

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Министерство образования и науки РФ
Федеральное агентство по образованию
ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования
Южно-Уральский государственный университет

61(07)
Н59

М. А. Нечаева, Л. Ф. Рыбалова, А. В. Штрахова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОНТОГЕНЕЗА
МАТЕРИНСКОЙ СФЕРЫ,
ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ
И ПЕРИНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Учебное пособие

Челябинск
Издательство ЮУрГУ
2005

УДК 618(075.8)

Нечаева М. А., Рыбалова Л. Ф., Штрахова А. В. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития: Учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2005. – 59 с.

В учебном пособии рассмотрены психологические аспекты формирования материнской сферы в онтогенезе женщины. Представлено новое понимание категории беременности в соотношении с категориями здоровья и болезни. Приведено подробное изложение психологических особенностей, структуры и содержания внутренней картины беременности. Освещен период перинатального развития ребенка. Дано описание психотерапевтических программ для родителей, ожидающих ребенка.

Учебное пособие предназначено для врачей акушеров-гинекологов, клинических психологов, студентов психологических факультетов.

Список лит. – 43 назв.

Рецензенты:

д.м.н., профессор, зам. гл. врача по акушерству и гинекологии клиники ЧГМА
Т. В. Узлова, д.пс.н., зав. каф. теорет. психологии ЧФ УРАО Г. Г. Горелова,
к.б.н., зав. каф. психологии ЧФ УРАО В. О. Любавин.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ИССЛЕДОВАНИЕ МАТЕРИНСКОЙ СФЕРЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ	
1.1. Предпосылки становления и современные направления перинатальной психологии.....	7
1.2. Онтогенез материнской сферы.....	11
1.2.1. Взаимодействие с собственной матерью в раннем онтогенезе.....	11
1.2.2. Развитие материнской сферы в игровой деятельности.....	12
1.2.3. Няньчание (взаимодействие с младенцами).....	13
1.2.4. Дифференциация мотивационных основ половой и материнской сфер.....	14
1.2.5. Взаимодействие с собственным ребенком.....	15
1.2.6. Формирование привязанности к ребенку.....	31
2. ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ КАК СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МАТЕРИНСКОЙ СФЕРЫ	
2.1. Исследование феномена беременности в психологии.....	32
2.2. Представление о феномене беременности в континууме «болезнь – здоровье» и их соотношении.....	33
2.3. Внутренняя картина беременности как составляющая материнской сферы в свете психологии отношений В. Н. Мясищева.....	35
2.3.1. Характеристика компонентов отношения к беременности.....	37
2.3.2. Отношение к беременности в системе классификаций отношений В. Н. Мясищева.....	46
2.3.3. Классификация вариантов отношений к беременности.....	48
3. ПРОГРАММЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ В ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ РЕБЕНКА	
3.1. Значение психотерапевтического сопровождения родителей в период ожидания ребенка.....	52
3.2. Авторская программа психотерапевтической работы с беременными женщинами «Ждем малыша»	52
3.3. Программа психотерапевтической работы с супружескими парами, ожидающими ребенка.....	54
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	57

ВВЕДЕНИЕ

Жизненное предназначение женщины всегда было предметом особого внимания философов, психологов, педагогов, врачей. Это особое внимание связано, прежде всего, с ее особой ролью в процессах развития общества, сохранения семьи и воспроизводства поколений. По большому счету реализация функции материнства является центральной задачей всего онтогенеза женщины. В литературе встречаются различные определения понятия материнства. Наиболее распространенными точками зрения на материнство являются рассмотрение его с биологических и культурно-исторических позиций. Материнство имеет фило- и онтогенетическую историю и ориентировано на задачи рождения и воспитания ребенка. Поэтому материнство следует рассматривать как одну из форм экзистенциально-онтогенетической реализации личности женщины. Это позволяет обоснованно выделять в структуре личностной сферы женщины ту ее часть, которая непосредственно обеспечивает воплощение в жизнь функции материнства. В современных исследованиях по этой проблеме для обозначения этого структурного компонента личности женщины чаще всего встречается термин «материнская сфера» [35-38].

Проведенные нами междисциплинарные исследования позволили сделать вывод, что в психологическом понимании материнскую сферу следует рассматривать как компонент самосознания, многоуровневую структуру, включающую эмоционально-личностное отношение к детям вообще и к своему ребенку, к материнским функциям, все представления и поведение, связанные с материнством.

Психологическое наполнение материнской сферы происходит на протяжении всей жизни женщины, испытывая влияние как благоприятных, так и неблагоприятных факторов [4]. Основным содержательным элементом материнской сферы является система материнских отношений как фрагмент системы отношений личности (а в определенных случаях и ситуациях – как ядро такой системы). В контексте исследования материнской сферы с позиции теории отношений В. Н. Мясищева [21] следует подчеркнуть, что особенности системы отношений определяются не только культурным и социальным статусом женщины, но и ее собственным онтогенетическим багажом, сформировавшимся, в том числе, и в период до своего рождения, а также жизненным опытом, приобретенным с младенческого возраста [35-38]. Сегодня не вызывает сомнений положение о том, что содержание материнской сферы женщины закладывается задолго до рождения ее первого ребенка. В качестве примера приведем мнение С. Тревартен о том, что компетентное поведение матери при распознавании эмоционального состояния своего ребенка может быть зрелым лишь в том случае, если она сама получила полноценное развития в детстве и подростковом возрасте. Компетентное материнское поведение обеспечивает биологические детерминанты нормальной жизнедеятельности развивающегося организма (прежде всего обеспечение витальных потребностей ребенка, то есть его «внутреннего гомеостаза»).

Одной из самых важных фаз становления материнской сферы является период беременности, который рассматривается как особый, важный этап в жизни женщины и ее семьи. Во время беременности материнская сфера развивается наиболее интенсивно, ее содержание приобретает индивидуальную рельефность, происходит формирование базисной структуры системы материнских отношений. В экзистенциально-психологическом плане беременность может рассматриваться как особая стадия полоролевой идентификации, значимая ситуация для благополучной адаптации к роли женщины. Переживания беременной женщины в значительной степени определяются особенностями модели материнства, усвоенной от своей матери, характером адаптации к супружеству, мифами, представлениями и ожиданиями, связанными с будущим ребенком. В этот период актуализируются собственные неизжитые психологические проблемы детства, конфликты личности, неразрешенные проблемы взаимодействия с собственной матерью. В структуре личностных изменений отмечается обострение имеющихся внутриличностных конфликтов, повышение психологической зависимости от близких, нарастание уровня тревожности. Поэтому в психологическом плане беременность является определенным дискретным периодом, который нередко имеет кризисный характер. При беременности существенно изменяются самосознание женщины, ее взаимоотношения с миром, возникает необходимость изменения своего образа жизни, вживания в роль будущей матери. Это позволяет рассматривать беременность как особое состояние, отличное от состояний нормы или патологии, а также от здоровья или болезни.

Для многих женщин исход беременности может стать значительным сдвигом к подлинной зрелости и возрастанию самоутверждения, самоуважения. В результате успешного завершения беременности и рождения ребенка женщина обретает внутреннюю и внешнюю гармонию, принципиально другой социальный статус, становится Женщиной.

Современные практико-ориентированные исследования основаны на понимании беременности как периода жизни, сензитивного в связи с обостренным восприятием психологических проблем. Кроме того, беременность рассматривается как подготовительная фаза в развитии природно обусловленной взаимной привязанности матери и ребенка, вызванной появлением в этот период новых чувств и ощущений, связанных с физиологическими изменениями в организме женщины и ее новым социальным статусом.

Динамичное развитие клинической психологии в последние годы привело к пониманию необходимости интенсивной разработки и внедрения в акушерскую практику научно-обоснованных программ работы с беременными женщинами с целью обеспечения психологического сопровождения беременности, формирования гармонизации материнской сферы, благополучного родоразрешения и создания основы истинно материнского отношения к своему ребенку. Подтверждением этого мнения служит изданное Министерством здравоохранения РФ указание № 202-У от 12.02.2002 «О создании Координационного совета Минздрава России по оказанию медико-психологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях детства и родовспоможения». Этим документом предусматривается

внедрение в практику здравоохранения современных технологий клинической психологии и психотерапии в целях развития медико-психологической службы в учреждениях акушерско-гинекологического и педиатрического профиля. В развитие этой позиции недавно был издан Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.12.2004 № 308 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров», в котором устанавливается необходимость и обязательность оказания медико-психологической и социально-правовой помощи женщинам и детям раннего возраста. Планируется создание соответствующих структурных подразделений и привлечения кадров подготовленных медицинских психологов.

Актуальность внедрения такого рода психологической поддержки беременных женщин обусловлена еще и тем, что в настоящее время наблюдается значительное увеличение численности групп риска по акушерской и перинатальной патологии. Сегодня очевидно, что в развитии такого рода нарушений здоровья значительную роль играют психологические факторы. Поэтому изучение психологических особенностей формирования материнской сферы в период беременности и родов необходимо для поиска правильного профессионального подхода не только к женщинам с физиологически протекающей беременностью, но и к представительницам групп риска. Медико-психологическая и психотерапевтическая помощь таким женщинам в период беременности имеет психопрофилактическую направленность для настоящего и будущих поколений.

1. ИССЛЕДОВАНИЕ МАТЕРИНСКОЙ СФЕРЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. ПРЕДПОСЫЛКИ СТАНОВЛЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Для древних цивилизаций значимость периода беременности была непреложной истиной. В некоторых древних государствах был разработан свод законов для матерей, супружеских пар и общества в целом, обеспечивающих ребенку наилучшие условия для жизни и развития (Индия, Китай, Египет, другие страны Африканского континента). Множество ритуалов и обрядов было связано с маленькими детьми. Например, у христиан существовал культ поклонения младенцу, а его крещение рассматривалось как выражение обожествленного отношения к нему.

