



**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ  
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ  
ТЕРАПІЇ**

*Від турботи про психічне здоров'я окремої особи, родини – до більш здорового та гармонійного суспільства...*

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

**ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕ-  
ДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЖЕНСКОЙ  
КОНСУЛЬТАЦИИ И РОДДОМЕ**

**Ольга Сергиенко**

**Донецк, 2014**

**ОГЛАВЛЕНИЕ.**

1. ВСТУПЛЕНИЕ. ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ. ....стр. 3
2. ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА.....стр. 3
3. ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ.....стр. 4
4. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ В УКРАИНЕ.....стр. 6
5. ПСИХОТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ.....стр. 7
  - 5.1. ДИАГНОСТИКА.....стр. 7
  - 5.2. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВАНИЕ.....стр. 8
  - 5.3. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ.....стр.11
    - 5.3.1. ТРЕВОГА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....стр. 11
    - 5.3.2. ДЕПРЕССИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....стр. 25
6. ПСИХОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН,  
ИМЕЮЩИХ ПРОБЛЕМЫ С ЗАЧАТИЕМ.....стр. 34
7. ИТОГОВЫЕ КОММЕНТАРИИ.....стр. 40
8. БИБЛИОГРАФИЯ.....стр. 43

## **1. ВСТУПЛЕНИЕ. ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ.**

Забота о здоровье женщины и ребенка сейчас является одной из приоритетных задач медицины. Это важно, как для государства в целом, так и для отдельно взятого человека.

Демографический кризис, психологические и социальные проблемы семьи, ожидающей ребенка, неготовность к материнству, часто провоцируют развитие невротических расстройств у женщин во время беременности и после родов. Это, в свою очередь, всегда сказывается на психологическом состоянии ребенка.

Принимая во внимание ту ситуацию, которая сейчас сложилась в Украине, еще большую актуальность приобретают поиски новых методов, позволяющих улучшить оказание психологической и психотерапевтической помощи женщинам, которые находятся в одном из самых важных периодов своей жизни (подготовка к зачатию, вынашивание, рождение ребенка, послеродовой период, кормление грудью). Это позволит сохранить физическое и психологическое здоровье женщины, помочь родить здорового малыша, укрепить семейные отношения. И, что очень важно, поможет пережить сложные ситуации, которых, к сожалению, невозможно полностью избежать: бесплодие, привычное невынашивание, перинатальные потери, воспитание детей с ограниченными возможностями. Для предупреждения подобных состояний требуется тесное взаимодействие акушеров-гинекологов, психологов и психотерапевтов.

Долгое время в системе охраны здоровья не уделялось должное внимание эмоциональному состоянию женщины в период беременности, в родах и в первые несколько лет жизни ее малыша. Однако, в современных исследованиях установлена четкая связь между материнским стрессом и угрозой преждевременных родов, внутриутробной гипоксией плода, преэклампсией и другими осложнениями беременности.

## **2. ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА.**

Выделение перинатологии как области медицины произошло в первой половине 20 столетия, когда общество достаточно созрело для понимания необходимости совершенствования методов профилактики, диагностики и терапии различных заболеваний матери, плода и новорожденного (Аврамченко В.В., 1996). Интерес к перинатологии за последние годы возрос еще больше в связи с необходимостью поиска способов, позволяющих улучшить демографическую ситуацию, приостановить тенденции роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами. По данным ВОЗ, ими страдают 20% детей, причем в 70 - 80% случаев эти нарушения обусловлены перинатальными факторами (Шниткова Е.В. и др., 2000).

За рубежом развитие перинатологии было связано, с одной стороны, с деятельностью врачей - новаторов, ищущих новые пути в акушерстве (Ф. Ламазе, М. Оден, Г. Дик-Рид), с другой стороны, оно было обусловлено сильным влиянием психоанализа. Из исследований известных ученых О. Ранка, Дж. Боулби, Д. Винникота, М. Айнсворт, С Грофа, М. Кляйн и других стало очевидным, что это уникальный, сложный период жизни человека, который необходимо изучать. Во время перинатального периода развития ребенок живет с матерью практически одной жизнью, поэтому нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у женщины могут оказать пагубное, а подчас и необратимое влияние на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой (Батуев А.С., Соколова Л.В., 1994).

Существуют разные мнения о длительности этого периода. Наиболее распространена описанная Добряковым И.В. теория о том, что продолжительность перинатального периода обусловлена тем временем, в течение которого существует система «мать- дитя», характеризующаяся следующими признаками:

- наличие симбиотической связи матери и ребенка;
- несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей материнских психических функций;
- отсутствие у ребенка самосознания, т. е. четких телесных границ и границ психики, неспособность его выделять себя из окружающего мира;

Эти признаки можно обнаружить от момента зачатия до примерно трехлетнего возраста. Такое понимание перинатального периода соответствует принятому в ряде европейских стран так называемому периоду первичного развития (primal period). В этот период включается стадия «внутреннего вынашивания» и стадия «внешнего вынашивания» уже в социальной среде (М. Оден., 2006).

### **3. ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ.**

Многие ученые из разных стран отмечают необходимость интеграции акушерства, неонатологии, психологии, психотерапии, социологии, генетики, философии и других дисциплин для улучшения охраны здоровья матери и ребенка.

Рассмотрим более подробно определения понятий перинатальная психология и психотерапия.

**Перинатальная психология** – это область психологической науки, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать-дитя», закономерности самых разных этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью.

Перинатальная психология включает в себя следующие разделы:

- психология зачатия;
- психология беременности;
- психология родов;
- психология раннего постнатального периода;

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

Основные разделы перинатальной психотерапии:

1. Психотерапия на этапе планирования зачатия ребенка
2. Психотерапия на этапе беременности
3. Психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка

Дополнительные разделы:

1. Психотерапия пациенток, у которых нервно-психические расстройства связаны с проблемами перинатального периода
2. Психотерапия семей, имеющих проблемы с зачатием
3. Психотерапия нервно-психических расстройств, возникающих в связи с утратой плода или младенца

Особенности перинатальной психотерапии:

- диадический характер объекта воздействия (система мать-дитя)
- семейный характер проблем, которые необходимо решать
- низкий уровень осведомленности пациентов о возможности получения помощи
- необходимость активного выявления нуждающихся в терапии и формирование у них мотивации на лечение

- ятрогенный характер ряда нарушений
- последовательная смена целей терапии, связанная со стадиями жизнедеятельности семьи
- предпочтительность краткосрочных психотерапевтических методик, дефицит специфических методических разработок
- недостаточное количество специалистов в данной области
- профилактическая направленность

#### **4. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ В УКРАИНЕ.**

К сожалению, особенностями перинатальной психотерапии в Украине является отсутствие клинических протоколов ведения таких пациенток, крайне низкая доказательная база, отсутствие научных исследований.

Из направлений психотерапии, используемых в перинатальной сфере, описаны следующие: психоаналитическая, краткосрочная позитивная по Добрякову, телесно-ориентированная, семейная системная, экзистенциальная.

Когнитивно-поведенческая психотерапия представлена довольно поверхностно, как «терапия, которая помогает научиться распознавать мысли и иначе реагировать на стрессогенные ситуации».

Целью данной работы является более глубокое изучение возможностей использования когнитивно-поведенческой психотерапии в перинатальной сфере.

##### **Направления использования КПТ в перинатальной области:**

1. Подготовка к зачатию
2. Привычное невынашивание
3. Психогенное бесплодие
4. Психологическое сопровождение беременности
5. Психотерапия беременных
6. Роды (подготовка и ведение)
7. Послеродовая депрессия
8. Перинатальные потери

##### **Почему КПТ?**

Характеристики КПТ, которые делают ее особенно ценной при работе с беременными:

1. Высокая эффективность. Несмотря на то, что научных исследований непосредственно доказывающих эффективность применения КПТ у беременных мало, известно, что у данной группы пациенток основными патопсихологическими синдромами являются тревожный и депрессивный. Эффективность КПТ при данных расстройствах не вызывает сомнений.
2. Краткосрочность.
3. Четкая ориентация на проблему.
4. Совместная работа
5. Эмпирический подход

## **5. ПСИХОТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ.**

Наиболее часто встречающимися нарушениями эмоционального фона у беременных являются тревожные и депрессивные синдромы.

### **5.1. ДИАГНОСТИКА**

Диагностика нарушений психо-эмоционального состояния у беременных имеет некоторые особенности и сложности.

- Врачи акушеры – гинекологи имеют во время постановки на учет и при текущих осмотрах беременных ограниченное время и довольно большой объем задач, поэтому часто эмоциональное состояние женщины остается за пределами их внимания.
- Многие нарушения рассматриваются в рамках условной нормы, как обычное явление во время беременности (повышенная тревожность, утомляемость, раздражительность, нарушение сна, аппетита).
- Беременные часто склонны скрывать свои негативные чувства и мысли из-за боязни социального неодобрения.

В нашем обществе существует предвзятое отношение к понятиям «психотерапевт», «психолог». Стоит отметить, что сейчас это проявляется меньше, чем раньше, однако, такая проблема по-прежнему существует. Фраза: «Если меня направили к психологу, то, значит, доктор думает, что со мной что-то не так?» - довольно распространена в женских консультациях. Так как перед врачом-психотерапевтом женской консультации стоит в первую очередь психопрофилактическая задача, а уже потом психотерапевтическая, для решения данной проблемы акушер-гинеколог может предложить женщине посещение общих групповых занятий по интересующим ее темам, которые проводит перинатальный психолог или психотерапевт. В дальнейшем, если женщина себя комфортно чувствует, у нее складываются доверительные отношения

с терапевтом, они могут продолжать индивидуальную или групповую психотерапевтическую работу. Во время подобных занятий может быть проведена психоэдукация по поводу основных психо-эмоциональных нарушений во время беременности и способов их преодоления.

## 5.2. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВАНИЕ

Основными методами обследования являются клиническое интервью и наблюдение.

Начинается обследование, как принято в классической модели КПТ, со знакомства с женщиной (если до этого терапевт и беременная не были знакомы). Если знакомство состоялось ранее, то эта встреча очень важна, так как меняются роли, беременная становится пациентом психотерапевта, чаще всего в первый раз в своей жизни. Ей важно чувствовать себя в безопасности, поэтому терапевт должен донести ей, что речь не идет о том, что больной человек пришел к врачу лечиться, а что они - одна команда, задачей которой является справиться с имеющейся проблемой. Такой подход в работе с беременными представляется особенно актуальным, так как эта категория женщин чувствует себя более уязвимыми и требует бережного отношения. Важно выяснить какие ожидания есть у женщины, как она представляет себе процесс психотерапии, потому что часто обращение к терапевту воспринимается, как поход за полезными советами.

Следующий этап – исследование проблемы, с которой обратилась женщина. Кроме самого описания проблемы терапевта интересуют не только факты, но и какие чувства, мысли, действия и физиологические реакции возникли в ответ на происходящее. Кроме основных вопросов, указанных в плане обследования, беременным необходимо задать специальные, касающиеся ее положения:

- отношение к зачатию и беременности;
- чувства, которые испытывали, узнав о беременности, и как они менялись с течением времени;
- отношение к себе беременной и к переменам, которые происходят в теле;
- фантазии о малыше и отношение к нему;
- как беременность повлияла на взаимоотношения с мужем и близкими;
- как изменился социальный статус.

