

Добряков И.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»
Минздрава Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ КАК КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Статья посвящена вопросам психотерапевтической помощи семье, находящейся в кризисной ситуации в связи с возникновением беременности, ранней профилактики осложнений беременности, родов, нарушений развития у детей и возникновения у них нервно-психических расстройств. Описывается авторская модель краткосрочной психотерапии семьи, ожидающей рождения ребёнка.

Dobriakov I. V.

FSBI «National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology
named after V.M. Bechterev» of the Health Ministry of the Russian Federation,
St. Petersburg, Russia

PRENATAL PSYCHOTHERAPY OF THE FAMILY AS A CRISIS INTERVENTION

The article is devoted to the questions of psychotherapeutic help to a family in a crisis situation in connection with the occurrence of pregnancy, early preventive measures of pregnancy complications, childbirth, developmental disorders in children and the occurrence of neuropsychic disorders in them. The article describes the author's model of short-term psychotherapy of a family waiting for the birth of a child.

Признаками критического события считаются возможность датировать его, локализовать во времени и в пространстве, наличие связанных с ним сильных и стойких эмоциональных реакций. Кроме того, кризис требует больше времени и сил на адаптацию к новой ситуации, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок (Baumann U., 1995) [6]. Ситуации беременности, рождения ребенка обладают этими признаками и имеют все основания считаться критическими событиями. В связи с этим J. Büchler предложила ввести понятие «кризис беременности» (*schwangerschafts debakel*) [7]. Кризис беременности – кризис II типа, то есть требующий кардинальных изменений жизни, не дающий шанса жить как прежде. В критической ситуации оказывается вся семья, так как в ней возникает новая диссипативная структура, что влечёт за собой сложную реорганизацию супружеского холона и нередко ставит под

угрозу существованию всей системы семьи (Minuchin S., Fishman H.Ch., 1981) [4]. Следствием кризиса являются часто встречающиеся у беременных женщин невротические реакции (Kempinski A., 1974) [3], «депрессивный синдром беременных» (Смулевич А.Б., 2001) [5]. У 40% женщин в период беременности встречаются нервно-психические расстройства (Kelly R.H., 2001) [8], причем в большинстве своем они остаются нераспознанными (Spitzer R.L., 2000) [9]. В связи с этим семьи, ожидающие рождения ребёнка, как правило, нуждаются в психологическом консультировании, а часто и в психокоррекционных, психотерапевтических вмешательствах. Нами была разработана и применяется модель краткосрочной психотерапии семьи, ожидающей рождения ребёнка. При её создании учитывалось, что взаимоотношения, складывающиеся в семье беременной женщины, во многом определяются тем, на какой стадии развития супружеского холона произошло зачатие ребёнка, конструктивны ли были мотивы зачатия (мотивы оставления случайной беременности). Предлагаемая модель в основном показана семьям, в которых зачатие ребёнка произошло на стадии добрых отношений, стадии конфронтации, стадии экзистенциального кризиса (Добряков И.В., 2015) [2]. Цель психотерапии – редукция психопатологической симптоматики у беременных женщин, гармонизация отношений супругов и стимуляция скорейшего наступления следующей стадии жизненного цикла супружеского холона, благоприятной для формирования оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), течения беременности, родов, развития ребёнка. Теоретическую основу модели составили основные принципы системной (Minuchin S., Selvini-Palazzoli M.), стратегической (Haley J., Manades C.) семейной психотерапии, позитивной краткосрочной психотерапии (De Shazer S., Ahola T.), психоаналитической перинатальной психотерапии (Lebovici S.). Это позволило изучить структуру семейных ролей, семейные подсистемы и семейные правила, внутреннюю картину семьи, а также выявить нарушенные семейные отношения. Особенностью пренатальной психотерапии является то, что супруги самостоятельно крайне редко обращаются к психотерапевту со своими проблемами, приходится создавать у них мотивацию на работу. Выделение пар, нуждающихся в психотерапии, как правило, происходит во втором-третьем триместре беременности при обследовании с помощью авторской методики (патент на изобретение № 2572164) «Тест отношений беременных» (ТОБ), позволяющей выявлять личностные проблемы женщины, дисгармоничные отношения женщины с мужем, с родственниками (Добряков И.В., 2003) [1].