С развитием цивилизации, появлением родильных домов как специальных социально-медицинских институтов общество часто перестало обращать внимание на индивидуальные особенности материнской сферы женщин в периоды беременности и родов, на необходимость обеспечения правильного взаимодействия с новорожденным. В ситуации родов ребенок специально изолировался от своего социального окружения. Более того, из-за боязни инфекции младенца первые дни после рождения стали разлучать с матерью. К новорожденному относились как к существу только с физиологическими потребностями. Это привело к массовому проявлению снижения проявлений у родивших женщин «материнских инстинктов», «материнского чутья», различных форм нарушений природно обусловленной психоэмоциональной связи матери с ребенком [42]. На современном этапе многие цивилизованные страны мира идут по пути ведения гуманных родов и доброжелательного отношения к новорожденному. Это обусловлено влиянием новой и стремительно развивающейся междисциплинарной области науки и практики – перинатальной психологии. На VII Всемирном конгрессе FIGO, состоявшемся в 1973 году, было пересмотрено положение о том, что перинатальный период (от греч.: *peri* – приставка, означающая расположение около, вокруг и от лат.: *natus* – рождение) начинается с 22 полных недель внутриутробной жизни плода и заканчивается спустя 7 полных суток после рождения. Современная перинатальная психология охватывает своим вниманием весь период от зачатия до первых месяцев самостоятельной жизни. Более того, в последние годы развития перинатальной психологии стал проявляться интерес ко всем периодам становления материнства – от формирования отношения к себе как будущей матери, усвоения знаний о сексуальной жизни и женском полоролевом поведении, развития представлений о будущем ребенке и особенностях своего отношения к нему до развития психологических механизмов взаимодействия между матерью и ребенком, реализующихся на всех этапах детско-родительских отношений. Одной из основных задач исследований в перинатальной психологии является изучение

фертильности как важнейшей характеристики женщины, рассматриваемой в контексте ее возможности и способности к деторождению.

При этом одной из основных проблем периода становления перинатальной психологии является определение соотношения ее психологического и медицинского начал. Так, G. J. Craig определяет перинатологию как «раздел медицины, изучающий здоровье, болезни, и методы лечения детей во временной перспективе, включающей зачатие, пренатальный период, роды и первые месяцы постнатального периода». Он подчеркивает, что рождение ребенка с точки зрения этой «новой ветви медицины» следует рассматривать не как отдельное событие, а как длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения.

На наш взгляд, общетеоретические проблемы современной перинатальной психологии как междисциплинарной области на стыке медицины и психологии имеет много общего с проблемами другой смежной с медициной и психологией области – клинической (медицинской) психологии. Более того, двуплановость самого предмета интереса перинатальной психологии – фертильности женщины как проявления гендерных по своей природе психологических феноменов, с одной стороны, и специфичности состояния беременности как предмета исследования в общебиологических и медицинских науках, с другой, обосновывает выделение в структуре перинатальной психологии ее клинической психологической и клинической медицинской составляющих. Нам представляется естественным положение, обосновывающее необходимость рассмотрения проблем перинатальной психологии с позиций ее общности с клинической (медицинской) психологией¹. С полным основанием это направление можно определить как **клиническая перинатальная психология**. Разумеется, в составе «дидактического наполнения» современной клинической перинатальной психологии есть и те знания, которые традиционно относятся к другим отраслям психологии (например, психологии развития, гендерной, дифференциальной и семейной психологии, психоаналитической теории привязанностей и др.). Точно также некоторые фрагменты клинической перинатальной медицины (помимо рассматриваемых в педиатрии, акушерстве и гинекологии) могут быть отнесены к другим областям медицинского знания, (эндокринологии, сексопатологии, социальной гигиены и др.).

По нашему мнению, перинатальная психология как раздел клинической психологии должна изучать:

- психологию фертильности женщины на разных этапах онтогенеза (репродуктивное поведение в структуре сексуальной активности, планирование и вынашивание беременности, роды и послеродовый период, период грудного вскармливания, становления и развития диадных отношений в системе «мать – дитя»);
- структуру и содержание материнской сферы в ее онтогенезе и в онтогенезе женщины;

¹Отметим, что в данном пособии за рамками обсуждения остается одна из центральных проблем самой современной клинической (медицинской) психологии — она все-таки клиническая или медицинская? Авторы во избежание методологических дискуссий понимают эти определения как синонимичные (но не тождественные), оставляя за собой право употреблять более принятое в среде психологов название «клиническая психология».

- стили переживания беременности и отношения к ребенку на разных этапах его внутриутробного и автономного развития;
- особенности взаимоотношения матери и младенца.

К началу XXI в. выделились два направления в психологии, перинатологии и перинатальной психологии. В первом направлении основной акцент делается на изучение становления и развития материнской сферы в ante-и интранатальном периодах, т.е. фактически только в связи с беременностью и родами. При этом особенности постнатального периода, т.е. психологическому содержанию собственно материнства уделяется существенно меньшее внимание. В рамках другого направления наибольший интерес вызывают проблемы постнатального периода, т.е. фактически особенностям взаимодействия матери и ребенка, а также факторам, влияющим на эти диадные отношения. При этом особенности течения ante-натального и интранатального периодов часто в достаточной мере не учитываются.

Специалисты, работающие в идеологии первого направления, ориентированы, прежде всего, на интеграцию в систему специализированной акушерско-гинекологической помощи и трудятся в основном в женских консультациях, родильных домах и в репродуктивных центрах. Свою задачу они видят в основном в помощи по формированию гармоничной материнской сферы у беременных женщин, подготовке их к родам, оказании психологической поддержки во время родов и раннем послеродовом периоде. Отметим, что организационно-административное обеспечение этого направления работы в учреждениях здравоохранения представлено в уже упоминавшемся нами приказе Минздравсоцразвития РФ № 308 от 09.12.2004.

В последнее время многие программы психологического сопровождения беременности включают в себя изучение вопросов взаимоотношений женщины с отцом ее ребенка, вплоть до привлечения отца к участию в родах. В программы подготовки беременных женщин к родам вводятся элементы психокоррекционной работы, построенной в основном на принципах телесно-ориентированной, гештальт-терапии и арт-терапии [11; 23-25]. Одним из современных направлений в психологическом сопровождении беременности является комплексная подготовка беременных женщин, основанная на психофизиологическом тренинге с использованием функционального биоуправления, организованного по принципу «обратной связи» [17].

Однако после выписки из родильного дома эти женщины наблюдаются преимущественно в женской консультации и получают консультативную помощь в основном по вопросам профилактики осложнений послеродового периода, грудному вскармливанию, искусственному питанию, послеродовой контрацепции и медико-социальной экспертизе. Какие-либо мероприятия медико-психологического характера, способствующие гармонизации детско-родительских отношений, составляют скорее исключение, чем правило.

Перинатальные психологи, работающие в постнатальной парадигме, ориентированы на помощь матери в реализации ее материнства в отношении к уже родившемуся ребенку. Эти специалисты работают и с мамой, и с ребенком, и с но-

вой микросоциальной группой «мать – дитя» и (или) «мать – дитя – отец». Характерной особенностью этого направления работы является то, что обращение к перинатальному психологу не является первичным и обязательным. Мать и ребенок сначала наблюдаются у врача (неонатолога, педиатра, невропатолога), логопеда, дефектолога, а к психологу направляются этими специалистами только после выявления проблем клинико-психологического плана. Как следствие, перинатальный психолог вынужден работать прежде всего с ребенком, имеющим нарушения психологического развития. Эти нарушения в современной Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделены в отдельную группу (рубрики F80 – F89) и рассматривается как фактор риска и предпатология в формировании психических и поведенческих расстройств. Вышесказанное остается справедливым и в отношении нарушений, классифицированных в МКБ-10 как «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте» (рубрики F90 – F98). В этом случае перинатальный психолог работает скорее как клинический (медицинский) психолог, что дополнительно аргументирует нашу точку зрения о необходимости рассматривать перинатальную психологию как раздел именно клинической психологии. В подтверждение этой точки зрения отметим, что в приказе Минздрава РФ №154 от 05.05.1999 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», изменившего в значительной степени структуру и содержание педиатрической помощи, предусмотрено создание в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях подразделений медико-психологической и социальной помощи. Предусматривается, что эти структуры должны оказывать специализированную психологическую помощь на основе индивидуального подхода, с учетом особенностей личности, осуществлять мероприятия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек и мальчиков, гигиеническое (включая половое) воспитание, обеспечивать подготовку молодежи к предстоящей семейной жизни, ориентацию на здоровую семью. С этой целью в штаты детских поликлиник вводятся должности медицинских психологов.

В связи с вышеизложенным представляется важным, что в Санкт-Петербургском университете уже начата подготовка психологов со специализацией «Клиническая психология раннего детского возраста» (специализация 022706 в рамках специальности 022700 «Клиническая психология»). Отметим, что собственно перинатальная психология в числе общепсихологических или клинических специализаций не числится. Вместе с тем, этот факт не исключает возможности плодотворного сотрудничества всех специалистов-психологов и врачей всех специальностей, работающих в области охраны материнства и детства. Одной из форм обеспечения такого взаимодействия может быть последипломная подготовка и повышение квалификации специалистов, проводимая по учебным программам, включающим в себя общие и частные вопросы перинатальной психологии.

Таким образом, в нашей стране признано необходимым и продолжается (хотя и медленными темпами) развитие перинатальной психологии. Необходимость ускорить этот процесс очевидна, так как демографическая проблема становится все более острой. В популяции увеличивается число женщин с перинатальной пато-

логией, обусловленной психосоматическими факторами; сохраняются негативные тенденции в фертильном и репродуктивном поведении женщин (раннее начало половой жизни, рост числа венерических болезней, беременности и абортов у несовершеннолетних, некомпетентность в области контрацепции, женские сексуальные дисгармонии, промискуитет и проституция, алкоголизация, табакокурение, наркотизация и ВИЧ-инфекции беременных, рост числа матерей, отказывающихся от новорожденных и др.). В возникновении этих проблем не последнее место занимает негармоничное и даже патологическое развитие личности, в частности, сферы ее самосознания и самоотношения, проявляющиеся у женщин в виде нарушений формирования и развития материнской сферы.

1.2. ОНТОГЕНЕЗ МАТЕРИНСКОЙ СФЕРЫ

Развитие чувства материнства проходит несколько этапов. Такое поэтапное развитие регулирует созревание материнской сферы как составляющей системы самосознания и самоотношения женщины и обеспечивает ее естественную психологическую адаптацию к материнской роли [35-38] или психологическую готовность к материнству [10; 16; 20]. Психологическая готовность к материнству рассматривается как специфическое личностное образование, стержневой основой которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще неродившемуся ребенку. Полноценная реализация материнской сферы, успешно прошедшей все онтогенетические стадии, является главным движущим фактором развития ребенка в первые годы его жизни. Известный отечественный детский психотерапевт А. И. Захаров выделяет семь сензитивных периодов в развитии «материнского инстинкта», в которых большое значение отводит отношению девочки со своими родителями, игровому поведению, стадиям половой идентификации – пубертату, юности [5]. Изучение феноменологии и онтогенеза материнской сферы позволило [35-38] выделить шесть этапов ее становления. Нам представляется целесообразным сделать особый акцент на психологической характеристике процессов, происходящих на каждом из этих этапов. Именно психологическое содержание этапов онтогенеза материнской сферы определяет особенности проявлений материнства, создает психофизиологические и психологические предпосылки гармоничности-дисгармоничности взаимоотношений в диаде «мать – ребенок (плод, новорожденный, младенец)», формирует стили семейного воспитания детей.