Далее исследуем настоящее женщины, чем наполнена ее жизнь в данный момент. Уточняющие вопросы помогают выявить возможные сопутствующие проблемы, а также найти ресурсы.



Не менее важен и следующий этап - исследование прошлого. В нем, как правило, есть указания на причины происходящего.

В качестве дополнительного метода обследования у беременных чаще всего используется скрининг - тест отношений беременной (по Добрякову И.В.), который позволяет определить тип **психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД)**.

С наступлением беременности у женщины происходит формирование **гестационной доминанты (ГД)**.

ГД - включает психологический и физиологический компоненты и обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения ЦНС, обладающего повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности, и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры.

ПКГД - представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы.

Негативные воздействия среды могут отрицательно влиять на организм женщины и приводить к возникновению конкурирующей **стрессовой субдоминанты**.

Выделяют пять видов ПКГД:

1. **оптимальный** - отмечается у женщин, относящихся к своей беременности ответственно, но без лишней тревоги. В этих случаях, как правило, супружеский холон зрелый, отношения в семье гармоничные, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный тип способствует формированию гармоничных отношений с малышом.

2. **гипогестогнозический** - характерен для женщин с явным или скрытым бессознательным принятием своей беременности. Часты высказывания «я не испытываю никаких

особых эмоций, связанных с моей беременностью», «я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах», «я не задумываюсь о предстоящем материнстве». Женщины данного типа с одной стороны планируют беременность, так как опасаются, что с возрастом риск возникновения осложнений повышается. С другой стороны, они не склонны менять жизненный стереотип, у них не хватает времени встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения.

3. **эйфорический** - при таком варианте у женщин преобладает повышенный фон настроения, они видят будущее только в «розовом» свете, уверены в благополучном исходе родов. В отличие от нормального хорошего настроения, способствующего адекватной оценке происходящего, эйфория делает беременных женщин нечувствительными к объективной реальности. При возникновении каких-то проблем, осложнений течения беременности они застают женщину врасплох, воспринимаются чрезмерно эмоционально, их тяжесть преувеличивается. Трудности, связанные с родами, послеродовым периодом, заботы о малыше также оказываются неожиданно удручающими.

4. **тревожный** - характеризуется высоким уровнем тревоги, что влияет на соматическое состояние беременной. Часто женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. С момента осознания своей беременности женщина находится во власти плохих предчувствий, в постоянном нервном напряжении. Ее характеризуют такие личностные черты, как ранимость, мнительность, повышенная утомляемость, суетливость, эмоциональная лабильность, неуверенность в себе, повышенное чувство ответственности.

5. **депрессивный** - проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового малыша, боится умереть в родах, высказывает дисморфоманические идеи. Женщина считает, что беременность изуродовала ее, боится быть покинутой мужем, часто плачет. В тяжелых случаях появляются сверхценные идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции.

По данным Филипповой Г.Г. оптимальный тип ПКГД диагностируется у 70% женщин. Беременные с тревожным и депрессивным типами ПКГД, составляющие 22% требуют особого внимания.

После тщательного обследования, терапевт вместе с пациентом переходят к составлению формулирования, одного из ключевых этапов терапии. Совместное понимание сути проблемы, критического события, после которого началось ухудшение, факторов склонности, модифицирующих факторов, ресурсов, механизмов, поддерживающих проблему, глубинных убеждений, коупинг-стратегий, определение целей работы является ключом к построению эффективного плана терапии. Формулирование, как правило, изображается графически, выглядит просто, понятно и используется на протяжении всего процесса терапии. Важно, чтобы формулирование было «живое» и в него по ходу терапии при необходимости вносились изменения.

Далее составляется план терапии и начинается непосредственно психотерапевтическая работа.

В связи с тем, что при различных нарушениях и формулирование и терапия будут отличаться, рассмотрим их на конкретных примерах.

### **5.3. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ**

#### **5.3.1. ТРЕВОГА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ**

Проблемы тревожности, тревоги, страхов и фобий беременных довольно широко представлены в работах перинатальных психологов. При этом толкование и понимание этих терминов не всегда однозначное.

Понятие тревоги в медицинской практике появилось еще в конце 19 ст., когда З.Фрейд выделил в качестве отдельного заболевания «невроз тревоги», включающих четыре клинических признака: раздражительность, постоянное тревожное состояние, приступы паники, вторичное физическое избегание. Он подробно описал соматические симптомы, сопровождающие тревогу: дрожь в теле, затрудненное дыхание, потливость, тошнота ит.д.

Современные ученые, занимающиеся перинатальной психотерапией (например, Добряков И.В.), описывают тревогу, как эмоцию, отражающую переживания ожидания, возникающие в ситуации неопределенности, допускающей неблагоприятное развитие событий. Именно в такой ситуации оказывается беременная женщина, - чем больше неопределенность будущего, тем выше тревога.

Тревожность – это черта личности, проявляющаяся в том, что объективно безопасные обстоятельства воспринимаются, как содержащие угрозу.

Страх определяется, как эмоциональная реакция на конкретную угрозу, проявляющуюся в виде вегетативных изменений, связанную с угрозой благополучию, здоровью или жизни.

Закономерно и нормально некоторое повышение уровня тревоги у беременных женщин, испытывающих дефицит информации о том, как будет протекать беременность, идти развитие плода, каким образом и с каким результатом пройдут роды. Благодаря этим эмоциям женщины становятся более ответственными, осторожными, бережнее относятся к своему здоровью. Это способствует адаптации женщины к ее новому состоянию.

Патологический характер тревога и страх принимают при несоответствии их интенсивности и особенностей тому объекту, который их вызвал.

У тревожных женщин довольно часто отмечается сочетание изначально высокого уровня тревожности (как устойчивой личностной характеристики) и интенсивности реакций на актуальные проблемы, возникающие во время беременности.

Известный перинатальный психолог, профессор Филиппова Г.Г. описала факторы, влияющие на адаптацию к беременности:

1. Несформированность адаптационных механизмов, ведущая к невротическим и психосоматическим формам реагирования, что, в свою очередь, ведет к нарушению репродуктивной функции.
2. Мотивационный конфликт или незрелость мотивации рождения ребенка, принятие себя в роли матери.
3. Наличие объективных причин, осложняющих адаптацию к беременности и материнству:
  - нарушение здоровья женщины, осложняющее зачатие, вынашивание беременности и реализацию материнских функций;
  - нарушение развития ребенка;
  - осложнения в сфере семейных и социальных отношений, катастрофы и другие стрессовые обстоятельства.

В последнее время появились работы, целью которых является изучение уровня реактивной и ситуативной тревожности у беременных с учетом субъективного контроля. При нормальном уровне женщина адекватно оценивает свою роль в наступлении и развитии событий, происходящих в ее жизни, а также допускает влияние на них внешних факторов, от нее не зависящих. Если ответственность за события она принимает на себя, объясняя их своим поведением, характером, способностями, то это говорит о наличии у нее внутреннего (интернального)

контроля. Если доминирует склонность приписывать причины происходящего внешним факторам (окружающей среде, судьбе, случаю), то это свидетельствует о наличии внешнего (экстернального) контроля.

В исследовании Бабич Т.Ю. установлено, что примерно у половины беременных отмечается умеренный уровень личностной и ситуативной тревожности и нормальный уровень locus-контроля, что является оптимальным уровнем «полезной тревоги», позволяющей адекватно реагировать на развитие беременности и предстоящие роды.

Низкий уровень личностной тревожности наиболее часто имеет место у женщин экстернального типа субъективного контроля, а высокий и низкий уровни ситуативной тревожности - соответственно у беременных экстернального и интернального типов.

Важность данной проблемы подчеркивают результаты исследования, которое проводилось в рамках Европейского Международного проекта ELSPAC (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood). Основная цель проекта - определение состояния здоровья беременных женщин и рожденных ими детей на рубеже XX - XXI столетий.

Фокусным исследованием психо-эмоционального состояния были охвачены 1200 беременных женщин на разных сроках беременности в возрасте 23- 35 лет.

Были получены следующие результаты, описывающие динамику состояния по триместрам:

- 67% женщин в первом триместре чувствовали себя неуверенно, испытывали амбивалентные чувства, которые в свою очередь вызывали тревогу;
- 78% женщин во втором триместре испытывали относительное спокойствие;
- у 40% женщин в третьем триместре отмечались тревожные и депрессивные реакции, ночные страхи, повышенная слезливость, раздражительность.
- Среди женщин с угрозой прерывания беременности у каждой третьей наблюдались тревожное предчувствие, страх, панические атаки.

Гестозы были отнесены в группу психосоматических состояний.

У 32% опрошенных женщин перед родами отмечались неуверенность в своих силах и страх перед будущим материнством.

Результаты и выводы данного исследования:

1. Выявленные особенности динамики психологического состояния женщин во время беременности требуют особого внимания к данной проблеме и показывают необходимость дополнительных усилий для развития и расширения заинтересованности со стороны теоретических и практических направлений научного поиска ее решения.
2. Одним из принципиально важных направлений подготовки к материнству является проведение психотерапевтической коррекции с целью повышения психологических и адаптационных возможностей, организация поддержки беременной в семье и социальном окружении.
3. Развитие перинатальной психологии и психотерапии, как нового направления науки обуславливает пересмотр традиционных взглядов на женщину, беременность, родовой процесс, что может существенно повлиять на формирование новых принципов взаимодействия с беременной, роженицей, новорожденным ребенком, изменение взгляда на проблемные вопросы социального сопровождения и медицинского ведения беременной.
4. Изменение отношения будущей мамы и ее семьи к переменам в поведении беременной, адекватное отношение к грудному вскармливанию и необходимости общения с еще не родившимся ребенком, знание психологии ребенка первого года жизни способствуют рождению здорового, желанного ребенка.

В опубликованных статьях и книгах, касающихся различных вопросов перинатальной психологии, довольно много внимания уделяется вопросам диагностики различных изменений психо-эмоциональной сферы женщин, и практически нет данных о конкретных психотерапевтических методиках, применяемых для коррекции подобных состояний.

КПТ, без сомнения, сможет занять достойное место среди направлений психотерапии, используемых в перинатальной области. Впереди много работы, потому что КПТ любит доказательства. Все, что представлено ниже - это гипотезы, предположения и личный опыт.

### **Тревога беременных в модели КПТ**

В связи с тем, что тревожные реакции у беременных очень распространены, а, согласно современных протоколов, КПТ является методом выбора при тревожных расстройствах, то можно предположить, что КПТ может эффективно использоваться в работе с беременными. Это тем более важно в связи с тем, что во время беременности значительно ограничены возможности применения медикаментозной терапии.

Тревога является нормальной, жизненно-важной реакцией человека на опасность. С другой стороны – это одна из наиболее неприятных эмоций, которые испытывает человек. Причем, чем внезапнее происходит событие, и чем большее значение для жизни человека оно имеет, тем более выражена стрессовая реакция. Это в полной мере можно проследить в тот момент, когда женщина узнает, что беременна. Даже, если беременность желанная и планируемая, то перед женщиной встает огромное количество вопросов и задач, которые в «прошлой» жизни были не актуальны. Возникает тревога, разум и тело готовятся к тому, как с ней справиться. Вырабатывается адреналин, и в зависимости от индивидуальных особенностей психики, организм реагирует или «борьбой» (сразу стать на учет в ЖК, делать всевозможные обследования, сдавать анализы, много читать в интернете), или «бегством» (скрывать от окружающих свое положение, стараться не думать об этом), или «замиранием» (вести прежний образ жизни, как будто ничего не произошло). Если беременность наступила неожиданно, то все эти реакции будут еще более выражены.

