

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН
(обзор литературы, краткий)

О.Г. ПОЛУЭКТОВА

Родильный дом № 1 г. Тулы, 300041, Россия, г. Тула, ул. Революции 4

Аннотация. В работе рассматриваются факторы, влияющие на послеродовое самочувствие женщин, такие как характерологические особенности, возраст, наличие отягощенного акушерского и соматического анамнеза, психологическая неготовность к роли матери, наличие негативного опыта, связанного с прошедшей беременностью и родами; анамнез, отягощенный психологической травмой детского возраста и наличием депрессивных эпизодов в роду по женской линии; сложные отношения в семье родившей женщины, неблагоприятный статус новорожденного, послеродовое пребывание мам и детей в палатах раздельного пребывания, наличие острой травмирующей ситуации. Наличие комбинаций различных факторов, а также мера их насыщенности создают большую или меньшую предрасположенность женщины к сложному психологическому самочувствию в послеродовом периоде. На приведенных примерах демонстрируются сложные, многогранные связи прошлого и настоящего в психике человека, закономерности влияния вытесненных переживаний детства, неотреагированных травм на текущую жизнь личности – составляет основу для непростой, но интересной работы психолога. В статье обосновывается необходимость психологического сопровождения женщин в послеродовом периоде, а также обсуждаются необходимые действия медицинского персонала.

Ключевые слова: послеродовой период, послеродовой невроз, депрессивное состояние, психологическое самочувствие, психологическая травма.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF POSTNATAL STATE IN THE WOMEN
(review of the literature, short)

O.G. POLUEKTOVA

Puerperal Clinic 1, 300041, Russian, Tula, Central District, Street Revolution, 4

Abstract. The paper presents the factors having an effect on the postnatal state in the women, including characterologic features, age, existence of the burdened obstetric and somatic anamnesis, psychological unavailability to a role of mother, negative experience connected with last pregnancy and childbirth; anamnesis, burdened with psychological trauma from childhood and depressive episodes on woman's side; difficult relationships in the family of the recently confined women, the unfortunate status of the newborn child, postnatal separate stay of mothers and children in chambers, the existence of a critical traumatizing situation. The combinations of different factors and also the level of their saturation create more or less predisposition in the women to the difficult psychological state in the postnatal period. The giving examples demonstrate difficult, many-sided communications of the past and the presence in the human psyche, regularity of the influence of unconscious on perception of the patient's life at that moment. This interconditionality: the influence of the forced-out feelings of the childhood, unreacted traumas on the current life of the personality - makes a basis for difficult, but very interesting work of the psychologist. The paper shows the necessity of the psychological accompanying of the women during the postnatal period, and also the necessary medical action.

Key words: postnatal period, postnatal neurosis, depression, psychological state, psychological trauma.

Послеродовое состояние – одно из сложных, многогранных и чрезвычайно чувствительных состояний женской жизни. Послеродовой период общепризнанно считается временем повышенного риска развития симптомов сложного эмоционального состояния, что обусловлено совокупностью биологических изменений и изменений социальных ролей в жизни женщины. «Беременность подразумевает конец существования женщины как независимого отдельного существа и начало неперенных и бесповоротных отношений мать-дитя» [8].

С рождением ребенка начинается интересный и ответственный период в жизни молодой мамы, и этот период с психологической точки зрения очень неоднозначен. Много радости, много забот... Новые ощущения должны встроиться в прежнюю жизнь, что-то изменяется, что-то остается неизменным.

Гормональная перестройка в женском организме существенно влияет на чувствительность ее нервной системы, возрастает нервно-психическая нагрузка. И в этом «матушка-природа» рассчитала все до мелочей. Мать действительно должна стать буквально как оголенный провод, чтобы лучше чувствовать своего недавно рожденного малыша: чувствовать его потребности, его состояния его настроения. Это инстинктивное чувство роднит женщину с самками животного мира. Ведь способы общения мамы и малыша невербальные. Обостренная интуиция позволяет маме чувствовать все сигналы ребенка. Это интуитивное знание надо ува-

жать и ценить. Но, к сожалению, подобная чувствительность распространяется не только на общение с новорожденным. Родильница обостренно ощущает все, что происходит вокруг нее. Любое неосторожное слово, взгляд оставляют свой след в душе родившей. Как с ней общаются близкие, каким тоном и с какой интонацией с ней говорит врач, – все имеет значение.

