На ранних стадиях родов используется медленная, расслабляющая и умиротворяющая музыка, с небольшими колебаниями по громкости и ритму. Позднее, темп музыки может нарастать, а устойчивый музыкальный ритм будет способствовать более сильному напряжению роженицы. Вслед за рождением младенца может быть использована торжественная музыка. В любом случае необходим подбор музыкальных произведений, ритма и громкости звучания, которые предпочитает роженица, что благоприятно скажется на ее психоэмоциональном состоянии.

ПРИМЕРНАЯ СХЕМА ЗАНЯТИЙ ПО ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ.

Продолжительность занятия составляет 7-10 минут.

ЗАНЯТИЕ 1

ЦЕЛЬ: НАУЧИТЬ ЖЕНЩИНУ РАССЛАБЛЯТЬСЯ.

Сначала следует расслабить мышцы лица, затем верхних и нижних конечностей. Для этого необходима удобная поза в кресле, голова должна свободно свисать на его изголовье, не вызывая напряжения мышц шеи. Занятие начинается с установления контроля над дыханием, которое должно быть спокойным, по возможности брюшным, с удлиненным выдохом. Расслабить мышцы лица, лба, брови поставить в нейтральное положение, веки опустить, фиксировать взгляд немного кнутри и книзу, язык мягко приложить к верхним зубам, нижняя челюсть немного отвиснута. Расслабить мышцы шеи и затылка, затем следует расслабление мышц верхних конечностей. Обычно начинают с правой руки. Необходимо мысленно представить руки свободно свисающими. Аналогичен порядок расслабления мышц ног. Занятие заканчивают активным выходом из состояния мышечного расслабления.

ЗАНЯТИЕ 2

ЦЕЛЬ: ПРЕДНАМЕРЕННОЕ УСИЛЕНИЕ ОЩУЩЕНИЙ ТЯЖЕСТИ И ТЕПЛА В РУКАХ И НОГАХ.

Для этого необходимо ярко представить себе эти ощущения. Предлагается повторить про себя: "Я хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Очень хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Руки и ноги тяжелые и теплые". Сокращая фразу от пожелания "Я очень хочу", переходим к утверждению "Руки и ноги стали тяжелыми и теплыми". После "приказа" установите, как он повлиял на ощущения. К концу занятия следует добиться ощущения максимального отдыха и телесного покоя.

ЗАНЯТИЕ 3

ЦЕЛЬ: ОВЛАДЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКОЙ.

Необходимо научиться правильно регулировать продолжительность вдоха, выдоха, паузы после выдоха. Дыхание выполняется под устный счет, делится на 4 этапа:

1. 3/3, 2, 3/4, 2, 3/5, 2, 3/6, 2.
2. 4/6, 2, 4/7, 2, 4/8, 2.
3. 5/8, 3, 6/8, 3, 7/8, 3, 8/8, 3.
4. 7/8, 3, 6/7, 3, 5/6, 3, 4/5, 2, 4/4, 2, 2/3, 2.

Числитель - продолжительность вдоха. Знаменатель - продолжительность выдоха. Третий показатель - пауза после выдоха. Каждый счет равен 1 сек. На 1 этапе постепенно увеличивают продолжительность выдоха до тех пор, пока он не станет в 2 раза длиннее вдоха. На 2 этапе

пауза после выдоха равна половине вдоха. На 3 этапе удлиняют вдох и паузу после выдоха. На 4 этапе дыхание постепенно возвращается к исходному. Продолжительность дыхательной гимнастики - 4 минуты.

ЗАНЯТИЕ 4

ЦЕЛЬ: ПОВТОРИТЬ ПРЕДЫДУЩУЮ ПРОГРАММУ ЗАНЯТИЙ.

Предлагается следующая форма самоприказа для вызова ощущения тепла в животе: "Я очень хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом. Хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом. Живот прогрелся приятным теплом. Живот прогрелся". Требуется не простое повторение формулы, а эмоциональное переживание ее. Это занятие фактически подготавливает беременную к органотренировке, т.е. выполнение приказа адресовано органам брюшной полости.

ЗАНЯТИЕ 5

ЦЕЛЬ: УПРАЖНЕНИЯ НА РЕГУЛЯЦИЮ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Тренировку начинают с повторения предыдущих упражнений: сосредоточив внимание на левой руке, надо представить ее свисающей и опускающейся в ванну с теплой водой. Уровень воды от кончиков пальцев постепенно прогревается от чуть теплой до приятно горячей. Теплая волна поднимается от руки вверх и появляется ощущение тепла в левой половине грудной клетки. Ощущение тепла в левой руке сопровождается расширением коронарных сосудов сердца, что улучшает питание сердечной мышцы.

ЗАНЯТИЕ 6

ЦЕЛЬ: УПРАЖНЕНИЯ НА РЕГУЛЯЦИЮ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Следует представить, что в левой руке - теннисный мяч. По команде начинается мысленное сжатие его в ритме дыхания. При вдохе - мяч мысленно сжимается, при выдохе - отжимается. Темп движения кисти ускоряют, а ритм дыхания прежний. Движения продолжаются 1,5 - 2 мин. Обычно после упражнений появляется ощущение легкой мышечной усталости в левой руке и выраженного тепла с распространением на левую половину грудной клетки.

ЗАНЯТИЕ 7

ЦЕЛЬ: РАЗУЧИВАНИЕ УПРАЖНЕНИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РЕГУЛЯЦИЮ РИТМА СЕРДЦЕБИЕНИЯ.

Для этого необходимо отрегулировать частоту дыхания по пульсу так, чтобы продолжительность вдоха и выдоха соответствовала определенному количеству ударов пульса. Например, 3 удара пульса на вдохе и 3 удара на выдохе. Затем начинаете менять ритм дыхания, поочередно учащая и замедляя его, и по-прежнему контролируя ритм пульса. Если при изменении дыхания изменяется ритм пульса, цель упражнения достигнута.

ЗАНЯТИЕ 8

ЦЕЛЬ: РАЗУЧИВАНИЕ УПРАЖНЕНИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОЯВЛЕНИЕ

ОЩУЩЕНИЯ ПРОХЛАДЫ В ОБЛАСТИ ЛБА.

Предлагается делать несколько вдохов через рот, почувствовать прохладу вдыхаемого воздуха. Перейдя на обычное носовое дыхание, надо постараться сохранить ощущение прохлады при вдохе, особенно по контрасту с выдыхаемым воздухом. Фиксация внимания на температурном контрасте создает ощущение прохладного ветра в верхней части лица, дыхание становится легким и свободным. После выполнения этого упражнения возникает ощущение "отдохнувшего мозга".

ЗАНЯТИЕ 9

ЦЕЛЬ: ОТБОР УПРАЖНЕНИЙ, КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ВО ВРЕМЯ РОДОВ.

Необходимо различать два состояния во время родов: раскрытие шейки матки и изгнание плода из матки. В этих состояниях учитывается два момента: схватки и паузы. В период раскрытия шейки матки необходимо установить контроль частоты и глубины дыхания. В момент схватки дыхание должно быть брюшным и глубоким. При болезненных схватках надо проводить мысленный счет, согласованный с дыханием. Обычно цикл дыхания "вдох-выдох-пауза" длится 5 секунд. Продолжительность схватки 50 сек. Отнимаем от 50 сек. 5 сек. и мысленно говорим себе: "Мне осталось 45 секунд". После каждого дыхания счет времени схватки уменьшается на 5 сек. Такой контроль продолжительности схватки ослабляет восприятие болевого ощущения. Такой же контроль должен быть за сокращением мускулатуры матки. Зная, что мышечное напряжение вызывает напрасную трату сил, в момент схватки можно остаться в состоянии расслабления. Но это расслабление не пассивное, а активное, оно подчинено Вашей воле. В этот период применяются формулы самовнушения: "Я спокойна. Схватка - показатель родовой деятельности. Постепенно схватка будет усиливаться. Дыхание у меня ровное, глубокое. Мышцы расслаблены. Схватка заканчивается. После этого будет период отдыха".

Между схватками женщина применяет приемы расслабления, начиная с мышц лица и кончая мышцами нижних конечностей. Самовнушение в период между схватками осуществляется мысленным повторением формул: "Я спокойна. Контролирую себя. Мое дыхание ровное, спокойное. Мышцы лица расслаблены. Расслаблены мышцы плеч, предплечий, кистей рук. Все мышцы моих рук полностью расслаблены и теплы. Расслаблены мышцы промежности, ягодиц. Полностью расслаблены мышцы бедер, голени. Между схватками мой организм отдыхает. Роды у меня протекают благополучно. Я спокойна. Я хорошо ощущаю шевеление ребенка. Состояние ребенка хорошее. Я за него спокойна".

В период изгнания плода, в момент потуги, необходимо чередование мышечного напряжения и полное расслабление между потугами. В момент потуги мысленно повторяются формулы: "Вдох. Напрячь мышцы живота. Плавно усилить давление на низ. Давление сильнее и сильнее. Ребенок все дальше продвигается по родовым путям. Плавный выдох". За время одной потуги так повторяют трижды.

Опыт проведения таких занятий показал, что беременные легко усваивают рекомендованные приемы и положительно оценивают в родах результаты подготовки. Роженицы с аутогенной тренировкой воспринимали длительность родов гораздо короче, чем они продолжались в действительности, так как начало родов происходило без болевых ощущений.

МУЗЫКАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Дородовой период. Более ста лет назад ученые морфологи обратили внимание на то, что в мозгу новорожденного имеется определенный процент атрофированных нейронов. Была выдвинута гипотеза, что эти нейроны за период внутриутробного развития плода атрофированы вследствие их невостребованности. Также существовала достоверная научная информация о том, что число нервных клеток головного мозга в значительной степени определяет уровень интеллектуального развития, психической зрелости ребенка. В связи с этим в последние десятилетия сначала в Европе, а затем и в США возникли идеи о целесообразности воспитательного процесса в дородовой период жизни человека с целью сохранения и развития наибольшего количества нейронов головного мозга. С созданием новой медицинской аппаратуры (ультразвук, волоконная оптика, гидрофонные акустические системы аудиозаписи) появилась возможность проводить наблюдения за поведением и состоянием плода. В 1982 г. японские ученые с помощью гидрофона определили, что внутриутробно ребенок слышит все, что происходит как внутри мамы, так и вокруг нее. При этом все звуки носят приглушенный характер, теряя до 30% своей громкости. Наиболее громким оказался шум работы материнского сердца.

Известно, что у четырехнедельного зародыша уже определяется сердечная пульсация - 145 ударов в минуту, т.е. сердце начинает свою деятельность задолго до того, как возникает необходимость в его основной - насосной функции. Возможно, сердце выполняет роль первичного виброгенератора, запускающего психофизиологические процессы организма. Пятинедельный зародыш уже реагирует на стимулы. С помощью специальной аппаратуры, позволяющей проникнуть в полость матки, удалось показать, что прикосновения к его тельцу вызывают ответную двигательную реакцию. С 8-й недели развития у плода отмечается бурный рост клеток мозга. С 12-й недели лицо зародыша начинает приобретать собственные черты и отражать то, что происходит в окружающей среде. В 14 недель плод начинает реагировать на звук. Выявлено, что плод способен внутриутробно воспринимать речевые структуры и определенным образом реагировать на них.

К концу 80-х годов беременные начали слушать музыку через аудиоплеер, помещая наушники на живот, чтобы их малыши тоже слушали нравящуюся им музыку. Еще никогда в истории развития человечества между беременной женщиной и ее ребенком не было таких осознанных отношений. Но корни этого явления исторически очень глубоки. Например, в Китае 2000 лет назад практиковали дородовое воздействие на ребенка - беременные женщины ежедневно занимались многочасовым пением; в Японии - беременных женщин помещали в специальные общины, расположенные в красивой местности, где занимались эстетическим и музыкальным образованием матери и будущего ребенка. В странах Северной Европы было

обычным явлением, когда беременные женщины подолгу сидели на ступеньках своего дома и пели народные и религиозные песни. В Полинезии практикуют специальные танцы и ритмические действия с беременными женщинами. Рене Ван де Кар, калифорнийский врач, 50 лет занимается разработкой методики работы с беременной женщиной и плодом. Он использует тактильное воздействие рук на брюшную полость самими женщинами (нажатие, похлопывание, встряхивание) в сочетании с повторяющимися односложными словами. По его рекомендации беременные женщины занимаются этим ежедневно в течение 10-20 минут, начиная с середины беременности до родов. Brent Logan, специалист в области дородовой педагогики (США) с 1986 года занимается исследованием воздействия звука на организм еще не родившегося ребенка. По его концепции сердце является биологическим регулятором всех процессов в развивающемся организме, генератором импульсов, под которые подстраивает свою деятельность мозг. Чтобы дать мозгу дополнительную информацию, Brent Logan предлагает беременным женщинам для прослушивания набор из 16 кассет с записями усложненного характера сердечного ритма (вариации частоты и высоты звука).