В норме тревога имеет линейный характер: происходит ситуация, которую человек расценивает как опасную, усиливается тревога, затем он оценивает степень опасности и, если она не представляет угрозы (или можно предпринять какие-то действия, чтобы уменьшить степень опасности), тревога снижается. В этой реакции задействованы четыре системы: эмоции, мысли, поведение и физиология.

*Например, Анна, узнав о том, что беременна, стала тревожиться по поводу своих взаимоотношений с мужем. Она всегда была стройной, имела красивую фигуру, и это очень нравилось ее мужу. Ее стали беспокоить мысли о том, что в скором времени ее тело изменится, она станет «бесформенной» и перестанет быть привлекательной для мужа. После нескольких тревожных дней, она решила спросить у мужа, о чем он думает, когда видит беременных женщин на большом сроке? С удивлением она узнала, что они выглядят очень мило, как «неуклюжие медвежата» и кажется «светятся» изнутри, а когда смотришь на них, то улыбаешься сам себе. Он знал, почему Аня спросила об этом, обнял ее и попросил, чтобы она ни о чем не беспокоилась. Сказал, что любит ее и их будущего малыша, и после родов, если она захочет, он поможет ей вернуться в прежнюю форму.*

В подобной ситуации реакция тревоги является нормальным адаптационным механизмом, позволяющим приспособиться к меняющимся жизненным обстоятельствам.

Патологической тревога становится тогда, когда степень опасности преувеличена и не соответствует реальной угрозе. Тогда процесс становится циклическим, мысли и поведение начинают поддерживать и усиливать тревогу.

*Пример: Татьяна, 30 лет, обратилась на прием в сроке 12 недель с жалобами на многократную рвоту в течение дня, по рекомендации участкового акушера-гинеколога, который объяснил, что физиологических причин такой частой рвоты не видит. Татьяна, юрист по образованию, совсем недавно устроилась на фирму, работать в которой давно мечтала. Спустя несколько недель узнала, что ожидает ребенка. Причем беременность была очень желанная, они с мужем давно хотели детей, но беременность несколько лет не наступала, и супруги почти потеряли надежду. Условия работы были таковы, что весь день необходимо было сидеть за компьютером и коллеги мужчины периодически курили в рабочем помещении. Стало понятно, что в таких условиях здоровую беременность не выносишь, но и сказать начальнику о своей беременности Татьяна боялась, так как думала, что он ее уволит.*

*Уровень тревоги в рабочее время был 100 из 100! Забегая немного вперед, чтобы закончить эту историю, напишу, что после пятой сессии Татьяна пошла на прием к начальнику, рассказала, что беременна, он удивился, почему она решила, что ее будут увольнять, оказалось, что у него трое детей, жена беременна четвертым, и, вообще, он очень любит детей. Был изменен рабочий график, большую часть работы можно было выполнять дома, коллеги перестали курить в кабинете. С того дня, рвоты не было ни разу до конца беременности. В положенный срок Таня родила здорового крепкого малыша.*

На данном примере можно проиллюстрировать все основные компоненты тревожной реакции, которые образуют поддерживающий цикл:

- мысли - я могу потерять ребенка, меня могут уволить;
- эмоции – выраженная тревога, страх;
- поведение - избегание разговора с начальником;
- физиологическая реакция - рвота.

На данный момент описаны шесть основных процессов, участвующих в поддержании искаженных убеждений об опасности (Clark, 1999):

1. Защитное поведение: действия, которые осуществляются для того, чтобы не случилось ничего плохого. Иногда защитное поведение может быть функциональным,



например, сделать УЗИ три раза во время беременности в соответствии с клиническими протоколами, а может быть дисфункциональным - делать УЗИ каждые две недели, чтобы убедиться, что с ребенком все в порядке.

2. Фокус внимания может быть направлен на признаки угрозы (читать в интернете сообщения только об осложнениях беременности) или от признаков угрозы (совсем ничего не читать и не интересоваться).
3. Спонтанные образы (представление в воображении, что ребенок имеет какие-то пороки развития).
4. Эмоциональное мышление: «Если я чувствую, что с ребенком что-то не так, то с ним действительно что-то не так».
5. Процессы памяти (избирательные воспоминания из рассказов родственников или знакомых о проблемных ситуациях, связанных с родами).
6. Интерпретация признаков тревожной реакции, как угрожающего события (женщина, которая несколько часов не слышит шевелений малыша, думает, что произошло самое страшное).

Еще один важный механизм, поддерживающий тревогу, в том числе и у беременных, это переживания - руминативные тревожные раздумывания с генерированием катастрофичных сценариев будущего.

Несмотря на то, что иногда переживания могут быть полезными и играть защитную роль, когда они становятся длительными и тяжелыми, они значительно снижают качество жизни. Отличия между полезными и неполезными переживаниями рассмотрим в разделе о лечении.

Вместе с беременной важно детально разобрать «формулу тревоги»: тревога прямо пропорциональна оценке вероятности угрозы и оценке последствий опасной ситуации и обратно пропорциональна оценке собственной способности справиться и оценке наличия помощи извне и ресурсов.

Таким образом, тревога тем выше, чем больше угроза и чем катастрофичнее последствия. Соответственно снижает тревогу уверенность в своих силах и возможности справиться, наличие внешней помощи и ресурсов.

Особенностью диагностики является то, что у беременных не ставится диагноз тревожного расстройства. Если симптомы появились во время беременности, может быть диагностирован тревожный синдром.

Когда стоит обратить внимание и мотивировать для получения психотерапевтической помощи:

- неадекватность когнитивной оценки угрозы;
- «ошибочность» реакции тревоги;
- нарушение функционирования;
- выраженность и длительность реакции тревоги;
- субъективные страдания женщины.

*Светлана, 35 лет, переводчик.*

*Обратилась в 25 недель беременности с жалобами на постоянное чувство тревоги, ощущение «камня» за грудиной, частые приступы сердцебиения в моменты беспокойства, трудности с засыпанием вечером, частые пробуждения по ночам. По словам женщины «в голове крутится одновременно огромное количество мыслей и никак не получается их собрать». Она сообщила, что очень устала от этого состояния и никак самостоятельно не может с ним справиться, и это точно навредит ее будущему малышу. Самочувствие ухудшалось еще и тем, что Светлана всегда считала себя сильным человеком, способным решить любую проблему и даже, если в ее жизни случались сложные ситуации, она просто прилагала еще больше усилий и всегда находила выход. Она точно знала, если в жизни все держать под контролем, то это уберезет от неожиданностей. Ей было очень трудно обратиться за помощью, она долго не решалась, думала, что должна справиться сама. До того, как прийти на индивидуальную консультацию, Светлана посещала курсы дородовой подготовки и уже там обращали на себя внимание некоторые особенности поведения: она посетила абсолютно все занятия, которые были предусмотрены программой (в количестве 15), некоторые по два раза, все тщательно записывала, всегда задавала много вопросов, переспрашивала, боялась что-то упустить, говорила, что после занятий ей становилось легче, но ненадолго, дома она перечитывала конспекты и у нее возникало еще больше вопросов. Ее больше всего угнетала мысль, что она всегда все в жизни делала на отлично, а когда дело дошло до самого главного, рождения ребенка, у нее ничего не получается.*

*Светлана замужем 5 лет, в целом у нее хорошие взаимоотношения с мужем, они любят друг друга и ценят свою семью. До свадьбы молодые люди встречались 7 лет, на неоднократные предложения мужа расписаться, Светлана отвечала отказом, так как боялась, что не сможет стать безупречной женой и согласилась только тогда, когда поняла, что может потерять отношения с любимым человеком. В последнее время между супругами возникло напряжение, так как муж стал замечать, что со Светланой что-то не так, на все его вопросы она отвечала, что все в порядке. Она не могла признаться в своих чувствах, ведь свекровь, которая иногда приходила к ним в гости, с большим умилением рассказывала, что беременность – это огромная радость. То время, которое женщина раньше проводила с мужем вечером, гуляя по парку, она стала проводить в интернете в поисках ответа на вопрос, что с ней? А вечером, когда не могла заснуть думала о том, что она одинокая и ее никто не понимает.*

*Детство у Светланы было «как у всех». Родители много работали и заботились в основном, чтобы девочка была не голодна, одета, обута и имела «все как у людей». Мама всегда беспокоилась о том, что скажут люди, поэтому в доме всегда должен был быть идеальный порядок, еда приготовлена, одежда чистая, в дневнике пятерки. О своих трудностях маленькой Светочке не с кем было поговорить, так как мама на все реагировала «как будто произошла катастрофа», и потом, при случае, все вспоминала и представляла в «перевернутом виде». Было несколько случаев, когда девочка что-то рассказывала маме «по секрету», а узнавала об этом от совсем посторонних людей. Света с детства поняла, что все свои проблемы она должна решать сама. Отношения родителей не сложились, они развелись, когда Свете было пять лет, в дальнейшем встречи с отцом были редкими, но в эти моменты дочка чувствовала, что отец гордится ее успехами. Она с отличием окончила школу и университет, самостоятельно построила карьеру, работает сейчас руководителем учебной части на одной из кафедр университета, на работе ее очень ценят как ответственного, порядочного, трудолюбивого человека, который никогда никого не подводит и может справиться с любым заданием. С мамой сейчас хорошие отношения, но долго в одном месте им находится сложно, так как мама пытается везде навести «свой порядок».*

*У Светланы есть близкие подруги, на работе хорошие отношения с коллегами, с мужем они любят путешествовать, увлекается кулинарией, изучает иностранные языки.*

### **Краткое описание хода терапии:**

#### **Первый этап терапии.**

На первых двух сессиях было проведено обследование, установлен диагноз, проведена психоэдукация, социализация в модель КПТ, в конце совместно проработано формулирование, оговорены цели терапии.

Диагноз: Беременность 25 недель, тревожный синдром.

Проведен тест на определение типа ПКГД, вывод - тревожный тип.