Конечно, неоспоримо важным для психологического самочувствия молодой матери является то, как прошли роды. Физическое состояние после родов может рассматриваться как один из факторов эмоционально-нестабильного состояния (например, наличие швов, усталость, трудности с туалетом, принятием пищи, отсутствие комфорта в палате). Мероприятия и манипуляции, связанные с лечебно-диагностическим процессом без надлежащего разъяснения могут представляться непонятными, неприятными и вызывать страх. При этом болевые ощущения, даже очень слабые при выполнении медицинских манипуляций могут восприниматься как значительные и еще более усиливать напряжение и чувство страха. Непривычная обстановка и непривычные предметы, иногда имеющие негативный вид (например, медицинские инструменты), употребление персоналом специальных медицинских терминов могут вызывать эмоциональное возбуждение и тревогу. Особенно у тех женщин, которые никогда не лежали в больнице. Поэтому представляется чрезвычайно важным психологическая подготовленность врачей и медсестер для ведения доброжелательной и таким образом расслабляющей коммуникации, что усиливает доверие пациенток и их более комфортное самочувствие в непривычных условиях стационара.

С физическим состоянием связано и принятие образа тела после родов. Ряд недавно родивших переживают за состояние фигуры, болезненно воспринимают появление обвисшего живота, переживают, что не удастся восстановить прежние формы.

Самка любого животного после родов должна видеть, нюхать, трогать своего детеныша. И женщина в этом не исключение. Только понимать головой, что ребенок лежит отдельно в силу необходимости, и при этом не ощущать его – очень тяжело для мамы. Поэтому нахождение мамы и малыша в палате совместного пребывания крайне необходимо. Грудное вскармливание по требованию ребенка позволяет стабилизировать гормональный фон в женском организме, тем самым способствуя выравниванию ее эмоционального состояния.

На самочувствие молодой мамы в послеродовом периоде также влияет статус рожденного ребенка и особенности его темперамента. Недоношенный ребенок, ребенок с наличием патологий в развитии – серьезная нарциссическая травма для мамы. Чувство неполноценности, исключительности, ощущение наказания от Бога, судьбы – часто возникающие и крайне болезненные мысли для женщин. Такие мамы либо склонны испытывать чувство вины и пытаться «исправить» ситуацию своей повышенной «включенностью» в новорожденного, либо раздражаться и злиться на ребенка, на окружающих, обвиняя всех в случившемся. Утомление от повышенного психического напряжения, загнанность, депрессивные реакции – частые спутники таких пациенток. Им необходима работа с психологом. Особого психологического сопровождения требуют молодые мамы, потерявшие новорожденных. Их длительная реабилитация, а также реабилитация членов их семей – особая работа, требующая специального обучения психолога. Медперсоналу родовых и женских консультаций также необходимы знания по психологическому сопровождению женщин с потерей.

При ярком несовпадении темпераментов мамы и ребенка, ей тяжелее чувствовать малыша и действовать в зависимости от его потребностей. Некоторые исследователи выделяют «трудный» темперамент младенцев, как «синдром характеристик, включающий в себя высокий уровень активности, интенсивные эмоциональные реакции, трудности приспособления и в целом негативное настроение» [5]. В последнее время к этому набору добавляют нерегулярность состояний (например, голода, сна, возбуждения, внимания) и сигналов младенца, что может привести к сложностям чтения сигналов и формирования ответного поведения матери, к проблемам регуляции состояния ребенка, например, проблемам кормления. Чувство «плохости» и неуспешности может начать преследовать маму. Особенно если она слишком ориентирована на социальное мнение, на сравнение себя и своего ребенка с другими мамами и детьми. Решить, что она хуже других справляется со своими обязанностями, что «у хорошей мамы ребенок молчит, а у плохой – кричит» очень легко. Особенно, если у родственников и медперсонала не хватает эмпатичного отношения к молодой маме.

