

Потребности женщин в беременность, в родах и в послеродовом периоде

материалы конференции

ПОТРЕБНОСТЬ БЫТЬ УСЛЫШАННОЙ: ПОЧЕМУ ЭТО ТАК ВАЖНО В РОДАХ?

Дарья Уткина

Ведущие факторы риска травмы в родах, заметные еще во время беременности:

- Депрессия во время беременности
- Тревожное расстройство во время беременности
- ПТСР во время беременности
- Психиатрические проблемы в анамнезе, особенно депрессия
- Травма в прошлом (особенно сексуальное насилие в детстве или 2 и более травмирующих события в прошлом опыте, например, антенатальная гибель ребенка)
- Насилие в отношениях - фактор, который в два раза повышает риски травмы по сравнению с теми, у кого насилия нет
- Опыт эмоционального насилия

Социо-экономический статус в разных исследованиях проявляется по-разному:

1. В Англии получилось, что низкий СЭС влияет
2. В Канаде получилось, что высокий СЭС влияет

В Италии и Швеции выяснили, что рождение первого ребенка - тоже фактор риска.

Сексуальное насилие в детстве: Симкин и Клаус выделяют внутренние

(неконтролируемая спонтанность родов и те же части тела) и внешние факторы риска (больничная обстановка, мед вмешательства, отношения с персоналом -> пробуждение чувства беспомощности, страха, недоверия, опасности; гениталии на показ, мало уважения к стеснительности женщины, катетеры, внутренние осмотры, нон-стоп ктг "привязана"- триггеры + конфликты и недостаток уважения). Фразы типа "раздвинь ноги" "расслабь попу" "Расслабься и не будет больно" могут триггерить, как и фразы "доверяй своему телу" "делай то, что подсказывает тело"- пугают, так как тело - источник стыда, от которого пытаются отсоединиться.

Плюс, нарушение привычных границ тела, которое вроде бы очевидно и ожидаемо, но может ре-травматизировать.

Контроль в родах для травмированных мам - очень важно. Возможность исцеления, когда есть забота и уважение к границам.

Факторы риска травмы в родах, которые присутствуют непосредственно в процессе родов:

- Большое количество мед вмешательств, включая индукцию, вакуум и щипцы, ЭКС
- Чувство беспомощности
- Долгие/болезненные роды, боль в ЭКС, когда не подействовала до конца эпидуральная анестезия
- Незаботливый/безразличный персонал
- Недостаток поддержки персонала и/или членов семьи
- Плюс экстренные ситуации: HELLP/эклампсия, потеря ребенка, позднее прерывание беременности, преждевременные роды

ВАЖНО

Матери, испытывающие симптомы ПТСР вследствие родов, чаще описывали своих акушеров как непрофессиональных, дерганных или отсутствующих/незаинтересованных.

У мам с ПТСР чаще нет профессиональной поддержки после родов, больше усталости, неадекватная поддержка партнера - все это тоже влияет на развитие симптомов.

При этом мы знаем, что профессионалы устают сочувствовать, выгорают и становятся свидетелями травмы, получая вторичную травму.

О чем говорят мамы, пережившие травматичный опыт родов?

- Подрыв доверия и недостаток взаимодействия и общения
- Интернализированный стыд и вина “да уж, из врачей получаются самые плохие пациенты” “ну ты нас и напугала”
- Диссоциация/деперсонализация/оказалась “по ту сторону” “внезапно между мной и миром словно появилось прозрачное стекло и я наблюдала за происходящим как по телевизору” важно: мама выглядит очень спокойной, но внутри просто распадается на кусочки
- Беспомощность
- Во время операции никто не сказал все ок, но при этом шутят и обсуждают свое, “больше контакта с картой, чем с человеком”
- Мимимишные ожидания
- Страх персонала перед происходящим (“чуть не бежали из палаты с антенаталом”
- Неприятие, страх, отрицание эмоций матери (“а другие не плачут и справляются и ты не плачь”
- Нет признания массивности опыта, через который прошла женщина: после войны ты герой, а после трудных родов - забудь и живи дальше, незачем вспоминать

Профилактика психологической травмы в родах

Что могут сделать профессионалы:

- Уважение, автономия и право выбора
- Уважение к женщине, несмотря на ее “беременный” статус (типичная идея, что “им промыли мозги” и “это все гормоны” и “женщина - сосуд для ребенка, а не отдельный человек” - уважение ее интересов
- Неуважение и насильственная забота как ведущие проблемы.