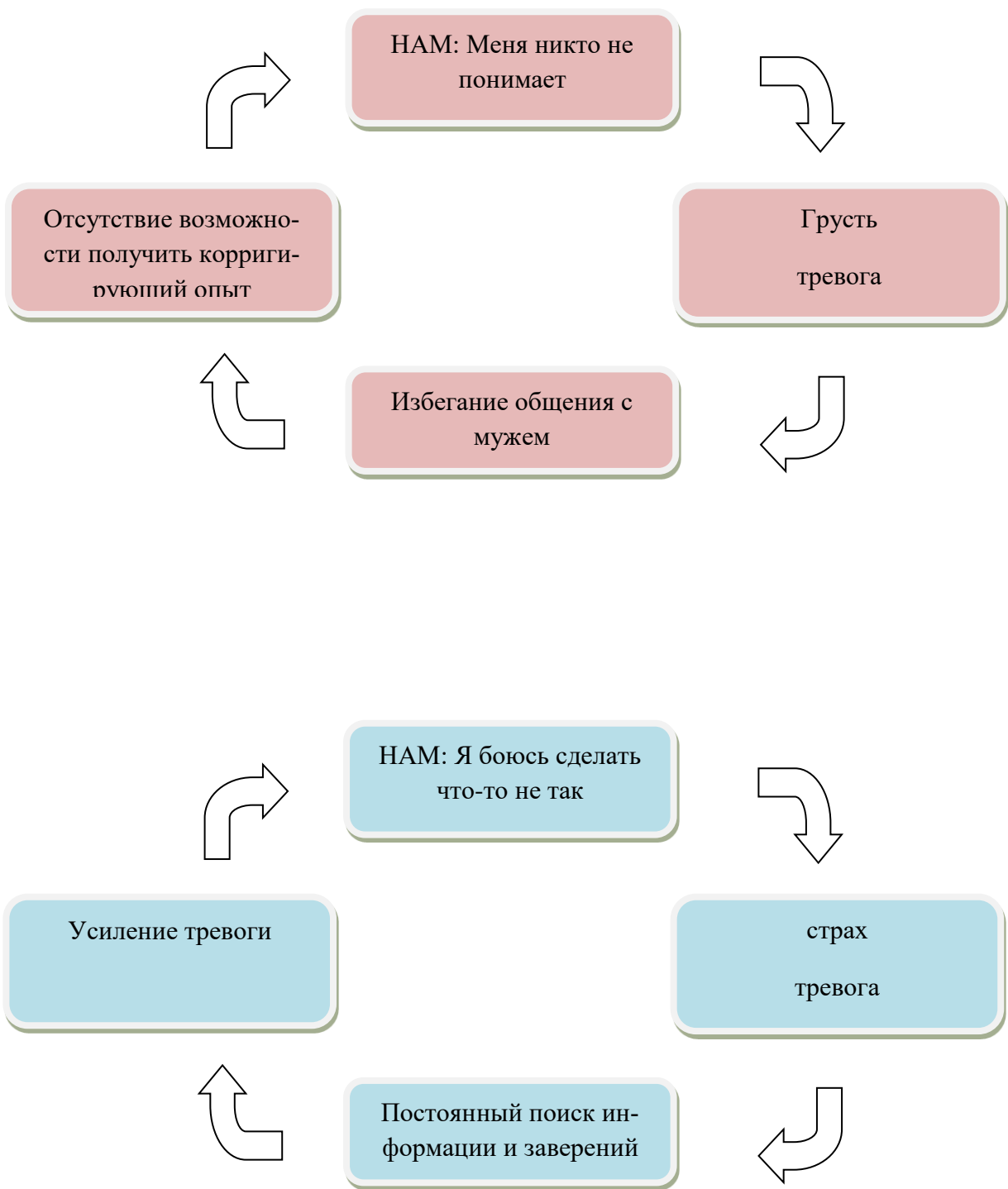
Оценка уровня тревоги по шкале Бека 16

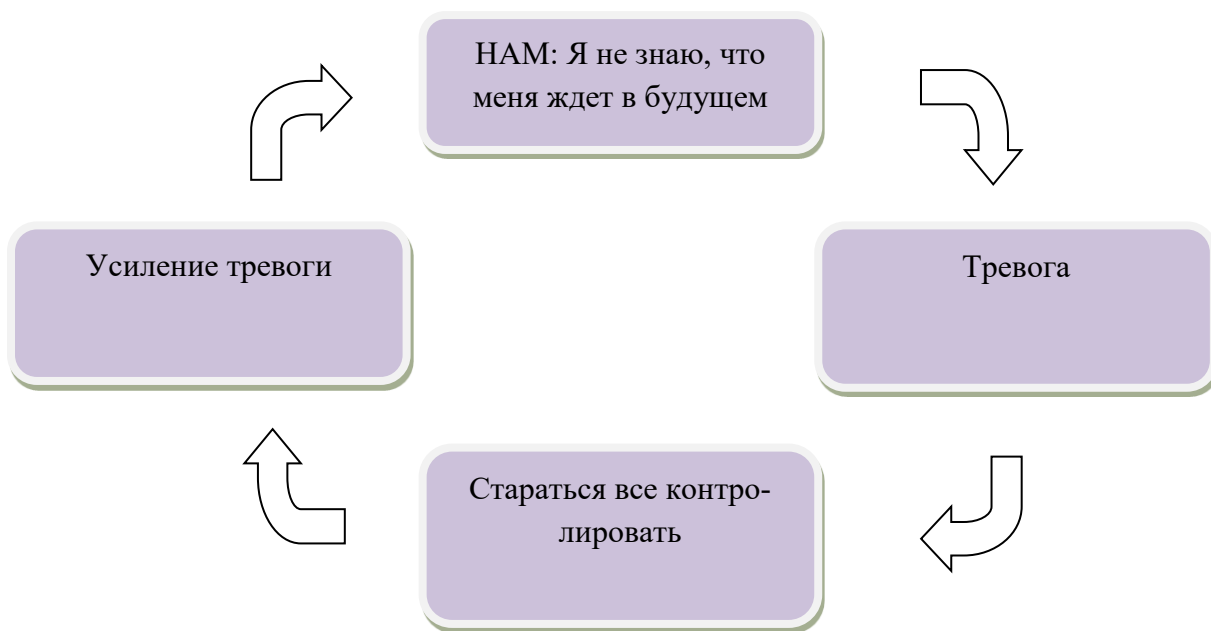
Уже после первых сессий состояние пациентки несколько улучшилось, она узнала, что такое тревога, чем она вызвана, какими механизмами поддерживается, появилась надежда, что с таким состоянием можно справиться. Светлане понравилось, что она сможет принимать активное участие в терапии, и особенно то, что в конце каждой сессии предполагается обратная связь, и она честно может сказать то, что думает. С удивлением для себя отметила, что она еще никому о себе столько не рассказывала.

#### Диагностическое формулирование, Светлана, 35 лет



**Поддерживающие циклы:**





В домашнее задание после второй сессии вошло составление более конкретного и подробного списка целей, одним из пунктов рабочего плана на третьей сессии было обсуждение этого списка. В результате работы были определены следующие цели:

- I.
  - Научиться отличать в каких ситуациях тревога полезна, а в каких чрезмерна;
  - Контролировать время, проведенное в интернете, свести его к минимуму;
  - Разговаривать со знакомыми на разные темы, а не только о беременности;
  - Научиться расслабляться;
  - Вернуться к своим любимым занятиям (изучению языков, кулинарии);
  - Пойти в бассейн и на гимнастику для беременных;
- II.
  - Больше времени проводить с мужем, разговаривать о том, что беспокоит.
  - Научиться больше доверять мужу, не бояться обсуждать «сложные» темы.

### **Второй этап терапии.**

После того, как были сформированы теплые, доверительные отношения, стали понятны причины и механизмы, поддерживающие выявленные проблемы, четко определены цели, - начался следующий этап – непосредственная психотерапевтическая работа.

Основные задачи этого этапа: научиться отличать полезные и неполезные переживания, выработать позитивное отношение к проблемам, увеличить толерантность к неизвестности, справиться с избеганием, усилить уверенность в способности справиться с трудностями,

научиться жить «здесь и сейчас», получать удовольствие от беременности, уменьшить время, которое уходит на переживания.

На данном этапе работа началась с основных когнитивных техник: ведение дневника мыслей, Сократовский диалог, оценивание негативных автоматических мыслей, взвешивание плюсов и минусов, выявление когнитивных искажений, поиск альтернативного, более сбалансированного видения имеющихся проблем и их решения.

Были выявлены основные проблемные когниции:

- Я не смогу справиться с уходом за ребенком, я ничего не знаю и не умею;
- Я боюсь, что по моей вине с ребенком случится ужасное;
- Я всегда буду жить в страхе;
- Отношения с мужем уже натянутые, а дальше будут еще хуже;
- Моя жизнь уже никогда не будет мне принадлежать;
- Если он родится с отклонениями, то моя жизнь будет ужасной;
- Если с ребенком что-то случится, я не смогу дальше жить;
- Я не справлюсь в родах, не смогу перенести боль, все забуду, о чем говорили;
- Я боюсь будущего;
- Меня никто не понимает.

Когда альтернативные мысли были найдены, для их тестирования использовались поведенческие эксперименты. Например, гипотеза А: «Если я за целый день ни разу не открою интернет, то к вечеру тревога будет такая, что я не смогу ее выдержать». Гипотеза В: «Если я запланирую на день какое-то приятное занятие (встречусь в парке с подругой, которую давно не видела), а вечером приготовлю мужу романтический ужин, то смогу не включать в этот день компьютер, а если тревога к вечеру усилится, то смогу ее перетерпеть.» В результате ПЭ оказалось, что гипотеза В подтвердилась, в течение дня тревога несколько раз незначительно поднималась (3 из 10), но Светлана продолжала заниматься запланированными делами и тревога через некоторое время снижалась сама собой.

Было проведено несколько ПЭ-наблюдений. Например, поинтересоваться у десяти своих подруг и знакомых, у которых есть дети, были ли среди них женщины, которые вообще не смогли научиться уходу за малышом, и, если у них были трудности, как они с ними справлялись.

Три сессии было посвящено работе с полезными и неполезными переживаниями, преодолению негативного отношения к проблемам. Например, вероятность того, что ребенок мог родиться с серьезными аномалиями развития после получения трех нормальных результатов УЗИ, сделанных разными высококвалифицированными специалистами, Светлана оценила, как очень низкую (1 из 100). Когда речь шла о полезных переживаниях, например, о напряженных отношениях с мужем, был разработан четкий план, что можно было бы сделать для решения этой проблемы в целом, и что можно сделать прямо сейчас (Светлана после сессии решила позвонить свекрови и договориться о совместном семейном ужине). По поводу негативного отношения к проблемам пациентка была удивлена, потому что всегда старалась решать возникающие вопросы, но цена, которую она за это платила, была слишком высока (постоянное напряжение и ощущение, что все лежит на ее плечах).

Наиболее сложной была работа с непереносимостью неизвестности. Людям, которые хотят все контролировать, очень тяжело принять тот факт, что в жизни бывают моменты, которые контролировать невозможно. Один из таких моментов - внутриутробная жизнь ребенка, его рождение. На сессиях внутренняя работа на эту тему только начинается, а длительность ее зависит от многих факторов. Умение отличить то, на что человек может повлиять, и то над чем он не властен - большое искусство, которое, в конечном итоге, освобождает его от разрушительной тревоги. Светлана была рада, что она впервые имела возможность задуматься об этом. Многие беременные женщины видят в неизвестности угрозу, негативный сценарий, и бывают удивлены, когда начинают осознавать, что все хорошее тоже приходит к человеку из неизвестности. Дальше, используя Сократовский диалог, можно оценить преимущества и недостатки неизвестности. В конце на вопрос о том, хотели бы они знать всю свою жизнь наперед, задумываясь на минуту, беременные обычно отвечают – нет, ведь нет ничего более непредсказуемого, тайного и необъяснимого, и от этого очень трогательного и волнующего, чем появление на свет нового человека.

Вся следующая сессия была полностью посвящена активизации ресурсов. Светлана вспомнила, что давно не встречалась с подругами, перестала заниматься иностранными языками, давно хотела, но не было времени, пройтись по детским магазинам. В последнее время она часто отказывала своим ученикам, и один из них даже ушел к другому преподавателю. Она решила возобновить занятия, потому что любит свою работу и физическое состояние позволяет несколько часов в день уделять ученикам. Безусловным ресурсом для Светланы являются ее отношения с мужем, которые за последнее время значительно улучшились.