1.2.1. Взаимодействие с собственной матерью в раннем онтогенезе

Этот этап включает перинатальный период, продолжается на всех онтогенетических этапах развития девочки и проявляется ее взаимодействием с собственной матерью или заменяющими ее людьми (носителями материнских функций). Наиболее важным для формирования полноценной материнской сферы на этом этапе

является возрастным периодом девочки-ребенка до трех лет. На этом этапе происходит освоение эмоционального значения ситуации детско-родительских отношений.

Ставшее уже классическим мнение Л. С. Выготского гласит, что этот период жизни сам по себе является сензитивным для формирования базовых основ личности и отношения к окружающему миру. Недостаточная сформированность системы привязанности будущей матери к близким людям приводит к непрочной привязанности со своим ребенком в будущем. Разные формы непрочной привязанности матери являются источником вариаций в системе нарушенных привязанности ребенка к своей маме. Качество материнско-дочерних связей и его влияние на материнскую сферу женщины определяется, помимо привязанности, стилем их эмоционального общения, участием матери в эмоциональной жизни дочери. Весьма важным в прогностическом плане является проявление изменений отношения матери к дочери в соответствии с возрастными изменениями последней. Первичность позиции матери в этих отношениях приводит к тому, что наибольшее значение в развитии гармоничности диады «мать – дочь» имеет степень удовлетворенности матери своей материнской ролью.

Некоторые представители психоаналитического направления в психологии считают, что отношение матери к ее ребенку закладывается еще до рождения. При этом еще нерожденная девочка (будущая мать) уже получает свой первый эмоциональный «опыт» детско-родительских отношений. В последующем этот эмоциональный опыт влияет на особенности формирования и содержание ее собственной материнской сферы. Эти особенности начинают явно проявляться уже в период беременности.

Таким образом, первый личностный опыт может рассматриваться как первый вклад в становление будущего материнского поведения. Если опыт общения с близкими родственниками был положительным, то стартовые условия для формирования субъектного отношения к другим людям и своему ребенку следует признать благоприятными. Если родители были ласковы, общение с ними оставило в памяти женщины яркий след. Если у девочки была сильная привязанность к матери или другим родственникам, то в раннем детстве будущая женщина имела благоприятный опыт эмоционального общения и притяжения.

1.1.2. Развитие материнской сферы в игровой деятельности

В контексте рассматриваемой проблемы следует подчеркнуть, что одним из наиболее важных этапов развития материнской сферы является включение содержаний материнства в игровую деятельность девочки. Именно в процессе игры она впервые примеряет и принимает на себя роль матери. Игровая деятельность проходит в виде различных вариантов сюжетно-ролевого взаимодействия с куклой-младенцем или с другими детьми. В этих играх разыгрываются и апробируются различные сценарии с исполнением различных модификаций ролей матери и ребенка.

В разновозрастных группах детей распространены игры в «дочки-матери» и в «семью», где роль ребенка отводится младшим детям, а роль матери исполняется более взрослой девочкой. По логике развития самой сюжетно-ролевой игры первоначально возникают подражательные действия (кормление куклы, укачивание), а затем идентификация себя как «родителя маленького ребенка» и принятие на себя роли «матери». Проживание ребенком роли матери, моделирование в игровых ситуациях реальных событий из жизни дает возможность проигрывания женских вариантов поло-ролевого поведения, закрепления материнских мотивов (желание в уходе за ребенком) и действий (манипуляции с куклой: пеленание, укачивание с пением колыбельных, кормление, и т.д.), получения первого в жизни эмоционально-окрашенного опыта, связанного с материнством. По воспоминаниям зрелой женщины – будущей матери о любимых играх и игрушках, по наличию у нее предпочтений к детям того или иного возраста можно судить о характере полученного игрового опыта.

Большое значение в становлении материнского поведения имеет опыт общения со сверстниками, старшими и младшими детьми. В обучении со сверстниками материнская сфера проходит путь своего становления по мере преобразования объектного отношения к другому ребенку в субъектное.

1.2.3. Няньчание (взаимодействие с младенцами)

На этом этапе ребенок получает первый реальный опыт взаимодействия с младенцами (братьями, сестрами, племянниками и т.д.), навыки обращения с ребенком. Этап нянчания имеет достаточно четкие возрастные границы. Он начинается примерно с 4-5 лет, когда у ребенка хорошо развито понимание сюжетно-ролевой игры, и заканчивается к началу полового созревания. Наиболее сензитивным для формирования материнской сферы будущей матери является возраст от 6 до 10 лет. К этому возрасту у нее уже имеется четко сформированное представление о потребностях младенца, о формах и особенностях взаимодействия взрослых с ними. Основным содержанием этого этапа становления материнской сферы является и перенос сформированных в игровой деятельности навыков взаимодействия с куклой на реальную жизненную ситуацию взаимодействия с живым малышом.

В этапе нянчания можно выделить два периода. Первый характеризуется налаживанием эмоционально-насыщенного межличностного взаимодействия и совместных игр с младенцами в возрасте до полугода. Второй связан с воплощением в жизнь полученных игровых навыков заботы и ухода при общении с младенцами и детьми раннего дошкольного возраста.

У девушек-подростков интересы в личностном и социальном взаимодействии с другими детьми смещаются в сторону приоритета интимно-личностного общения со сверстниками. Познавательная деятельность проявляется не только и не столько в игре, сколько в событиях реальной жизни. Гармоничное формирование материнской сферы у девушек-подростков, вовлеченных в игровую или реальную

деятельность, опосредуется проживанием и закреплением эмоционально-позитивного отношения к младенцам. При негармоничном варианте формируется отношение к ребенку как к обузе и помехе, как минимум, в этой игре или в конкретной ситуации деятельности. Высоковероятно, что именно незавершенность психологического проживания этого этапа лежит в основе типичного поведения несовершеннолетних матерей с незапланированной беременностью, проявляющегося враждебностью их отношения к будущему ребенку и попытками избавиться от плода или даже уже родившегося младенца (включая и проявления криминального поведения). Полное отсутствие опыта нянчания в онтогенезе женщины в период до ее полового созревания может привести к отсутствию положительных эмоциональных реакций на детей.

Характерно, что отсутствие или недостаточность опыта взаимодействия с маленькими детьми у девочек, миновавших возрастной период нянчания, приводит к развитию у будущей матери страха перед младенцами и перед своим ребенком. Поэтому у женщин с дефицитом такого опыта взаимодействия с маленькими детьми часто возникает беспочвенные опасения навредить ребенку своим неумелым обращением, оказаться некомпетентным в уходе, не оказать своевременную помощь ему при реальном или мнимом заболевании и т.п. В некоторых случаях этот страх перед младенцами сохраняется на всю жизнь и постепенно проходит только в ходе нянчания собственного ребенка.

Этап нянчания является важным в формировании материнства и определяет эмоциональную и операциональную сторону основы материнской сферы.

1.2.4. Дифференциация мотивационных основ половой и материнской сфер

Описанный выше этап развития материнства является достаточно важным для созревания материнской сферы и психологически насыщенным. В отношении же полового развития будущей женщины он, напротив, считается менее значимым (в психоанализе он называется латентным). Можно считать, что формирование материнства и собственно половое созревание протекает в разных планах (плоскостях): понимание природной обусловленности ее будущей материнской функции у девочки формируется значительно раньше, чем приходит понимание роли гендерного и сексуального в развитии полоролевого поведения, взаимоотношения полов и деторождения. Только на более поздних этапах личностного развития происходит своеобразная интеграция полового фрагмента самосознания и самоотношения в многомерную область материнского самосознания. При этом спецификой формирования онтогенеза материнства является разноплановость половой и материнской сфер. С одной стороны, они представляют собой интегрированное единство, ибо материнство невозможно без полового поведения и выполнения сексуальной функции женщины. С другой стороны, у женщины может отмечаться и дифференциация этих сфер, проявляющаяся тем, что сексуальная активность женщины не обязательно направлена на деторождение. Иногда ее половое пове-

дение сознательно направлено на исключение возможности наступления беременности (хотя не исключает при этом появления переживаний, так или иначе относящихся к сфере материнства). В этом случае дифференциация половой и материнских сфер имеет мотивационную основу, связанную с тем, что *Homo sapiens* является уникальным видом живых существ, у которого собственно сексуальные потребности и потребности продолжения рода в результате эволюции оказались разъединенными.

Понимание о существующей дифференциации половой и материнской сфер у девочек начинается в подростковом возрасте. Этот этап характеризуется постепенным формированием половой идентификации и принятием девочкой-подростком атрибутики женской роли, включая и ее материнские аспекты. Только в старшем подростковом возрасте в структуру женской (в т.ч. материнской) роли начинает включаться половой (в т.ч. и сексуальный) компонент. При этом проявления т.н. «сексуальной революции» (доступность и разнообразие официального и «подворотного», в т.ч. эрото-порнографического сексуального просвещения, проявления догенитальных форм сексуальной активности, смягчение позиции макро- и микросоциального окружения в вопросах взаимоотношения полов и другие очевидные изменения отношения к проблемам пола, наблюдаемые в последние десятилетия) не всегда негативно влияют на формирование материнской сферы у девочек-подростков. Лишь в случае недостаточно сформированной половой идентификации у девушек происходит искаженное принятие роли женщины, проявляющееся, в частности, неадекватным пониманием собственного сексуального поведения. Дисгармония между половым и сексуальным поведением, обусловленная дисгармоничностью соотношений в системе, представленной половой, женской и материнской сферами личности, является самой существенной причиной неполноценного становления материнства. В дальнейшем это приводит к наиболее выраженному негармоничному и искаженному материнскому функционированию.

Другой основой дисгармоничности развития половой и материнской сферы является задержанное личностное развитие будущей матери, фактически – психический и социально-психологический инфантилизм, наиболее отчетливо проявляющийся у них при демонстрации своей сексуальности и в половом поведении в целом. Очевидно, что упомянутые выше нарушения проявятся ретардацией при формировании материнской сферы и женского стереотипа полоролевого поведения в целом. Такие варианты нарушения в целом соотносятся с принятыми в клинической психологии формами психического дизонтогенеза.

1.2.5. Взаимодействие с собственным ребенком

Существенное и в содержательном плане самое большое наполнение материнской сферы и ее структурирование наблюдается во время вынашивания, ухода и воспитания собственного ребенка. Этот этап включает несколько самостоятель-

ных периодов: беременность, роды, послеродовый период, период младенческого возраста ребенка.