В советские времена дородовую музыкальную стимуляцию проводили по методу "Сонатал", который с 1984 года апробирован в детских поликлиниках и женских консультациях Москвы, Сыктывкара, Набережные Челны, Магнитогорска, Тамбова и других городов России.

"Сонатал" (с лат. "sonans" - звучащий, "natus"- рожденный) - подразумевает музыку беременности и рождения. Это методика музыкальной стимуляции развития плода и новорожденного ребенка, также снятия жизненных стрессов у беременной женщины с помощью музыки (Лазарев М.Л., 1996).

Выявлено влияние метода на состояние здоровья беременной женщины, заболеваемость в течение беременности, также длительное сохранение лактации. Применение метода музыкальной стимуляции сопровождалось снижением в 2,5 раза заболеваемости детей в возрасте до 6 мес., опережением их по сравнению со сверстниками на 1 мес. в своем развитии по основным психомоторным реакциям. Показатели психомоторного развития детей 1-го года жизни, прошедших дородовую музыкальную стимуляцию по методу "Сонатал", оказались выше соответствующих норм, существующих в России. Матери отмечали близкую духовную связь с ребенком, повышение его музыкальности, доминирование положительных эмоций и повышение общей творческой активности детей. Применение музыкальной стимуляции одновременно во всех детских поликлиниках и женской консультации позволило значительно снизить младенческую смертность, заболеваемость детей в перинатальном периоде и в возрасте до 1 года. Музыкальные занятия с кормящими мамами, которые 2 раза в неделю, по 1 часу пели и играли на триолах (детские духовые музыкальные инструменты) способствовали улучшению лактационной функции матерей, что свидетельствовало о возможностях

эмоционально-дыхательного тренинга и влиянии его на телесные функции (НИИ педиатрии АМН СССР, 1985).

Таким образом, применение музыкальной стимуляции дает возможность обнаружить элементарные формы эмоциональных реакций, их связь с двигательными и дыхательными реакциями плода. Следовательно, уже в пренатальном возрастном периоде можно не только воздействовать на такие сферы жизнедеятельности плода, как двигательную, эмоциональную, дыхательную, но и управлять их развитием. Музыкальное (звуковое) воздействие в виде вокально-речевой деятельности будущей мамы и прослушивания ею музыкальных (звуковых) программ позволяет естественным образом воздействовать на развитие плода. Применение музыкального воздействия активизирует жизнедеятельность беременной женщины, способствует формированию ее здоровья и определяет ее отношение к ребенку в будущем. Музыкальная стимуляция развития будущего ребенка положительно сказывается на психических и физических его качествах.

Анализ литературы показал, что выделение дородового периода как самостоятельного, первого периода в этапности психического развития целесообразно, так как в нем можно обнаружить все 3 признака психического развития: социальную ситуацию развития (внешнее звуковое воздействие), ведущую деятельность (избирательная активность) и психическое образование (сенсомоторное оживление). Дородовый период может рассматриваться как период, в котором с помощью специальных методов (музыкальная стимуляция) возникает импринтинговое слияние дыхательного процесса с сенсомоторными реакциями.

Родовой период. Еще в 20-е годы XVIII века английский акушер Дик Рид исследовал вопрос о немедикаментозном обезболивании родов и усилении эффективности процесса родовспоможения. В начале XX века английский доктор Леголь предложил для расслабления женщинам в первом периоде родов использовать музыку. Многочисленные исследования в области музыкотерапии позволили выделить несколько групп музыкальных направлений для использования в различные периоды родов.

Для первого, самого продолжительного периода родов, предложено включать в родильном зале музыку, способствующую релаксации и общему расслаблению рожениц. Наиболее актуальными мелодиями считают звуки природы, в том числе "Птицы в дождливом лесу", "Море и дельфины". Эти композиции, как доказано специалистами, положительно влияют не только на родовую деятельность, но и на самочувствие маленького человека. Уже несколько десятилетий звуки общения дельфинов, то, как они зовут друг друга, разговаривая с нами, пытаясь передать свои мысли в сочетании с аккомпанементами волн, используются в детской психологии и психотерапии для коррекции и профилактики различных проблем.

Начинать использование этих направлений музыки, по рекомендации ВОЗ, эффективно уже в родильном зале, при появлении малыша на свет. Звуки природы - это натуральные звуки,

которые способствуют закладыванию крепкого психологического здоровья на долгие годы. Для женщины, находящейся в схватках, музыка дикой природы без звуков цивилизации помогает успокоиться и наполняет энергией. Шумы дождливого леса идеально подходят для эффективного дыхания, а пение птиц позволяет отвлечься от реальности, расслабиться и отдохнуть. Релаксация актуальна и полезна только в первом периоде родов, поэтому данные композиции сочетают в себе, как медленную спокойную музыку, так и динамичные активные ритмы.

Для второго периода родов наиболее подходит вторая часть диска "Птицы в дождливом лесу". Постепенно нарастающие звуки дождя в тропическом лесу идеально сочетают в себе периоды активности и отдыха, свойственные потужному периоду. Эти мелодии позволяют женщине собраться с силами и эффективно провести эту важную часть родов.

После того, как малыш появился на свет и его приложили к груди матери, рекомендуется включить третью часть "морских" композиций - общения дельфинов с их детенышами. Она наполнена положительными эмоциями, способствует отдыху, хорошему настроению и продуктивной лактации. Чистый и дикий, незабываемый и хрупкий мир звуков Матери-Природы, сопровождающий высококлассную работу акушеров, других врачей помогает сделать роды легкими и появиться на свет здоровому малышу.

Таким образом, психофизическая подготовка беременных к родам с использованием музыкальной стимуляции мобилизует все психические и физические силы женщины для благополучного течения и исхода родов. Воистину - "от плохого семени не жди доброго племени". Поэтому охрана здоровья женщин представляет очень важную и значимую задачу, так как речь идет об ответственности за воспроизведение человеческого рода, о том, что здоровье женщины - здоровье ее семьи.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА "СОНАТАЛ".

Метод "Сонатал" (с лат "sonus" — звук; "natal" — рожденный; музыка рождения) предполагает обучение беременных женщин навыкам общения с ребенком еще до его рождения. В методе используются все три фактора воздействия музыки на организм человека: психолого-эстетический (ассоциации, эмоции, образный ряд); физиологический (функциональный - для тренировки отдельных функций организма); вибрационный (вибрации, как физическое явление оказывают вибрационное воздействие на клетки плода, активизируя различные биохимические процессы в них).

Важным инструментом музыкального воздействия в методе является голос беременной женщины (пение). Метод может проводиться как в условиях женской консультации, так и в домашних условиях по рекомендации врача акушера-гинеколога. На проведение музыкальных занятий женщину направляет врач, с учетом состояния ее здоровья и характера течения беременности.

Новизна метода заключается в том, что впервые в отечественной практике с помощью музыки разработаны способы активного общения матери и ребенка в период беременности. Метод позволяет оптимизировать психофизиологическое созревание плода, что улучшает его адаптацию к внутриутробным условиям и условиям жизни после рождения. Метод позволяет воздействовать на двигательную активность плода, что может способствовать улучшению плацентарного кровообращения и обеспечивать условия для профилактики внутриутробных инфекций. Данный метод является определенным способом борьбы с внутриутробной гипоксией, которая приводит к рождению физиологически незрелого ребенка. Дозированная двигательная активность плода дает возможность избежать неблагоприятных последствий гипоксии и обеспечивает полноценное постнатальное развитие ребенка. Метод оказывает положительное воздействие на состояние здоровья самой беременной женщины (улучшает ее самочувствие, повышает эмоциональный тонус), положительно влияет на лактационную функцию после рождения ребенка.

Данный метод показан всем женщинам, которые мотивированы на создание оптимальных условий для вынашивания здорового ребенка, кормления его грудью, для максимально быстрого роста и развития. Показан метод женщинам с гипогалактией в анамнезе при кормлении предыдущего ребенка; женщинам, имеющим различные невротические реакции, вегетососудистые расстройства; одиноким матерям. Противопоказанием является использование метода в полном объеме беременным женщинам в период угрозы выкидыша. В этот период можно применять лишь некоторые фрагменты занятий: бесконтактное прослушивание негромкой классической музыки (Моцарт, Чайковский, Шуберт, Лист, Шопен

и др. композиторы лирического направления); негромкое пение колыбельных песен; чтение вслух сказок.

Для осуществления метода необходимо следующее оборудование и методические пособия: магнитофон, плеер, микрофон, аудиокассеты с записью детской музыки, классической музыки, фонарик с узким пучком света, гитару, детские музыкальные инструменты (дудочки, колокольчики, бубны, треугольники, шарманки, пустые спичечные коробки и т.д.), фортепиано (по возможности), метроном, аудиофон (две воронки для сыпучих веществ, соединенные между собой резиновой трубкой).

Общие замечания. Занятия начинаются с первых недель беременности, проводятся в строго определенное время дня для выработки у плода стойких биоритмических рефлексов. Беременную женщину не должны смущать отсутствие у нее музыкального образования и музыкального слуха. Музыкальные тексты необходимо повторять не менее 6-8 раз при разучивании. В дальнейшем музыкальные фрагменты, выученные ранее, следует повторять хотя бы по одному разу в неделю. Вся музыкальная деятельность делится на пять основных видов: вокально-речевая деятельность; активное слушание музыки; рисование под музыку; игра на музыкальных инструментах; движение под музыку (танец, ритмическая гимнастика).

При составлении музыкально-оздоровительных программ дня необходимо выполнять последовательный алгоритм в занятиях (вокальная, дыхательная гимнастика; психоэмоциональная нагрузка; двигательная нагрузка). Желательно соблюдать следующее временное соотношение основных видов воздействия в течение дня (по частям, см. табл.):

Таблица 1

Временное соотношение основных видов воздействия в течение дня

№	Деятельность	Части	Время в минутах
1	Вокально-речевая	8	120
2	Слушание музыки	2	30
3	Рисование под музыку	1	15
4	Игра на музыкальных инструментах	1	15
5	Движение под музыку	2	30

За одну часть можно принять временной промежуток в 15 минут. Таким образом, общее время занятий в течение дня может составлять 3,5 часа. Каждое действие в процессе беременности, направленное на воспитание здорового малыша (прогулка, душ и т.д.), следует подкреплять или предварять словами. Например: "Мы сейчас пойдём на улицу", или "Мы сейчас будем принимать душ", или "Мы ложимся спать" и т.д. Каждый ответ ребенка на музыкальное воздействие в виде шевеления следует также подкреплять, например: погладить живот, поаплодировать ему, погладить живот, сопровождая поглаживание ласковыми словами ("умница", "молодец" и т.д.).

В течение всей беременности, женщине следует формировать методический материал для занятий с ребенком по различным программам воспитания и оздоровления. Но особенно важными являются два следующих элемента:

Запись на аудиокассету ударов своего сердца в состоянии полного покоя, пассивного отдыха и умеренной физической нагрузки для прослушивания этих записей грудным ребенком после рождения. Запись производится через аппарат "Малыш" с помощью магнитофона.

Запись всех основных фрагментов своей вокальной деятельности на аудиокассету для дальнейшего использования их после родов.

Очень важным является участие в программе музыкального воздействия на плод всех членов семьи. Желательно раз в неделю (в выходные дни) устраивать семейные вечера музицирования, которые гармонизируют не только развитие плода, но и жизнь всей семьи. Во время пения рекомендуется женщине регулярно проводить следующие приемы:

отдельно простучать ритм песни по пустому коробку, приложенному к передней брюшной стенке 2 раза;

проинтонировать мелодию без слов (можно сольфеджировать при наличии у мамы музыкального образования) — 2 раза);

членораздельно произнести текст песни — 2 раза;

исполнить пантомиму, навеянную песней— 2 раза;

создать инструментальное сопровождение песне, если это возможно (фортепиано, бубенцы и т.д.).

С целью оптимизации психофизиологических процессов в организме матери и плода для слушания каждой песни и музыкального произведения составляется программа нагрузки по следующим параметрам: темп, громкость, тиссетура, частота певческого дыхания.

Организация занятий. Занятия могут проводиться в условиях медицинского учреждения не реже 1 раза в неделю в течение 1,5 месяца (т.е. 6 занятий). Одно занятие длится 60 - 80 минут. Между занятиями беременная женщина занимается дома, ведя при этом соответствующие записи (см. далее "дневник беременной"). Занятие проводит врач акушер-гинеколог (желательно совместно с музыкальным работником). Каждое занятие начинается с

анализа самочувствия мамы и реакции плода на занятие в течение прошедшей недели.