По наблюдениям, сложнее бывает послеродовое состояние у первородящих женщин. Изменение жизненного статуса, рождение себя в новой роли, роли мамы, вызывает и гордость и страх одновременно. Нежность и переполненность любовью иногда сопровождается тихим ужасом. Кажется, что жизнь закончилась: больше не будет встреч с друзьями, отдыха и спокойного просмотра кино. Теперь все и вся будет принадлежать ЕМУ, этому маленькому комочку. Молодые мамы с тревогой прислушиваются: дышит? спит? как жить дальше? Все эти мысли одновременно вызывают чувство вины. Ведь улыбающаяся с плаката мама добрая, нежная и не сомневающаяся в себе, никак не похожа на них. Б.Чалмерс считает, что причины психологической нестабильности состояния женщины чаще сопряжены с переживанием по поводу материнской роли, чем с переживанием родов [4]. Если недавно родившая оказывается в плену у мифов о романтическом материнстве, имеет идеалистические представления о ребенке, то вероятность потери эмоционального равновесия повышается.

Динора Пайнз в своей книге «Бессознательное использование своего тела женщиной» пишет: «После родов наступает период приспособления к чувству опустошенности и ощущению пустоты в том месте, где

был ребенок. Матери опять требуется изменить образ своего тела, чтобы чувствовать себя целой и непустой внутри, прежде, чем произойдет сживание с реальным рождением ребенка и признание его как отдельного человека, и, кроме того, ей одновременно необходимо с этим реальным ребенком совместить того, который был столь сокровенной частью ее тела. Матерей нередко неприятно удивляет, что они не ощущают немедленного прилива всепоглощающей материнской любви к ребенку, которого им показывают. Таким образом, возбуждение и облегчение от родов часто сменяется периодом упадка и депрессии, как это бывает после долгожданного успеха» [6].

Усталость, повышенная чувствительность, чувство беспомощности, безнадежности, чрезмерная зависимость, чувство неадекватности, тревоги, страха, чувство «изменения» (Я не такая, какой была раньше), чувство, что «жизнь никогда не будет такой же снова», недостаток энергии, потеря интереса к жизни, к сексу, беспричинные страхи за свое здоровье, жизнь и безопасность ребенка – все это может начать «преследовать» женщину. На соматическом уровне такое сложное эмоциональное состояние может сопровождаться сонливостью, потерей аппетита, тенденциями к запорам. Эти симптомы могут начаться сразу после родов, достигая пика на 3-7 день и вскоре исчезнуть. Но время проявления состояния может варьироваться, может наступить и через 2-3 недели после родов. И удерживаться по-разному: от нескольких недель до нескольких месяцев. Чувствительное состояние молодых мам в течение первых недель после родов детский психоаналитик Д.В.Винникотт назвал «первичным чувством материнства» и определил как нормативное состояние, проходящее само собой [1]. Если же пациентка не встречает понимания врачей и близких, ее состояние может заостриться и при неблагоприятном прогнозе перейти в депрессивное, где она уже будет нуждаться в помощи профессионалов. Где-то у 50% женщин в послеродовом периоде возникает легкая форма послеродового невроза, известная в англоязычной литературе под названием «baby-bluez», в послеродовую депрессию переходит 15-20% запущенных случаев. На данный момент существует ряд подходов к обозначению и характеристике данных состояний. С научной точки зрения, «послеродовая хандра» по степени ее выраженности, по срокам ее продолжительности, с учетом индивидуального подхода имеет градации. Реактивные депрессивные состояния кратковременны и проходят сами по себе в течение 1-3 недель. Именно их принято называть легкой формой послеродового невроза или первичным чувством материнства по Винникотту.

Если сложное эмоциональное состояние сохраняется более месяца и носит навязчивый характер, включая в себя нарушение сна и аппетита, психиатры относят такое состояние к депрессии. Невротические депрессии представлены такими симптомами, как лабильность настроения с тенденцией к снижению к вечеру, нередко сочетающиеся с тревогой, затруднения засыпания, поверхностный «ласкутный» сон, трудности при сосредоточении внимания, чувства усталости, отсутствия сил. Здесь желательны консультации психолога, иногда и психиатра. Характерными для эндогенных депрессий признаками являются: раннее утреннее пробуждение (поздняя бессонница), суточные колебания настроения (ухудшение настроения в утренние часы), печальное подавленное выражение лица, признаки психомоторной заторможенности, чувство вины, тоски, печали, малоценности, трудности в принятии решения, тахикардия, мысли о сходе с ума или о смерти [7]. Наиболее тяжелые и длительно протекающие случаи невротических и неврозоподобных состояний при углубленном анализе обнаруживают сложный генезис: сочетание психотравмирующих обстоятельств, соматических осложнений в послеродовом периоде, истощающих хронических заболеваний в анамнезе, астенических особенностей конституции. Эти состояния чрезвычайно ригидны в отношении различных видов терапии, поскольку ликвидация одного и даже нескольких патогенетических звеньев невроза все же не устраняет полностью его патогенетической основы. Запущенные состояния, характеризующиеся ночными кошмарами, сильным мышечным напряжением всего опорно-двигательного аппарата, полной безучастностью во время кормления, внутренним отказом от телесного контакта с ребенком, глубоко сидящими страхами или даже паникой (страх перед завтрашним днем), нарушением самооценки (я теперь ни на что не гожусь), нарушенным самоощущением (я теперь сама не своя, мое тело теперь меня не слушается) требуют обязательного комплексного привлечения ряда специалистов.