Выделяется девять периодов пятого этапа развития материнской сферы: 1) идентификация беременности; 2) период до начала ощущений шевеления; 3) появление и стабилизация ощущений шевеления ребенка; 4) седьмой и восьмой месяцы беременности; 5) предродовой; 6) роды и послеродовой период; 7) новорожденность; 8) совместно-разделенная деятельность матери с ребенком; 9) возникновение интереса к ребенку как личности.

Период идентификации беременности связан с осознанием факта беременности, начинается и заканчивается чаще еще до возникновения очевидных физиологических изменений в организме беременной женщины. В некоторых случаях (обычно в ситуации нежелательной беременности) она является нежелательным, психотравмирующим событием. Поэтому часто факт беременности игнорируется и не принимается женщиной даже при появлении характерных для этого состояния соматических признаков. Изменения в самочувствии интерпретируются искаженным образом, объясняются неадекватными причинами. Поведение и образ жизни женщины не перестраиваются в соответствии с наступившим новым состоянием. Такое психологическое реагирование женщины обусловлено действием психологических защитных механизмов личности, позволяющих снизить степень психологической травматичности этого события.

Сроки идентификации беременности индивидуальны и зависят от репродуктивного здоровья женщины в целом, наличия или отсутствия мотива зачатия и планирования беременности, степени самопонимания, осознания изменения своих психических и телесных процессов и состояний. Обычно предположение о возможности беременности появляется у женщины через 2-3 дня после задержки менструации. Как правило, первое подозрение сопровождается эмоциональными переживаниями тревожного характера, трансформирующимися только после подтверждения врачом факта беременности. Тревога женщины сочетается с пониженным или повышенным фоном настроения. Особенности эмоционального состояния зависят от отношения к предполагаемой беременности, а в ситуации положительного отношения к беременности – от длительности срока ее планирования, характера ожидания будущего ребенка членами семьи и близкими.

Наличие тревоги в эмоциональном состоянии женщины способствует стремлению к более ранней объективизации факта беременности (в период 1-2 недель беременности). При нейтральном или игнорирующем отношении к беременности регистрация факта беременности отмечается в более поздние сроки (в отдельных случаях – на сроках до 30 недель беременности).

Данные клинических и экспериментальных исследований [37] особенностей идентификации беременности у женщин с различным отношением к беременности показали, что при адекватном отношении к беременности момент идентификации хорошо запоминается и описывается матерью через несколько лет после рождения ребенка. При отвергающем отношении к беременности воспоминания о моменте идентификации беременности достаточно часто «вымываются» из памяти.

Наступление беременности сопровождается активацией гестационной доминанты (от лат. *gestatio* – беременность, *do-minans* – господствующий). Впервые это понятие ввел И. А. Аршавский [6]. Гестационная доминанта является сложным физиологическим и психологическим образованием, связанным с обострением рецепции матки, повышением порогов реакции матери на действие различных (большой частью патогенных) раздражителей, сопровождающимся развитием неспецифической иммунологической резистентности и формированием вызванных беременностью гормональных изменений и др. В наиболее общем плане под гестационной доминантой понимается совокупность реакций организма, направленных на обеспечение максимально благоприятных условий для нормального пренатального развития плода. Кроме гестационной доминанты, актуализируется доминанта создания «себе подобного», определяемая совокупностью биосоциальных предпосылок. Сочетание этих доминант способствует формированию отношения женщины к беременности и развитию материнского поведения, направленного на обеспечение нормального развития будущего ребенка.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представлен, главным образом, доминирующим мотивом, связанным с беременностью. Этот основной мотив делится на составляющие, направленные на основную цель – благополучное завершение беременности.

Клинико-анамнестические данные и результаты психологических наблюдений за беременными женщинами позволили выделить пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [43].

Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно (в то же время без излишней тревоги) относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, супружеские отношения в семье гармоничны, зрелы, отношение к беременности позитивно у обоих супругов. После идентификации беременности женщина продолжает вести активный образ жизни. Она своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Наличие оптимального типа ПКГД в значительной степени способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка.

Гипогестогнозический тип ПКГД (от греч. *hypo* – недо-; лат. *gestatio* – беременность; греч. *gnosis* – знание) характерен для женщин, уделяющих недостаточное внимание своему состоянию в связи увлеченностью работой либо учебой или необходимостью их продолжения. Среди них встречаются как юные студентки, так и женщины 30-летнего возраста. Первые не желают брать положенный академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом, ходить в походы. Беременность у них часто незапланированная и застает их врасплох. Беременные старшего возраста, как правило, уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом повышается риск возникновения осложнений. С другой стороны, эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них «не хватает времени» встать на учет в женскую консультацию, посещать врачей, выполнять их назначения. После родов у них часто

отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери «очень заняты». Нередко этот тип ПКГД также встречается у многодетных матерей. Чаще всего ему сопутствуют гипопротективные типы семейного воспитания детей (недостаточное внимание, забота, опека), эмоциональное отвержение, неразвитость родительских чувств.

Эйфорический тип ПКГД (от греч. *eu* – хорошо; *phero* – переносить) отмечается у женщин с гистериионически-демонстративными чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность является своеобразным средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных или рентных целей. При этом часто декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, а недомогания и трудности – преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Они выполняют лечебные мероприятия, посещают курсы дородовой подготовки, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперпротекция (повышенное внимание, опека). Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания детей (часто и партнера).

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т. п.). В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенная тревожность, как правило, легко выявляется на врачебном приеме или на курсах дородовой подготовки. Однако беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку состояния и, в силу этого, помощь со стороны специалистов. К сожалению, довольно часто именно неправильные действия медицинских работников способствуют повышению уровня тревоги у женщин. В этих случаях такой высокий уровень тревожности у беременной женщины должен расцениваться как проявления ятрогении (от греч. *iatros* – врач; *genes* – порождающий). Большинство беременных женщин с этим типом ПКГД нуждаются в помощи психотерапевта. После родов у них проявляются повышенная моральная ответственность, неуверенность в своих силах и способности воспитывать ребенка. Стиль воспитания детей чаще имеет характер доминирующей гиперпротекции. Нередко разногласия и конфликты между супругами выносятся в сферу воспитания, что обуславливает противоречивый тип воспитания ребенка.

Депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения. Женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, испытывает витальный страх умереть в родах. Часто у нее возникают дисморфоманические идеи (от греч. *dys* – расстройство, *morphe* – форма, *mania* – одержимость) и

мысли о собственном уродстве. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, не понимают, что состояние женщины требует вмешательства психотерапевта или даже психиатра. Такое отношение близких людей еще больше усугубляет ее состояние. К сожалению, депрессивный тип ПКГД, как и тревожный, нередко формируется у беременной женщины в ответ на ятрогенное поведение медицинского персонала. При этом типе ПКГД отклонения в процессе семейного воспитания аналогичны тем, что развиваются при тревожном типе, но более выражены. Кроме того, встречаются проявления эмоционального отвержения, жестокого обращения. При этом мать часто продолжает испытывать чувство вины, усугубляющее ее состояние.

Определение типа ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации, при которой вынашивался и родился ребенок, понять, как складывались отношения в семье в связи с его рождением, каким образом формировался стиль семейного воспитания. Тип ПКГД отражает, прежде всего, личностные изменения, эмоциональные реакции женщины, динамику системы ее отношений.

На формирование отношения беременной женщины к своему ребенку оказывает влияние антенатальное психофизическое развитие плода, сопровождающееся анатомо-функциональными изменениями организма матери и будущего ребенка. Кроме того, существенную роль в этом процессе играет комплекс интрацептивных ощущений женщины, вызванный биологическими и психологическими факторами беременности. Психофизическое развитие плода обуславливает содержание и характер телесных ощущений беременной женщины, влияет на ее эмоциональное отношение к будущему ребенку. Гармоничное формирование материнской сферы в период беременности зависит от представлений и знаний будущей матери о психофизическом развитии ребенка в пренатальном периоде. Информированность позволяет матери создать адекватный образ вынашиваемого ребенка и, таким образом, установить с ним психологическую связь.

До последнего времени неродившегося ребенка называли плодом. Считалось, что матка являлась замкнутой полостью, защищающей его от всех внешних раздражителей. Существовало мнение, что плод лишен каких-либо психоэмоциональных проявлений жизни. Многочисленные исследования последней трети XX века, внедрение в науку практику новейших технологий (УЗИ, кино-, фотосъемка человека на этапе его внутриутробной жизни) показали, что не родившийся ребенок обладает полным набором чувствительности (тактильная, зрение, слух, обоняние, вкус). Все виды чувствительности выявляются в различные сроки беременности, развиваются одновременно с другими системами органов. Было также доказано, что созревание мозга фактически завершается к 28 неделям беременности и с этого срока его структура соответствует анатомо-физиологической зрелости мозга, обнаруживаемой к моменту разрешения доношенной беременности.

Установлено, что развитие ребенка не является следствием его пассивного пребывания в утробе матери и запрограммированного роста веса тела, биологически детерминированного развития его систем. В пренатальном периоде для ребенка организм матери является для него основным источником получения информации (тактильной, зрительной, слуховой, обонятельной, вкусовой), обеспечивающей постепенное и адекватное развитие мозговых структур. Он обнаруживает выраженные предпочтения во всех системах восприятия. Механизмы регуляции собственного поведения позволяют ему в короткий срок адаптироваться к изменившимся после рождения условиям жизни. В пренатальном периоде формируется важный субъективный опыт, который в последующем будет активно влиять на формирование личности ребенка.

Внутриутробная жизнь младенца многообразна. Он полноценно живет эмоциональной жизнью. Поскольку эндокринная система начинает формироваться рано, ребенок переживает все состояния матери, переданные ему на гормональном уровне. Он улавливает ощущения, мысли, чувства, переживания, которые вызывает у матери окружающая среда, регистрирует на эти сведения, способствующие зарождению и развитию его психики.

Развитие ребенка в первом триместре. Развитие чувствительности и нервной системы в этот период происходит необыкновенно интенсивно. Основные структуры головного мозга закладываются на 5-й неделе развития, морфофункциональные основы высших нервных функций – в 7-8 недель. С 6 до 8 недель происходит образование центральной и периферической нервной системы. Еще раньше (с конца третьей недели) начинает биться сердце эмбриона. Синтез собственных гормонов начинается со второго месяца жизни плода, когда закладываются и дифференцируются периферические органы эндокринной системы. Однако связей между периферическими и центральными отделами эндокринной системы еще нет.