Еженедельный анализ дневников беременной женщины является необходимым условием для построения дальнейших программ музыкальных занятий.

Метод предусматривает две взаимосвязанных программы, включающих 8 компонентов музыкально-оздоровительного воздействия: программу воздействия на мать и плод (4 компонента) и программу воздействия на плод (4 компонента). Занятия предполагается начинать с первых недель беременности, с момента точного ее подтверждения. В дальнейшем в методе учитываются особенности каждого триместра беременности. Все 8 компонентов этих программ применяются поэтапно для закрепления рефлексов, выработки соответствующих навыков. При этом оценивается самочувствие мамы и реакции плода. Только после полного освоения данного этапа можно переходить к следующему, продолжая при этом выполнять освоенное на предыдущих этапах.

ПРОГРАММА "МАТЬ - ПЛОД"

Первый этап - "Организация семиразового питания"

Цели и задачи: формирование у матери и плода биоритма семиразового кормления; формирование у матери доминанты кормления грудью.

Техника выполнения. Женщина начинает принимать пищу в 6.00 утра. Затем принимает пищу небольшими порциями каждые три часа, т.е. в 9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00, 24.00. Каждый момент приема пищи рефлекторно подкрепляется соответствующей звуковой программой. Перед началом приема пищи женщина производит так называемую самонастройку, проговаривая определенный текст. Например; "Я и мой ребенок готовы к приему пищи. Я съем яблоко. Оно очень спелое, сладкое. В нем много полезных веществ" и т.д. Слова следует говорить очень медленно, нараспев. Во время проговаривания текста лучше пользоваться аудиофоном. Можно спеть небольшую песенку.

После приема пищи следует проделать второе упражнение, которое называется "Озвученное поглаживание живота". Мама проводит правой ладонью по животу по часовой стрелке, т.е. справа налево, поглаживая его. При этом живот, как бы делится на три горизонтальные зоны: эпигастральную, пупковую и надлобковую. Сначала поглаживается верхняя зона, затем средняя и в конце нижняя. Каждое поглаживание вновь начинается с правой стороны. Во время каждого поглаживания мама пропевает вокализ из 2-3 нот, как бы опускаясь мелодией вниз к окончанию пасса рукой. Каждый пасс повторяется 4 раза.

Второй этап - "Эмоциональное омоложение"

Цели и задачи: Возвращение у беременной женщины эмоций, связанных с юностью; восстановление ощущений, которые она испытывала в юном и даже детском возрасте.

Техника выполнения. Время выполнения - сразу после первого утреннего кормления. Продолжительность составляет 15 минут (например, 6.15-6.30). Женщина поет песни своей молодости, стараясь вспомнить самые ранние, даже детские песни. Каждая песня повторяется не менее 2 раз.

Третий этап - "Дыхательная гимнастика"

Цели и задачи:

1. Активизация дыхательной функции беременной женщины, стимуляция легочного кровообращения.
2. Активизация двигательной активности плода за счет создания искусственной гипоксии в процессе ритмического дыхания матери.
3. Ритмизация окислительно-восстановительных процессов у матери и плода. Начало освоения плодом речевых звуков.

1 СЕРИЯ. РИТМИЧЕСКАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА.

Техника выполнения. Данный вид дыхательной гимнастики позволяет изменить окислительно-восстановительные процессы в организме матери и плода за счет изменения времени вдоха и выдоха. Упражнения могут выполняться как в покое, так и при ходьбе. Ритмическая дыхательная гимнастика для беременной включает несколько упражнений:

- ⊙ **2-х фазное дыхание (вдох-выдох).** Для выполнения этого упражнения нужно вдыхать через одну ноздрю (закрыв пальцем другую), а выдыхать через другую. Затем вдыхать через ту, в которую только что выдыхали, выдыхать в другую. Т.е. выдох всегда через другую ноздрю, а вдох через ту же самую. Вдох по длительности должен быть в 2 раза короче выдоха (например: на четыре счета вдох, на 8-выдох). По мере освоения этого упражнения время вдоха и выдоха может увеличиваться (8:16;16:32). Время выполнения утро, сразу после утреннего пения. Продолжительность - до 15 минут.
- ⊙ **3-х фазное дыхание (выдох - пауза - вдох).** Пауза после выдоха должна быть естественной (без задержки дыхания), до появления желания вдохнуть. Во время выдоха губы полностью расслабляются, произносится при этом "пф", как во время сна. Время проведения перед сном. Продолжительность - до 3-5 минут.
- ⊙ **4-х фазное дыхание.** При этом виде дыхания используются четыре фазы дыхания: вдох - пауза - выдох - пауза. Соотношение: в первый месяц занятий - 4:4:4:4; во второй месяц занятий - 8:8:8:8; в третий месяц занятий - 16:16:16:16; Этот вид дыхательной гимнастики лучше проводить в течение дня, в ходьбе.

2 СЕРИЯ. ВИБРАЦИОННЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

Техника выполнения. Исходное положение - стоя. Звуки произносятся друг за другом. Женщина с закрытыми глазами старается почувствовать, в какой части тела вибрация

ощущается больше. Звук произносится предельно долго, до полного выдоха. Каждый звук произносится не менее 2-х раз.

Общевибрационные упражнения:

- ⊙ "В" — губы расслаблены. Щеки свободно свисают лицо дряблое (область рта);
- ⊙ "З" — ладонь на передней поверхности шеи. Мышцы полностью расслаблены (область шеи);
- ⊙ "Ж" — кисти на груди (область грудной клетки);
- ⊙ "Н" — кисть на голове (область головы);
- ⊙ "М" — вибрации всего тела, звук уходит вниз, в область диафрагмы.
- ⊙ "Р" — 1) тело расслаблено, все мышцы легко встряхиваются; 2) напряжение мышц, с последующим расслаблением; 3) снова расслабление.

Время выполнения — в течение дня.

Артикуляционное и диафрагмальное дыхание. Этот комплекс выполняется не менее чем за час до или после еды. Звук произносится четко, отрывисто. На каждом звуке живот, как бы выпрыгивает вперед (насколько это возможно). Каждый звук повторяется 8 раз. "Б-П" — прикусываем губы; "Р-Т" — язык сильно ударяет по зубам; "К-Х" — выдох предельно короткий и резкий, как выстрел. "А" — голосовые связки. Рот раскрыт, как вовремя зевка. Мягкое небо поднято вверх. Нижняя челюсть выходит вперед. "ХА" — раскатистый смех, толчок живота сопровождает каждый выдох.

Расслабление. Проводится перед сном, с закрытыми глазами. Тело как бы "растекается".

Четвертый этап - "Ритмическая гимнастика"

Цели и задачи:

1. Ликвидация гиподинамии у беременной женщины.
2. Улучшение общего кровотока.
3. Улучшение плацентарного кровоснабжения за счет стимуляции двигательной активности плода (профилактика внутриутробной инфекции).
4. Повышение мышечного и эмоционального тонуса беременной, улучшение ее самочувствия.

Техника выполнения. Ритмическая гимнастика выполняется сразу после дыхательной гимнастики. Продолжительность - 15 минут. Ритмические комплексы строятся с учетом отработки конкретных двигательных качеств (выносливость, гибкость, координация, сила, скорость, реакция), в одном комплексе не должно быть более 6-8 упражнений. Каждое упражнение повторяется многократно, желательно в течение какого-то одного законченного музыкального фрагмента. Подбирается ритмичная музыка. Можно использовать современную и классическую музыку. Вариант комплекса "Координация":

- ⊙ при проговаривании всех букв алфавита глаза описывают максимальный круг - 2 круга.
- ⊙ описывание кистями рук перед собой кругов в разных направлениях - 8 раз.
- ⊙ описывание полных кругов руками в разных направлениях - 8 раз.
- ⊙ подъем колена и одноименной руки - по 8 раз с обеих сторон - 16 раз.
- ⊙ подъем разноименных колена и руки (марширование) - 8 раз. Марширование с одновременным вращением глаз по кругу: сначала в одну, затем в другую сторону - 2 круга.
- ⊙ марширование с вращением глаз при проговаривании всех букв алфавита - 2 круга.

ПРОГРАММА "ПЛОД"

Первый этап - "Колыбельные"

Цели и задачи: подготовка ребенка ко сну; передача ему на подсознательном уровне положительной информации, оптимизирующей его психическое развитие. Формирование биоритмов сна-бодрствования.

Техника выполнения. Колыбельные женщина поет через аудиофон или без него. Время 20.00-20.15. В пении колыбельных участвуют другие члены семьи. Для этого они могут использовать аудиофон с переходником. Члены семьи, которые живут в другом месте (бабушка, тетя), записывают на аудиокассету свои колыбельные песни, присылают их маме и она проигрывает их плоду через плеер.

Второй этап - "Образовательная музыка"

Цели и задачи: через эмоции, вызванные музыкальными звуками сформировать в сознании плода первичные "образы" образовательных элементов.

Техника выполнения. Образовательная музыка имеет три серии, выполняемые в вечернее время. **1 серия** — вокальная информация. Беременная женщина поет ребенку различные музыкальные образовательные циклы (математика, физика, история, биология, география, языки и т.д.). В случае отсутствия соответствующих образовательных песен, можно читать вслух, нараспев, отрывки из детских учебников. **2 серия** — световая информация. Женщина лучом фонарика рисует на передней брюшной стенке: буквы; цифры; геометрические фигуры; При этом она громко называет то, что изображает светом. Каждый элемент повторяется не менее 8 раз. **3 серия** — тактильная информация. Женщина передает ребенку свои чувства словом и соответствующим прикосновением к передней брюшной стенке. Каждый жест и слово повторяются не менее 8 раз и ежедневно напоминаются плоду. Формируется соответствующий тактильно-вербальный словарь общения с плодом.

Третий этап - "Слушание музыки"

Цели и задачи: плод проходит своеобразную школу эмоций, запечатленных в классической музыке.

Техника выполнения. Формируется фонотека классической музыки по векам. Для каждого триместра беременности подбирается соответствующая эпоха. Музыка прослушивается через плеер (динамики), приставленный к передней брюшной стенке, в течение 30 минут ежедневно. Время — 19.00-19.30. С помощью пустого спичечного коробка, приставленного к передней брюшной стенке, женщина может простукивать ритмы исполняемого музыкального произведения. Каждое музыкальное произведение или ряд произведений одной эпохи нужно прослушивать не менее недели.

Четвертый этап - "Игра на музыкальных инструментах"

Цели и задачи: познакомить плод с разнообразными музыкальными тембрами; простимулировать различные биохимические процессы в организме.

Техника выполнения. Одним из лучших музыкальных инструментов для музыкального воспитания плода является гитара. Женщина прикладывает деку к передней брюшной стенке и играет (даже если она не умеет играть, можно просто перебирать струны, утром - высокие, вечером - низкие. Утром можно использовать колокольчики, погремушки, в дневное время - барабаны, тамтамы, вечером — низкие струны гитары. Купаясь в ванне беременная женщина может положить в воду неваляшку, которая будет издавать звуки при колебании воды (музыкальная ванна). Полным спектром тембровых воздействий обладает фортепиано. Из механических звуков можно знакомить ребенка с тиканьем часов и ударами метронома.

Дневник беременной включает в себя реакции плода на факторы музыкального воздействия, факторы воздействия на плод, временной интервал, пение, речь, игру на музыкальных инструментах, танец, слушание музыки и примечание. Дневник беременной может быть представлен в табл. 2.

Таблица 2

РЕАКЦИЯ ПЛОДА НА ФАКТОРЫ МУЗЫКАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

ФАКТОРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПЛОД					
Число, месяц, год	Пение, речь	Игра на музыкальных инструментах	Танец	Слушание музыки	Примечание
1	2	3	4	5	6

Примечания: Дневник заполняется ежедневно. Для фиксации результатов предлагается следующая система обозначения: +++ - очень выраженная реакция; ++ -

умеренная; + - слабая; 0 - отсутствие реакции. В графе "Примечание" нужно записывать конкретное название музыкального фрагмента, исполняемого ребенку, продолжительность его звучания и время дня.

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ "ПРЕНАТАЛ".

Программа "Пренатал" представляет информационно - практический психологический тренинг для беременных женщин, состоящий из 10 занятий по 3 часа в группе до 10 человек или индивидуально.

ЗАНЯТИЕ 1

Теоретическая часть:

1. Знакомство.
2. Изменения, происходящие в организме женщины во время беременности (в т.ч. в нервной системе). Расчет веса тела. Как предупредить отеки.
3. Как определить срок беременности и дату родов.
4. Роль плаценты. Как услышать музыку плаценты.
5. Одежда. Питание и гигиена беременной женщины.
6. Зародыш - плод - ребенок. Критические периоды развития. Характеристики доношенного ребенка (рост, вес, строение головки). Внутриутробное развитие малыша. Становление его органов чувств. Взаимодействие с малышом во время беременности.

