



© Э. К. Айламазян¹,
И. В. Добряков²

¹ ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта»
СЗО РАМН, Санкт-Петербург;
² СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И РАЗВИТИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

УДК: 618.2:159.9

■ **Проблема низкой рождаемости требует комплексного решения. Принимаемые сейчас в России меры односторонне направлены на материальную стимуляцию увеличения рождаемости и на совершенствование акушерско-гинекологической помощи. Неиспользованным ресурсом является развитие перинатальной психологии, организация доступной перинатальной психологической и психотерапевтической помощи населению.**

■ **Ключевые слова:** демографические проблемы; рождаемость; перинатальная психология; психология семьи; гестационная доминанта.

Характерная для большинства индустриально развитых стран низкая рождаемость стала и российской реальностью. Причиной ее возникновения одновременно являются не только растущие затраты на ребенка, но и постепенное отмирание экономической и психологической составляющей потребности в детях. Кроме того, замена семейного родства родством социальным способствует тому, что дети теряют свое значение источника психологического удовлетворения для родителей. Те же самые факторы, которые у взрослых ведут к желанию иметь все меньше детей, провоцируют последних на безразличие к семейной идентичности и преемственности. Все это происходит на фоне снижения в общественном мнении ценности материнства, кризиса семьи как социального института, распространения конкубината и иных новых форм псевдосупружества. Таким образом, проблема является комплексной, и, соответственно, требует проведения комплексных мероприятий для улучшения ситуации. Между тем правительство Российской Федерации, обеспокоенное сложившейся за последние десятилетия демографической ситуацией в стране, принимает меры, преимущественно направленные на улучшение материального благосостояния семей, материальной стимуляции увеличения рождаемости, материального улучшения состояния учреждений акушерско-гинекологического профиля. Хотя общеизвестно, что хорошая зарплата, налаженный быт семьи далеко не всегда приводят к желанию супругов иметь много детей. Наоборот, в странах с низким благосостоянием населения рождаемость, количество детей в семьях, как правило, значительно превышают эти показатели в развитых странах.

Меры, направленные на решение психологических проблем, препятствующих деторождению, пока, к сожалению, недостаточны и малорезультативны. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации 1 июня 2007 года издан приказ № 389 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации». В нем — в пункте 7 — в число кабинетов специализированных приемов рекомендуется включить в структуру женской консультации кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам и кабинет психотерапевта (медицинского психолога). В приложении к приказу № 808 н от 2 октября 2009 года о штатных нормативах перинатальных центров рекомендовано ввести «до 2 должностей врачей-психотерапевтов». Своевременность этого решения подтверждает результат анализа ответов более 20 000 респонденток из 67 регионов России. Более 60% опро-

шенных женщин отметили, что хотели бы получить психологическую и психотерапевтическую помощь в медицинских учреждениях акушерско-гинекологического профиля по месту наблюдения и лечения [8]. Аналогичные результаты были получены Городским Центром медицинской профилактики Санкт-Петербурга, сотрудники которого организовали опрос 1473 беременных, состоящих на учете в женских консультациях. Было выявлено, что 57% из них хотели бы получить непосредственно в женской консультации психологическую помощь [2].

Эти пожелания согласуются с приказом министра, но выполнение приказа сталкивается с трудностями, связанными с дефицитом медицинских психологов и психотерапевтов, способных квалифицированно осуществлять перинатальную психотерапевтическую помощь в дородовой подготовке, в процессе родов, в раннем постнатальном периоде.

Частично этот дефицит восполняется за счет лиц, нередко называющих себя «практикующими перинатальными психологами». К сожалению, многие из них люди невежественные, уверенные, что перинатальная психология занимается исключительно дородовой подготовкой и что они в этом разбираются. Зачастую они устанавливают со своими клиентками комплиментарные отношения, то есть работают по принципу «желание клиентки — закон». Такие «перинатальные психологи», вместо того чтобы помогать беременным женщинам адекватно оценивать свое состояние и адаптироваться к нему, безответственно настраивают их против употребления любых назначенных врачом медикаментов, без достаточных медицинских показаний по просьбе клиенток соглашаются проводить роды под наркозом или делать кесарево сечение. Это серьезно дискредитирует перинатальную психологию, и акушеры-гинекологи не желают сотрудничать ни с какими «психологами».

