**ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.**

**Психологические особенности женщины во время беременности и родов.**

Беременность - очень особенное время постоянного изменения, преображения. Процесс развития и роста дитя происходит в маминой матке, и сама женщина во время беременности и родов меняется - становится матерью, постигает свое женское предназначение. Этот процесс перехода к материнству протекает на всех уровнях: физическом, ментальном, эмоциональном, преображается тело и душа женщины. Гормональный фон беременности может привести к частым сменам настроения, повышению тревожности, изменениям либидо, утомляемости и слезливости, к другим неожиданным эмоциональным изменениям. Порой достаточно много испытаний доставляет женщине ее общая жизненная ситуация. Все это, происходящее внутри и около беременной женщины, требует зачастую от нее большого напряжения сил. В это время очень важно качество и достаточность поддержки, которую получает женщина, востребованной может оказаться профессиональная помощь психолога, акушерки или опытной женщины, прошедшей опыт вынашивания и рождения ребенка. [6]

Изучение психологического состояния женщин во время вынашивания ребенка (В.И. Брутман, А.Я. Варга, М.С. Радионова, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова и др.) позволяет предположить, что в беременности есть собственная, присущая ей динамика обострения и ослабления имеющихся у женщины проблем. В первом триместре актуализируется, и остро переживаются проблемы с собственной матерью и другими объектами привязанности, проблемы отношений с мужем. Во втором и третьем триместрах появляется выраженное избегание отрицательных эмоций, проблемы первого триместра явно ослабляются, актуальными становятся страх перед родами и своей некомпетентности в послеродовом периоде. В начале третьего триместра выражен «синдром обустройства гнезда», который проявляется в повышении активности, стремлении упорядочить имеющиеся проблемы. Направление активности в этот период на подготовку к родам и послеродовой период соотносится с благоприятной динамикой течения беременности и ценности ребенка, активность, не связанная с ребенком, - с неблагоприятной динамикой. К концу беременности чаще всего ослаблены страх родов, своей некомпетентности, снижается напряжение всех остальных проблем. Обратная ситуация отражает выраженную неблагоприятную динамику переживания беременности и ценности ребенка. [14]

Кризис первой беременности на субъективном уровне может сопровождаться негативным эмоциональным состояниями. В их число входят раздражительность, эмоциональная неустойчивость, особая чувствительность к стрессогенным факторам, неясность жизненной перспективы, ощущение одиночества. Столкнувшись с этим кризисом, нередко женщина пытается не замечать, как изменилась ее жизненная ситуация, хотя при этом может чувствовать себя несчастной, испытывать депрессию и разочарование. Полное отсутствие негативных эмоций, безмятежное переживание беременности может являться симптомом отказа от усилий по преодолению кризиса. Женщины, которые игнорировали трудности, преувеличивая положительные чувства во время беременности, впоследствии не верили в себя как в мать, у них ухудшились супружеские отношения, труднее протекали роды, они более негативно относились к кормлению грудью, их дети были хуже развиты, чем другие.

Изменение в самосознании женщины во многом обусловлены действием эволюционно выработанных биологических механизмов формирования материнского отношения к ребенку (привязанности). В. Брутман выделяет центральными в формировании привязанности к ребенку возникновение первичного интрацепривного ощущения в ходе беременности, совпадающее обычно с началом шевеления, которое вызывает у будущей матери чувство «сродненности» с собственным ребенком. [5]

Г. Филлипова [19] считает, что переживания беременной шевеления ребенка характеризует стиль переживание беременности и может служить диагностическим показателем для выявление отклонений от адекватной модели материнства и проектирование индивидуально - ориентированного психологического вмешательства. Используя методы наблюдения, феноменологического описания поведения, полуструктурированного интервью, проективных методик, она описала варианты стилей переживания беременности.

Шесть вариантов стилей переживания беременности по Г.Г. Филипповой:

. Адекватный - идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций; живот нормальных размеров; в первом триместре возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов, во втором триместре повышение тревожности со снижением в последней неделе; активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к послеродовому периоду.

. Тревожный - идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком маленький или слишком большой по сроку беременности размеров; эмоциональное состояние в первый триместр повышенно тревожное или депрессивное, во втором триместре наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период; первое шевеление ощущается рано, дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, наблюдаются волнения по поводу здоровья ребенка и себя.