На последних двух сессиях этого этапа, пациентка освоила навыки релаксации, а также научилась применять некоторые техники майндфулнестерапии. Особенно полезной ей показалась техника «дозированных размышлений», когда можно выбрать определенное строго ограниченное время обдумывания какой-то мысли, а в остальное время находиться «здесь и сейчас».

Оценка симптомов тревоги по шкале Бека 4

### **Третий этап терапии**

Предупреждение рецидива.

Очень важный этап работы с беременными, потому что этим женщинам в ближайшем будущем предстоит адаптироваться к совершенно новым условиям жизни, возможны разного рода стрессовые ситуации. Задача терапевта - вместе с женщиной еще раз внимательно пересмотреть «коробку инструментов», техники, которые были наиболее эффективны, ресурсы, которые были активизированы, в ролевых играх проиграть наиболее вероятные «сложные» сценарии. Договориться о бустерных сессиях, - обязательно накануне родов и через несколько недель после родов.

### **5.3.2. ДЕПРЕССИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ**

При изучении распространенности психических расстройств в период беременности было установлено, что у 30% беременных женщин выявляются психические нарушения и более половины из них составляет депрессия разной степени выраженности. Н. Bennet и соавторы установили, что депрессия встречается в 7,4% случаев в первом, в 12,8% - во втором и в 12% - в третьем триместре беременности.

Биологической основой перинатальной депрессии являются нейрохимические изменения в головном мозге (функциональный дефицит серотонинергической системы и дисрегуляция норадренергической системы).

Важную роль играют психосоциальные факторы: нежеланная беременность, деструктивные мотивы зачатия, дисгармоничные отношения с отцом ребенка, сложные отношения с собственной матерью, материально-бытовые проблемы, утрата близких.

Своевременная диагностика и эффективное лечение перинатальной депрессии имеют большое значение. Депрессия в период беременности расценивается как фактор риска для развития послеродовой депрессии (примерно в 1/3 случаев). А она, в свою очередь, является причиной нарушений в системе «мать - дитя», формирования различных форм небезопасной привязанности между матерью и ребенком. Такие дети имеют высокий уровень тревоги, испытывают и проявляют мало положительных эмоций, имеют трудности во взаимоотношениях со сверстниками, не склонны принимать постороннюю помощь, у них чаще развиваются невротические реакции и состояния.

### Депрессия в модели КПТ

Основной идеей является то, что возникновению депрессии часто способствуют взгляды человека на мир и негативное отношение его к самому себе. основополагающими факторами в возникновении депрессии и ее продолжительности являются пессимизм, чувство безнадежности и самокритика. Поэтому лечение сосредоточено на попытках определить и изменить способ мышления и поведения, которые поддерживают депрессию. (Д. Вестбрук, 2004). В формировании данной патологии большое значение имеет прошлое человека, так как оно может быть причиной склонности мыслить определенным образом. Основные симптомы, поддерживающие циклы и терапия будут рассмотрены ниже, в описании клинического случая.

*АННА, 24 года, экономист*

*Обратилась за помощью в сроке 30 недель беременности с жалобами на стойкое снижение настроения в течение последних двух недель, чувство безысходности, отсутствие желания общаться с близкими и друзьями, бессонницу, постоянное чувство усталости, полное отсутствие аппетита. Данные симптомы возникли после посещения участкового акушера-гинеколога, который сообщил, что через две недели будет оформлять декретный отпуск и это было для Ани полной неожиданностью. Первой мыслью была: «Если я буду сидеть дома, то сойду с ума». Она всегда вела активный образ жизни, занималась спортом, много ходила пешком, год назад устроилась на хорошую работу, любила встречаться с друзьями, с мужем часто путешествовала. Вышла замуж год назад, познакомились с мужем в автобусе, во время заграничной поездки. Оба очень любили путешествовать, обсуждали, куда бы они хотели поехать вместе, рождение детей планировали ближе к тридцати годам. Когда девушка узнала, что беременна, была просто шокирована, думала о том, что ее жизнь закончена, выхода нет. Спустя несколько дней, решила, что впереди много времени, она не будет об этом думать и продолжит вести обычный образ жизни. Некоторое время так все и было: Аня*

много работала, на работу и с работы ходила пешком (около двух часов каждый день), встречалась с друзьями, каждые выходные устраивали поездки с мужем по интересным местам. Но затем стали все заметнее изменения в теле, она начала чувствовать усталость, коллеги по работе замечали, что Аня стала более рассеянной, забывчивой. О том, что впереди декретный отпуск и в жизни будут происходить значительные перемены, девушка не думала до того момента, пока доктор не сказал, что через две недели - декрет. Перед глазами возникла картинка, нарисованная черными красками: «Посередине комнаты стоит кровать, я лежу на ней лицом вверх, на стене висит телевизор, я целый день его смотрю (хотя телевизор я ненавижу), на окне решетка, вместо люстры сверху качается «лампочка Ильича», кругом полумрак». Появилась мысль: «Я в тюрьме» и чувство безысходности. После этого, приходя с работы, Аня ложилась на диван, подолгу лежала, почти не занималась домашними делами, не хотела говорить с близкими, думала о том, что им хорошо и в их жизни все будет, как раньше, а ее «любимой» жизни больше нет. Первое время часто звонили друзья, интересовались ее самочувствием, Аня не брала трубку или отвечала с неохотой и вскоре звонки почти прекратились. Девушка стала замечать, что сильно злилась на мужа, если он задерживался на работе, после возвращения она устраивала ему скандалы, кричала, обвиняла в том, что он невнимательный, а потом чувствовала себя виноватой и подолгу плакала в своей комнате. Представляла, что муж скоро ее бросит, и она останется одна с ребенком, никому ненужная. Муж по характеру веселый жизнерадостный человек, не привык себя в чем-то ограничивать, любит жену, свою роль видит в материальном обеспечении семьи, много работает, устает и считает, что имеет право иногда отдохнуть с друзьями. Сообщение о том, что в семье ожидается пополнение, воспринял, как приятную неожиданность, обрадовался, но вносить коррективы в свою жизнь не спешил. До тех пор пока Аня себя чувствовала хорошо, в отношениях молодых людей была идиллия. В последнее время муж стал приходить позже с работы, меньше общаться с женой, потому что у нее все время было плохое настроение, сексуальные отношения в паре стали крайне редкими, так как девушка себя плохо чувствовала, а молодой человек не хотел ее лишний раз беспокоить и надеялся, что эта проблема со временем решится сама собой.

Аня была единственным ребенком в семье. Родители очень обеспеченные люди, практически все время проводили на работе. Они редко видели дочь и пытались компенсировать это тем, что ни в чем ей не отказывали. Девочка страдала от этого, она давно привыкла к тому, что у нее все есть, но ей всегда не хватало тепла и внимания. Она думала, что работа для родителей намного важнее, чем она. Иногда она пыталась поговорить с мамой о том, что ее беспокоит, но мама смеялась, говорила, что это не проблемы, предлагала, чтобы Аня взяла

деньги и купила себе что-нибудь. Отношения со сверстниками всегда складывались хорошо, только девочка сомневалась: ее любят или ее деньги. Поэтому всегда держала дистанцию и близких отношений ни с кем не заводила, была уверена, что ее проблемы никому не интересны. Единственным, по-настоящему близким человеком для Ани была бабушка, папина мама, которая ее очень любила, всегда поддерживала, они много времени проводили вечерами в беседах о «жизни». Но, к сожалению, у бабушки было больное сердце, и девочка не хотела расстраивать ее своими «мелкими» неприятностями. Первой большой трагедией для Ани стала смерть бабушки, девочке к тому моменту едва исполнилось 14 лет. Тогда впервые она почувствовала стойкое снижение настроения, ничего не радовало, все время в голове была мысль: «Теперь никому не нужна». Чтобы как-то уменьшить боль и не чувствовать одиночества девушка решила вести как можно более активный образ жизни, все время куда-нибудь ходить, встречаться с друзьями, ездить в клубы, организовывать поездки. Родители поддерживали такую активность, давая все больше денег на разные мероприятия. С тех пор самым сложным для Ани было оставаться дома одной, наедине со своими мыслями, она не знала, как с ними справиться, и они всегда приносили боль. На приеме у врача девушка поняла, что впереди ее ждет то, чего она боялась больше всего - сидеть дома и думать о том, что она никому не нужна.

На первой встрече Анна сказала, что последнее время очень плохо себя чувствует, это заметила ее доктор и сказала, что в женской консультации работает психотерапевт и она может обратиться за помощью. Девушка пришла «просто посмотреть», потому что была уверена, что с мыслями в ее голове ничего сделать невозможно, они «сто лет» там живут и угнетают ее. Большая часть первой сессии прошла «формально», пациентка на все вопросы отвечала коротко и односложно. Ближе к концу ответы стали более распространенными. Во время обратной связи, Аня сказала, что придет на следующую встречу, ей интересно, что будет дальше, потому что еще никто так подробно не интересовался ее жизнью, ее чувствами и мыслями. Стоит обратить внимание, что во время первой сессии девушка совсем не хотела говорить ни о своей беременности, ни о ребенке, обосновывая это тем, что не знает, что об этом думать. Совместно было решено, что пациентка в качестве домашнего задания ответит на вопросы теста отношений беременной (по Добрякову).

Тест содержит три блока утверждений, в каждом три раздела, включающих по пять утверждений, отражающих различные аспекты отношений беременных женщин.

А - отношение женщины к себе беременной

1. Отношение к беременности

- 2. Отношение к образу жизни во время беременности
- 3. Отношение во время беременности к предстоящим родам

В - отношение женщины к формирующейся системе «мать - дитя»

- 1. Отношение к себе как к матери
- 2. Отношение к своему ребенку
- 3. Отношение к вскармливанию ребенка грудью

С - отношение беременной женщины к отношениям к ней окружающих

- 1. Отношение ко мне беременной мужа
- 2. Отношение ко мне беременной родственников и близких
- 3. Отношение ко мне беременной посторонних людей

Вторая сессия практически полностью была посвящена беременности. Отвечая на вопросы теста, Аня впервые позволила себе задуматься о будущем ребенке, о новой жизни, о себе беременной. Прояснив основные моменты, было решено, более подробно исследовать данную тему на одной из следующих терапевтических сессий. В конце второй и начале третьей сессии было составлено формулирование случая.