Развитие органов чувств и появление чувствительности также отмечается очень рано. В 6 недель начинает функционировать вестибулярный аппарат, в 7,5 недели отмечается ответная реакция на прикосновение к коже в области губ, а в 8 недель появляется кожная чувствительность на всей поверхности тела, и эмбрион реагирует на прикосновение в любой части тела. Эта реакция представляет собой локальный ответ, без генерализации возбуждения. Общая генерализованная реакция на прикосновения (в форме отстранения от источника раздражения) возникает позже. В 9 недель появляются вкусовые почки на языке, заглатывание околоплодной жидкости и попадание ее в желудок. В этом же возрасте начинает функционировать выделительная система, образуется и выделяется моча. Появление мышечной активности связано с десятинедельным сроком (наблюдается открывание рта), а в 10,5 недель – сгибание пальцев рук. В этом возрасте эмбрион активно передвигается в околоплодной жидкости, прикасается к стенкам плодного пузыря, изменяет траекторию своего движения. В 11-12 недель появляется хватательный рефлекс, а в 13 – сосательный. При прикосновении своего пальца к области рта развивающийся ребенок захватывает его ртом и сосет.

Таким образом, уже с раннего внутриутробного периода, еще до образования первых структур мозга, осуществляется регуляция притока стимуляции в мозг. Возникновение первых структур центральной и периферической нервной системы осуществляется на фоне уже имеющейся ритмической стимуляции, которая может служить материалом для первого появляющегося в онтогенезе анализатора – вестибулярного. Наличие в 7,5 недель ответа на кожное раздражение является показателем именно кожной чувствительности. В целом этот период внутриутробного развития характеризуется возникновением чувствительности и способности переживать в субъективных состояниях внутреннюю и внешнюю стимуляцию.

Интенсивность этой стимуляции жестко ограничена условиями внутриутробного развития и особенностями физиологического развития плода. На развитие нервной системы в этот период оказывают влияние биохимические факторы, поступающие непосредственно в кровь ребенка из крови матери, то есть их наличие не переживается им субъективно, а только изменяет процессы метаболизма, ребенком могут ощущаться только последствия их воздействия. Поэтому предполагается, что качество субъективного переживания стимуляции, воспринимаемой сенсорными системами не должно быть дискомфортно, так как эти переживания являются основой для развития эмоций.

Развитие ребенка во втором триместре. Развитие нервной системы у будущего ребенка в этот период характеризуется следующими особенностями. С 16 недель начинает формироваться пространственная организация мозга. К пяти месяцам мозг функционирует как целостная система, в 20-22 недели электрическая активность мозга может быть зарегистрирована с помощью соответствующей аппаратуры.

Особенностью этого триместра беременности является не только и формирование, но и начало функционирования нейрогуморальной системы. На четвертом месяце развития гипофиз плода осуществляет синтез гормонов, под контролем функции гипоталамуса. К пяти месяцам включаются корковые структуры и нейроэндокринные связи. Организм ребенка не только обеспечивает собственную гормональную регуляцию, но и влияет на эндокринную систему матери. Доказано, у развивающегося ребенка к пяти месяцам центры «удовольствия – неудовольствия», находящиеся в гипоталамусе, включены в общую систему функционирования. Они получают стимуляцию как от организма самого ребенка, так и «напрямую» – от поступающих с кровью гормонов матери, образующихся при ее собственных эмоциональных состояниях.

Этот период для развивающегося ребенка можно охарактеризовать как «сенсорный». Ребенок ориентируется на свои собственные «переживания» и при помощи своей двигательной активности регулирует интенсивность поступающей к нему разных стимулов. Нерожденный ребенок способен заглатывать большее или меньшее количество околоплодной жидкости (в зависимости от ее вкуса), отворачиваться от источника неприятного звука с соответствующей гримасой неудовольствия, выражением страха или приближаться и отвечать двигательной активностью на голос матери, ее прикосновения. Предполагается, что ребенок способен

регулировать общее количество стимулов, необходимое для поддержания нервной системы в определенном состоянии возбуждения.

В развитии эмоциональных ощущений комфорта и получаемых от собственной активности результатов происходит значительное изменение. Способность ребенка за счет изменения своей двигательной активности регулировать уровень стимуляции позволяет предположить, что состояние эмоционального комфорта, соответствующее оптимальному уровню стимуляции для поддержания уровня возбуждения нервной системы, постепенно переходит в статус потребности. Возможность изменять свое субъективное состояние за счет двигательной активности и переживание при этом возникающих соответствующих эмоций могут рассматриваться как начало формирования психофизиологических механизмов будущих переживаний «успеха – неуспеха» достижения целей. На этом этапе развития переживание комфорта – дискомфорта закрепляется на переживании результатов своей активности и одновременно принимается от состояния матери. В этот период возникают первые «переживания» психологической поддержки своей активности извне (от среды, которая до рождения является организмом матери, после рождения станет самой матерью, а еще позже – внешним миром вообще). Эти переживания могут быть гармоничны собственным переживаниям или дисгармоничны. Таким образом, еще до рождения человека закладываются психофизиологические основы субъективного опыта, который станет базой качества привязанности.

Функция матери в этот период заключается в том, чтобы радоваться жизни и происходящим в ее организме событиям (в первую очередь движениям ребенка), но, в то же время, участвовать во внешней жизни. К этому располагает относительно стабильное и комфортное самочувствие матери во втором триместре беременности и восприимчивость ребенка к ее эмоциям.

Развитие ребенка в третьем триместре. Развитие нервной системы в последнем триместре беременности характеризуется ростом ассоциативных систем головного мозга. Считается, что этот период сензитивен для образования индивидуальных особенностей нервной системы, психических особенностей ребенка и его способностей. Данные исследований последних лет показали способность ребенка в последние месяцы внутриутробного развития формировать предпочтения к определенным видам звуковой стимуляции: голосу матери, биению сердца, характеристикам родного языка матери. Отмечается и способность к более определенной и дифференцированной стимуляции: музыкальным и речевым фразам, целым мелодиям, стихам, сказкам. Исследования вкусовой чувствительности позволяют предположить, что избирательность к культурным особенностям пищевой сферы также возникает в этот период.

Функционирование развитого сенсорного аппарата и формирование ассоциативных систем мозга создают основу для образования устойчивого отношения к получаемой внутриутробным младенцем информации. На основании оценки реакций ребенка после рождения на внутриутробные стимулы (успокоение при контакте с матерью до удовлетворения физиологических потребностей, избирательное отношение к материнским стимулам, а также к внутриутробным шумам)

можно заключить, что у ребенка в конце пренатального периода формируется устойчивый сенсорный образ мира.

Основы развития переживания внутриутробным младенцем «успеха – неуспеха» в этот период связаны с дальнейшим установлением взаимосвязи его с матерью на основе реакции ее на шевеление ребенка. Впоследствии эти переживания будут включены в функции социума в формировании самооценки и мотивации достижений. Основное требование к будущей матери на этом этапе – стабильность ее реакций на шевеление ребенка.

Период до начала ощущений шевеления ребенка охватывает вторую половину первого триместра беременности и начало второго. Состояние женщины в этом периоде характеризуется интенсивными психофизическими изменениями и напряжением всех адаптационных механизмов, вызванных этими изменениями. В самочувствии при этом отмечаются неприятные физические ощущения (явление токсикоза беременной), повышается уровень тревоги, появляется эмоциональная лабильность, раздражительность, утомляемость, снижается общая активность. Несмотря на трудности и дискомфортное состояние, связанное с психофизиологической адаптацией женщины к новому состоянию, будущая мать ощущает развитие ребенка. Состояние беременности постепенно становится привычным, факт предстоящего рождения младенца становится реальным. В этом периоде начинает актуализироваться материнское отношение, проявляющееся в стремлении осознать состояние нерожденного ребенка, изменить поведение и образ жизни самым благоприятным для него образом. Представления беременной женщины о ребенке и его образ носят нечеткий, «размытый» характер, его состояние описывается в характеристиках субъективного восприятия своего состояния.

Период появления и стабилизации ощущений шевеления ребенка сопровождается, как правило, гармонизацией психофизического состояния женщины, стабилизацией ее эмоционального статуса и формированием адекватного, наиболее полного образа ребенка. В создании конкретного представления о ребенке важную роль играют появившиеся внутриутробные шевеления ребенка. Активация и субъективная актуализация интрацептивного компонента беременности делают реальным осознание существования нового еще нерожденного человека с собственными потребностями и состояниями. Именно осознание этого факта вызывает появление у беременной женщины первых субъект–субъектных отношений в диаде «мать – дитя». Отношение женщины к шевелению ребенка адекватно отражает первые проявления «материализации» ее отношений к состоянию и ситуации беременности, значимость рождения ребенка.

Первые шевеления плода часто не дифференцируются от других интрацептивных ощущений, но постепенно они приобретают более четкий и локализованный характер. С постепенным накоплением опыта шевелений будущая мать становится способной ассоциировать телесные переживания с предполагаемыми эмоциональными оттенками состояний еще нерожденного ребенка. Управление (субъективное регулирование) такими представлениями и всесторонняя интерпретация женщиной интрацептивного компонента беременности позволяют ей формиро-

вать и развивать уникальные базовые взаимоотношения с ребенком, формировать направленное эмоциональное отношение к нему.

Седьмой и восьмой месяцы беременности – фрагмент третьего триместра, являющийся достаточно сложным как с медицинской, так и психологической точки зрения. Этот период сопровождается ухудшением самочувствия беременной женщины, повышенной утомляемостью, снижением двигательной активности, нарушениями сна. Эмоциональное состояние характеризуется повышением уровня тревоги, появлением страхов, связанных с предстоящими родами и послеродовым периодом, проявлением нетерпения в ожидании встречи с младенцем. Сфера интересов личности женщины сосредоточена на всем, что связано с ребенком.

Этот период характеризуется значительным изменением представления матери о будущем ребенке. Образ ребенка приобретает более конкретный, реалистичный характер. Представленный в сознании женщины ребенок наделен индивидуальными характерологическими и поведенческими особенностями. Наблюдается четкая динамика формирования образа ребенка, отражающая изменение представлений женщины о ребенке от абстрактного, недифференцированного, до детального и конкретизированного. Такая динамика обусловлена постепенным развитием психологической близости между субъектами в диаде «мать – дитя», а также появлением, развитием, дифференциацией системы представлений и отношений матери к ребенку и созреванием материнской сферы в целом. Конкретизация образа ребенка способствует восприятию его как самостоятельного субъекта с индивидуальными потребностями, состояниями и поведенческими реакциями. В связи с этим взаимоотношения матери и будущего ребенка принимают реалистичный, субъект-субъектный характер.

Понимание женщиной существования реального, относительно самостоятельного еще нерожденного ребенка может привести и к осознанному его отвержению. Такой характер отношений матери и будущего ребенка провоцирует либо активные действия с целью избавления от плода, либо способствует принятию окончательного решения отказа от новорожденного, либо приводит к актуализации ценностей и соответствующих действий, не связанных с беременностью и будущим ребенком, и даже вредоносных для него.