Практическая часть.

1. Видеоматериал.
2. Понятие о релаксации. Роль аутогенной тренировки в снижении психоэмоционального напряжения и страха перед родами.
3. Дыхательные упражнения. Обучение брюшному дыханию - дыханию животом.
4. Как наладить контакт с малышом во время беременности. Роль музыкотерапии.

ЗАНЯТИЕ 2

Теоретическая часть:

1. Предвестники родов. Ощущения, сроки возникновения и их роль.
2. Изменение состояния женщины после 36-37 нед. беременности. Как готовиться к родам. Слизистая пробка и околоплодные воды - в чем отличие?
3. Что такое схватка?! Роль предвестниковых схваток. Отличия предвестниковых и родовых схваток.

Практическая часть:

1. Обучение навыкам общей психоэмоциональной релаксации.
2. Аутотренинг. 20 мин. С последующим самоотчетом.
3. Маска релаксации
4. Расслабление конечностей, особое внимание на ноги и промежность.

ЗАНЯТИЕ 3

Теоретическая часть.

1. Представление о родах. Первый период родов, его продолжительность, физиологические изменения в первом периоде родов, этапность раскрытия маточного зева. Роль плодного пузыря.
2. Поведение женщины в первом периоде родов. Собираемся в родильный дом - чем себя занять, что собрать с собой в родильное отделение. Можно ли кушать? А как насчет чая?
3. Ощущения женщины в первом периоде родов - напряжение, схватывание, плотность, тепло, покалывание, распирание, болезненность.
4. Методы обезболивания.

Практическая часть.

1. Видеоматериал.
2. Анализ результатов предыдущей тренировки и самостоятельных упражнений дома.
3. Обучение специальным приемам, способствующим правильному течению родов и снижению болевых ощущений.
4. Методы релаксации. Позиии тела в родах.
5. Виды дыхания. Дыхательные упражнения.
6. Расслабление лица, маска релаксации. Психогимнастика для лица.

ЗАНЯТИЕ 4

Теоретическая часть.

1. Методы релаксации в первом периоде родов.
2. Обезболивание в родах. Методы немедикаментозного и медикаментозного обезболивания в родах. Шкала боли.
3. Показания к Кесареву сечению в первом периоде родов. Экстренная ситуация. Как в ней сориентироваться?
4. Роды с мужем: за и против.

Практическая часть.

1. Обучение женщин специальным приемам, способствующим правильному течению родов и снижению болевых ощущений.
2. Методы релаксации в первом периоде родов. (дыхательные техники, позиции тела, внутренняя визуализация, приемы самомассажа и воздействие на рефлекторные зоны, использование тепла, психогимнастика для лица, аутогенная тренировка, отвлечение внимания на счет, дыхание, самогипноз)

ЗАНЯТИЕ 5

Теоретическая часть.

1. Встреча с родильным домом. Теоретический экскурс по родильным домам.

2. Клиническое течение 2-го и 3-го периода родов. Что такое потуга? Отличие схваток и потуг. Почему появляется желание тужиться (физиологическое обоснование)?
3. Демонстрация на муляже движения плода по родовому каналу.
4. Рекомендации по рациональному положению и поведению роженицы в начале и конце 2-го периода родов. Профилактика травм промежности.

Практическая часть:

1. Упражнения Кегеля для мышц промежности, влагалища и сфинктера прямой кишки - ощущения "гофры".
2. Сеанс аутогенной тренировки с использованием релаксирующей музыки. Обучение приемам управления дыханием и мышечным напряжением.
3. Позии тела, дыхание и другие методы релаксации во 2-м периоде родов. Что делать, когда потуга уже ощущается, а тужиться еще нельзя?
4. Как правильно тужиться? Упражнения. Видеоматериал.

ЗАНЯТИЕ 6

Теоретическая часть.

1. Оптимальное течение 3-его периода родов. Маммарный тест.
2. Знакомство с распорядком в родильном доме, с обязательными и возможными манипуляциями во время родов. Акушерское пособие.
3. Сведения об особенностях течения раннего и позднего послеродового периода. Первые дни после родов: с ребенком или без?
4. Гигиена женщины в послеродовом периоде.

Практическая часть.

1. Повторение освоенных упражнений.
2. Дыхательная гимнастика.
3. Аутотренинг: маска релаксации, расслабление и напряжение конечностей, мышц промежности, для живота.
4. Гимнастика для беременных.

ЗАНЯТИЕ 7

Теоретическая часть.

1. Подготовка молочных желез к лактации. Анатомия и физиология молочной железы.
2. Стадии становления лактации. Молочные кризы. Как их распознать и подготовиться к ним. Сцеживание: режим и методика. Уход за молочными железами. Профилактика трещин сосков.
3. Примерное меню кормящей мамы.
4. Кормление малыша. Как оптимально: по режиму или по требованию?

Практическая часть.

1. Видеоматериал. "Кормление".
2. Демонстрация на муляжах возможных позиций ребенка во время кормления.
3. Обучение правилам сцеживания молока.
4. Аутогенная тренировка.
5. Дыхательные упражнения.

ЗАНЯТИЕ 8

Теоретическая часть:

1. Питание ребенка первого года жизни (продолжение темы предыдущего занятия). Докорм, прикорм. Сроки и правила введения. Правила грудного вскармливания. Видеоматериал.
2. Искусственное и смешанное вскармливание. Молочные смеси.
3. Что купить к рождению ребенка. Список необходимых вещей. "Приданное" для новорожденного.

Практическая часть:

1. Видеоматериал. "Уход за ребенком".
2. Повторение основных правил психофизиологической, мышечной и кардио-респираторной релаксации: дыхательная гимнастика; состояние релаксации и аутогенного погружения; упражнение "мой живот"
3. Новое упражнение: "прохладный ветерок".
4. Выводы и заключения по материалам предыдущих занятий и всего комплекса ФППП.

ЗАНЯТИЕ 9

Теоретическая часть:

1. Первый туалет новорожденного (в родильном доме). Видеоматериал.
2. Уход за ребенком дома. Основные правила ежедневного туалета, обработки пуповины, купания.
3. Профилактические прививки. Календарь прививок.
4. Как помочь ребенку в критических ситуациях до прихода педиатра.
5. Пеленать или не пеленать? Отработка навыков пеленания.

Практическая часть.

1. Повторение освоенных упражнений.
2. Дыхательная гимнастика.
3. Аутотренинг: маска релаксации, расслабление и напряжение конечностей, мышц промежности.
4. Упражнение для живота.
5. Гимнастика для беременных.

ЗАНЯТИЕ 10

Теоретическая часть:

1. Профилактика послеродовой депрессии.
2. Психологическое, эмоциональное и моторное развитие ребенка первого года жизни.
Рефлексы новорожденных. Развивающие игры для детей.
3. Массаж новорожденным. Основные приемы.

Практическая часть.

1. Повторение навыков предыдущих занятий.
2. Дыхательная гимнастика, методы релаксации, приемы самомассажа.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ФОРМЫ В ОПРОСНИКА FPI

Вводные замечания. Личностный опросник создан преимущественно для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения таких широко известных опросников, как 16PF, MMPI, EPI и др. Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных факторов. Опросник предназначен для диагностики психических состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной, профессиональной адаптации и регуляции поведения.

Опросник FPI содержит 12 шкал; форма В отличается от полной формы только в два раза меньшим числом вопросов. Общее количество вопросов в опроснике – 114. Один (первый) вопрос ни в одну из шкал не входит, так как имеет проверочный характер. Шкалы опросника I–IX являются основными, или базовыми, а X–XII – производными, интегрирующими. Производные шкалы составлены из вопросов основных шкал и обозначаются иногда не цифрами, а буквами E, N и M соответственно.

Шкала I (*невротичность*) характеризует уровень невротизации личности. Высокие оценки соответствуют выраженному невротическому синдрому астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями.

Шкала II (*спонтанная агрессивность*) позволяет выявить и оценить психопатизацию интротенсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о повышенном уровне психопатизации, создающем предпосылки для импульсивного поведения.

Шкала III (*депрессивность*) дает возможность диагностировать признаки, характерные для психопатологического депрессивного синдрома. Высокие оценки по шкале соответствуют наличию этих признаков в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде.

Шкала IV (*раздражительность*) позволяет судить об эмоциональной устойчивости. Высокие оценки свидетельствуют о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию.

Шкала V (*общительность*) характеризует как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности. Высокие оценки позволяют говорить о наличии выраженной потребности в общении и постоянной готовности к удовлетворению этой потребности.

Шкала VI (*уравновешенность*) отражает устойчивость к стрессу. Высокие оценки свидетельствуют о хорошей защищенности к воздействию стресс-факторов обычных

жизненных ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности.

Шкала VII (*реактивная агрессивность*) имеет целью выявить наличие признаков психопатизации экстратенсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о высоком уровне психопатизации, характеризующемся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию.

Шкала VIII (*застенчивость*) отражает предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. Высокие оценки по шкале отражают наличие тревожности, скованности, неуверенности, следствием чего являются трудности в социальных контактах.

Шкала IX (*открытость*) позволяет характеризовать отношение к социальному окружению и уровень самокритичности. Высокие оценки свидетельствуют о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности. Оценки по данной шкале могут в той или иной мере способствовать анализу искренности ответов обследуемого при работе с данным опросником, что соответствует шкалам лжи других опросников.

Шкала X (*экстраверсия – интроверсия*). Высокие оценки по шкале соответствуют выраженной экстравертированности личности, низкие – выраженной интровертированности.

Шкала XI (*эмоциональная лабильность*). Высокие оценки указывают на неустойчивость эмоционального состояния, проявляющуюся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции. Низкие оценки могут характеризовать не только высокую стабильность эмоционального состояния как такового, но и хорошее умение владеть собой.

Шкала XII (*маскулинизм – феминизм*). Высокие оценки свидетельствуют о протекании психической деятельности преимущественно по мужскому типу, низкие – по женскому.

Порядок работы. Исследование может проводиться индивидуально либо с группой испытуемых. В последнем случае необходимо, чтобы каждый из них имел не только персональный бланк ответного листа, но и отдельный опросник с инструкцией. Размещаться испытуемые должны так, чтобы не создавать помех друг другу в процессе работы. Психолог-исследователь кратко излагает цель исследования и правила работы с опросником. Важно при этом достичь положительного, заинтересованного отношения исследуемых к выполнению задания. Их внимание обращается на недопустимость взаимных консультаций по ответам в процессе работы и каких-либо обсуждений между

собой. После этих разъяснений психолог предлагает внимательно изучить инструкцию, отвечает на вопросы, если они возникли после ее изучения, и предлагает перейти к самостоятельной работе с опросником.

Обработка результатов. Первая процедура касается получения первичных, или “сырых”, оценок. Для ее осуществления необходимо подготовить матричные формы ключей каждой шкалы на основе общего ключа опросника. Для этого в бланках чистых ответных листов, идентичных тем, которыми пользовались испытуемые, вырезаются “окна” в клетках, соответствующих номеру вопроса и варианту ответа. Полученные таким образом шаблоны поочередно, в соответствии с порядковым номером шкалы, накладываются на заполненный исследуемым ответный лист. Подсчитывается количество отметок (крестиков), совпавших с “окнами” шаблона. Полученные значения заносятся в столбец первичных оценок протокола занятия.

Вторая процедура связана с переводом первичных оценок в стандартные оценки 9-балльной шкалы с помощью таблицы. Полученные значения стандартных оценок обозначаются в соответствующем столбце протокола нанесением условного обозначения (кружок, крестик или др.) в точке, соответствующей величине стандартной оценки по каждой шкале. Соединив прямыми обозначенные точки, получим графическое изображение профиля личности.

Анализ результатов следует начинать с просмотра всех ответных листов, заполненных исследуемыми, уточняя, какой ответ дан на первый вопрос. При отрицательном ответе, означающем нежелание испытуемого отвечать откровенно на поставленные вопросы, следует считать исследование несостоявшимся. При положительном ответе на первый вопрос, после обработки результатов исследования, внимательно изучается графическое изображение профиля личности, выделяются все высокие и низкие оценки. К низким относятся оценки в диапазоне 1–3 балла, к средним – 4–6 баллов, к высоким – 7–9 баллов. Следует обратить особое внимание на оценку по шкале IX, имеющую значение для общей характеристики достоверности ответов.

Интерпретация полученных результатов, психологическое заключение и рекомендации должны быть даны на основе понимания сути вопросов в каждой шкале, глубинных связей исследуемых факторов между собой и с другими психологическими и психофизиологическими характеристиками и их роли в поведении и деятельности человека.