Диагноз: Беременность 30 недель, депрессивный синдром

Оценка по шкале депрессии Бека 17

Диагностическое формулирование Анна, 24 года, экономист

**Критическая ситуация:**  
Посещение врача, приближение декрета

**Факторы склонности:**

- 1. Холодная мама
- 2. Отсутствие эмоциональной поддержки со стороны родителей
- 3. Потеря близкого человека в подростковом возрасте

---

**Триггеры, модифицирующие факторы:**

- 1. Ограничения, связанные с беременностью
- 2. Разговоры с людьми, которые продолжают жить обычной жизнью



**Глубинные убеждения:**

- 1. Я никому не нужна
- 2. Мои чувства не важны

**Коупинг-стратегии:**

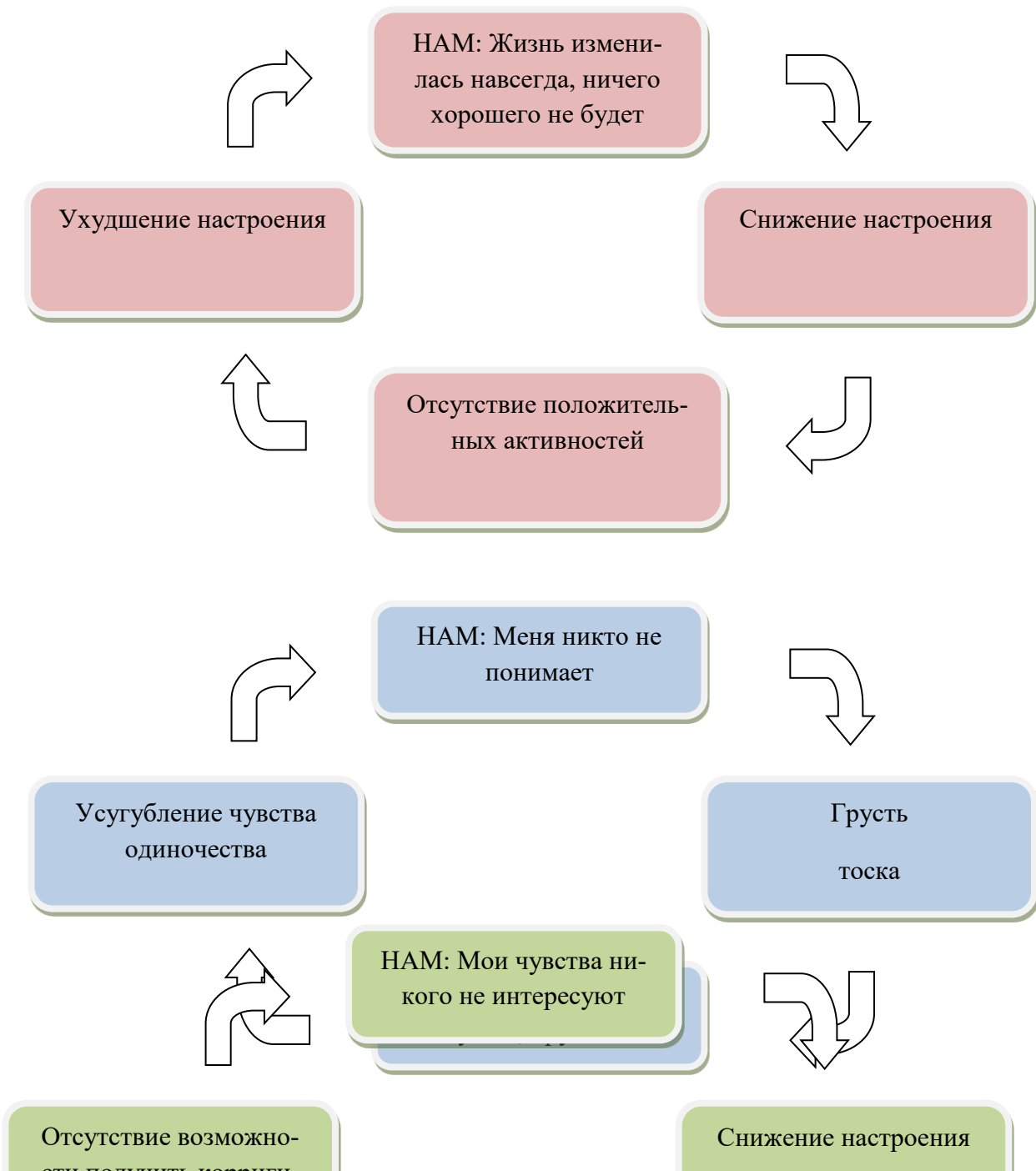
- 1. Быть для всех хорошей, иметь много знакомых
- 2. Не иметь близких отношений
- 3. Искать подтверждение любви
- 4. Не оставаться дома, чтобы не чувствовать одиночества

**Ресурсы:**

1. Семья
2. Спорт
3. Работа
4. Друзья
5. Путешествия

**Цели:**

1. Преодоление депрессии
2. Улучшение отношений с мужем
3. Восстановление отношений с друзьями
4. Повышение самооценки

**Поддерживающие циклы:**

### **План терапии:**

1. Психоэдукация
2. Постановка целей
3. Поведенческая активация, планирование деятельности
4. Когнитивное реструктурирование
5. Улучшение межличностных отношений
6. Предупреждение рецидивов

Несмотря на то, что в долгосрочной перспективе лечения депрессии когнитивное реструктурирование имеет большее значение, терапию обычно начинают с поведенческой активации. Это позволяет несколько улучшить настроение пациента, для того чтобы у него был внутренний ресурс для более сложной работы со своими мыслями.

На 3-6 сессиях с помощью техник «Дневник занятий» и «Еженедельник занятий» были выявлены моменты, когда пациентка чувствует грусть, подавленность, и сопоставлены с видами деятельности в это время. Далее были четко спланированы вечера, оставшиеся до наступления декрета. Проведена оценка мастерства и удовольствия. Здесь терапевту пришлось занимать достаточно активную позицию, так как в депрессии человек склонен занижать степень своего участия или акцентировать внимание на мелких негативных моментах своей деятельности. Например, Аня вечером, перед приходом мужа с работы, испекла пирог и оценила свое мастерство на 6 баллов из десяти, а муж сказал, что такого вкусного пирога он уже много лет не пробовал.

Друзья были рады, когда Аня сама позвонила и предложила встретиться. Она была первой беременной девушкой из их компании, ребята чувствовали себя неловко, боялись лишней раз

беспокоить. Решили, что теперь все будут вести здоровый образ жизни (в знак солидарности), и вместо ночных клубов будут ходить гулять в парк.

Большую сложность составило обдумывание деятельности, когда дни будут полностью свободны от работы. Была проведена мысленная инсценировка «Первый день я в декрете» и четко обозначен план на этот день.

7-10 сессии были посвящены когнитивной реструктуризации. Использовались стандартные техники КПТ: выявление негативных автоматических мыслей, ведение дневника НАМ, проверка НАМ, поиск альтернативных, более взвешенных мыслей и способов реакции на ситуацию. Как выяснилось, довольно большая часть НАМ была связана с беременностью и ребенком:

- моя жизнь больше никогда не будет прежней;
- ребенок будет связывать меня по рукам и ногам;
- я буду плохой мамой, раз я сейчас совсем не думаю о ребенке;
- ребенок всегда будет между мной и мужем;
- следующий раз я нормально посплю через несколько лет;
- я не справлюсь с ребенком;
- муж будет отдаляться от меня все больше, кому нужна уставшая некрасивая жена;
- я больше не смогу делать то, что люблю;
- я не интересна больше друзьям, т.к. не могу как раньше веселиться с ними;
- пусть делают кесарево сечение, я не смогу выдержать боль;
- я окончательно потеряю всех близких людей, если не буду проводить с ними время.

Распознавание негативных автоматических мыслей и поиск альтернативных утверждений показалось Анне довольно интересным, она активно работала, иногда справлялась сама, а иногда просила помощи. Это занятие помогло разорвать поддерживающий цикл руминации, по словам пациентки, теперь она не думала «одно и то же все время», а была занята поиском аргументов «за» и «против», альтернативных мыслей и вариантов поведения.



На следующей сессии была проведена психоэдукация о когнитивных фильтрах и рассмотрены конкретные примеры из жизни девушки. Основные искажения были следующие: мышление в стиле «все или ничего» (до декрета у меня была жизнь, а теперь ее не будет), преувеличение негативного (когда родится ребенок, я уже ничего не смогу сделать для себя), уменьшение позитивного (я буду одна справляться с ребенком, хотя муж, родители и друзья предлагали свою помощь) и чрезмерные обобщения (уже никогда, ничего не будет).

Очередная сессия, согласно плану терапии, была посвящена взаимоотношениям с мужем. По ходу сессии были внесены некоторые изменения в повестку дня, в связи с тем, что во время работы актуализировалось глубинное убеждение «мои чувства не важны» и связанные с ним коупинг-стратегии «не заводить близких отношений» и «не оставаться дома (в значении – наедине с самой собой), чтобы не думать и не чувствовать боли». Анна поняла, что несмотря на то, что она уже больше года была замужем, у нее не сложились близкие отношения с мужем, они весело проводили время вместе, но никогда не делились друг с другом проблемами, она даже не знала, как рассказать ему о том, что ее беспокоит, была уверена, что он скажет – это все ерунда, а она почувствует еще большее одиночество. Впервые речь зашла о доверии – это была сложная, но очень важная тема для Ани. В качестве домашнего задания, было решено провести ПЭ: гипотеза А «Я скажу о своем состоянии и он будет смеяться и говорить, что это все глупости», гипотеза В «Я скажу о своем состоянии, он выслушает и мы вместе подумаем, что делать». В тот вечер между молодыми людьми состоялся первый серьезный разговор, Аня плакала, но от радости, понимая, что в ее жизни есть человек, который может стать очень близким, только обоим надо будет потрудиться для этого. В этот же вечер супруги решили, что вместе будут ходить на курсы подготовки к родительству.

В связи с тем, что состояние пациентки значительно улучшилось и наступила 37 неделя беременности, работу с другими глубинными убеждениями совместно было решено отложить на более поздний срок (после рождения малыша).

#### Оценка симптомов депрессии по шкале Бека 7

После серьезной подготовки у пары были партнерские роды (муж присутствовал в первом периоде), родилась здоровая девочка. Через несколько дней после родов, при встрече ребята выглядели счастливыми, сказали, что это было удивительное совместное переживание и впервые в их совместной жизни они были одной командой. Улыбаясь, Аня заметила, что роды – это прекрасное упражнение на доверие.

Перед выпиской была проведена еще одна консультация для пары о профилактике послеродовой депрессии и эмоциональном состоянии женщины после родов.

## 6. ПСИХОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ПРОБЛЕМЫ С ЗАЧАТИЕМ

Большая группа пациенток, для лечения которых может эффективно использоваться КПТ, это женщины, имеющие различные эмоциональные нарушения, связанные с трудностями или невозможностью наступления беременности. На конкретном примере можно рассмотреть особенности терапии в подобных случаях.