. Эйфорический - все характеристика носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможным проблемам. Обычно в конце беременности появляются осложнения.

. гнорирующий - идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуется как доставляющее физическое неудобство; активность в третьем триместре повышается и не связана с ребенком.

. Амбивалентный - общая симптоматика сходно с тревожным топом, особенностью является резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений.

. Отвергающий - идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена; переживание всей беременности как кары, помехи и т.п.; шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается не удобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний [19].

Рассматривая беременность, можно выделить основные отличительные характеристики этого периода. На наш взгляд, изменения затрагивают три уровня человеческой жизни: физиологический, психофизиологический и психологический. Рассмотрим психологический уровень изменения.

Психологические изменения во время беременности проявляются в так называемом «синдроме беременности». Применительно к беременности, синдром - это новое психогенное состояние, ограниченное определенным периодом времени, который начинается не в день зачатия, а при осознании женщиной своего нового положения и заканчивается не родами, а в момент пигмалионизации своего ребенка. Синдром беременности переживается женщиной на бессознательном уровне, имеет определенные временные границы и характеризуется следующими симптомами [9].

На первом этапе чаще всего испытывается аффект осознания себя беременной. В рамках этого симптома, как правило, проявляется следующее различие: чем выше у беременной женщины социальный и интеллектуальный уровень, чем более она независима и профессионально успешна, тем больше вопросов о смысле деторождения будет поставлено ею перед собой, тем труднее ей будет решиться стать матерью.

Следующим этапом развития синдрома беременности является рефлексивное принятие нового собственного образа: «Я - в положении». Этот этап характеризуется признанием физиологических изменений в своем организме. Реальные биологические и нейроэндокринные изменения, сопровождающие беременность, могут оказывать глубокое психологическое влияние на женщин, готовящихся стать матерью. [8]

Так как эти изменения носят интенсивный характер в начале беременности, и требуется некоторое время для адаптации к ним, вероятно, что эмоциональные переживания женщины в течение первого стресса, характеризующегося такими проявлениями, как тошнота, рвота, головокружение, головные боли и нарушение аппетита.

Особого внимания заслуживает симптом эмоциональной лабильности, который, в той или иной степени присущ для всего периода беременности. Под этим симптомом подразумевается эмоциональная дезадаптивность, которая проявляется в колебаниях фона настроения. У некоторых женщин возрастает пассивность и появляется ощущение высшей удовлетворенности и наслаждения. У других в это время наступает легкая депрессия и усиливается физическая активность, возможно, потому что беременная пытается отрицать новое ощущение собственной пассивности. Колебание настроения могут выражаться в различной степени внутреннего напряжения: в ощущениях скуки, в медлительности, в возрастающем недовольстве собой, в вербализованном чувстве угнетенности.

С момента осознания и внутреннего и принятия себя беременной у женщины обнаруживается симптом противоречивого отношения к беременности. Исследователи отмечают, что в это время наблюдаются характерные быстрые колебания настроения и воскрешение прежних тревог, аффектом, в котором одновременно присутствуют радость, оптимизм, надежда и настороженное ожидание, страх, печаль. Здесь и опасения, и страхи, связанные с предстоящими родами, доходящие до паники - «вынесу ли я роды?»; и неуверенность в своих способностях родить и стать полноценной матерью; и страх за здоровье будущего ребенка, обеспокоенность перед ухудшением материального положения своей семьи, перед возможным ущемлением личной свободы; и наконец, переживания своей телесной метаморфозы и связанной с этим сексуальной непривлекательности.

Далее возникает характерная для беременности психическая перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка. В этот момент будущей матерью переживается симптом новой жизни в себе. Этот этап чаще всего наступает тогда, когда женщина начинает ощущать первые шевеления плода. Ребенок своими движениями как бы заставляет признать себя отдельным человеческим существом со своей собственной жизнью, которой мать управлять не может. По мере роста плода, чувственный компонент этих ощущений становится более ярким, приобретает оттенок предметности. Женщина в этот период обычно начинает трактовать поведение будущего младенца: «проснулся», «веселится», «беспокоится» и т.п. Наделенная смыслом беременность воодушевляет будущую мать, создает соответствующий аффективный фон, которым она одухотворяет своего будущего младенца, его присутствие вызывает чувство нежности, окрашивается в теплые эмоциональный тона. Некоторые женщины настолько погружены в эти переживания, что в их поведении также начинают появляются черты детскости. Они становятся более сензитивными и внушаемыми, беспомощными и размягченными. Как считают исследователи, в этот период беременности обычно возникает внутренний диалог матери с ребенком. Особое эмоциональное состояние способствует формированию образа ребенка, который включается в самосознание женщины. Этот образ наполняется особым чувственно - смысловым содержанием, которое можно охарактеризовать как «соединство», «сроднение». Симптом принятия новой жизни в себе представляет собой вершину синдрома беременности, являясь своеобразным индикатором восприятия, переработки и оценки женщиной опыта этого психофизиологического состояния. Он характеризуется надвигающейся ответственностью за судьбу ребенка, снами, мечтами и фантазиями о нем. [9]