Нередко, при внимательном сборе анамнеза можно наблюдать закономерности: бабушка страдала послеродовой депрессией, мама лежала в психо-неврологическом диспансере с подобным диагнозом, и дочка, родив, столкнулась с той же проблемой. Также послеродовый период является критическим в плане возможного рецидива уже существовавшего невроза.

Вопрос правильной диагностики важен для принятия решения о медикаментозном сопровождении женщин. Ведь на высоте длительного депрессивного состояния совершаются криминальные действия, отличающиеся немотивированной агрессией, жестоким характером и направленностью против близких.

В послеродовом периоде происходит притирка между супругами в семье. Теперь они не только «муж и жена», но и «мама и папа». Насколько каждый из них был готов к появлению малыша, какие стереотипы они несут из своих детских семей, насколько их взгляды на место ребенка в семье схожи? Все это будет влиять на построение взаимоотношений в «тройке», в этой более правильной и универсальной системе по сравнению с «двойкой». Вначале молодая мама на 90% уходит в материнство, и это нормально. Только спустя месяц-два она начинает потихоньку «выныривать» из тандема с ребенком во внешний мир. Насколько хватит терпения мужу справляться с бессознательной ревностью к малышу и выдержать порой чрезмерную тревожность жены? Насколько хватит мудрости женщине делить свою энергию между ребенком и мужем? От ответов на эти вопросы будет зависеть время и интенсивность притирки между молодыми родите-

лями.

Если рожден не первый ребенок, то важно в какой период взаимоотношений в паре он появился. И тут многих мам тревожит тема ревности и конкуренции между детьми. Как суметь распределить внимание между детьми, да еще и оставить «кусочек» мужу и о себе не забыть? При сборе анамнеза важно обратить внимание на наличие сиблингового соперничества в биографии самой женщины. Часто нерешенные проблемы детства имеют тенденцию смещаться на своих детей. Для молодой мамы огромная перемена, физическая и эмоциональная, является нормальной критической переходной фазой и, следовательно, сопровождается оживлением конфликтов и тревог прошлого, которые утяжеляют ее ношу. Как бы сильно не идентифицировались ее муж и семья с ней в это время, изменение эмоциональной жизни матери семейства ведет к перемене внутрисемейных отношений, так что «каждая беременность и рождение ребенка должны неизбежно сопровождаться нормальным семейным кризисом и заканчиваться абсорбцией нового члена семьи» [9].

На психологическое самочувствие в послеродовом периоде влияют и индивидуально-психологические особенности личности пациентки, ее темперамент, акцентуации характера. Исследования В.И.Брутман показывают, что возраст матери также влияет на эмоциональное состояние после родов [10]. Женщины в возрасте до 21 года склонны к депрессивным состояниям, поскольку не готовы к исполнению материнской роли, не закончили образование, не могут самостоятельно обеспечить свое существование. «Для женщины, которая ожидает первенца, беременность доказывает ее половую принадлежность и видимым образом заявляет внешнему миру, что она состояла в сексуальных отношениях. Психологически это подтверждает, что она обладает сексуально зрелым телом, способным к репродукции, но это вовсе не означает, что она имеет равно зрелое эмоциональное Эго, способное к принятию ответственности и требований материнства» [6]. Задача, которая предстоит молодой матери, это соединение реальности с бессознательными фантазиями, надеждами, мечтами. Кроме того, ей предстоит впервые встретиться с требованиями беспомощного зависимого создания. Задача может оказаться непосильной, особенно для юной неопытной мамочки. В это время поддержка от окружения бесценна, особенно поддержка от мужа, матери или любого значимого и заинтересованного лица.