Инструкция испытуемому. На последующих страницах имеется ряд утверждений, каждое из которых подразумевает относящийся к вам вопрос о том, соответствует или не соответствует данное утверждение каким-то особенностям вашего поведения, отдельных поступков, отношения к людям, взглядам на жизнь и т.п. Если вы считаете, что такое

соответствие имеет место, то дайте ответ “Да”, в противном случае – ответ “Нет”. Свой ответ зафиксируйте в имеющемся у вас ответном листе, поставив крестик в клеточку, соответствующую номеру утверждения в вопроснике и виду вашего ответа. Ответы необходимо дать на все вопросы.

Успешность исследования во многом зависит от того, насколько внимательно выполняется задание. Ни в коем случае не следует стремиться своими ответами произвести на кого-то лучшее впечатление, так как ни один ответ не оценивается как хороший или плохой. Вы не должны долго размышлять над каждым вопросом, а старайтесь как можно быстрее решить, какой из двух ответов, пусть весьма относительно, но все-таки кажется вам ближе к истине. Вас не должно смущать, если некоторые из вопросов покажутся слишком личными, поскольку исследование не предусматривает анализа каждого вопроса и ответа, а опирается лишь на количество ответов одного и другого вида. Кроме того, вы должны знать, что результаты индивидуально-психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению.

ВОПРОСЫ

1. Я внимательно прочитал инструкцию и готов откровенно ответить на все утверждения теста
2. По вечерам я предпочитаю развлекаться в веселой компании (гости, дискотека, кафе и т.д.)
3. Моему желанию познакомиться с кем-либо всегда мешает то, что мне трудно найти подходящую тему для разговоров
4. У меня часто болит голова
5. Иногда я ощущаю стук в висках и пульсацию в области шеи
6. Я быстро теряю самообладание, но также быстро беру себя в руки
7. Бывает, что я смеюсь над неприличным анекдотом
8. Я избегаю о чем-либо расспрашивать, и предпочитаю узнавать то, что мне нужно, другим путем
9. Я предпочитаю не входить в комнату, если не уверен, что мое появление пройдет незамеченным
10. Я могу так вспылить, что готов разбить все, что попадет под руку
11. Я чувствую себя неловко, если окружающие почему-то начинают обращать на меня внимание
12. Я иногда чувствую, что сердце начинает работать с перебоями или начинает биться так, что, кажется, готово выскочить из груди
13. Не думаю, что можно было бы простить обиду
14. Считаю, что на зло не надо отвечать злом, и всегда следую этому правилу
15. Если я сидел, а потом резко встал, то у меня темнеет в глазах и кружится голова

16. Я почти ежедневно думаю о том, насколько лучше была бы моя жизнь, если бы меня не преследовали неудачи
17. В своих поступках я всегда исхожу из того, что людям можно полностью доверять
18. Могу прибегнуть к физической силе, если требуется отстоять свои интересы
19. Легко могу развеселить самую скучную компанию
20. Я легко смущаюсь
21. Меня ничуть не обижает, если делаются замечания относительно моей работы или меня лично
22. Нередко чувствую, как у меня немеют и холодеют руки и ноги
23. Бываю неловким в общении с другими людьми
24. Иногда без видимой причины чувствую себя подавленным, несчастным
25. Иногда нет никакого желания чем-нибудь заняться
26. Порой я чувствую, что мне не хватает воздуха, будто бы я выполнял очень тяжелую работу
27. Мне кажется, что в своей жизни я очень много делал неправильно
28. Мне кажется, что другие нередко смеются надо мной
29. Люблю такие задания, когда можно действовать без долгих размышлений
30. Я считаю, что у меня достаточно оснований быть не очень-то довольным своей судьбой
31. Часто у меня нет аппетита
32. В детстве я радовался, если родители или учителя наказывали других детей
33. Обычно я решителен и действую быстро
34. Я не всегда говорю правду
35. С интересом наблюдаю, когда кто-то пытается выпутаться из неприятной истории
36. Считаю, что все средства хороши, если надо настоять на своем
37. То, что прошло, меня не волнует
38. Не могу представить ничего такого, что стоило бы доказывать кулаками
39. Я не избегаю встреч с людьми, которые, как мне кажется, ищут ссоры со мной
40. Иногда кажется, что я вообще никуда не годен
41. Мне кажется, что я постоянно нахожусь в каком-то напряжении и мне трудно расслабиться
42. Нередко у меня возникают боли и различные неприятные ощущения в животе
43. Если обидят моего друга, я стараюсь отомстить обидчику
44. Бывало, я опаздывал к назначенному времени
45. В моей жизни бывало, что я почему-то позволял себе мучить животных
46. При встрече со старым знакомым от радости я готов броситься ему на шею
47. Когда я чего-то боюсь, у меня пересыхает во рту, дрожат руки и ноги
48. Частенько у меня бывает такое настроение, что с удовольствием бы ничего не видел и не слышал

49. Когда я ложусь спать, то обычно засыпаю уже через несколько минут
50. Мне доставляет удовольствие, как говорится, ткнуть носом других в их ошибки
51. Иногда могу похвастаться
52. Активно участвую в организации общественных мероприятий
53. Нередко бывает так, что нередко приходится смотреть в другую сторону, чтобы избежать нежелательной встречи
54. В свое оправдание я иногда кое-что выдумывал
55. Я почти всегда подвижен и активен
56. Нередко сомневаюсь, действительно ли интересно моим собеседникам то, что я говорю
57. Иногда вдруг чувствую, что весь покрываюсь потом
58. Если сильно разозлюсь на кого-то, то могу его и ударить
59. Меня мало волнует, что кто-то плохо ко мне относится
60. Обычно мне трудно возражать моим знакомым
61. Я волнуюсь и переживаю даже при мысли о возможной неудаче
62. Я люблю не всех своих знакомых
63. У меня бывают мысли, которых следовало бы стыдиться
64. Не знаю почему, но иногда появляется желание испортить то, чем все восхищаются
65. Я предпочитаю заставить любого человека сделать то, что мне нужно, чем просить его об этом
66. Я нередко беспокоюсь двигаю рукой или ногой
67. Предпочитаю провести свободный вечер, занимаясь любимым делом, а не развлекаясь в веселой компании
68. В компании я веду себя не так, как дома
69. Иногда, не подумав, скажу такое, о чем лучше было бы помолчать
70. Боюсь стать центром внимания даже в знакомой компании
71. Хороших знакомых у меня очень немного
72. Иногда бывают такие периоды, когда яркий свет и сильный шум вызывают у меня болезненно неприятные ощущения, хотя на других людей это так не действует
73. В компании у меня нередко возникает желание кого-нибудь обидеть или разозлить
74. Иногда думаю, что лучше бы не родиться на свет, как только представляю себе, сколько неприятностей, возможно, придётся испытать
75. Если кто-то сильно меня обидит, то получит свое сполна
76. Я не стесняюсь в выражениях, если меня выведут из себя
77. Мне нравится так задать вопрос или так на него ответить, чтобы собеседник растерялся
78. Бывало, откладывал то, что требовалось сделать немедленно
79. Не люблю рассказывать анекдоты и забавные истории

80. Повседневные трудности и заботы часто выводят меня из равновесия
81. Не знаю куда деться при встрече с человеком, который был в компании, где я вел себя неловко
82. К сожалению, отношусь к людям, которые бурно реагируют даже на жизненные мелочи
83. Я робею перед выступлением перед большой аудиторией
84. У меня довольно часто меняется настроение
85. Я устаю быстрее, чем большинство окружающих меня людей
86. Если я чем-то сильно взволнован или раздражен, то чувствую это как бы всем телом
87. Мне докучают неприятные мысли, которые назойливо лезут в голову
88. К сожалению, меня не понимают ни в семье, ни в кругу моих знакомых
89. Если сегодня я посплю меньше обычного, то завтра не буду чувствовать себя отдохнувшим
90. Стараюсь вести себя так, чтобы окружающие опасались вызвать мое неудовольствие
91. Я уверен в своем будущем
92. Иногда я оказывался причиной плохого настроения кого-нибудь из окружающих
93. Я не прочь посмеяться над другими
94. Я отношусь к людям, которые "за словом в карман не лезут"
95. Я принадлежу к людям, которые ко всему относятся достаточно легко
96. Подростком я проявлял интерес к запретным темам
97. Иногда зачем-то причинял боль любимым людям
98. У меня нередко конфликты с окружающими из-за их упрямства
99. Часто испытываю угрызения совести в связи со своими поступками
100. Я нередко бываю рассеянным
101. Не помню, чтобы меня особенно опечалили неудачи человека, которого я не могу терпеть
102. Часто я слишком быстро начинаю досадовать на других
103. Иногда неожиданно для себя начинаю уверенно говорить о таких вещах, в которых на самом деле мало что смыслю
104. Часто у меня такое настроение, что я готов взорваться по любому поводу
105. Нередко чувствую себя вялым и усталым
106. Я люблю беседовать с людьми и всегда готов поговорить и со знакомыми, и с незнакомыми
107. К сожалению, я слишком поспешно оцениваю других людей
108. Утром я обычно встаю в хорошем настроении и нередко начинаю насвистывать или напевать
109. Я не чувствую себя уверенно в решении важных вопросов даже после длительных размышлений
110. В споре я почему-то стараюсь говорить громче своего оппонента

111. Разочарования не вызывают у меня сколь - либо сильных и длительных размышлений
112. Бывает, что я вдруг начинаю кусать губы или грызть ногти
113. Наиболее счастливым я чувствую себя тогда, когда бываю один
114. Иногда одолевает такая скука, что хочется, чтобы все перессорились друг с другом

Ответный бланк (лист)

Фамилия, имя,

отчество _____

Дата _____

Возраст _____

А.Я. Психология
azps.ru

	Да	Нет		Да	Нет												
1			20			39			58			77			96		
2			21			40			59			78			97		
3			22			41			60			79			98		
4			23			42			61			80			99		
5			24			43			62			81			100		
6			25			44			63			82			101		
7			26			45			64			83			102		
8			27			46			65			84			103		
9			28			47			66			85			104		
10			29			48			67			86			105		
11			30			49			68			87			106		
12			31			50			69			88			107		
13			32			51			70			89			108		
14			33			52			71			90			109		
15			34			53			72			91			110		
16			35			54			73			92			111		
17			36			55			74			93			112		
18			37			56			75			94			113		
19			38			57			76			95			114		

Ключ

Номер шкалы	Название шкалы и количество вопросов	Ответы по номерам вопросов	
		да	нет
I	Невротичность 17	4, 5, 12, 15, 22, 26, 31, 41, 42, 57, 66, 72, 85, 86, 89, 105	49
II	Спонтанная агрессивность 13	32, 35, 45, 50, 64, 73, 77, 93, 97, 98, 103, 112, 114	99

III	Депрессивность 14	16,24,27,28, 30,40,48, 56,61,74,84,87,88, 100	–
IV	Раздражительность 11	6, 10,58,69,76,80,82, 102, 104,107, 110	–
V	Общительность 15	2, 19,46,52,55,94, 106	3, 8,23,53, 67,71,79.113
VI	Уравновешенность 10	14,21,29.37,38,59,91, 95, 108, 111	–
VII	Реактивная агрессивность 10	13, 17, 18,36,39,43,65, 75,90, 98	
VIII	Застенчивость 10	9, 11,20,47,60,70,81, 83,109	33
IX	Открытость 13	7,25,34,44,51,54,62, 63,68.78,92,96, 101	–
X	Экстраверсия–интроверсия 12	2,29,46,51,55,76,93, 95, 106, 110	20,87
XI	Эмоциональная лабильность 14	24, 25, 40, 48, 80, 83, 84, 85,87,88, 102, 112, 113	59
XII	Маскулинизм–феминизм 15	18,29,33,50,52,58,59, 65,91, 104	16,20,31,47, 84

Профиль личности

Номер шкалы	Первичная оценка	Стандартная оценка, баллы										
		9	8	7	6	5	4	3	2	1		
I												
II												
III												
IV												
V												
VI												
VII												
VIII												
IX												
X												
XI												
XII												

ПЕРЕВОД ПЕРВИЧНЫХ ОЦЕНОК В СТАНДАРТНЫЕ

Первичная оценка	Стандартная оценка по шкалам											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	2	1
2	4	3	4	4	1	2	4	5	1	1	3	1
3	4	4	4	5	1	3	5	6	2	2	4	1

4	5	5	5	6	2	4	6	6	3	3	4	1
5	5	5	6	7	2	5	7	7	3	4	5	2
6	6	7	6	7	3	6	8	7	4	4	6	3
7	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5
8	7	8	7	8	4	8	9	9	5	6	7	5
9	8	8	8	9	5	9	9	9	6	7	8	6
10	8	9	8	9	5	9	9	9	8	8	8	8
11	8	9	8	9	6	–	–	–	8	9	8	8
12	8	9	9	–	7	–	–	–	9	9	9	9
13	9	9	9	–	8	–	–	–	9	–	9	9
14	9	–	9	–	9	–	–	–	–	–	9	9
15	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9
16	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
17	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА для оценки депрессий. При оценке симптома необходимо выбрать и зачеркнуть только один какой-либо балл. Главным показателем шкалы является сумма баллов или общий балл, по которому депрессии разделяют на легкие (7-16 баллов), средней тяжести (17-27 баллов) и тяжелые (более 27 баллов).