Таким образом, описанный выше синдром, является типичным для периода беременности у всех женщин. Вместе с тем, его симптомы в конкретных случаях могут быть представлены с различной степенью выраженности в каждом конкретном случае. Наиболее ярко вышеуказанные симптомы, усиленные страхом перед неизвестным, проявляются в течении первой сохраненной беременности.

Исходя из вышесказанного, можно с полной уверенностью считать беременность качественно новым состоянием организма и психики женщины. Более того, это состояние является переходом к одному из самых важных периодов в жизни женщины периоду, когда гармония в семье во многом (если не полностью) будет зависеть от ее умения быть матерью.

Поэтому основным показателем успешного окончания беременности, на наш взгляд, является принятие женщиной новой роли матери [12].

**Специфика оказания акушерской психопрофилактической помощи беременным женщинам в разные триместры беременности.**

Все изменения , происходящие в организме женщины в период беременности , имеют конечной целью подготовку к родовому стрессу и кровопотере, а так же периоду лактации. В связи с этим крайне необходимо с первых недель беременности посещать соответствующие занятия, которые проводит акушерка в условиях женской консультации и родильного дома.

Основу деления беременности по триместрам ее развития составляют:  
• особенности этапов роста плода и плаценты;  
• изменения в организме женщины в связи с прогрессированием беременности;  
• различный риск воздействия неблагоприятных факторов на плод и возможность его повреждения;  
• допустимость пределов лекарственной терапии и устранения возникших осложнений и другие факторы. [15].  
Выделяют три триместра беременности.  
I триместр — от момента оплодотворения яйцеклетки и образования зиготы до 12-недель-ного срока. Называется этот триместр — период бластогенеза, органогенеза и плацентации. Он включает также начало раннего фетального периода.  
II триместр — 13—27 нед — период системогенеза, когда наряду с ростом плода формируются основные системы (нейроэндокринная, иммунная, развитие ЦНС), определяющие возможность жизнеобеспечения плода вне организма матери в случае преждевременного рождения (с 22 нед гестации при минимальной массе плода 500 г). С этого срока начинается перинатальный этап развития беременности. II триместр включает часть раннего фетального периода — 13— 21 нед —и весь среднефетальный период —22— 27 нед гестации.  
III триместр — 28—40 нед — плодный период (поздний фетальный), который характеризуется окончательным внутриутробным ростом и созреванием органов и систем плода; подготовкой организмов матери и плода к акту родов. С окончанием внутриутробного развития плод способен к внутриутробному существованию.

Одним из важных элементов ведения беременных является физио-психопрофилактическая подготовка к родам, включающая комплекс психопрофилактических, психотерапевтических и физических мероприятий. Основными задачами психофизической подготовки беременных к родам являются: выработка у женщин сознательного отношения к беременности и восприятия родов как физиологического процесса; создание благоприятного эмоционального фона и уверенности в нормальном течении беременности и родов; формирование у беременных умения мобилизовать свою волю для преодоления страха перед родами.

При первом посещении беременной врача важно выяснить характерологические особенности женщины, ее эмоциональные и волевые качества, отношение к беременности, характер взаимоотношений в семье, наличие психических травм, уточнить представление беременной о родах, обоснованность страха перед ними, боязнь боли. В том случае если выявляются какие-либо психологические проблемы, то при необходимости пациентка может быть направлена на консультацию к психологу или к врачу-психотерапевту.