Предродовой и родовой периоды. Предродовой период характеризуется постепенной психофизиологической подготовкой к процессу родов. Эмоциональное состояние женщины в этот период, как правило, стабилизируется, тревога снижается, страх родов проходит. Такие особенности эмоционального статуса роженицы способствуют оптимальному восприятию процесса родов и поведению в предродовом и родовом периодах.

Роды рассматриваются как:

- биологический процесс всегда связанный с физиологическими изменениями в организме женщины;
- психологический феномен, характеризующийся психологическими изменениями женского самосознания;

- важное социальное событие, в котором участвуют социально зрелая женщина со сформированной готовностью к материнству, в полном единстве со своим ребенком.

Очень важным для беременных женщин, ожидающих своего ребенка, является ощущение процессов, происходящих в их организме в последние недели беременности и знание их физиологической и психологической природы. Эти ощущения связаны с наступлением биологической готовности к родам.

В период родов гестационная доминанта сменяется родовой доминантой – динамической системой, объединяющей высшие центры (кора головного мозга, лимбические структуры, гипофиз) и исполнительные органы (матка) в целях выполнения основной задачи – родоразрешения.

Биологическая готовность к родам, характеризуется:

- рядом специфических процессов в центральной, вегетативной, гормональной системах;
- новыми функциональными состояниями матки (двух основных ее отделов – полый мускул матки, шейка матки);
- изменений в фетоплацентарной системе;
- готовность внутриутробного ребенка к рождению.

Психологическая готовность к родам включает:

- положительное отношение женщины к родам;
- отсутствие тревоги, страха;
- абсолютное единение с еще неродившимся малышом;
- уверенность в своих физических и психологических силах;
- умение управлять своими эмоциями, воспринимать роды как радостное, чрезвычайно важное событие в своей личной и семейной жизни.

Естественные роды – это начавшиеся самостоятельно роды при доношенной беременности, головном предлежании плода, при которых с самого начала мать и ребенок находятся в хорошем состоянии.

Основные составляющие родов:

- сокращения матки, идущие с нарастанием силы;
- раскрытие шейки матки;
- продвижение по родовым путям ребенка и его рождение.

Роды – это активная работа мышц матки, которые обладают уникальной способностью превращать биохимическую энергию в механическую энергию сокращения. Роды требуют большого количества энергии у матери и ребенка. Как правило, роды связаны с болью. В формировании ответных реакций на боль играет личность роженицы, ее этнокультуральная принадлежность, информированность, психологическая реакция на болезненные ощущения. Известно, что на восприятие боли во время родов имело место влияние религиозных убеждений. В соответствии с библейскими изложениями боль – это плата за грех. Однако, в современном переводе, боль трактуется как труд. Некоторые народы стойко переносят боль, у других принято в родах кричать. В связи с этим представляет интерес отличие восприятия боли при родах женщинами-туземками, представительницами племен,

где роды воспринимают как естественный природный процесс, не связанный с определенным усилием, и поэтому обязательно происходящих безболезненно.

Существуют мифы и убеждения, что рождение ребенка обязательно сопровождается болью. Вместе с тем, существуют некоторые аргументы, позволяющие обоснованно сомневаться в правомерности этих точек зрения.

1. Ни у одного вида животных роды не связаны со страданием и болью (за исключением патологических ситуаций или родов в противоестественных условиях).

2. Для множества культур и наций появление ребенка на свет сопряжено с радостью, с предвкушением знаменательного события. Роды при этом всегда проходят оптимально (исключение – случаи патологических родов).

3. Ни один физиологический процесс в нашем организме не сопровождается болью. Боль возникает только при болезни, ее осложнениях, страха, напряжении.

Когда беременная женщина подготовлена к родам, она имеет хороший настрой на положительную перспективу, сила боли умеренная, отношение к ней спокойное.

Некоторые данные свидетельствуют о том, что адекватность представлений матери о родах и послеродовом периоде, своих возможностях при родах и в отношении воспитания ребенка, индивидуальных особенностях ребенка является существенным показателем успешного развития ее материнской сферы и благополучного отношения к ребенку в дальнейшем [37].

Основной психологической характеристикой *послеродового периода* является встреча с новорожденным ребенком. В момент запечатления матерью младенца происходит перенос ее отношения к предыдущему образу ребенка на реальный образ. После рождения может наступить рассогласование между этими образами, способное вызвать разочарование или позитивно-эмоциональную реакцию матери. Различие представляемого и реального образов ребенка очевидно, однако, при разных вариантах формирования материнской сферы женщина обретает индивидуальную готовность к принятию этого различия. Гармоничная материнская сфера и зрелое, осознанное отношение беременной женщины к своему ребенку способствуют реалистичному ожиданию каких-либо новых, еще неизвестных особенностей младенца. Такая позиция матери делает ее готовой к восприятию ребенка таким, каким он родится.

В послеродовом периоде продолжается развитие эмоциональной близости во взаимоотношениях между матерью и новорожденным, и немаловажную роль в этом играет взаимная сенсорная стимуляция в ситуациях ухода за младенцем и его кормления. Непрерывный сенсорный контакт между матерью и ребенком в послеродовом периоде является благоприятным фактором формирования и наполнения материнской сферы и психофизического развития ребенка.

В *период новорожденности* мать в процессе ухода за ребенком продолжает развивать способность идентификации потребностей младенца, адекватной организации своих действий и проявлять соответствующие эмоции. Перечисленные особенности материнского поведения зависят от общей материнской компетентности и отношения к ребенку.

Существуют различные взгляды на суть и факторы развития материнской компетенции. В рамках психоаналитического подхода считается, что компетентность матери обусловлена ее особым состоянием, позволяющим ей идентифицироваться с ребенком. В теориях социального научения этот процесс рассматривается как взаимное научение членов диады посылать и распознавать сигналы о своих состояниях в процессе взаимодействия. В отечественных исследованиях подробно проанализированы развитие эмоционального взаимодействия, складывающееся к концу периода новорожденности, возникновение у матери различения интонационной структуры плача ребенка и его использование ребенком как средства взаимодействия. В нашем понимании материнская компетентность формируется поэтапно на всем протяжении оформления материнской сферы.

Отношение к ребенку формируется, стабилизируется и закрепляется в периоде беременности, проходит фазы симбиоза и сепарации. На фазе симбиоза отношение матери к будущему ребенку отождествляется с отношением к себе, ребенок представляется единым целым с матерью, его образ размыт и не дифференцирован (ребенок как «часть меня»). Фаза сепарации сопровождается разделением в сознании беременной женщины субъектов диады «мать – дитя», ребенок представляется как самостоятельный в своих потребностях, состояниях, поведенческих реакциях («мой ребенок» и «я – мать этому ребенку»). Индивидуализация ребенка, отношение к нему как к субъекту является одной из важных характеристик материнского отношения. Она позволяет матери учитывать индивидуальные особенности ребенка и гибко варьировать стили общения. Своевременное прохождение фазы сепарации (вторая половина периода беременности) способствует установлению оптимальных материнско-детских отношений в периоде новорожденности.

Нарушения во взаимодействии матери с ребенком в период новорожденности имеют негативные последствия не только для ребенка, но и для дальнейшего формирования материнской сферы. Такие нарушения могут быть вызваны различными факторами: длительной изоляцией ребенка от матери вследствие осложненных родов, соматическими заболеваниями матери и ребенка, послеродовыми аффективными расстройствами женщины.

Одной из причин возникновения послеродовых аффективных расстройств является негармоничное формирование материнской сферы.

Послеродовые аффективные расстройства (ПАР) представлены главным образом тремя патологическими состояниями: «материнская меланхолия»; послеродовая депрессия; постродовой психоз.

«*Материнская меланхолия*» по данным L. Lieg встречается у 50-60% женщин в послеродовом периоде. Симптомы этого варианта аффективных расстройств представлены в структуре астено-вегетативного синдрома. К ним относятся склонность к слезам без причины, утомляемость, нарушения сна, сниженный аппетит, нежелание вступать в социальные контакты. Пик негативного состояния приходится на 3-5 день.

Послеродовые депрессии (постнатальные) варьируют по тяжести – от неглубоких дистимического уровня (чаще истерических) до более тяжелых, соответст-

вующих картине развернутой меланхолической фазы. По данным К. Robson и R. Kumar встречаемость случаев послеродовой депрессии составляет 67%.

Специалисты отмечают, что данный вид депрессии является трудно диагностируемым заболеванием. Послеродовой период в разных источниках отмечается, как наиболее сенситивный, оценивается как время высокого риска возникновения психических расстройств. Поэтому следует помнить о возможности развития данной психической патологии. Наряду с этим существует вероятность развития повторной депрессии у женщин, имевших в прошлом перенесенную психическую патологию. Повторные депрессии встречаются у 21,8% женщин.

В структуре синдрома преобладают негативные эмоции: апатия, психическая анестезия, тревога, слезливость, замешательство, нецелесообразные мысли, раздражительность, утомляемость, бессонница, чувство вины, отчуждение эмоций (мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку). В таких случаях иногда появляются суицидальные мысли. Возможно присоединение навязчивых представлений контрастного содержания (страх нанести повреждения ребенку – ударить ножом, бросить с балкона и т.д.).

Наряду с перечисленными проявлениями в состоянии отмечаются усталость, повышенная чувствительность, чувство беспомощности или безнадежности, чрезмерной зависимости, чувство неадекватности, тревоги, страха, отчаяния, чувство «изменения» (я не такая, какой была раньше), чувство, что «жизнь никогда не будет такой же снова», недостаток энергии, потеря интереса к сексуальной активности, а также беспричинные страхи за свое здоровье, жизнь и безопасность ребенка.

Расстройство проявляется часто после того, как женщину выписывают из роддома, но время проявления состояния может варьироваться, может наступить как раньше, так и месяц спустя.

При проведении послеродового патронажа акушеркой или врачами акушером-гинекологом и педиатром следует всегда обращать внимание на особенности эмоционального состояния и поведение матери.

Послеродовой психоз («родовая горячка») встречается гораздо реже (у 1-2 женщин на 1000). В большинстве случаев его формирование связано с имеющимися психическими заболеваниями. Постнатальная апатия может рассматриваться как одна из предпосылок возникновения постродовых психозов. Обычно симптомы психоза появляются неожиданно во время родов или сразу же после родов. Также это может случиться во время беременности или через некоторое время после рождения ребенка. Галлюцинации и иллюзии часто появляются при таком состоянии. Поведение женщин становится странным. Уход за ребенком становится неполноценным. Женщины в состоянии послеродового психоза нуждаются в госпитализации, медицинском и психологическом вмешательстве.