*ИРИНА, 36 лет бухгалтер*

*Пришла на консультацию прямо с приема акушера-гинеколога в состоянии полного отчаяния, несколько минут назад она узнала, что очередная попытка стимуляции овуляции оказалась безуспешной. Пациентка все время плакала, говорила, что сейчас успокоится, возьмет себя в руки, но у нее ничего не получалось. Спустя несколько минут она сказала, что не понимает зачем ее доктор сюда направила, затем спросила: « Можете ли вы мне помочь сделать ребенка?». Услышав отрицательный ответ, сказала, что ей в жизни больше ничего не нужно и продолжала плакать. Говорила, что она сейчас немного успокоится и уйдет. Когда Ирина услышала, что мы вместе можем работать над улучшением эмоционального состояния и это, в свою очередь, может облегчить ее ожидание, сделать жизнь более комфортной, благоприятно повлиять на ее истощенный организм и увеличить шансы наступления беременности - задумалась, вытерла слезы и сказала, что не очень в это верит, но можно попробовать.*

*Молодая женщина начала рассказ о своей жизни с того, что у нее все хорошо: прекрасный любящий муж, замечательный десятилетний сын, успешный семейный бизнес, огромный красивый дом, дорогая машина, много друзей, хорошие отношения с родителями. Единственная проблема в том, что она не может забеременеть. Мысль, которая постоянно на протяжении трех лет жила в ее голове «Семья, полноценная только тогда, когда в ней двое детей». Эта мысль приносила душевную боль, заставляла каждый месяц делать стимуляцию яичников и привела к полному физическому истощению (пациентка похудела на 15 килограммов и выглядела болезненно худой). На второй сессии Ирина рассказала, что когда после первой встречи ехала домой и думала, о нашем разговоре, поняла, что она долгое время сама себе говорила неправду. О какой счастливой жизни шла речь, если в течение трех лет она плакала каждый день по несколько раз, ребенок находился рядом с постоянно расстроенной мамой, сексуальные отношения с мужем были только в «разрешенные дни», она давно не проявляла интереса к*

работе, и жила по расписанию женского цикла, в их большом доме давно никто не смеялся, не было гостей, было грустно и уныло. Сын очень любил маму, жалел ее, и не знал, чем помочь. Муж после каждой неудачной попытки успокаивал, говорил, что скоро все получится, вызывая этим еще более бурную реакцию. Родственники (особенно родители мужа) и знакомые регулярно спрашивали о том, почему бы им не родить второго ребенка, ведь они такая прекрасная семья, Ирина улыбалась, говорила, что скоро, а потом целый вечер дома плакала. На самом деле ей хотелось ударить каждого, кто это спрашивал. Скоро ей стало казаться, что все, кого она встречает, говорят только о детях, жалеют ее и думают, что она неполноценная или больная. А ей, во что бы то ни стало, хотелось доказать всем, что с ней все в порядке. Каждый раз после медицинской процедуры у Ирины появлялась маленькая надежда, начиналось тревожное ожидание, а спустя несколько дней (еще до начала месячных), она по определенным признакам в теле «понимала», что беременность не наступила, тревога нарастала, усиливалась, а когда начинались месячные, наступало отчаяние. Отдельные отношения у Ирины были с ее телом, она постоянно прислушивалась к своим ощущениям, каждый раз в каком-то месте были неприятные симптомы (боли в животе разной локализации, сердцебиение, учащенные мочеиспускания, головные боли и др.), а когда узнавала, что беременности нет просто его ненавидела.

. У Ирины есть старший брат, сейчас у них очень близкие отношения, они всегда помогают и поддерживают друг друга. Поэтому она уверена, что ее сын всегда будет одиноким и несчастным, если у него не будет брата или сестры.

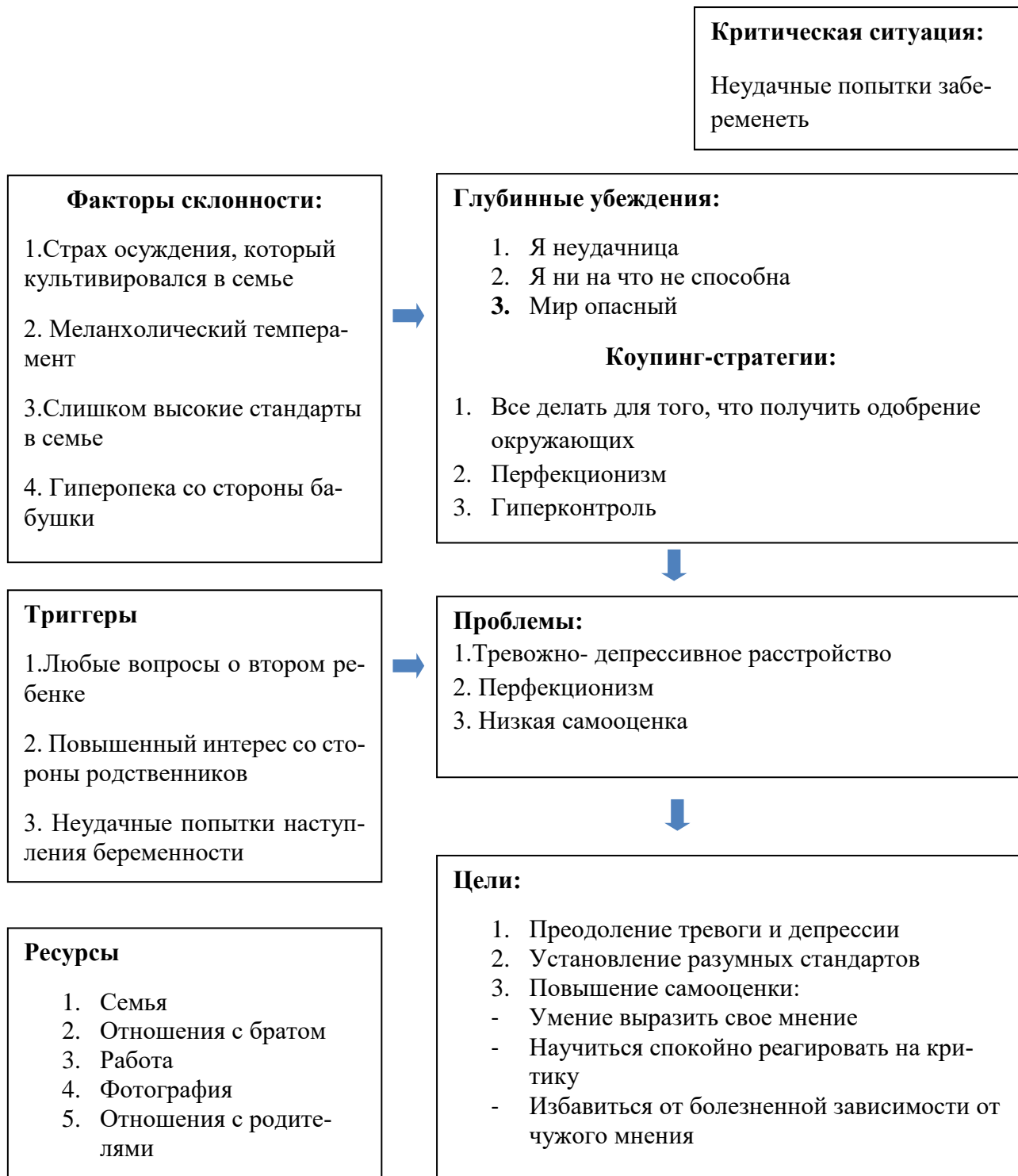
Выросла Ирина в большой дружной семье. Жили вместе с бабушкой и дедушкой. Родители работали, а воспитанием девочки занималась бабушка. Ирочка была послушной, доброй, очень впечатлительной девочкой, отлично училась в школе. С детства девочка видела, как сильно мама и бабушка переживали о том, что об их семье скажут люди, и старалась никого не подвести. Всегда вела себя хорошо, была со всеми внимательна, а потом спрашивала у бабушки о том, все ли было в порядке. Если девочка делала «что-то не то», бабушка строго смотрела и Ирочка сразу замолкала. В подростковом возрасте девочка стала понимать, что не все в семье так гладко, но мама говорила, что всегда надо сохранять лицо и никто из посторонних ничего не должен знать. Если происходили неприятные ситуации (плохая оценка или ссора с подругой), девочка тщательно скрывала это от всех, не могла подвести семью.

Диагноз: Тревожно-депрессивное расстройство, средней степени тяжести

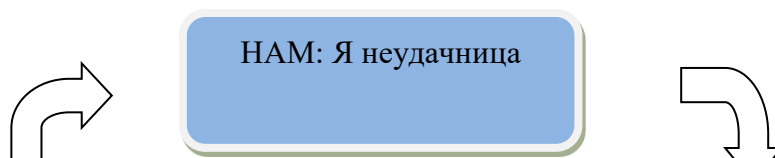
Соп.проблемы: перфекционизм, низкая самооценка

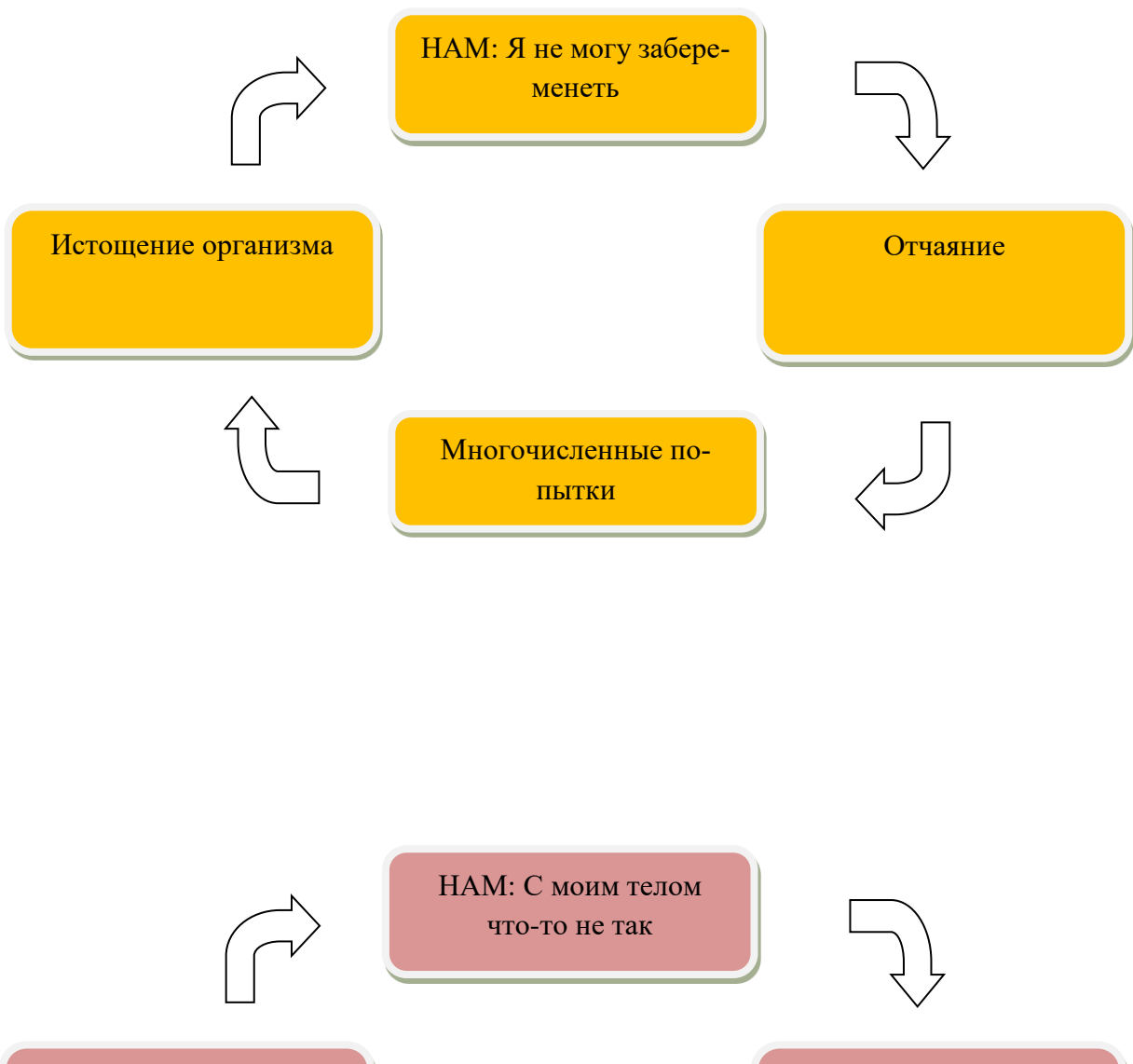
Оценка симптомов по шкале тревоги Бека 19, по шкале депрессии 15

Диагностическое формулирование, Ирина, 36 лет, бухгалтер



Поддерживающие циклы





Терапия проходила согласно стандартам КПТ. Было проведено обследование, совместно составлено формулирование, определены цели, проведена психоэдукация, составлен план терапии.