Отношение женщины к беременности и к родам формируется под влиянием различных факторов, включая социальные, морально-этические, экономические и др., и зависит от особенностей личности женщины. Наряду с индивидуальной психопрофилактической работой, которую врач должен проводить при каждом посещении беременной, целесообразным является проведение групповых занятий по психопрофилактической подготовке к родам с началом дородового отпуска. Для проведения таких занятий формируются группы по 6-8 человек с учетом психо-эмоционального статуса пациенток. Так, например, целесообразно формировать отдельные группы из социально-активных женщины, у которых с наступлением беременности может отмечаться более выраженная психическая неустойчивость в связи с лишением их привычных активных социальных позиций. Другую группу могут составить женщины, привыкшие к опеке в семье, и поэтому плохо подготовленные к материнству. Подобные однородные группы могут составить матери-одиночки, беременные после перенесенных травм или стресса, беременные с большим числом искусственных абортов в анамнезе. Следует также принимать во внимание, что в тщательной психофизической подготовке нуждаются беременные с высоким риском возможных осложнений при беременности и в родах, а также женщины с низким порогом болевой чувствительности.

В группе, беременных с однородными психо-эмоциональным особенностям, легче создается атмосфера взаимного доверия, чувства внутренней свободы и раскованности, что позволяет более эффективно формировать установки правильного поведения во время беременности и в родах. Занятия следует начинать с 33-34 недель беременности, проводить их еженедельно в течение месяца. Таких занятий, соответственно будет 4. Продолжительность каждого из них должна составлять 25-30 минут, кроме самого первого, которое может продолжаться около I часа.

Первое занятие

Первое занятие обычно состоит из двух частей: вводной и основной. В вводной части разъясняются возможности обучения беременных управлять своей волей и активностью в родах. Одной из форм такого обучения является аутогенная тренировка, так как с ее помощью можно эффективно мобилизовать энергию женщины в родах и ослабить болевые ощущения. Для этого используются методы аутогенной тренировки, которая позволяет научиться осознанно управлять некоторыми функциями организма путем волевого воздействия на них.

Снятию психо-эмоционального напряжения способствует также самомассаж определенных биологически активных точек, которому обучаются беременные. Точечный самомассаж при регулярных занятиях обладает общеукрепляющим и оздоравливающимим воздействием, что оказывает благоприятное влияние на течении беременности, и способствует поддержанию высокого нсихо-змоционалъного и физического тонуса пациентки. Кроме того, применение элементов пальцевого самомассажа в родах способствует уменьшению родовой боли, нормализации схваток и мобилизации волевых усилий.

В основной части первого занятия пациенткам сообщаются краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, особенностях развития плода, течении беременности и родов. Важно обратить внимание беременной на то, что роды представляют собой естественный физиологический процесс. Следует проинформировать пациентку о том, как правильно распределять свои силы в родах и об особенностях физического напряжения в зависимости от периодов родов. Следует убедить беременных в необходимости спокойного поведения в родах, в выполнении указаний медицинского персонала, обратить внимание на необходимость регулярного мочеиспускания для правильного течения родов.

Далее беременным предлагаются занятия по обучению аутотренингу и точечному самомассажу.

В конце всего занятия дается возможность еще раз проанализировать все свои ощущения после аутотренинга и самомассажа, добиться ощущения максимального отдыха и покоя. Для объективного контроля за состоянием беременной регистрируют показатели пульса до, и после занятия. Для закрепления полученных навыков беременным рекомендуется ежедневно повторять занятия дома, продолжительность 7-10 минут.

Второе занятие

На втором занятии беременных знакомят с характером течения I периода родов, что сопровождается соответствующими иллюстрациями. Пациенткам излагают механизм схваток, которые приводят к постепенному раскрытию шейки матки. Разъясняют длительность и чередование схваток, интервал между ними.

Беременные должны узнать, что болезненность схваток воспринимается по-разному в зависимости от порога болевой чувствительности. В некоторых случаях схватки ощущаются, как небольшие напряжения матки, в других случаях - как более сильные болевые ощущения. При этом пациенток обучают ряду приемов для уменьшения болезненности схваток. Этому, например, помогает регуляция дыхания. При этом предпочтение отдается диафрагмальному дыханию, позволяющему наиболее полно использовать жизненную емкость легких.