Конфликт между собственной личностью и формированием концепции материнства, приобретением новой социальной роли также может влиять на состояние женщины. Почему так важно бывает собрать анамнез пациентки, задать ключевые вопросы, которые помогут прояснить ситуацию. Например, роженица может страдать «комплексом отличницы», который в послеродовом периоде может проявиться в невротизации, в напряженном желании все делать правильно, идеально. Таким образом, она может уйти от определения «достаточно хорошей матери» по Винникотту в некий идеальный образ. Инфантильная женщина будет постоянно ориентироваться на советы бабушек, врачей, журналов, забывая о доверии своей материнской интуиции, о доверии контакту с ребенком.

В становлении материнства большую роль играют отношения родильницы со своей матерью, с бабушкой. Сбор информации на тему «дочки-матери» оказывает психологу неоценимую помощь в понимании психологического самочувствия женщины в послеродовый период, помогает предвидеть возможные нарушения детско-родительских отношений. Одну из решающих ролей играет то, какая у родившей была мать (насколько она способна была быть матерью) и каким образом она относилась к своей женственности и становлению женственности своей дочери. Это определяет тот психологический сценарий, который склонна реализовывать дочь в своей жизни. Существует связь между психосексуальным развитием девочки и ее становлением во взрослой жизни в качестве матери. По мнению ряда авторов, причиной развития послеродовой депрессии у пациенток может стать бессознательное отвержение женской роли и/или амбивалентное отношение к материнству.

Также важно знать о том, как была рождена сама молодая мама, как прошел послеродовый период у ее матери. Эта информация накладывается на собственный послеродовый период женщины в качестве бессознательных воспоминаний и может вызывать сложные эмоциональные реакции у родившей вкупе с дополнительными проблемами. Например, пациентка 26 лет, первородящая. В возрасте ребенка около 3 месяцев стала испытывать непонятные приступы тревоги, думая о конце света. Чувства беспомощности стало прогрессировать, вызывая непроходящую печаль. Ощущение своей исключительности, ненормальности больше и больше формировалось еще и в связи с непониманием близких, обесценивающих переживания женщины. В работе с психологом, при сборе анамнеза, выявилось, что в раннем детстве, в 3х-месячном возрасте пациентка лежала с воспалением легких в больнице без мамы. Тот страх, та тревога от пребывания в незнакомой обстановке без первичного объекта, который запечатлелись в бессознательном беременной (и с точки зрения психотерапевтического подхода, могут классифицироваться как наличие ранней детской травмы в анамнезе) вышли на поверхность, когда женщина родила и возраст ребенка приближался к «возрасту ее травмы». В младенчестве отсутствие привычной обстановки, отсутствие мамы воспринимается буквально как крушение мира (у пациентки неслучайны страхи конца света по ассоциациям с ранними детскими переживаниями). Вытесненная тревога поднялась из бессознательного в сознание женщины из-за повышенной чувствительности нервной системы в раннем послеродовом периоде и возрастной синхронии. В результате проработывания данной темы с психологом, «пазлы настоящего и прошлого сложились», тревожные состояния пациентки ушли.

Психологу важно пройти психоаналитическое обучение, чтобы знать сложные механизмы строения психики и уметь правильно распоряжаться полученной в ходе беседы с женщиной информацией. Эти знания и умения особенно важны для работы со сложными послеродовыми состояниями, послеродовыми депрессиями. Д.Грэхем в своей работе «Как стать родителем самому себе» пишет: «Давая жизнь ребенку, мать нередко переживает многие моменты своего рождения и те состояния, которыми сопровождалось ее собственное появление на свет. Если ей пришлось «отключить» свои чувства в тот момент, то воспоминание об этом и переживание этого теперь может усилить прежний импринтный опыт и «открыть шлюзы» депрессивному состоянию. В результате она может утратить способность радоваться рождению своего ребенка. Возможно также она почувствует невозможность контакта с ребенком и с разочарованием обнаружит, что она неспособна признать собственного ребенка и принять его. Этот момент может оказаться весьма мучительным как для ребенка, так и для матери» [2].

Психологическое состояние женщины в послеродовой период напрямую связано с ее мотивационной готовностью стать матерью и со стилем вынашивания беременности. Беременным, вынашивающим ребенка по так называемым косвенным мотивам, с тревожным, амбивалентным и отвергающим стилями вынашивания, а также с эйфорическим стилем, сложнее принять себя в роли матери и наладить контакт с малышом.