Терапия началась с обучения распознавания негативных автоматических мыслей, способов их оценки, поиска альтернативных вариантов. Заметное улучшение наступило уже после работы с первой горячей НАМ: «Семья полноценная только тогда, когда в ней двое детей». Очень полезно оказалось домашнее задание: встретиться с пятью единственными детьми в семье и узнать насколько несчастными они себя чувствуют. Поговорить с родителями этих детей, узнать их отношение к данному вопросу. Результатом ПЭ оказалось, что из семи семей шесть чувствуют себя очень комфортно. Ирина узнала о том, какие есть проблемы, основной проблемой родители называли эгоизм детей и дальше работа строилась таким образом, чтобы понять причины и предотвратить развитие эгоизма у ребенка. Побочным положительным эффектом этого эксперимента было то, что у большинства людей, с которыми она разговаривала, более близкие отношения сложились по жизни с друзьями, а не с родными братьями и сестрами.

После того, как были проработаны основные НАМ, с помощью Сократовского диалога выявлены ключевые правила жизни и глубинные убеждения, Ирина пришла на очередную сессию и сказала: «Я все поняла. Здесь речь вообще не о ребенке и не о беременности. Если бы я не боялась, что люди подумают, что я неудачница и ни на что не способна, то не было бы этих мучений». До конца это осознать ей помогла техника «Воспоминание из детства». Она вспомнила случай, который произошел, когда ей было девять лет. В гости пришла мама подруга со своей дочкой, сверстницей Иры, и рассказала, что девочка занимается в музыкальной школе и

делает большие успехи. Через неделю мама повела Иру в музыкальную школу на прослушивание, учитель музыки сказала, что они, конечно, могут взять девочку, если мама будет настаивать, но данных у нее нет и лучше ребенку заниматься тем, что ему нравится и что лучше получается. Ира видела, как мама разочарована и раздражена, ей было страшно и обидно, она не знала, что ей сделать, чтобы вернуть мамино расположение. Мама сказала, чтобы девочка никому не говорила о том, что они ходили в музыкальную школу. Через некоторое время казалось, что мама забыла об этом случае, а Ира еще долго переживала, что кто-нибудь узнает о ее позоре. Домашнее задание после этой сессии было - написать письмо девочке, чтобы помочь пережить ей эту ситуацию. Ирина сказала, что для нее это была важная и трогательная работа, она сохранит это письмо и будет перечитывать, когда ей будет особенно тяжело.

Следующим этапом была работа с основными правилами и коупинг-стратегиями. Самое сложное и устойчивое правило - все делать для того, чтобы получить одобрение окружающих. После длительной когнитивной работы, Ирина сама предложила провести серию поведенческих экспериментов. Суть их состояла в том, чтобы проверить, как будут реагировать любопытные знакомые, спрашивающие, когда же они родят второго ребенка, если она ответит, что это внутреннее дело семьи и они решат это самостоятельно.

Очень полезной оказалась техника представления наихудшего сценария. Что будет, если второй ребенок так и не родится? Ирина никогда не допускала подобной мысли, а когда позволила себе подумать об этом, поняла, что в ее жизни есть люди, которые очень нуждаются в ней и они рядом, у нее уже сейчас есть возможность проявить свою любовь и заботу.

Далее последовала работа с основными глубинными убеждениями: «Я ни на что не способна» и «Я неудачница». Использовались следующие техники: бланк работы с глубинными убеждениями, рассмотрение преимуществ и недостатков, исследование глубинных убеждений в контексте жизненного опыта пациентки, применение крайних контрастов, реструктурирование ранних воспоминаний. Новое глубинное убеждение пациентка сформулировала следующим образом: Я достаточно способная, многое у меня получается хорошо, но бывают вещи, которые находятся за границами нашего контроля.

И еще одна важная часть работы была посвящена тревоге в целом и глубинному убеждению: «Мир опасный». Новое глубинное убеждение выглядело: «В мире есть опасности, но у меня достаточно сил, чтобы их преодолеть». Довольно сложной, как и для большинства пациентов, для Ирины стала работа с непереносимостью неизвестности. Ей было тяжело принять

то, что мы не знаем, наступит беременность или нет, но она поняла, что это единственный способ избавиться от страха и тревоги.

На момент окончания терапии оценка по шкале депрессии 4, по шкале тревоги 5

Когда терапия подходила к концу, Ирина приняла решение прекратить насильственные попытки забеременеть, довериться природе, позаботиться о своем теле, уделять больше времени мужу и сыну, записалась на курсы фотографии, о которых давно мечтала, но боялась, что не получится.

Во время случайной встречи на улице, спустя полтора года после окончания терапии, Ирина рассказала о том, как изменилась ее жизнь. Она отлично выглядела, большую часть времени находилась в хорошем настроении, работала, занималась спортом вместе с мужем и сыном, показала, сделанные ей самой прекрасные фотографии, на которых была запечатлена счастливая семья. И это несмотря на то, что вторая беременность так и не наступила... пока.

## 7. ИТОГОВЫЕ КОММЕНТАРИИ

Пора заканчивать дипломную работу, а есть еще много интересных случаев успешного использования КПТ в женской консультации и родильном доме. В данной работе описаны основные, наиболее часто встречающиеся ситуации. А есть еще такие, которые никогда не забудутся, особенно дорогие, потому что работа была очень сложной и в итоге был достигнут долгожданный положительный результат.

Стефания, которая пережила насилие со стороны отца в подростковом возрасте и во время беременности возненавидела свое тело и ребенка, который пользуется ее телом без разрешения. Ее слова в конце работы: *«Теперь я знаю куда мне идти. Но когда видишь цель, надо дать себе время, чтобы под ногами возникла дорога, по которой ты будешь к ней идти!»* Сейчас счастливая мама десятимесячной девочки.

Алина, которая год назад в родах потеряла ребенка. Пришла, чтобы разобраться готова ли она к новой беременности. В процессе терапии стало понятно, что молодая женщина была так убита своим горем, что не обратила внимание на то, что ее муж, который видел ребенка сразу после родов, пережил психотравму, после которой у него развилось посттравматическое стрессовое расстройство. Справиться с ним сам он не мог, а от помощи категорически отказался, так как работает в СБУ и имеет право общаться только с определенным кругом людей. Единственным выходом для себя он увидел уход из семьи, чтобы все забыть. *«Я думала, что*



*не смогу пережить одну потерю, а смогла пережить две. Хочу жить и надеюсь, что радость еще будет в моей жизни».*

Лина, узнала, что беременна сразу после очень серьезной ссоры с мужем, во время которой пара решила прекратить свои отношения. Терапия в течение всей беременности, от пропасти до взаимопонимания. *«Я счастлива, что ребенок будет жить в полноценной семье!»*

Эти примеры говорят о том, насколько многогранно может быть применение КПТ в сфере охраны материнства и детства.

Очень важное направление, которое не было освещено в данной работе, подготовка к родам и использование определенных техник непосредственно в родах. Принципиально новый подход, может заключаться в том, чтобы на примере состояния беременности, всегда требующего адаптации, сопровождающегося тревожными, депрессивными и др. реакциями, научить женщину быть самой себе психотерапевтом. Сейчас идет работа над программой, которая в простой и доступной форме позволит женщинам получить знания и навыки о самых распространенных во время беременности психологических проблемах и способах работы с ними. В дальнейшем женщины смогут использовать полученные знания в своей повседневной жизни. Большая роль в данной программе будет отведена особенностям интерперсональных отношений в целом и в перинатальном периоде в частности, так как после родов начинают формироваться новые, очень важные отношения между мамой и малышом, изменяются отношения между родителями, часто возникает необходимость по-другому выстраивать взаимоотношения с близкими родственниками.

В конце, как это принято в КПТ, нужно наметить «точки для роста»:

1. Важно, чтобы перинатальная КПТ была научно обоснована. Необходимо планировать и проводить исследования, которые достоверно подтвердили бы имеющиеся гипотезы.
2. В Украине перинатальная психотерапия находится в зачаточном состоянии и на основе КПТ может быть создана новая программа профессиональной помощи женщинам, которые готовятся к материнству, а также, помощи семьям, имеющим маленьких детей.
3. Некоторые техники, используемые для лечения тревожных состояний, требуют более детального изучения. Насколько безопасно применение экспозиции с предупреждением реакции при панических атаках и ОКР у беременных? Целесообразность и безопасность работы с некоторыми глубинными убеждениями во время беременности: иногда безопасность вызывает

сомнения, а отсутствие такой работы опасно возникновением рецидивов в послеродовом периоде.

4. Очень важно создать команду единомышленников, найти специалистов, так же заинтересованных в данной теме, чтобы вместе развиваться и поддерживать друг друга.

Наши пациенты часто становятся нашими учителями, и, повторяя слова Стефании, можно сказать, что цель четко обозначена и даже перед глазами наметились очертания дороги, по которой предстоит к ней идти.

## **8. БИБЛИОГРАФИЯ:**

1. Бабич Т.Ю. Личностная и ситуативная тревожность у беременных в зависимости от уровня их субъективного контроля. Вестник неотложной и восстановительной медицины. 2008.- Т.9, № 4.- 522-524
2. Баранова Е.В. Психологические аспекты беременности. 2009.
3. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство.2006.
4. Венгер О.П. Клініко- психопатологічні особливості тривожно- фобічних розладів у вагітних. Вісник наукових досліджень.- 2005.-№ 3.- с.108-109.
5. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ у когнітивно- поведінкову терапію. 2014.
6. Гринбергер Д., Падески К. Управление настроением. 2008.
7. Добряков И.В. Депрессия в период беременности. Журнал неврологии и психиатрии.- 2008.- т.108, № 7. –с. 91- 97.
8. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2010.
9. Лукашевич Н.М. Психопрофілактика депресивних станів у вагітних жінок. Медицина транспорту України.- 2009.- № 4.- с.33-35.
10. Носкова О.В. Особенности тревожного состояния женщин при беременности и его психокоррекция. Мед.психология. 2008.-Т.3, № 3.- с.52-56.
11. Рыбалка А.Н. и соавт. Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов. Медицинские аспекты здоровья женщины.- 2011.-№3.- с.44-49
12. Филиппова Г.Г. Беременность. 2008.
13. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии. Вопросы психологии.- 2001.-№ 2.- с. 22-36.
14. Филиппова Г.Г. Психологические факторы нарушения беременности и материнства. Практика акушера- гинеколога.- 2006.- № 3-4.- с.44-48
15. Фриман А. Десять глупейших ошибок, которые делают люди.
16. Хофмейр Дж. Юстус и соавт. Кокрановское руководство: Беременность и роды. 2010.