Дискредитируются перинатальная психология и в том случае, если ею начинают заниматься «общие», «практические» психологи, знания которых в области медицинской психологии, психологии семейных отношений, психологии развития, а также в смежных с перинатальной психологией областях (в акушерстве, неонатологии, психотерапии и пр.) недостаточны. Справедливо утверждая, что «беременность — не болезнь», такие психологи упускают из вида, что и вполне здоровая беременная женщина должна регулярно посещать медицинские учреждения, наблюдаться врачом, проходить целый ряд обследований, много общаться с медицинским персоналом. Не говоря уже о том, что

более половины женщин обнаруживают во время беременности ту или иную патологию и нуждаются в медицинской помощи.

Перинатальная психология — это область клинической (медицинской) психологии, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать–дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью, участвующая в решении комплексных задач в системе охраны здоровья материнства и детства.

Деятельность перинатального психолога должна быть направлена:

- на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей мужчин и женщин, стремящихся иметь ребенка, во время беременности и имеющих маленького ребенка;
- на создание оптимальных условий развития на ранних этапах онтогенеза;
- на психопрофилактику и охрану психического здоровья матери и ребенка.

Объектами перинатальной психологии являются диадные системы «беременная женщина–пренейт», «мать–дитя», а также семья как система в периоды ожидания рождения ребенка, в раннем постнатальном периоде.

Основными предметами профессиональной деятельности перинатального психолога являются:

- развитие психических процессов на самых ранних этапах онтогенеза;
- социально-психологические феномены, появляющиеся у женщин и мужчин в связи с их репродуктивной функцией;
- психосоматические расстройства, причиной которых является возникновение беременности;
- психология отношений в семье, ожидающей рождения ребенка, имеющей маленького ребенка.

К видам деятельности перинатального психолога относятся:

- психопрофилактика;
- психодиагностика;
- консультации;
- психокоррекции;
- научные исследования.

Основываясь на понимании психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику — на организм больного [7], перинатальную психотерапию можно определить как систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребенка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику — на организмы женщины и ребенка [3, 4].

По законам Российской Федерации психолог, в том числе и перинатальный, заниматься психотерапией права не имеет. При необходимости перинатальной психотерапевтической помощи оказывать ее должен врач-психотерапевт. Считать перинатальную психотерапию лишь практическим приложением к перинатальной психологии [11] так же наивно, как рассматривать терапию или хирургию в качестве прикладных разделов физиологии. Оно не только наивно, но и пагубно, так как провоцирует неподготовленных психологов браться за проведение психотерапии.

Объекты, предметы профессиональной деятельности перинатального психолога и психотерапевтов в основном совпадают. Однако к предметам профессиональной деятельности перинатального психотерапевта следует добавить нервно-психические расстройства, связанные с репродуктивным процессом и требующие лечения.

К особенностям перинатальной психологии и психотерапии на современном этапе следует отнести [3]:

- диадический характер объекта психокоррекционного и психотерапевтического воздействия (системы «беременная–плод» или «мать–дитя»);
- семейный характер проблем, которые она предназначена решать;
- низкий уровень осведомленности пациентов, нуждающихся в перинатальной психологической и психотерапевтической помощи, о возможности ее получения;
- необходимость активного выявления нуждающихся в перинатальной психологической и психотерапевтической помощи и формирования у них мотивации на ее получение;
- ятрогенный и психологический характер ряда нарушений, являющихся показанием к применению перинатальной психокоррекции и психотерапии;
- последовательную смену задач перинатальной психокоррекции и психотерапии, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи, этапами реализации репродуктивной функции;
- необходимость тесного сотрудничества перинатального психолога, психотерапевта с другими специалистами (акушерами-гинекологами, неонатологами, психологами);
- предпочтение краткосрочных психокоррекционных и психотерапевтических методик;
- дефицит специфического психологического инструментария и методических разработок в области перинатальной психологии и психотерапии;
- недостаточное количество грамотных перинатальных психологов и психотерапевтов;

- профилактическую направленность перинатальной психологии и психотерапии.