№	ПОКАЗАТЕЛЬ	БАЛЛ
1	Пониженное настроение (переживание печали, подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)	0. Отсутствие 1. Сообщает о своих переживаниях только при расспросе 2. Спонтанно сообщает о своих переживаниях вербальным образом (рассказывает о них) 3. Больной выражает свои аффективные переживания невербальным образом (позой, мимикой, голосом, плаксивостью) 4. Пациент при общении вербальным и невербальным образом спонтанно выражает только эти чувства
2	Чувство вины	0. Отсутствие 1. Имеют место идеи самоуничижения, самоупреки, пациент испытывает ощущение, что является причиной страдания других людей 2. Чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах в прошлом 3. Болезненное состояние расценивается как наказание, бредовые идеи преследования 4. Слышит голоса обвиняющего или унижающего содержания, испытывает угрожающие зрительные галлюцинации
3	Суицидальные тенденции	0. Отсутствие 1. высказывает мысли о бессмысленности, малоценности жизни 2. высказывает мысли о своей смерти или другие идеи о нежелании жить 3. Суицидальные мысли или жесты 4. Суицидальные попытки
4	Трудности при засыпании	0. Отсутствуют 1. Жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (чтобы уснуть, надо более 30 минут) 2. Ежедневные жалобы на трудности при засыпании
5	Бессонница	0. Отсутствует 1. Жалобы на возбуждение и беспокойный сон в течение ночи 2. Не спит в течение ночи, любое вставание с постели ночью за исключением посещения туалета
6	Ранние пробуждения	0. Отсутствие

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Просыпается рано, но снова засыпает 2. При пробуждении заснуть повторно не удается
7	Работа и деятельность	<ol style="list-style-type: none"> 0. Трудностей не испытывает 1. Ощущение усталости, слабости и неспособности выполнять тот или иной вид деятельности 2. Потеря интереса к профессиональной деятельности, работе и развлечениям, определяемая прямо по жалобам больного или косвенно по степени проявляемого им безразличия к окружающей действительности, нерешительности и колебаниям (ощущение, что он должен заставлять себя работать и заниматься чем-либо) 3. Существенное снижение активности и продуктивности (кроме обычных действий по самообслуживанию не < 3 часов в день) 4. Неработоспособен по причине настоящего заболевания (находится в стационаре)
8	Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Темп мышления и речи без изменений 1. Незначительная заторможенность в беседе 2. Явная заторможенность в беседе 3. Беседа с больным затруднена 4. Полный ступор
9	Возбуждение	<ol style="list-style-type: none"> 0. Отсутствует 1. Двигательное беспокойство, «игра» руками, волосами 2. Заламывает руки, кусает ногти, губы, рвет волосы
10	Тревога психическая	<ol style="list-style-type: none"> 0. Отсутствует 1. Внутренне напряжен и раздражен 2. Беспокоится по незначительным поводам 3. Признаки особого беспокойства обнаруживаются в мимике и речи 4. Тревожные опасения, выражаемые спонтанно
11	Тревога соматическая (физиологические признаки тревоги: <i>гастроинтестинальные</i> - сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, <i>сердечно-сосудистые</i> - сердцебиение, головные боли, <i>дыхательные</i> - гипервентиляция, одышка, + учащенное мочеиспуск., <i>повыш. потоотделение</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Отсутствует 1. Средняя 2. Тяжелая 3. Очень тяжелая, вплоть до функциональной недостаточности
12	Желудочно-кишечные соматические симптомы	<ol style="list-style-type: none"> 0. Отсутствует 1. Жалобы на отсутствие аппетита, но ест самостоятельно без принуждения, испытывает ощущение тяжести в желудке 2. Испытывает трудности в еде без помощи персонала, нуждается в назначении слабительных и других лекарственных средств, способствующих нормальному пищеварению
13	Общесоматические симптомы	<ol style="list-style-type: none"> 0. Отсутствуют 1. Тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство усталости и утраты энергии 2. Любые резко выраженные соматические симптомы
14	Расстройства сексуальной сферы (утрата либидо, менструальные нарушения)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Отсутствуют 1. Легкая степень снижения полового влечения 2. Отчетливая выражен. снижения полов. влечения
15	Ипохондрические расстройства	<ol style="list-style-type: none"> 0. Отсутствуют 1. Повышенный интерес к собственному телу 2. Чрезмерная озабоченность своим здоровьем 3. Частые жалобы, просьбы о помощи 4. Бредовые ипохондрические идеи
16	Потеря веса (оцениваются пункты А и Б)	<p><i>А. Оценка по анамнестическим данным:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Отсутствует 1. Потеря веса составила от 1 до 2,5 кг 2. Потеря веса составила 3 и более кг

		<i>Б. Оценка производится еженедельно:</i> 0. Потеря веса составляет менее 0,5 кг в неделю 1. Потеря веса составляет более 0,5 кг в неделю 2. Потеря веса составляет 1 или более кг в неделю
17	Отношение к своему заболеванию	0. Считает себя больным депрессией 1. Признает, что болен, но связывает причины заболевания с пищей, климатом, перегрузками на работе, вирусной инфекцией и т.д. 2. Больным себя не считает
18	Суточные колебания состояния	<i>А. Отметить, когда наблюдаются ухудшения состояния – утром или вечером:</i> 0. Состояние не меняется 1. Утром 2. Вечером <i>Б. При наличии колебаний, уточнить степень выраженности:</i> 0. Состояние не меняется 1. Слабые 2. Выраженные
19	Деперсонализация и дереализация (ощущение измененности себя, окружающего)	0. Отсутствуют 1. Слабо выражены 2. Умеренно выражены 3. Сильно выражены 4. Полностью охватывают сознание больного
20	Бредовые расстройства	0. Отсутствуют 1. Повышенная подозрительность 2. Идеи отношения 3. Бредовые идеи отношения и преследования
21	Обсессивные и компульсивные расстройства	0. Отсутствуют 1. Слабо выражены 2. Сильно выражены

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ. При оценке симптома необходимо выбрать и зачеркнуть только один какой-либо балл. Главным показателем шкалы является сумма баллов или общий балл, по которому тревогу и депрессию разделяют на субклинические (8-10 баллов), клинические (более 11 баллов) и норма (0-7 баллов).

Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в регистрационном бланке отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной.

A 1	Я ИСПЫТЫВАЮ НАПРЯЖЕННОСТЬ, МНЕ НЕ ПО СЕБЕ
3	Все время
2	Часто
1	Время от времени, иногда
0	Совсем не испытываю
D 1	ТО, ЧТО ПРИНОСИЛО МНЕ БОЛЬШОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ, И СЕЙЧАС ВЫЗЫВАЕТ У МЕНЯ ТАКОЕ ЖЕ ЧУВСТВО
0	Определенно, это так
1	Наверное, это так
2	Лишь в очень малой степени это так
3	Это совсем не так

A 2	Я ИСПЫТЫВАЮ СТРАХ, КАЖЕТСЯ, БУДТО ЧТО-ТО УЖАСНОЕ МОЖЕТ ВОТ-ВОТ СЛУЧИТЬСЯ
3	Определенно это так и страх очень сильный
2	Да, это так, но страх не очень сильный
1	Иногда, но это меня не беспокоит
0	Совсем не испытываю
D 2	Я СПОСОБЕН РАССМЕЯТЬСЯ И УВИДЕТЬ В ТОМ ИЛИ ИНОМ СОБЫТИИ СМЕШНОЕ
0	Определенно, это так
1	Наверное, это так
2	Лишь в очень малой степени это так
3	Совсем не способен
A 3	БЕСПОКОЙНЫЕ МЫСЛИ КРУТЯТСЯ У МЕНЯ В ГОЛОВЕ
3	Постоянно
2	Большую часть времени
1	Время от времени, и не так часто
0	Только иногда
D 3	Я ИСПЫТЫВАЮ БОДРОСТЬ
3	Совсем не испытываю
2	Очень редко
1	Иногда
0	Практически все время
A 4	Я ЛЕГКО МОГУ СЕСТЬ И РАССЛАБИТЬСЯ
0	Определенно, это так
1	Наверное, это так
2	Лишь изредка это так
3	Совсем не могу
D 4	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
3	Практически все время
2	Часто
1	Иногда
0	Совсем нет
A 5	Я ИСПЫТЫВАЮ ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ ИЛИ ДРОЖЬ
0	Совсем не испытываю
1	Иногда
2	Часто
3	Очень часто
D 5	Я НЕ СЛЕЖУ ЗА СВОЕЙ ВНЕШНОСТЬЮ
3	Определенно, это так
2	Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1	Может быть, я стал меньше уделять этому внимания
0	Я слежу за собой также, как и раньше
A 6	Я ИСПЫТЫВАЮ НЕУСИДЧИВОСТЬ, СЛОВНО МНЕ ПОСТОЯННО НУЖНО ДВИГАТЬСЯ
3	Определенно, это так
2	Наверное, это так
1	Лишь в некоторой степени это так
0	Совсем не испытываю
D 6	Я СЧИТАЮ, ЧТО МОИ ДЕЛА (занятия, увлечения) МОГУТ ПРИНЕСТИ МНЕ ЧУВСТВО УДОВЛЕТВОРЕНИЯ
0	Точно также, как и обычно

1	Да, но не в той степени, как раньше
2	Значительно меньше, чем обычно
3	Совсем не считаю
A 7	У МЕНЯ БЫВАЕТ ВНЕЗАПНОЕ ЧУВСТВО ПАНИКИ
3	Действительно, очень часто
2	Довольно часто
1	Не так уж часто
0	Совсем не бывает
D 7	Я МОГУ ПОЛУЧИТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ ОТ ХОРОШЕЙ КНИГИ, РАДИО - ИЛИ ТЕЛЕПРОГРАММЫ
0	Часто
1	Иногда
2	Редко
3	Очень редко

ШКАЛА МОНТГОМЕРИ-АСБЕРГ для оценки депрессий. При оценке симптома необходимо выбрать и зачеркнуть только один какой-либо балл. Главным показателем шкалы является сумма баллов или общий балл, по которому депрессии разделяют на отсутствие депрессии (0-15 баллов), малые депрессии (16-25 баллов), умеренные депрессии (26-30 баллов) и большие депрессии (более 30 баллов).