Одновременно с дыханием во время схваток должен осуществляться контроль за мышцами. Следует принимать во внимание, что мышечное напряжение вызывает только напрасную трату сил, и поэтому в момент схватки не следует напрягаться, а надо оставаться в расслабленном состоянии. Но это расслабление не пассивное, а активный сознательный процесс, требующий концентрированного внимания. Между схватками роженица должна применять приемы последовательного расслабления мышц под собственным контролем, начинал с мышц лица и заканчивая мышцами нижних конечностей. Вне схваток роженице следует контролировать дыхание, которое должно быть диафрагмально-грудным и ритмичным.

Далее беременных обучают сочетанию дыхательной гимнастики с самомассажем биологических точек, оказывавшим болеутоляющий эффект во время схваток. Занятие заканчивается упражнением, направленным на релаксацию.

Третье занятие

На третьем занятии беременных знакомят с течением II и III периодов родов. При этом пациенток необходимо проинформировать, что период изгнания требует максимальной отдачи физических сил роженицы. Пациенткам важно объяснить значение наиболее оптимальной позы во время потуг и еще раз обратить их внимание на технику дыхания, мышечного напряжения при потугах и умение расслабляться между ними. После каждой потуги следует все внимание сосредоточить на полной релаксации и отдыхе.

Женщинам нужно объяснить, что во время потуг может быть отхождение кала, мочи, газов, и это не должно травмировать роженицу, так как является для всех естественным и привычным актом. Необходимо убедить пациенток, что они должны выполнять все команды акушерки, принимающей роды, что будет способствовать бережному рождению ребенка.

На этом занятии с беременными отрабатываются элементы аутотренинга, облегчающие период изгнания. При этом обращают внимание на необходимо чередования мышечного напряжения в момент потуги и полного расслабления между ними. Если возникает необходимость временно сдержать потуги, то дыхание должно быть частым и поверхностным.

Пациенток также кратко информируют о характере течения последового и раннего послеродового периода. При этом демонстрируют точки самомассажа, способствующие профилактике нарушений сокращения матки и уменьшения молока в послеродовом периоде.

Четвертое занятие

На четвертом занятии повторяется кратко весь курс предыдущих занятий, и закрепляются приобретенные навыки и приемы, полезные в родах. Занятия по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно пройти всем беременным. В особо тщательной психопрофилактической подготовке нуждаются беременные с психологическими проблемами. В отношении этой группы необходимо добиваться глубокого освоения ими методов психической подготовки к родам.

Для определения эффективности проведенного цикла занятий по психопрофилактике можно использовать некоторые психологические тесты, применяя их у беременных в начале каждого занятия и после его окончания, или в начале первого занятия и после окончания последнего. Психическую подготовку беременных к родам следует сочетать с физическими упражнениями. Систематические занятия гимнастикой при беременности оптимизируют функциональное состояние жизненно важных органов и систем, повышают защитные силы организма, адаптируют его к физическим нагрузкам в предстоящих родах.

Занятия гимнастикой

Занятия гимнастикой проводятся через день или ежедневно в группе или индивидуально под контролем специально обученного медицинского персонала. Беременные после первичного обследования врачом акушером-гинекологом и терапевтом направляются на занятия физкультурой с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются по 8-10 человек с учетом сроков беременности. При подборе гимнастических упражнений учитывается возраст женщины и особенности ее телосложения.

Использование комплекса гимнастических упражнений, предназначенных для беременных, предусматривает последовательное включение и тренировку мышечных групп и функциональных систем организма женщины, принимающих активное участие в процессе родов. Все физические упражнения делятся на 3 комплекса соответственно для сроков беременности до 16 недель, от 17 до 32 недель, от 32 до 40 недель.

Занятия гимнастикой в первые 16 недель предусматривают обучение навыкам правильного дыхания, произвольному напряжению и расслаблению мускулатуры, постепенной адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим упражнениям. В комплекс включаются упражнения для тренировки мышц рук, ног, корпуса, брюшного и грудного дыхания. С **17 по 32 недели** особое внимание уделяется упражнениям, натравленным на укрепление мышц брюшного пресса и спины, которые испытывают повышенную нагрузку из-за смещения центра тяжести, а также мышцы стопы, в связи с возможным ее уплощением и плоскостопием. Используются движения, способствующие увеличению гибкости и пластичности позвоночника и тазовых сочленений, при этом многие упражнения выполняются с гимнастической палкой. В период максимальной нагрузки на сердце, в сроки **28-32 недели**, целесообразно уменьшить общую физическую нагрузку за счет сокращения повторения упражнений и введения большого количества дыхательных упражнений. Широко используются движения для укрепления мышц ног с целью профилактики венозного застоя в нижних конечностях. В **32-40 недель** особое значение придается развитию и закреплению навыков, имеющих важное значение во время родов, включая напряжение и расслабление мышц брюшной стенки и тазового дна, тренировку дыхания с задержкой вдоха и выдоха и последующим расслаблением мышц.