С помощью ранней диагностики эмоциональных нарушений у женщин послеродового периода, возможно, предотвратить формирование послеродового психоза и хронизации депрессии путем своевременного оказания медико-психологической помощи.

Этиология ПАР. Этиология возникновения ПАР неоднозначно рассматривается различными авторами. Выделяется несколько групп причин возникновения послеродовой депрессии: физиологические; личностные; социальные. Как правило, причины ПАР носят комплексный характер.

Как известно беременность и роды сопряжены со значительными гормональными изменениями в организме женщины. В послеродовом периоде в организме происходит резкое снижение концентрации гормонов прогестерона и эстрогена в крови, что отражается на эмоциональном состоянии женщины.

Существует предположение о лечебном действии гормонов прогестерона и проглатина в отношении аффективных расстройств. Проглатин вырабатывается на поздних сроках беременности и создает у женщин ощущение хорошего состояния здоровья. В некоторых культурах существует обычай «съедания плаценты», в которой содержится большое количество прогестерона, как способ защиты от возникновения депрессивных состояний. Такой же «обычай» распространен и у многих животных.

Психологические причины оказывают прямое влияние на состояние матери после родов. Рождение ребенка – период глобальных изменений, которые могут стать причинами ПАР. Существует мнение о том что, совокупность биологических изменений и изменений социальных ролей приводят к депрессии. Исследователи уделяют внимание изучению отношения к материнству, и принятию новой для женщины материнской роли. Состояние женщины после родов во многом зависит от того, как женщина воспринимает себя в роли матери, насколько она готова к принятию новой роли.

Нежелательный пол и темперамент младенца также могут повлиять на возникновения неблагоприятного состояния у матери.

Изменения, происходящие в жизни семьи после рождения ребенка, играют роль в возникновении ПАР. Отношения между супругами, родителями, предыдущие и текущие жизненные события отражаются на состоянии матери и ребенка. Повышенное чувство ответственности за ребенка, ориентация в большей степени на потребности ребенка и в меньшей на свои – возможные факторы формирования ПАР.

Также среди причин формирования ПАР отмечается опыт переживания родов: физиологические роды или с медицинским вмешательством, характер медицинского вмешательства, условия прохождения родов и т.д. Воздействие медицинских процедур также может негативно повлиять на эмоциональное состояние женщины. Женщины, для которых обстановка родильного отделения знакома, контакты с врачами, акушерками привычны, менее подвержены нарушению эмоциональной стабильности. Подготовленные к Кесареву сечению роженицы чаще сохраняют эмоциональное равновесие, чем те, которые ожидают естественные роды, поскольку для первых ситуация родов более определенная и предсказуемая.

Среди социальных причин отмечается как наиболее значимое семейное положение. Одиноким матери, чаще испытывают депрессивные состояния. Исследования В. И. Брутман [10] показывают, что возраст матери также влияет на эмоциональное состояние после родов. Женщины, которые становятся матерями в воз-

расте до 21-го года, склонны к депрессивным состояниям, поскольку не готовы к исполнению материнской роли в связи с недостаточной самостоятельностью. Неблагоприятным фактором могут оказаться незрелые нереалистичные ожидания до и во время беременности, после родов. Женщины, испытывающие только идеальные представления о материнстве, часто не готовы к первым трудностям и реальному уходу за ребенком, что также становится причиной негативных состояний.

Причины возникновения ПАР различны, вариативны и индивидуальны. Интенсивность и сочетание перечисленных причин могут влиять на возникновение и продолжительность послеродовой депрессии. Совокупность различных факторов может стать толчком для изменения эмоционального состояния у матери.

Профилактика послеродовых аффективных расстройств. Одним из факторов, предотвращающих развитие ПАР, является раннее прикладывание к груди и грудное вскармливание. Вместе с тем основное профилактическое значение имеет медико-психологическая подготовка к родам и раннему взаимодействию с ребенком (раннее прикладывание к груди, грудное вскармливание).

В процессе медико-психологической подготовки у каждой женщины формируется четкое представление о перинатальном периоде в целом. Наряду с медицинскими аспектами (течение беременности и родов, возможности анестезиологического обеспечения в родах, период грудного вскармливания, вопросы послеродовой контрацепции) медико-психологическая помощь беременным женщинам включает психотерапевтические подходы.

В *периоде совместно-разделительной деятельности матери и ребенка* у женщины уже сформирован определенный стиль эмоционального сопровождения взаимодействия с младенцем, закреплена операционально-поведенческая сторона материнства, изменена с учетом наличия ребенка жизненная ситуация. Дальнейшее наполнение материнской сферы происходит в связи с заботой и уходом за ребенком в процессе его онтогенеза, выработкой стилей воспитания, проживанием ситуаций, требующих от матери реализации ее функций как объекта привязанности ребенка.

Очередной период становления материнства, связанный с *возникновением интереса к ребенку как личности*, приходится на второй год жизни ребенка. В этот период функции матери усложняются необходимостью изменения отношения к ребенку. Материнское отношение должно сочетать обеспечение безопасности и предоставление самостоятельности ребенку. Формирование гармоничного материнского отношения в этом периоде зависит от степени чувствительности матери к потребностям и проблемам ребенка, наличия у нее мотивации участия в игровой деятельности, интерес к способам постановки и решения ребенком игровых задач. Постоянное участие матери в жизни своего ребенка с одной стороны и предоставление ему возможности быть инициатором в своих мотивах и действиях с другой способствуют развитию и поддержанию эмоциональной близости в отношениях, наблюдению личностных изменений ребенка, интересу матери к его индивидуальному, самостоятельному пути развития.

Устойчивое доминирование ценности ребенка и адекватный стиль эмоционального материнского отношения, базирующийся на всем содержании материн-

ской сферы, обеспечивает возможность развития личностного отношения к ребенку и поддержания его эмоционального благополучия в любых жизненных ситуациях.

1.2.6. Формирование привязанности к ребенку

Последний этап развития материнской сферы в онтогенезе характеризуется образованием у матери эмоциональной привязанности к ребенку, личностного принятия и личностного интереса к внутреннему миру ребенка. Это происходит на основе динамики эмоционального отношения матери к ребенку в процессе его развития.

2. ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ КАК СТАДИЯ РАЗВИТИЯ МАТЕРИНСКОЙ СФЕРЫ

2.1. ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА БЕРЕМЕННОСТИ В ПСИХОЛОГИИ

Одной из важнейших стадий в становлении материнства является период беременности.

Междисциплинарный характер изучения беременности позволяет рассматривать ее в онтогенезе женщины и как специфическое состояние, и как ситуацию, и как многоуровневый, многомерный процесс, затрагивающий анатомо-физиологический, психологический и социальный статус женщины. Это позволяет рассматривать беременность как феномен с нескольких позиций.

С медицинской позиции беременность – это естественный физиологический процесс развития в организме женщины оплодотворенной яйцеклетки, в результате которого формируется и развивается новый человек, способный существовать вне материнского организма [39].

С психофизиологической точки зрения беременность рассматривается как физиологический процесс, вызванный оплодотворением, и ведущий к изменениям в организме и психике женщины, направленными на развитие и появление на свет нового человека [9].

Психологическому изучению периода беременности как жизненного кризиса, во время которого меняется социальная ситуация развития личности посвящено большое число работ [11]. Как правило, в них рассматривается смена ролей, изменение круга лиц, включенных во взаимодействие, и весь спектр решаемых проблем и возможностей, образ жизни в целом [1]. В ходе развития беременности происходят очень существенные изменения образа «Я», потеря старой и обретение новой идентичности, перестройка личностных смыслов, при этом включаются механизмы защиты и актуализируются стратегии совладания с трудной жизненной ситуацией. Личностные изменения связаны с внутренней психической переработкой ситуации беременности, приводящей к новым смыслообразованиям, «рассортировке» ценностей, выбор стратегий поведения [11].

Исследование беременности с психологических позиций имеет несколько аспектов.

В некоторых случаях речь идет о синдроме беременности является вызванным оплодотворением как новом психогенном состоянии, ограниченном определенным периодом времени, начинающимся не в день зачатия, а при осознании женщиной своего нового положения и заканчивается не родами, а в момент «пигмалионизации» своего ребенка [9].

Кроме того, беременность рассматривается как субъективная реальность и феномен культуры, как особая ситуация, затрагивающая все жизненные основания

женщины, обуславливающая глубокие изменения самосознания, отношения к себе, другим и миру [11].

В рамках психоаналитического подхода к пониманию психологического смысла беременности последняя характеризуется как «биологически естественное явление», «исключительное состояние, проверяющее соматические и психологические резервы женщины» [2].

Экзистенциальный взгляд на беременность связан с тем, что, не смотря на непродолжительность ее срока (относительно всего жизненного пути женщины и даже относительно ее фертильного периода), все же вынашивание плода рассматривается как кризисный период в жизни не только женщины, но и ее микросоциума.

В этот период актуализируются три основных психологических проблемы: 1) принятие себя в новом состоянии беременности; 2) принятие новой жизни – ребенка в себе; 3) принятие окружающего мира в состоянии беременности. В одном случае решение этих психологических проблем может привести к сдвигу в развитии женской идентичности, повышению личностной зрелости, росту самооценки, в другом – к патологическому разрешению ранних конфликтных материнско-детских отношений.

Обобщение многочисленных точек зрения по определению психологической трактовки периода беременности позволило сделать вывод о том, что этот онтогенетический этап можно назвать, пользуясь терминологией Р. Раппорта, «нормальным» или «нормативным» кризисом, требующим мобилизации адаптационных механизмов личности беременной женщины и ее микросоциума.

2.2. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ФЕНОМЕНЕ БЕРЕМЕННОСТИ В КОНТИНУУМЕ «БОЛЕЗНЬ – ЗДОРОВЬЕ» И ИХ СООТНОШЕНИИ

В настоящее время активно разрабатываются, дополняются и уточняются теоретические психологические позиции проблемы соотношений в диаде «здоровье – болезнь», введенные в практику Р. А. Лурия, Н. Н. Николаевой, А. Ш. Тхостовым, В. А. Ананьевым. Наиболее интересным, на наш взгляд, является представление о здоровье и болезни как определенных соотношениях в континууме, ограниченном двумя полярными точками «состояние здоровья» и «состояние болезни». По мнению И. В. Давыдовского [12] в пространстве между полюсами располагается множество третьих «промежуточных» состояний – «...состояний не-здоровья и не-болезни, – указывающих на особые формы приспособления, близкие то к здоровью, то к заболеванию и все же не являющимися ни тем, ни другим».