Отсутствие квалифицированных специалистов в области перинатальной психологии и психотерапии приводит к гиподиагностике нервно-психических расстройств у беременных женщин. Если они все-таки обнаруживаются, то акушерами-гинекологами, терапевтами, невропатологами, как правило, назначается медикаментозное лечение (чаще всего, седативные препараты, побочные действия которых на беременную и развивающийся плод нежелательны). Именно психологические воздействия и психотерапия являются альтернативой фармакотерапии.

Таким образом, представляется очевидным, что базовым образованием перинатальных психологов должна быть медицинская (клиническая) психология и психология семейных отношений. Кроме того, они должны пройти курсы обучения основам психотерапии, а психотерапевты, сотрудничающие с учреждениями акушерско-гинекологического профиля, должны пройти циклы тематического усовершенствования по перинатальной психологии и психотерапии.

Направленность перинатальной психологии и психотерапии на активное выявление решений семейных проблем обуславливает необходимость усиления их значения при попытках найти пути улучшения демографической ситуации. Важно учитывать, что семейная ситуация, гармония отношений супругов влияют на возникновение бессознательных и осознаваемых мотивов зачать ребенка, определяют отношение женщины и ее мужа к случайной беременности. К сожалению, в настоящее время зачатие в большинстве случаев бывает не запланированным, а случайным. Если отношение женщины или мужчины, или, что еще хуже, обоих потенциальных родителей к беременности амбивалентное или отрицательное, то у женщины, вынашивающей ребенка, часто отмечаются вегетативные нарушения, обострения психосоматических и хронических физических заболеваний, токсикозы, различные невротические реакции, стертые депрессивные состояния. Все это приводит к искажениям антенатального взаимодействия в системе «беременная–плод».

Нежеланных детей рожают преждевременно примерно в восемь раз чаще, чем желанных. При этом 46,9% из них нуждаются в интенсивной терапии в связи с возникшими сразу же после родов соматическими и неврологическими осложнениями, среди желанных детей таких лишь 14,8% [1]. Течение беременности и родов с осложнениями, патология новорожденного, как правило, при-

водит к еще большему напряжению семейных отношений.

Наш опыт показывает, что коррекцию семейных отношений при выявлении супружеской дисгармонии можно эффективно проводить во время беременности женщины, что к тому же является профилактикой осложнений течения гестационного периода и родоразрешения, формирования неблагоприятных форм привязанности матери и младенца.

До сих пор далеко не каждая супружеская пара готова обратиться за помощью к психологу или психотерапевту при возникновении конфликтных ситуаций, тем более в период ожидания рождения ребенка. Не зная, не понимая сущности работы семейного психолога и психотерапевта, многие не верят в саму возможность какой-то помощи, опасаются грубого вмешательства в свой внутренний мир, боятся стать объектами манипуляций, внушений.

В настоящее время беременные женщины, встающие на учет в женскую консультацию, как правило, встречаются с психологом. Выделение среди них группы риска по возникновению нервно-психических расстройств, осложнений течения гестации следует назвать в числе первоочередных задач перинатального психолога. Супружеская дисгармония является как одной из основных причин осложнений, так и следствием их. Грамотный перинатальный психолог должен уметь создать доверительные отношения с такими супругами, замотивировать их на психокоррекционную работу или (в сложных случаях) на семейную психотерапию. Нередко такая работа принимается супругами за не вызывающую тревоги и возражений родовую подготовку.