Гимнастическим упражнениям предшествует 15-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 продолжается 20-25 минут в медленном темпе. В процессе проведения занятий осуществляется контроль за частотой пульса, дыхания, величиной артериального давления. После некоторого обучения женщины самостоятельно контролируют вышеуказанные физиологические параметры. Занятия проводятся в утренние и дополнительно в вечерние часы для работающих беременных. Если по каким-либо причинам беременная не может посещать кабинет физкультуры, ее знакомят с комплексом гимнастических упражнений соответственно сроку беременности, после чего под контролем инструктора через каждые 10-12 дней, она выполняет гимнастические упражнения в домашних условиях.

**Акушерская психопрофилактическая помощь в России и Европе**.

Роды, хотя и являются нормальной естественной функцией организма женщины, в то же время служат тяжелым испытанием для нее, ее организма и психики. Неподготовленная женщина подходит к родам с отрицательными эмоциями, непониманием и чувством беспомощности. На этом фоне ее естественные реакции в схватках - напряжение мышц тела и задержка дыхания, приводят к боли и усилению страха. Соответствующая дородовая подготовка способна снять или уменьшить эти отрицательные факторы.

Система обезболивания родов после предварительной апробации была введена в медицинскую практику в 1951 году, когда был опубликован приказ Министра здравоохранения СССР о внедрении «системы психопрофилактического обезболивания родов». Система включала целый комплекс методик предупреждения родовых болей, разработанных с учетом их механизма. правила поведения персонала в родовспомогательных учреждениях и создание специального охранительного режима для беременных, максимально исключающих ятрогении и психические травмы. Однако реально эта работа сводится к формальной беседе лечащего врача с беременной на очередном приеме. Большинство акушеров-гинекологов, проводящих психопрофилактику, не могут уделять ей должного внимания, так как слишком загружены лечебной работой, а кроме того, многие из них не обладают специальными знаниями в области психологии и не могут выполнять данную работу квалифицированно. В последние годы участились случаи ятрогений. Врачи своими беседами не уменьшают, а усиливают страхи у женщин, излишне акцентируя их внимание на патологии. Это является следствием общеметодологической позиции современной медицины, направленной на устранение патологии, и рассматривающей роды как процесс, аналогичный болезни. Эффективность психопрофилактики также снижают несоблюдение лечебно-охранительного режима в роддомах и отсутствие в их штатах психолога. Кроме того, подготовка беременных к родам начиналась, как правило, с 32-й недели беременности, основное внимание уделялось технической стороне и обезболиванию родов, не учитывались особенности мировоззрения женщин, не затрагивался ряд факторов, вызывающих эмоциональное напряжение и тревогу у женщин, совершенно не проводилась работа с мужьями и по гармонизации семейных отношений. Подготовка велась по чисто медицинским аспектам, к ней не были подключены знания, накопленные в области психологии, а поэтому не исключалась вероятность грубых психологических ошибок. По мнению ряда исследователей-психологов, в России еще не разработано по-настоящему комплексной методики подготовки семейных пар к родам и воспитанию ребенка.

В настоящее время во многих странах Западной Европы и в США формируется и развивается движение за гуманизацию родов и обращения с новорожденным. Это связано с повышением интереса к психотерапии, психологии личности и семьи. Ряд научных исследований последних лет позволяет по-новому взглянуть на указанные проблемы. Это прежде всего работы зарубежных исследователей - Р.Ассаджиоли, Ж.К.Грабер, С.Гроф, Ф.Бертин, Т.Верни, Х.Нинель, Л.Нильсон, С.Фанти и др. Среди отечественных ученых это - Э.К.Айламазян, В.В.Абрамченко, В.А.Ананьев, А.С.Батуев, Н.П. Бехтерева, В.В.Бойко, Г.И.Брехман, А.И.Брусиловский, Л.И. Вассерман, К.Гайдебран, Н.А.Гармашова, A.И.Захаров, Ю.Змановский, Д.Н.Исаев, Б.Д.Карвасарский, Н.Н.Константинова, В.А.Марченко, Б.Е.Микиртумов, Р.Ж.Мухамедрахимов, В.Н.Панферов, В.П.Потапов, В.Д.Рыжков.