№	БАЛ	СИМПТОМ
1		ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОДАВЛЕННОСТИ (наблюдаемые): проявления угнетенности, уныния, отчаяния в речи, мимике и позе (<i>более выраженные, чем при обычном временном снижении настроения</i>). Ранжируются в соответствии с глубиной снижения настроения и невозможностью улучшения настроения.
	0	ПОДАВЛЕННОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ
	1	Выглядит подавленным, удрученным, но легко отвлекается
	2	
	3	
	4	Выглядит подавленным и несчастным большую часть времени
	5	
6		
2		СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОДАВЛЕННОСТИ (высказываемые): сообщение пациента о депрессивном настроении, независимо от того, насколько оно проявляется внешними признаками. Включает упадок духа, угнетенность или чувство беспомощности и безнадежности. Оценивается в соответствии с интенсивностью, продолжительностью и степенью того, насколько, по описанию пациента, сниженное настроение связано с внешними событиями.
	0	ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ ПОДАВЛЕННОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ
	1	Пациент печален или подавлен, но легко отвлекается
	2	
	3	Глубокое чувство угнетенности или уныния; настроение еще подвержено влиянию внешних событий
	4	
	5	Постоянное и неизменное чувство печали, отчаяния, страдания
6		
3		ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ: чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения, доходящего до паники, сильного страха или душевной боли

	0	СПОКОЕН, ЛИШЬ МИМОЛЕТНОЕ ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ
	1	Эпизодическое чувство раздражения или внутреннего дискомфорта
	2	
	3	Постоянное ощущение внутреннего напряжения или паники, с которым больной справляется с известным трудом
	4	
	5	Жестокий ужас, мучение, душевная боль, непреодолимая паника
	6	
4	УХУДШЕНИЕ СНА: уменьшение продолжительности или глубины сна в сравнении с привычными для пациента характеристиками сна	
	0	СПИТ КАК ОБЫЧНО
	1	Малозаметные трудности засыпания, несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон
	2	
	3	Сон нарушен по крайней мере в течение двух часов
	4	
	5	Продолжительность сна менее 2-3 часов
6		
5	НАРУШЕНИЯ АППЕТИТА: утрата аппетита. Ранжируется в соответствии со степенью утраты желания поесть или усилий заставить себя принять пищу	
	0	НОРМАЛЬНЫЙ ИЛИ ПОВЫШЕННЫЙ АППЕТИТ
	1	Несколько сниженный аппетит
	2	
	3	Отсутствие аппетита, ощущение, что пища не имеет вкуса
	4	
	5	Питается только по принуждению
6		
6	НАРУШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ: трудности собраться с мыслями вплоть до утраты способности сконцентрироваться. Оценивается в соответствии с интенсивностью, частотой и степенью утраты способности концентрировать внимание	
	0	ОТСУТСТВУЮТ
	1	Эпизодически трудно собраться с мыслями
	2	
	3	Затруднения концентрации и длительного сосредоточения со снижением способности читать или поддерживать разговор
	4	
	5	Утрата способности читать или участвовать в разговоре без значительных усилий
6		
7	НАРУШЕНИЯ ИНТЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: нарушения интенции – затруднения включения в какую-либо активность, замедленность начала и выполнения повседневных действий	
	0	ТРУДНОСТИ В НАЧАЛЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОМНИТЕЛЬНЫ, ВЯЛОСТИ НЕТ
	1	Трудности включения в активную деятельность
	2	
	3	Трудности начать рутинные повседневные действия, их выполнение сопряжено с затратой дополнительных усилий
	4	
	5	Полная апатия, вялость, неспособность выполнять какие-либо целенаправленные действия без посторонней помощи
6		
8	УТРАТА СПОСОБНОСТИ ЧУВСТВОВАТЬ: субъективное ощущение снижения интереса к окружающему или деятельности, обычно доставляющим удовольствие. Снижение способности адекватно эмоционально реагировать на внешние события или людей	
	0	НОРМАЛЬНЫЙ ИНТЕРЕС К ОКРУЖАЮЩЕМУ И ЛЮДЯМ

	1	Снижение способности получать удовольствие от того, что раньше было интересным			
	2				
	3	Утрата интереса к окружающему; утрата чувств к друзьям и знакомым			
	4				
	5	Явления эмоционального паралича, утрата способности испытать гнев, горе или удовольствие, мучительное отсутствие чувств к родственникам и друзьям			
	6				
9	ПЕССИМИСТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ: идеи собственной вины, малоценности, самоуничужения, греховности или раскаяния				
	0	ОТСУТСТВУЮТ			
	1	Эпизодические идеи неудачливости, самоуничужения, самоосуждения или малоценности			
	2				
	3	Постоянное самообвинение или конкретные, но еще рациональные идеи вины или греховности, нарастающий пессимизм в отношении будущего			
	4				
	5	Бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупимого греха, абсурдное и непоколебимое самообвинение			
	6				
10	СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ: чувство, что жить больше не стоит, что естественная смерть – желаемый исход; суицидальные мысли и приготовления к самоубийству				
	0	ПОЛУЧАЕТ УДОВОЛЬСТВИЕ ОТ ЖИЗНИ ИЛИ ВОСПРИНИМАЕТ ЕЕ ТАКОЙ, КАКАЯ ОНА ЕСТЬ			
	1	Усталость от жизни, эпизодические суицидальные мысли			
	2				
	3	Мысли, что, возможно, лучше умереть; суицидальные мысли становятся привычными, а самоубийство рассматривается как возможный способ решения проблем при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений			
	4				
	5	Явные суицидальные намерения (конкретное планирование совершения самоубийства при первой возможности), активные приготовления к самоубийству			
	6				
ОБЩИЙ БАЛЛ	<input type="text"/>	OD 0 - 15 <input type="text"/>	MD 16 - 25 <input type="text"/>	UD 26 - 30 <input type="text"/>	BDs > 30 <input type="text"/>

ШКАЛА ОБЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ВПЕЧАТЛЕНИЯ * Clinical Global Impression Scale

ДНИ ЛЕЧЕНИЯ					Б	НАИМЕНОВАНИЕ ШКАЛЫ
1	7	14	21	28		
1. ТЯЖЕСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ: указать общее впечатление о тяжести психического заболевания. Примечание: пункты 2 и 3 могут быть пропущены при первичной оценке (начало лечения) - отметить "не оценивается".						
					0	не оценивается
					1	норма, не болен
					2	на грани психического расстройства
					3	слабая степень тяжести
					4	средняя степень тяжести
					5	значительно болен
					6	тяжело болен
					7	крайне тяжелое заболевание

2. ОБЩЕЕ УЛУЧШЕНИЕ: оценить, есть или нет улучшения в состоянии в результате приема препарата; сравнить, насколько сильно изменилось состояние в сравнении с состоянием при поступлении.

					0	не оценивается
					1	очень выраженное улучшение

					2	выраженное улучшение
					3	минимальное улучшение
					4	нет изменений
					5	минимальное ухудшение
					6	намного хуже
					7	очень сильное ухудшение
3. ИНДЕКС ЭФФЕКТИВНОСТИ: оценка выставляется только на основании эффективности препарата. Выберите показатель, наиболее точно соответствующий степени терапевтического эффекта и побочных явлений						
3.1 ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ						
					0	не оценивается
					1	<i>значительный</i> : выраженное улучшение, полное или почти полное исчезновение симптоматики
					2	<i>средний</i> : явное улучшение, частичная редукция симптоматики
					3	<i>минимальный</i> : слабое улучшение, не изменяющее сколь-нибудь значительно состояние больного
					4	отсутствие изменений или ухудшение
3.2 ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ						
					0	не оценивается
					1	отсутствуют
					2	не вызывают значительного нарушения деятельности больного
					3	значительное нарушение деятельности
					4	перевешивают (<i>нивелируют</i>) терапевтические эффекты

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. - М., 1998. - 271с.
2. Абрамченко В.В., Киселев А.Г., Орлова О.О., Абдуллаев Д.Н. Ведение беременности и родов высокого риска. - СПб., 1995. - 190с.
3. Абрамченко В.В., Костюченко А.Л., Моисеев В.Н., Федорова Л.К. медикаментозная регуляция восстановления сознания после мононаркоза кетаминром // Военно-медицинский журнал. - 1984. - № 11. - С.24-26.
4. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А., Гиршович В.В. Психосоматический статус и состояние тревожности рожениц на фоне сбалансированной анальгезии дипидолором // Вопросы охраны материнства и детства. - 1981. - № 7. - С.18-19.
5. Абрамченко В.В., Немчин Т.А. Методика экспериментально-психологического исследования беременной женщины // проблемы медицинской психологии. - Л., 1976. - С.5-7.
6. Абрамченко В.В., Омельянюк Е.В. Психосоматические соотношения при нормальном и атипичном течении прелиминарного периода и методы его коррекции // вопросы охраны материнства и детства. - 1977. - № 2. - С.28-29.
7. Абрамченко В.В., Терещенков А.В. Применение аутогенной тренировки для подготовки беременных женщин к родам // Психическая саморегуляция. - М., 1984. - Вып. 3. - С.82-84.
8. Абрамченко В.В., Терещенков А.В. Психологические исследования в акушерской практике // Психология и медицина. - М., 1977. - С.249-252.
9. Авербух И.Е. Депрессивные состояния. - Л., 1962.
10. Аверкина Р.Ф. Морфофункциональные связи между почками матери и плода (иммуноморфологическое исследование). - М.: Медицина, 1988. - 184с.
11. Алипов В.И., Абрамченко В.В., Разина К.А., Кодлец Н.А. Физиопсихопрофилактическая подготовка как метод профилактики акушерских осложнений у первородящих старшего возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем // Физические и курортные факторы в лечении больных в здравницах нижнего Поволжья. - Волгоград, 1984. - С. 63-64.
12. Аранович Э.М. Клинико-катамнестическое изучение острых психозов в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1967.
13. Бауэр Т. Психическое развитие младенца: Пер. с англ. А.Б. Леоновой /Под общей ред. А.В. Запорожца, Б.М. Величковского. - 2-е изд. - М.: Прогресс, 1985. - 319с.

14. Белов Д.Ю., Ланцев Е.А., Абрамченко В.В. Электроакупунктура при лечении слабости родовой деятельности // Акуш. и гин. - 1984. - № 8. - С. 36-38.
15. Беляев Д.Г. Использование психосоматической анкеты для оценки действия анальгетиков в послеоперационном периоде // Проблемы медицинской психологии. - Л.: Медицина, 1976. - С. 69-70.
16. Бесплодный брак: Пер. с англ. /Под ред. Р.Дж. Пепперела, Б. Хадсона, К. Вуда. - М.: Медицина, 1983. - 336с.
17. Бехтерев В.М. Вопросы, связанные с лечением и гигиеническим значением музыки / Обзор психиатрической, неврологической экспериментальной психологии. - 1916. - № 1,4. - С. 124-126.
18. Блонский П.П. Возрастная педагогика. - М., 1930.
19. Блонский П.П. Избр псих труды. - М.: Просвещение, 1964.
20. Божович Л.И. Психологические закономерности формирования личности в онтогенезе // Вопр. Психологии. - 1976. - № 6.
21. Вальдман А.В., Игнатов Ю.Д. Центральные механизмы боли. - Л.: Наука, 1976. -194с.
22. Вальдман А.В., Козловская М.М., Медведев О.О. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. - М.: Медицина, 1979. - 360с.
23. Вальдман А.В., Медведев О.О. Фармакологический анализ сопряжения эмоционально-поведенческих и гемодинамических реакций // Вестн. АМН СССР. - 1984. - № 4. - С.22-28.
24. Вейн А.М., Колосова О.А., К вопросу о роли церебральных механизмов в генезе эмоциональных нарушений и эмоционально-вегетативных синдромов // психология и медицина. - М.: Медицина, 1978. - С. 381-386.
25. Вельвовский И.З. Система психопрофилактического обезболивания родов. - М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1963. - 308с.
26. Влияние женских половых гормонов на развитие плода и здоровье ребенка // Доклад научной группы ВОЗ: Серия технических докладов. - Женева: ВОЗ, 1984. - (№ 657).
27. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. - М., Педагогика, 1984. - С. 273.
28. Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н. Патологические основы охраны внутриутробного развития человека. - Л.: Медицина, 1985. - 160с.
29. Голота Н.Я., Радзинский В.Е., Сонник Г.Т. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода. - К.: Здоровья, 1985. - 120с.
30. Губачев Ю.М. Личность и некоторые вопросы патогенеза соматических заболеваний // Проблемы медицинской психологии. - Л.: Медицина, 1976. - С.23-25.
31. Деряпа Н.П., Мошкин М.П., Поеный В.С. Проблемы медицинской биоритмики. - М.: Медицина, 1985.

32. Дмитриев А.В. Вегетативные реакции ноцицептивного генеза и некоторые механизмы их формирования // Нейрофармакологические аспекты боли /Под ред. Ю.Д. Игнатова. - Л., 1982. - С. 95-108.
33. Доброгаева М.С., Психотические состояния послеродового периода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1972.
34. Донигевич М.И. Метод психопрофилактики болей в родах. - М., 1955. - 172с.
35. Дородовое консультирование: Пер. с англ. /Под ред. Дж. М. Г. Харлея. - М.: Медицина, 1985. - 288с.
36. Дорофеева Э.Т., Постников В.А., Плишко Н.К. К проблеме объективации клинических картин психологическими методами исследования // Психология и медицина. - М., 1978. - С. 82-88.
37. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. - М.: Медицина, 1994. - 320с.
38. Жорданиа И.Ф. Методическое письмо о психопрофилактической подготовке женщин к родам. - М., 1954. - 7с.
39. Зайден А.М. Психическая травма и стресс // Бухсбаум Г. Дж. Травмы при беременности: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1982. - 376с.
40. Здравомыслов В.И. Обезболивание родов внушением. - М.: Медгиз, 1956. - 99с.
41. Зейгарник Б.В., Рубинштейн С.Я. Экспериментально-психологические исследования в медицине // Психология в медицине. - М., 1978. - С. 37-42.
42. Иванюшкин А.Я. "Здоровье и "болезнь" в системе ценностных ориентаций человека // Вестник АМН СССР, 1982. - № 4. - С. 29- 33.
43. Игнатов Ю.Д. Актуальные проблемы нейрофармакологической регуляции боли // Нейрофармакологические аспекты боли /Под ред. Ю.Д. Игнатова. - Л., 1982. - С. 7-18.
44. Игнатов Ю.Д., Зайцев А.А., Михайлович В.А., Страшнов В.И. Адренергическая аналгезия. СПб., 1994. - 215с.
45. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л.: Медицина, 1983. - 312с.
46. Казначеев В.П. Очерки теории и практики экологии человека. - М.: Наука, 1983. - С. 9,123,153,160.
47. Калюжный Л.В. Физиологические механизмы регуляции болевой чувствительности. - М.: Медицина, 1984. - 216с.
48. Каплун И.Б., Мурзакматов М.А. Роль психосоматического статуса беременных для оценки болевой чувствительности в родах и сократительной деятельности матки // Тезисы докл. III Всесоюзного съезда анестезиологов и реаниматологов. - Рига, 1983. - С. 110-111.