Нами проведено исследование краткосрочной психотерапии семьи, ожидающей ребенка. Для изучения эффективности разработанной нами психотерапевтической модели была сформирована группа из 30 беременных женщин с невротическими расстройствами. Возраст испытуемых составил от 22 до 40 лет ($M=29,8\pm 0,8$). Срок беременности, на котором начиналась психотерапевтическая работа с беременной и её семьей, варьировал от 17 до 32 недель ($M=26,4\pm 0,8$). Сеансы проводилось индивидуально с беременной и совместно с супругом в условиях доверительного эмоционального контакта в течение 1 часа 2 раза в неделю. На сеансах психотерапевт опирался только на позитивные моменты в развитии супружеского холона, использовал исключительно позитивные подкрепления. Судить об эффективности психотерапии позволили отмечаемые во время клинических бесед купирование невротической симптоматики, гармонизации супружеских отношений. Изменения личностной системы отношений женщины в процессе терапии, отражавшей перемены ПКГД определялись с помощью ТОБ. Сравнивались результаты, полученные при обследованиях до и после психотерапии. Были получены значимые различия по оптимальному ($p<0,01$), тревожному ($p<0,01$) и депрессивному ($p<0,01$) вариантам ПКГД: количество ответов на вопросы оптимального варианта ПКГД выросло практически в два раза, в то время как количество ответов на вопросы тревожного и депрессивного варианта значительно снизилось. Таким образом, выявлена динамика от неоптимальных вариантов (тревожных, депрессивных) к оптимальному. По гипогестозическому ($p>0,24$) и эйфорическому ($p>0,56$) вариантам различия были статистически не значимы. Катамнестические данные показали, что все пациентки родили в срок, роды прошли без осложнений, новорожденные по оценке Апгар имели 7-10 баллов, все дети находились на грудном вскармливании. На протяжении наблюдения в течение 6 месяцев после родов у женщин отсутствовала психопатологическая симптоматика, сохранялся стабильный эмоциональный фон, супружеские отношения были гармоничными. Таким образом, значимые результаты статистической обработки данных и катамнестическое исследование подтверждают эффективность предлагаемой модели психотерапии беременных женщин с невротическими расстройствами, что может позволить снизить использование медикаментозной терапии, неблагоприятно сказывающейся на развитии плода.

Результаты исследования подтверждают мнение академика РАМН Т. Б. Дмитриевой, которая еще в 2008 году в своем докладе на Всероссийской конференции «Психическое здоровье и общественная безопасность» говорила о том, что в охране психического здоровья детей

необходимо использовать новый резерв ранней первичной психопрофилактики нервно-психических расстройств – внедрение перинатальной психотерапии.

Литература:

1. Добряков И.В. Перинатальная семейная психотерапия // Медицинский научно-практический журнал «Российский семейный врач». – Т. 7, № 1, изд-во СПб МАПО, 2003. – С. 4-9.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология, 2 изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.
3. Кемпински А. (Kempinski A.) Психопатология неврозов. – Варшава: Польское медицинское издательство, 1975. – 400 с.
4. Минухин С., Фишман Ч. (Minuchin S., Fishman H. Ch., 1981) Техники семейной психотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 304 с.
5. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.
6. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonalen Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Enzyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Göttingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1. – S. 609-643.
7. Büchler J. The Value of Hypnotherapy in the Avoidance and Coming to Terms with Conflicts during Pregnancy // Abstracts of Papers (post Congress) ISPPM Heidelberg Conference «Love, Pregnancy, Conflict and Solution» Nov 2006. – P. 3-4.
8. Kelly R. H., Zatzick D. F., Anders T. F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. – Am. J. Psychiat. – 2001. – Vol. 158. – № 2. – P. 213-219.
9. Spitzer R.L. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study / R.L. Spitzer, J.B. Williams, K. Kroenke et al. // Am J Obstet Gynecol. – 2000. – Vol. 183. – № 3. – P. 759-769.