Нами совместно с Е. Н. Гриненко было проведено исследование с целью выявления взаимосвязи структуры психологического компонента гестационной доминанты и удовлетворенности женщины браком, ее субъективного психического самочувствия. В процессе работы 69 женщин, находящихся во втором триместре беременности, протекавшей без существенных осложнений, были обследованы с помощью теста-опросника удовлетворенности браком (ОУБ), разработанного В. В. Столиным, Т. Л. Романовой и Г. П. Бутенко; теста самооценки самочувствия, общей активности, настроения (САН) и тестом отношений беременной И. В. Добрякова (ТОБ).

Результаты показали, что в прямой зависимости находятся общая неудовлетворенность женщины браком и тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты. Такую зависимость можно объяснить тем,

что дисгармоничные отношения в семье способствуют повышению тревожности. Нередко это проявляется в страхе того, что изменения, связанные с беременностью, могут еще больше ухудшить отношения с мужем. Интересным представляется выявленная закономерность достоверно более частой встречаемости депрессивных характеристик психологического компонента гестационной доминанты у женщин, беременность которых была для них неожиданной случайностью.

Значимые различия были получены при использовании методики «Самочувствие, активность, настроение». При анализе корреляционной матрицы была выявлена связь между настроением женщин и их самочувствием. Женщины, планирующие данную беременность, чаще находились на благоприятных стадиях супружества и чаще оценивали свое состояние как оптимистичное, радостное, счастливое. В ходе исследования были установлены статистически значимые связи между эмоциональными особенностями беременных женщин и особенностями семейной ситуации. Женщины, не удовлетворенные браком, чаще испытывали состояние тревожности, напряжения.

Таким образом, удалось доказать, что на формирование типа психологического компонента гестационной доминанты, на течение беременности и родов влияет ситуация зачатия, особенности семейных взаимоотношений.

На основании комплексного анализа причин перинатальной заболеваемости и смертности социально-бытовые факторы риска поставлены на первое место [10]. Однако разрабатываемые и внедряющиеся в практику высокотехнологичные методы оценки состояния беременной и плода, направленные на родовое выявление врожденных дефектов морфологического, структурного и функционального развития эмбриона и плода, не учитывают патогенного значения психологических факторов.

Дифференцированный подход к терапии и выбору акушерской тактики в зависимости от тяжести антенатальных нарушений состояния плода, разработанный и внедренный в практику коллективом кафедры акушерства и гинекологии № 2 лечебного факультета ММА им. И. М. Сеченова, позволил в 2,6 раза снизить частоту рождения детей с гипотрофией, в 1,5 раза — в состоянии средней и тяжелой асфиксии, в 1,75 — проведение реанимационных мероприятий новорожденных, в 1,8 раза — частоту гипоксического и ишемического поражения центральной нервной системы, в 2,6 — перинатальные потери у женщин группы высокого перинатального риска [10].

Предложенные оптимальные схемы коррекции нарушений состояний плода и активизации компенсаторно-приспособительных реакций фетоплацентарного комплекса при фетоплацентарной недостаточности различного генеза включают, к сожалению, исключительно медикаментозную терапию, игнорируя возможности психотерапевтической помощи. Не учитывается, что сам факт диагностики нарушений, как правило, является для беременной женщины психотравмирующим фактором. Своевременная оценка психологического состояния беременной и оказание ей психотерапевтической помощи способны сыграть позитивную роль при выборе оптимальной акушерской тактики и снизить применение медикаментозных средств.

Нами сформулированы принципы взаимоотношений медикаментозных и психокоррекционных, психотерапевтических вмешательств в акушерстве [6]:

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

Использование комплексной оценки, включающей оценку роли психологического фактора, позволит улучшить результаты дифференцированного подхода к выбору метода и срока родоразрешения.