Большинство книг, статей, материалов и документов по родовспоможению посвящены патологии беременности, психотерапевтическим и психологическим осложнениям после родов.

Остаются недостаточно изученными аспекты развития целостной Я-концепции женщины при формировании роли матери и влиянии этих процессов на психический мир плода и ребенка. Мало внимания уделено в литературе влиянию творческой активности на психоэмоциональный мир семьи, беременной и роженицы. Требует научного осмысления интеграция положительного опыта, теоретических и методических наработок в области психопрофилактики в родовспоможении и рождении новой семейной культуры ожидания ребенка.

Беременность – это особый период в жизни женщины, кроме физиологических изменений в организме женщины, свой отпечаток на поведение будущий матери накладывают гормональные изменения, под влиянием которых изменяется психологической состояние беременной.

Суть психологического дискомфорта беременной женщины состоит в том, что она начинает переживать не только за свое здоровье, но и здоровье будущего малыша.

Основным подходом к решению этой проблемы является осознание женщиной того, что происходит в ее организме. Будущая мать учится правильно ассоциировать себя не только с будущим ребенком, но осознает свое новое социальное положение в мире – матери.

Таким образом, одной из составляющих положительного психологического комфорта женщины во время беременности, родов и последующего воспитания ребенка, является актуальная и своевременная физиопсихопрофилактическа подготовка, в которую включается обучение акушеркой будущей матери в отношении ухода за будущим ребенком, ее общения с ним.

**Список литературы**

1. Баженова О.В, Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребёнка //Синапс,1993, №4.)

2. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. - М.: РГУ, 2004. - 498 с.

3. Боулби Д. Материнская забота и психическое здоровье / Д. Боулби // Хрестоматия по перинатальной психологии. - М.: Изд-во УРАО, 2005. - С. 246 - 251.

4. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения./ А.И. Брусиловский - М.: "Знание", 1991. - 224 с.

5. Брутман В.И., Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью.//Психология сегодня.-вып.4.-1996.-с.150-151.

6. Виткин, Дж. Женщина и стресс/ Дж. Виткин. - СПб: Питер Пресс, 1996. - 320 с.

7. Драпкин Б.З. Психотерапия материнской любовью / Б.З. Драпкин. - М: ДеЛи принт, 2004. - 230 с.

8. Емелина, Н. Жду малыша./ Емелина Н.// Мама, это я! - 2009. - № 11 (44) . - С. 88 - 91.

9. Захарова Е.И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка // Журнал практического психолога 2003 № 4-5 с. 38-45

10. Колосов, Л.Ю. Мамы разные бывают. / Л.Ю. Колосов // Растем вместе. - 2007. - № 05. - С. 3-5.

11. Котельникова, А. Что чувствует кроха / А. Котельникова // Полезные советы и идеи. - 2009. - № 45. - С.16-18.

12. Ломакина, А.В. Особенности отношения родителей к ребенку в перинатальный период / А.В. Ломакина // Перинатальная психология и психология родительства. - 2006. - № 3. - С. - 32-42.

13. Овчарова Р.В. Психология родительства / Р.В. Овчарова. - М.: Издательский центр "Академия", 2005. - 368с.

14. Рыжков В.Д. Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин // Мед.помощь, 1996, №3, с. 33-36

15. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В.Сидоренко. - СПб.: Речь, 2000 - 350с.

16. Скрицкая, Т.В. Ценностные ориентации женщин в период беременности / Т.В. Скрицкая. - Новосибирск, 2002. - 85 с.

17. Соколова, О.А., Сергиенко, Е.А. Динамика личностных характеристик женщин в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка / О.А. Соколова

18. Урусова О.А. Динамика психического состояния беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизической подготовки к родам // Калуга, 2004

19. Филлипова Г.Г. Особенности представления матери и отца о будущем ребенке // Перинатальная психология и психология родительства. - №2. - 2006. - С.82-93.

20. Филиппова, Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. - М.: Издательство Института психотерапии, 2002. - 240 с.)

21. Шапарь, В.Б., Тимченко, А.В., Швыдченко В.Н. / Практическая психология. Инструментарий. - Ростов н/Д: издательство "Феникс", 2002. - 688 с.

###### 