Травма в родах происходит не от того, что профессионалы делают что-то правильно или неправильно. Чаще всего причина травмы в том, как, с каким участием и в какой атмосфере происходят те события, которые выпало прожить женщине.

Роды как опыт, где автономия и границы женщины нарушаются самой силой природы или событий. И в этом уязвимом состоянии женщины легче интернализируют жесткие суждения о самих себе (Харви Чочайнов, профессор психиатрии, специалист в паллиативной помощи).

Насилие в родах как система контроля пациентов, которой обучаются и которую возвращают в роддомах. Надо сказать, что это не о России и мы, конечно, надеемся, что у нас все по-другому, ведь англоязычные исследования “не отражают” нашей локальной специфики.

(статья в The Lancet 2002) 4 типа насилия:

1. пренебрежение,
2. вербальное,
3. физическое,
4. сексуальное насилие.

Часть этих видов насилия такая же, как и в обычных отношениях между людьми. Но есть специфические формы, например: неподходящие медицинские вмешательства, например, КС в связи с расписанием врача или по финансовым причинам, применение практик, о которых известно, что они а) неприятные; б) иногда несут вред здоровью; в) не имеют доказательной базы (например: бритье лобковых волос, клизмы, рутинные эпизиотомии и индукции, запрет женщинам брать с собой на роды компаньона для поддержки).

Пренебрежение также используется как систематическое наказание и устрашающий фактор для женщин, которые не соглашаются с правилами системы. Иногда как пренебрежение воспринимается отсутствие информации, поддержки и сочувствия, которые нужны женщинам, чтобы чувствовать, что они получили необходимую заботу.

Иногда отношения в родблоке настолько напряженные, что женщины просто боятся ответных мер, если попросят о помощи, будут кричать или покажут, что им больно.

Физическое насилие проявляется часто в шлепках по лицу и бедрам во время родов. Сексуальное насилие кажется очень редким вариантом, однако, например, в канадском исследовании из 618 опрошенных врачей акушеров-гинекологов 17% женщин и 8% мужчин сообщили, что знают коллегу, у которого был подобный опыт с пациенткой или бывшей пациенткой.

Во многих обществах женщины воспринимаются как менее статусные граждане, которых надо контролировать и дисциплинировать для их же блага. Эти идеи могут стать основой и для акушерского насилия.

Что делать профессионалам?

Узнавать о том, что такое насилие в родах и как его избежать. Этика, антропология, навыки коммуникации, права женщин в родах - практические приемы, как, сохраняя свои границы компетенции, работать с разными женщинами. Как распознать признаки травмы у себя и коллег.

Но также это и изменение условий труда: не только тренинги, но и возможность для персонала делать свою работу качественно (например, комнаты отдыха или эффективный документооборот). Плюс, внимание к жалобам, особенно женщин из наименее социально защищенных слоев и сотрудничество с общественными организациями.

А что в руках самих женщин?

Подготовка к родам, выбор места и команды для родов, планирование послеродового периода с учетом своих потребностей - вот что может сделать для себя каждая женщина. Искать поддержку, просить о помощи и признавать, что есть моменты, с которыми трудно или невозможно справиться самостоятельно.

Методика оценки своих уязвимых и сильных сторон, которая помогает разработать индивидуальный план родов и послеродового восстановления с учетом индивидуального опыта и потребностей женщины.

Психотерапевт Шерил Татано Бэк предлагает оценить жизненный опыт в нескольких областях, чтобы понять, насколько высок для нее риск получить психологическую травму в родах. Она использует метафору землетрясения, чтобы объяснить, как возникает травма в родах. Перед большим толчком, который разрушает все вокруг, обычно есть более слабые, а иногда просто очевидно, что все происходит в “сейсмически” активной области.

Что это значит? Каждая женщина в течение жизни получает травматичный опыт, у нее есть семейная история и генетически большая или меньшая устойчивость к стрессу, а также индивидуальная реакция на гормональные перемены.