Решая демографические проблемы, важно учесть, что в России распадается каждый четвертый брак, а в Москве каждый второй, и что более чем в половине случаев это происходит после рождения первого ребенка [9]. Следовательно, меры по повышению рождаемости должны быть направлены не только на улучшение материального состояния семьи, но и на предоставление ее членам широких возможностей получения психологической и психотерапевтической

помощи. Большую роль в этом могут сыграть перинатальные психологи и психотерапевты, при условии, что они будут иметь достаточные знания в области психологии, психокоррекции и психотерапии семьи. Эти знания также необходимы им при решении новых сложнейших психологических проблем, возникающим в связи с развитием науки, делающим явью то, что раньше считалось невозможным (например, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство и пр.).

Литература

1. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. — 2002. — № 1. — С. 59–68.
2. Винтухова Л. В., Заозерский Ю. А. Организация работы с беременными по вопросам подготовки к родам и грудному вскармливанию // Здоровье женщины. Вопросы профилактики и оздоровления: Материалы научно-практической конференции / Ред. И. В. Добряков, Ю. И. Мусийчук. — СПб., 2005. — С. 51–52.
3. Добряков И. В. Психотерапия и перинатальная психология // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сборник материалов межрегиональной конференции. — СПб.: АМСУ, 2000. — С. 11–15.
4. Добряков И. В. Перинатальная психотерапия: состояние и перспективы // Психология и психотерапия семьи: Материалы Международной конференции. — СПб., 2001. — С. 45–50.
5. Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. — СПб., 2001. — С. 39–49.
6. Добряков И. В. Предисловие научного редактора // Перинатальная психология и медицина. Профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: материалы 2-й Международной конференции / Ред. И. В. Добряков. — СПб.: Знаменитые университеты, 2003. — С. 6–8.
7. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.
8. Ланцбург М. Е. Анализ запроса на психологическую помощь врачей и пациентов учреждений родовспоможения и детства в регионах России // Репродукция человека 2003: Сборник материалов 1-го Международного форума. М., 18–19 марта 2003 г. — М.: Экспосистемс, 2003. — С. 32–33.
9. Россия 2006: статистический справочник. — М., 2006. — 55 с.
10. Стрижаков А. Н. Беременность высокого перинатального риска: проблемы и решения // Медицинская газета. — 2007. — № 97. — С. 13.

11. *Филитова Г. Г.* Материалы к утверждению перинатальной психологии и перинатальной психотерапии в качестве модальности на Комитет модальности ОППЛ // Перинатальная психология и психология родительства. — 2007. — № 2. — С. 5–42.

Статья представлена М. А. Тарасовой,
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

DEMOGRAPHIC SITUATION AND DEVELOPMENT OF PERINATAL PSYCHOLOGY IN RUSSIA TODAY

Aylamazyan E. K., Dobryakov I. V.

■ **Summary:** The problem of low birth rates requires a complex solution. The actions that taken now in Russia, directed to one side: the material stimulation to increase birth rate and improving obstetric and gynecological care. The untapped resource is the development of perinatal psychology, organization perinatal psychological and psychotherapeutic assistance available to the population.

■ **Key words:** demographic problems; birthrate; perinatal psychology; psychology of the family; dominant of gestation.

■ Адреса авторов для переписки

Айламазян Эдуард Карпович — заслуженный деятель науки РФ, академик РАМН, профессор, директор. ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** iagmail@ott.ru.

Добряков Игорь Валериевич — к. м. н., доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГБОУ высшего профессионального образования СЗГМУ им. И. И. Мечникова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. 193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41. **E-mail:** dobriakov2008@yandex.ru.

Ailamazyan Eduard Karpovich — the RAMS academician, Professor, Director. D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. 199034, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3, Russia. **E-mail:** iagmail@ott.ru.

Dobryakov Igor Valeriyevich — the Candidate of Medical Sciences, the Associate Professor. The Department of Children's Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, I. I. Mechnikov North-West State Medical University. 193015, Kirochnaya St., 5, Saint-Petersburg, Russia. **E-mail:** dobriakov2008@yandex.ru.