49. Киселев А.Г. динамика показателей кардиореспираторной системы после кесарева сечения у женщин с неосложненным и осложненным течением беременности: Дис. канд. мед. наук. - СПб., 1992. - 225с.
50. Колосова О.А., Дюкова Г.М. Роль личности в невротическом симптомообразовании // Проблемы медицинской психологии. - Л., 1976. - С. 159-161.
51. Кречетов А.Б., Абрамченко В.В. О некоторых нервно-психических реакциях беременных и рожениц // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1967. - № 8. - С. 1219-1222.
52. Кузменок В.Ф. Вопросы клиники и патогенеза генерационных психозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Свердловск, 1963.
53. Кулавский В.А. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. - Уфа: Баш. Изд-во, 1985. - 192с.
54. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины. - Л.: Наука, 1973. - 336с.
55. Лазарев М.Л. Интоника. - М.: "Композитор", 1994.
56. Лазарев М.Л. Программа "Здравствуй!" - М., 1997.
57. Лазарев М.Л. Система развивающей терапии детей, страдающих астмой. - М., 1993.
58. Лазарев М.Л. Сонатал. - М.: Новая школа, 1993.
59. Лазарев М.Л. Сонатал. Методические рекомендации Минздрава РФ, 1996.
60. Ланцев Е.А., Абрамченко В.В., Моисеев В.Н., Стома Т.И. Кетаминный наркоз в акушерской практике. - Л., 1981. - 13с.
61. Ланцев Е.А., Смирнов А.А. Анестезия и аналгезия при кесаревом сечении. - Л., 1991. - 128с.
62. Лауэн А. Психология тела /Пер. с англ. - М., 2000.
63. Лекарственные средства, действующие на центральную нервную систему. - М., 1996. Вып.1.
64. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. - 200с.
65. Леонтьев А.И. К теории развития психики ребенка // Проблема развития психики. - М., 1972.
66. Лечебная физкультура в акушерстве и гинекологии: Пособие для врачей женских консультаций и родильных домов /Под ред. А.А. Лебедева. - М.: Медгиз, 1962. - 175с.
67. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. - М., 1986.
68. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровья населения. - М.: Знание, 1982. - С. 6, 9.
69. Лисицын Ю.П., Шимеева Е.П. Союз медицины и искусства. - М.: Медицина, 1985. - С. 32.

70. Лысаковская З.А. К вопросу об инфекционных послеродовых психозах: Автореф. дис...канд. мед. наук. Омск, 1944.
71. Машковский М.Д. Лекарственные средства: В 2-х т. М., 2001.
72. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2-х томах. - М.: Медицина, 1993.
73. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М., 1998.
74. Михайлова К.В. Диагностика, лечение и профилактика послеродовых психозов: Метод. рекомендации. - Харьков, 1980.
75. Моир Д.Д. Обезболивание родов: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1985. - 184с.
76. Молдовану И.В. Культурологические модели регуляции функции внешнего дыхания и некоторые перспективы психосоматики //В сб. Телесность человека - междисциплинарные исследования. Филос. общ. СССР. НПО "Психотехника". - М., 1993. - С. 150.
77. Мягер В.К., Козлов В.П., Мишина Т.М. Психологические проблемы психопрофилактики // Медицина и психология. - М., 1978. - С. 63-66.
78. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство /Под ред. Э.К. Айламазяна. - Л.: Медицина, 1985. - 320с.
79. Николаев А.П. Очерки теории и практики обезболивания родов. - 2-е изд. - М.: Медгиз, 1959. - 256с.
80. Обезболивание родов /Под ред. А.П. Николаева. - Л.: Медицина, 1984. - 215с.
81. Осипова Н.А., Абрамов Ю.Б., Рыбакова Л.В. Сенсометрия в оценке эффективности премедикации // Анестезиология и реаниматология. - 1983. - № 6. - С. 54-64.
82. Осложнения при анестезии: Пер. с англ.: в 2-х т. /Под ред. Ф.К. Оркина, Л.Х. Купермана. - М.: Медицина, 1985. - 416с.
83. Основы лечебного питания беременных /Под ред. Е.П. Самборской, Л.Б. Гутман. - Киев: Здоровья, 1984. - 180с.
84. Основы сенсорной физиологии: Пер. с англ. /Под ред. Р. Шмидта. - М.: Мир, 1984. - 287с.
85. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности // Полн. собр. соч. - М.: Издательство АН СССР, 1951. -Т. 3. - Кн. 1. - С. 26.
86. Папин А.А., Карелин А.А. Опиатные рецепторы, эндорфины и их антагонисты // Анестезиология и реаниматология. - 1986. - № 10. - С. 52-61.
87. Перинатальная патология /Под ред. М.Я. Студеникина, Ю. Кюльца, Г. Эггерса. - М.: Медицина, 1984. - 236с.
88. Петров-Маслаков М.А., Абрамченко В.В. Родовая боль и обезболивание родов. - М.: Медицина, 1977. - 320с.

89. Пиз А. Язык телодвижений /Пер. с англ., Новгород, 1992.
90. Практическое акушерство /Под ред. Я.П. Сольского. - Киев. - 1997.
91. Преждевременные роды: Пер. с англ. /Под ред. М.Г. Эльдера, Ч.Х. Хендрикса. - М.: Медицина, 1984. - 304с.
92. Разумов А.Н., Пономаренков В.А., Пискунов В.А. Здоровье здорового человека. - М.: Медицина, 1996.
93. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии /Под ред. В.Е. Рожнова. - Ташкент, 1985.
94. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. - М., 1976.
95. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство. - М., 1970.
96. Руководство по анестезиологии /Под ред. А.А. Бунатяна. - М.: Медицина, 1994. - 656с.
97. Сабанеев Л.Л. "Музыка речи". Эстетическое исследование. - М., 1923, С. 70.
98. Салганник Г.М. Родовая боль и обезболивание (анатомические и физиологические основы). - М.: Медгиз, 1956. - 147с.
99. Симпсон Дж.Л., Галбус М.С., Мартин Э.О. Генетика в акушерстве и гинекологии: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1985. - 352с.
100. Смоленко Л.Ф. К особенностям клиники и нозологической классификации раасстройств, возникающих в послеродовом периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 1974.
101. Сорокина Т.Т. Роды и психика: Практическое руководство /Под ред. Т.Т. Сорокиной. - Мн.: Новое знание, 2003. - 352с.: ил. - (Практическая медицина).
102. Фармакотерапия в акушерстве и гинекологии /Тараховский М.Л., Михайленко Е.Т., Грищенко В.И.; Под ред. М.Л. Тараховского, Е.Т. Михайленко. - К.: Здоровья, 1985. - 218с.
103. Фельдштейн Д.И. Проблемы возрастной и педагогической психологии. - М., 1995.
104. Ханин Ю.Л., Терещенков А.В. К объективации эффективности психотерапевтических воздействий // Медицина и психология. - М., 1978. - С. 236-239.
105. Хохолов Л.К. Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - М., 1995. - № 3-4. - С. 311-316.
106. Хэссет Дж. Введение в психофизиологию: Пер. с англ. - М.: Мир, 1981. - 246с.
107. Целебеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. - М.: Медицина, 1972.
108. Экстренная помощь в медицинской практике: Пер. с англ. /Под ред. К Ожильви. - М.: Медицина, 1984. - 704с.

109. Эльконин Д.Б. Развитие личности ребенка- дошкольника // Психология личности и деятельности дошкольника /Под редакцией А.В. Запорожца и Д.Б. Элькониной. - М., 1965. - С. 293.
110. Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции .Под ред. Л. Леви. - Л.: Медицина, 1970. - 327с.
111. Эндорфины: Пер. с англ. /Под ред. О. Коста, М. Трабукки. - М.: Мир, 1981. - 368с.
112. Энерли Дж. С., Розенфельд Р. Стресс: природа и лечение: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1985. - 224с.
113. Юматов Е.А. Системный подход как концептуальная основа исследования эмоциональных стрессов //Вестник АМН СССР. - 1982. - № 2. - С. 68-69.
114. Appleby L., Mortenson P.B., Farogher E.B. //Brit. J. Psychiatr. 1998. - Vol. 173. - P. 209-211.
115. Arganwal P. et al. // Acta psychiatr. scand. 1990. - Vol. 81. - № 6. - P. 571-575.
116. Burows G.B., Norman T.R., Bavies B.M. Psychiatric disorders in the puerperium //Hand - book of psychosomaticobstetrics and gynaecology /Ed. by L. Dennerstein, G.B. Burrows. - Amsterdam. - 1983. - Н. 309-330.
117. Cowen P.J. // Обзор современной психиатрии. 1999. - Вып. 4. - С. 38-45.
118. David G., Inwood M.D. //In. book: "Comprehensive textbook of psychiatr". Baltimore; Hong Kong; London, 1989. - Vol. 1. - P. 852-858.
119. De-Casper A.J., Spence M. Prenatal material speech influences newborns perception of speech sounds // Infant Behaviour and Development., 1986. - № 9. - P. 133- 150.
120. Faulaing S., Hall G.M. Plasma analgesic concentrations - Fact or Fallacy? //Brit. J. Anaesth. - 1984. - Vol. 56. - P. 811-812.
121. Ghubash R., Abon-Saleh M.T. //Brit. J. psychiatr. 1997. - Vol. 171. - P. 65-68.
122. Handbook of psychosomatic obstetrics and gynaecology //Ed. by L. Dennerstein, G.B. Burrows. - 1983. - P. 515.
123. Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health. Harmondsworth: Penguin Books, 1977. - P. 273, 296.
124. Yoschida K., Smith B., Craggs M. et al. //Brit. J. psychiatr. 1998. - Vol. 172. - P. 175-179.
125. Yoschida K., Smith B., Craggs M. et al. //Psychol. Med. 1998. - Vol. 28. - P. 81-91.
126. Youngs D.D., Reamo N. Psychosomatic Aspects of Menstrual Dysfunction //Clin. Obstet/ Gynecol. - 1983. - Vol. 26. - P. 727-785.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
ВВЕДЕНИЕ	5
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ И ПЕРИОДЫ РОДОВОГО ПРОЦЕССА	13
ДОРОДОВОЙ ПЕРИОД	15
РОДОВОЙ ПЕРИОД	22
ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД	35
ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ И РОЖЕНИЦАМ	51
ПРИМЕРНАЯ СХЕМА ЗАНЯТИЙ ПО ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ	63
Занятие 1	63
Цель: научить женщину расслабляться	63
Занятие 2 Цель: преднамеренное усиление ощущений тяжести и тепла в руках и ногах.	63
Занятие 3 Цель: овладение дыхательной гимнастикой.	63
Занятие 4 Цель: повторить предыдущую программу занятий.	64
Занятие 5 Цель: упражнения на регуляцию сердечной деятельности.	64
Занятие 6 Цель: упражнения на регуляцию сердечной деятельности.	64
Занятие 7 Цель: разучивание упражнений, направленных на регуляцию ритма сердцебиения.	64
Занятие 8 Цель: разучивание упражнений, направленных на появление ощущения прохлады в области лба.	65
Занятие 9 Цель: отбор упражнений, которыми следует пользоваться во время родов.	65
МУЗЫКАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО	67
ОПИСАНИЕ МЕТОДА "СОНАТАЛ"	71
Программа "Мать - плод"	74
Первый этап - "Организация семиразового питания"	74
Второй этап - "Эмоциональное омоложение"	74
Третий этап - "Дыхательная гимнастика"	75
Четвертый этап - "Ритмическая гимнастика"	76
Программа "Плод"	77
Первый этап - "Колыбельные"	77
Второй этап - "Образовательная музыка"	77
Третий этап - "Слушание музыки"	78
Четвертый этап - "Игра на музыкальных инструментах"	78
Реакция плода на факторы музыкального воздействия	78
ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ "ПРЕНАТАЛ"	80
Занятие 1	80
Занятие 2	80
Занятие 3	81
Занятие 4	81
Занятие 5	81
Занятие 6	82
Занятие 7	82
Занятие 8	83
Занятие 9	83
Занятие 10	84
ПРИЛОЖЕНИЕ	85
ЛИТЕРАТУРА	102