Шерил предлагает “Схему оценки Землетрясения”

1. **Семейная история:** психиатрические заболевания, странности, эмоциональные трудности других членов семьи. Насколько генетически у женщины есть предрасположенность или, наоборот, устойчивость на уровне биохимии мозга и нервной системы? Это особенно важно, если встает вопрос о включении в работу психиатра и назначении препаратов для коррекции состояния. Например, мы знаем, что для женщин с историей биполярного расстройства в семье выше риск встречи с послеродовым психозом. Или например, мы знаем, что дети матерей с тревожным расстройством биологически более предрасположены реагировать повышением тревоги на стрессовые стимулы, их мозг работает по-другому и это формируется еще во время беременности матери.
2. **События в жизни/история встреч со стрессом:** что происходило в жизни женщины и как она отвечала на эти вызовы? Что помогало ей справляться? Какие способы для нее привычны? Это могут быть не только негативные, но и позитивные события (свадьба, переезд, новая работа). Есть ли у женщины история эмоционального, физического или сексуального насилия? Встречалась ли она в своем опыте с такими событиями, как смерть брата или сестры, травмы в родительской семье, конфликтные взаимоотношения, проблемы, жизнь с особым родителем. Важно, как женщина справлялась с этими событиями? Были ли у нее симптомы, связанные с тревогой и изменениями настроения, в ответ на эти события? Пищевые расстройства, самоповреждение, попытки суицида, суицидальные мысли, фобии, навязчивые мысли и/или действия.
3. **Репродуктивная история:** когда у нее началась менструация? Были ли какие-то физические проблемы в это время? Были ли у нее головные боли, боли в животе, грусть, тревога, депрессия? Насколько регулярный цикл? Были ли трудности с посещением школы/работы из-за месячных? Принимала ли она оральные контрацептивы и какова была ее реакция на них (к слову, 30% женщин отвечают на прием ОК симптомами депрессии). История беременностей, выкидышей, абортов, прерывания беременности по показаниям. Как она реагировала на эти события? Опыт родов? Послеродовой период?

Все события можно представить на трех отдельных линиях с отмеченными временными промежутками. Это может сделать и сама женщина для себя. Очень часто рождение ребенка не связано в голове с остальным жизненным опытом и нередко воспринимается, как “жизнь с чистого листа” Но, на самом деле, исследования ясно показывают, что наш опыт и даже опыт наших близких значимо влияет на то, каким будет материнство.

Учитывая свои сильные и уязвимые стороны, можно начинать планирование. Например, если у женщины высок риск послеродовых расстройств настроения, важно, чтобы контролируемые факторы риска были минимальны. Поддержка сразу после родов, информированность близких о симптомах расстройств настроения, качественный сон, помощь с младенцем - одни из них. Иногда вместе с психиатром может быть принято решение о начале лекарственной терапии сразу после родов, тогда важно заранее подобрать совместимые с ГВ препараты, если женщина собирается кормить.

Или например, для женщин с опытом насилия может быть критически важным иметь поддержку в родах и заранее договориться со всеми участниками команды для родов о своих предпочтениях и потребностях в процессе (дать знать о фразы-триггерах или позах). Иногда это может быть работа с травма-терапевтом до родов, обучение практиками самопомощи в родах или понимание, с какими симптомами стоит сразу обратиться за помощью.

В зависимости от ситуации женщина выбирает из доступных ей ресурсов внутри и снаружи. Например, женщина может решить, что несмотря на возможность помощи от матери, с которой у нее были абьюзивные отношения, она запланирует себе "пищевой поезд" с друзьями и отложит деньги на послеродовую доулу/няню/помощницу по хозяйству.

Важно помнить, что биохимия мозга меняется и в преодолении травмы большую роль играет нейропластичность мозга. Иногда травматические события становятся почвой для так называемого посттравматического роста: травма становится частью идентичности женщины и она больше не пытается отсоединиться от нее, наоборот, пережитый опыт придает новый смысл ее жизни и дает идти вперед.

Так что даже если после оценки ситуации вы с женщиной видите, что у нее очень много факторов риска получить психологическую травму в родах, это совершенно не означает, что она ее "гарантированно" получит. Иногда, наоборот, опыт проживания трудной ситуации в заботе, поддержке, любви и уважении становится целительным и придает сил, чтобы двигаться дальше.

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2802%2908592-6/fulltext>

<https://www.amazon.com/Traumatic-Childbirth-Cheryl-Tatano-Beck-ebook/dp/B00E1EMZS6>

<http://www.pinterandmartin.com/why-human-rights-in-childbirth-matter>