Так же стоит остановиться на неожиданных стрессовых состояниях, произошедшие во время беременности или в сам послеродовой период (смерть родственника, авария, развод и т.п.) – все это безусловно будет влиять на особенности психологического самочувствия молодой мамы в послеродовом периоде. Во время беременности, под воздействием доминанты беременности, женщина инстинктивно защищает своего детеныша, свою беременность, не позволяя «опуститься» в стресс. После же родов, как бы отпружинивают все те зажатые чувства, которые так тщательно контролировались ею, ведь задача рождения выполнена. Женщину что называется «накрывает» волной сильных чувств, в которых без посторонней помощи она рискует «захлебнуться». Например, пациентка 28 лет. На 7-м месяце беременности внезапно от сердечного приступа умер отец. Стараясь сильно не переживать, чтобы не спровоцировать преждевременных родов, беременная не присутствовала на похоронах, всячески старалась отвлечься от данной темы. Благополучно родив сына, постепенно, она впала в депрессию. Не отреагировав своей боли, она просто «отложила» ее. Закономерно зажатые чувства должны были выйти. В послеродовой период радость рождения и горечь утраты сомкнулись. Психологическая работа длилась в течение года. В результате женщина смогла отгоревать потерю, выйти их депрессии и продолжить адекватную жизнь в своей семье.

Длительная психотравмирующая ситуации (тяжелая семейная обстановка, измены и моральные оскорбления со стороны партнера, большие материальные затруднения и т.д.), имеющая место во время беременности, в послеродовой период может способствовать развитию сложных эмоциональных переживаний родильницы, особенно если она имела фантазии о том, что ребенок «спасет» ее из этой ситуации, изменит жизнь или отношения к лучшему. Понимая, что решать трудную жизненную ситуацию придется все-таки ей самой, да еще и заботиться при этом о ребенке, оказывается непомерно тяжело. И требует поддержки, нахождения дополнительных ресурсов.

Итак, в качестве факторов, влияющих на развитие послеродового невроза, можно выделить:

1. Характерологические особенности личности, акцентуации темперамента, характера.
2. Возраст мамы.
3. Психологическая неготовность женщины к беременности и родам, неконструктивные стили вынашивания беременности.
4. Сложные взаимоотношения в семье (между супругами, с родственниками), статус матери-одиночки; социально-бытовые трудности.
5. Наличие отягощенного акушерского или соматического анамнеза.
6. Наличие негативного прошлого опыта, связанного с родами.
7. Отягощенный психологической травмой детского возраста анамнез беременной.
8. Рождение младенцев с отставанием в физическом или умственном развитии (часто преждевременно родившиеся дети), младенцев с «трудным темпераментом».
9. Послеродовое пребывание мам и младенцев в палатах отдельного пребывания. Также замечено значительное ухудшение настроения у пациенток, разлученных с новорожденным из-за необходимости обсервации или перевода в детскую больницу.
10. Наличие острой стрессовой ситуации.
11. Сезонный фактор. По наблюдениям ряда психологов, в весенний и летний период меньше проявлений послеродового невроза у мам, чем в осеннее и зимнее время.
12. Депрессивные послеродовые состояния в анамнезе молодой мамы в роду по женской линии.

Работа психолога с женщинами должна начинаться с профилактики сложных эмоциональных послеродовых состояний еще во время беременности. Необходимо информировать беременных о возможном появлении кратковременных расстройств настроения в раннем послеродовом периоде, например, на «Школе для беременных»; говорить о причинах таких состояний. Подобное разъяснение снижает эмоциональную напряженность и тревогу пациенток, ведет к пониманию и уважению своих чувств. Важно сообщать о притирке в семье с мужем, с родственниками в связи с появлением ребенка, чтобы молодая мама понимала нормативность этих

процессов. Ведь ощущение себя исключительной, отличающейся от других мучительно для любого. Таким образом, просветительская деятельность беременной или пациентки, пришедшей на прием к психологу в послеродовой период, является неоспоримо важной.

При беседе с женщиной, важно внимательно ее слушать, обращая внимание на невербальный язык тела, задавать уточняющие вопросы, чтобы определить степень психологических страданий, глубину их проявлений. Нередко, психолог выступает в роли той поддерживающей мамы, которой так не хватает молодой женщине. И именно от него она получает «разрешение» на свои противоречивые чувства, на неидеальность, на создание своего стиля материнства, часто отличающегося от стиля, принятого в роду. Д.В.Винникотт пишет: «Для матери чрезвычайно важно делать то, что она считает нужным: это позволяет ей полностью раскрыться как матери. Если она делает только то, что ей говорят, она всегда будет так делать, и чтобы стать лучшей матерью, ей понадобятся указания кого-то поопытнее. Но если она чувствует себя свободной действовать естественным образом, она растет в ходе своей работы. Также матерям полезно знать: не следует ожидать, что их здоровые дети будут развиваться, не давая им никаких оснований для тревог и беспокойств» [1].

Важно помнить, что правильно подобранная диагностика дает информацию психологу для построения дальнейшей работы. Независимо от методов, которыми работает психолог, беседа – основной метод работы. Эмпатическое выслушивание, расширение поля видения ситуации, аналитическая работа, осознание тех фактов, которые вытесняет пациентка – все это укрепляет Эго, снижает степень тревожности. Поиск ресурса – один из ключевых моментов работы. Методы символдрамы, арт-терапии помогают женщинам в этом поиске. Обнаружение опоры в себе, в заинтересованном человеке рядом помогает поверить в себя. В более сложных ситуациях недостаточно работать с психологом в режиме консультирования, важно переходить на режим психотерапии (регулярные встречи, обычно 1-2 раза в неделю, ограниченные временными рамками). Это режим более длительной работы, требующий специального обучения психолога и постоянного повышения квалификации, а также регулярного участия в профессиональных супервизионных и интервизионных группах (где происходит обсуждение тяжелых случаев работы с коллегами и ведущим группы, психологом более высокого ранга).

Медперсоналу, работающему в родильных домах и женских консультациях, необходимо знание психологических особенностей женщин в послеродовом периоде; факторов, влияющих на эмоциональное состояние родильниц. Следует обращать внимание на резкие видимые перепады настроений пациенток, плаксивость, возбудимость или заторможенность, жалобы на нарушенный сон, на постоянное беспокойство за ребенка. Прислушиваться к комментариям молодых мам, находящихся в одной палате. При этом важно внимательно выслушать женщину, уделив ей дополнительное время для беседы, задавать уточняющие вопросы. Тон разговора должен быть доброжелательный. Важно не критиковать, не обесценивать эмоции родившей, снять с нее ощущение своей исключительности, объяснив особенности послеродового самочувствия мам. Необходимо помочь в налаживании грудного вскармливания, в нахождении контакта с малышом, в формировании навыков ухода за новорожденным. Если не создается ощущения благоприятного влияния беседы медперсонала на женщину, или ее самочувствие кажется более сложным, чем на то имеются знания медперсонала, следует привлечь к беседе психолога. После работы психолога, необходимо получить рекомендации по дальнейшему взаимодействию с пациенткой.

Литература

1. Винникотт, Д.В. Мать и дитя / Д.В. Винникотт.– Екатеринбург: ЛИТУР, 2004.– 296 с.
2. Грэхем, Д. Как стать родителем самому себе / Д. Грэхем.– М., 1993.– 220 с.
3. Джонсон, Р. Она. Глубинные аспекты женской психологии / Р. Джонсон.– М.: Когито-центр, 2010.– 112 с.
4. Коваленко, Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов / Н.П. Коваленко.– С.-Пб., 2001.– 315 с.
5. Мухамедрахимов, Р.Ж. Мать и младенец. Психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов.– С.-Пб., 2003.– 285 с.
6. Пайнз, Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Д. Пайнз.– С.-Пб, 1997.– 238 с.
7. Перинатальная психология и медицина: Сборник научных трудов членов РАППМ.– С.-Пб., 2004–2005.– 415 с.
8. Психология и психоанализ беременности /Под ред. Д.Я. Райгородского.– М.: БАХРАХ-М, 2003.– 775 с.
9. Ранк, Отто. Травма рождения и ее значение для психоанализа / Отто Ранк.– М.: Когито-Центр, 2006.– 239 с.
10. Репродуктивное здоровье общества: Сборник научных трудов членов РАППМ.– С.-Пб., 2006.– 285с.