Третье состояние человека имеет ряд существенных отличий и от здоровья, и от болезни. Оно может сохраняться месяцы, годы. Находясь в этом состоянии, человек располагает ограниченными психофизическими возможностями, заложенными в него природой.

В клинической медицине принято определять такие состояния как предболезнь (И. И. Брехман, В. П. Казначеев, С. Б. Семичов и др.), представленную ситуацией динамического взаимодействия процессов патогенеза и саногенеза. С психологически ориентированных позиций третье состояние может быть представлено как процесс адаптации с возрастающим риском ее нарушения, то есть состояние, не дошедшее до нозологической стадии, но уже не соответствующее здоровью. Таким образом, третьи состояния имеют характер некоторой неопределенности, когда еще не достигнута полярная точка континуума, и состояние не приобрело явной, однозначной формы.

Исходя из вышеизложенного и опираясь на сформировавшуюся в клинической медицине и психологии концепцию предболезни, определяющей в качестве одного из ведущих факторов формирования патологии состояние психической дезадаптации (в том числе и при соматических заболеваниях), представляется целесообразным рассматривать оценку состояния адаптации (дезадаптации) в качестве основной дифференциально-диагностической характеристики в континууме «здоровье – предболезнь – болезнь».

С психологически ориентированных позиций третье состояние может быть представлено как процесс адаптации с возрастающим риском ее нарушения, то есть состояние, не дошедшее до нозологической стадии, но уже не соответствующее здоровью.

Такая точка зрения находит подтверждение, в частности, в том, что предболезнь рассматривается, с одной стороны, как свидетельство воздействия на организм и личность патогенных условий и факторов, а с другой стороны – как результат эффективной работы адаптационных и компенсаторных механизмов, выполняющих определенную «барьерную» стабилизирующую роль [7].

По мнению М. А. Березина [7], болезнь можно диалектически рассматривать как развернутый во времени динамичный неуспешно протекающий процесс адаптации организма к действию факторов риска при непрерывно работающих, но истощающихся компенсаторных механизмах (под неуспешностью адаптации понимается формирование типа функционирования организма и личности, отличного от функционирования в состоянии полного здоровья).

Таким образом, подобные «третьи состояния» имеют характер некоторой неопределенности, когда еще не достигнута та или иная полярная точка континуума, и состояние не приобрело какой-либо явной, однозначно расцениваемой формы (здоровья либо болезни, нормы либо патологии, в том числе и нозоса).

Введение понятия «третье состояние» (под которыми чаще всего понимаются некоторые пограничные состояния – дисфункциональные, пограничные и предболезненные состояния, расстройства и болезни адаптации, инкубационный период при инфекциях и т.п.) позволило клиническим специалистам – и теоретикам, и практикам, избежать жестких рамок и ограничений при квалификации различных проявлений здоровья и нездоровья человека.

В определенном смысле беременность можно рассматривать тоже как специфическое проявление третьего состояния [22]. Однако беременность сама по себе не является патологическим явлением (т.е. это «не-болезнь»). «Не-болезненность»

беременности доказывается ее природной обусловленностью, эволюционной целесообразностью и распространенностью на всю женскую часть земной популяции *Homo sapiens*. В то же время состояние беременности сопровождается существенно измененным функционированием организма, отличающимся от ранее сложившейся для него «нормы» жизнедеятельности, и, в силу этого, не всегда и не во всем соответствует критериям, используемым в отношении диагностики и описания состояния здоровья. В клинко-физиологическом плане следует подчеркнуть, что беременность сопровождается значительной, но дискретной, временной анатомо-физиологической, нейроэндокринной, иммунной и другой перестройкой организма, не имеющей, вместе с тем, сходно патологической (болезненной) природы. Разумеется, речь не идет о патологических вариантах протекания беременности, при которых наблюдаются достаточно сложные соотношения – беременность как исходно непатологическое явление; патологии, аномалии и болезни организма женщины, нарушающие нормальное протекание беременности и собственно патологическая беременность как следствие многомерных соотношений в системе этиопатогенетических факторов и клинических проявлений нарушений состояния здоровья.

2.3. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БЕРЕМЕННОСТИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ МАТЕРИНСКОЙ СФЕРЫ В СВЕТЕ ПСИХОЛОГИИ ОТНОШЕНИЙ В. Н. МЯСИЩЕВА

Беременность как специфический вариант третьего состояния является элементом континуума «здоровье – болезнь», имеет неизбежное отражение в самосознании женщины, а значит, отражаясь в сознании, должна сочетаться со своей внутренней картиной – внутренней (субъективную) картиной беременности (ВКБер), так же как болезнь и здоровье представлены в ВКБ и ВКЗ.

В силу структурного и динамического сходства этих психологических образований ВКБер следует рассматривать, по нашему мнению, в контексте теоретического аппарата ВКБ и ВКЗ.

Инициатор исследования проблемы ВКБ отечественный интернист Р. А. Лурия [18] определял ее как «знание болезни и осознание ее личностью, понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование и эмоциональные, поведенческие реакции, связанные с болезнью, т.е. возникший у больного целостный образ своего заболевания». Эти идеи развивались и дополнялись концептуальными положениями, сформулированными в рамках теоретико-методических построений, иногда существенно различающихся между собой. Так, В. Н. Мясищев [21] акцентировал внимание на отношении личности к болезни, В. В. Николаева [26] разработала структуру ВКБ и проанализировала ее динамику, А. Ш. Тхостов и Г. А. Арина [33] особое значение придавали рассмотрению личностного смысла болезни.

Внутренняя картина беременности (ВКБер) – психологическое новообразование (конструкт), формирующееся в контексте онтогенеза материнской сферы

женщины и проявляющееся развернуто в период беременности. Внутренняя картина беременности характеризуется восприятием, осознанием, переживанием беременности и отношением к этому состоянию.

Внутренняя картина беременности, прежде всего, отражает собственную позицию субъекта (женщины) и целостную систему отношений в ситуации состояния своей беременности.

Анализ структуры ВКБер, на наш взгляд, целесообразно строить на синтезе подходов ленинградской (В. Н. Мясищев) и московской (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. Ш. Тхостов, В. В. Николаева) школ отечественной психологии. В рамках ленинградской школы ВКБ рассматривается как трехкомпонентная структура, включающая эмоциональную, когнитивную и мотивационно-поведенческую составляющие. Московская школа предполагает изучение ВКБ с позиции поуровневого анализа и выделение чувственного, эмоционального, интеллектуального и мотивационного уровней.

В доступной нам литературе мы не нашли методологического анализа, направленного на выявление преимуществ того или иного подхода. Однако мы считаем более предпочтительным вариантом изучение ВКБер, опираясь на концепцию отношений В. Н. Мясищева, и рассматривать ВКБер как психологические проявления субъектного отношения к беременности. Многокомпонентная структура отношения к беременности должна включать, в соответствии с теорией отношений В. Н. Мясищева эмоциональный, когнитивный, мотивационно-поведенческий компоненты. Кроме того, представляется целесообразным исследовать и тот компонент отношений личности, который формируется под влиянием соматической, психофизиологической и собственной психологической эфферентации в ситуации развивающейся беременности. В определенном смысле речь идет об аналоге чувственного уровня внутренней картины многомерных соматопсихических соотношений, вызванных болезнью или, в нашем случае, – беременностью. Учет этого уровня формирования внутренней картины болезни характерен для московской клинко-психологической школы. Необходимость включения чувственного компонента в структуру отношения к беременности обусловлена выраженными соматическими изменениями, сопровождающими беременность как процесс и состояние, участием интрацептивных ощущений в формировании отношения к будущему ребенку, его образа, установления внутреннего психологического диалога с еще нерожденным ребенком.

Такого рода «синтезированная» модель внутренней картины беременности будет характеризоваться четырьмя составляющими:

- 1) чувственный пласт (интрацептивные ощущения плода, его шевелений, весь комплекс телесных переживаний, связанных с беременностью);
- 2) эмоциональный компонент (эмоциональное реагирование по отношению к своему состоянию и будущему ребенку);
- 3) когнитивный компонент (весь комплекс представлений о беременности, материнстве и будущем ребенке, смысл ситуации беременности);
- 4) мотивационно-поведенческий компонент (мотивы и особенности поведения в ситуации беременности).

При этом чувственный пласт такой внутренней картины (весьма точно названный А. Н. Леонтьевым «чувственной тканью сознания») составляет определенную основу для вышеперечисленных компонентов системы отношений беременной женщины. Представляется, что такое понимание в целом согласуется с положениями, разработанными в московской школе. Еще Р. А. Лурия [8] указывал на важность соответствия и соотнесенности всех уровней ВКБ и рассматривал сопоставление большим ощущений вызванных болезнью нарушений с имеющимися представлениями о них (в том числе и с их истолкованием), как следствие взаимопроникновения чувственного (сенситивного) и интеллектуального (когнитивного) уровней [26]. С позиций общепсихологического знания очевидна прямая причинно-следственная связь между ощущениями и чувствами, с одной стороны, и эмоциями, с другой [3]. Кроме того, достаточно объяснимо изменение мотивационной составляющей внутренней картины, происходящее под влиянием различных ощущений и чувств, вызванных болезнью (в нашем случае – беременностью). У беременных такие причины изменения поведения и образа жизни пациента наиболее понятны, так как само ощущение беременности лежит в основе формирования чисто женской модели полоролевого поведения и собственно материнского функционирования. Вышеизложенное позволяет рассматривать чувственный пласт в структуре предлагаемой нами модели внутренней картины беременности как своеобразную основу и предтечу формирования ее эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов. Это делает необходимым более пристальное рассмотрение всех компонентов отношения к беременности и их психологической характеристики.

2.3.1. Характеристика компонентов отношения к беременности

Чувственный пласт отношения к беременности. Основной характеристикой чувственного пласта отношения к беременности является отношение беременной женщины к шевелению плода. Шевеление плода – один из факторов, учитываемый в психологической диагностике и показывающий выраженность телесного статуса женщины при беременности. При сравнительном изучении переживания беременности у «благополучных» беременных и женщин, отказавшихся от своего ребенка, установлено, что снижение выраженности соматических изменений, связанных с беременностью (вплоть до их отсутствия), характерно для матерей-отказниц [10]. Чрезмерная выраженность соматических «симптомов», сопровождающаяся отрицательными эмоциональными переживаниями, также характерна для неблагополучного отношения к беременности и материнству. Анализ интенсивности телесных переживаний беременной женщины при шевелениях ребенка и интерпретации своих физических и эмоциональных состояний является ценным сведением для выявления отклонений от адекватной модели материнства.

Интрацептивные ощущения являются ключевым фактором формирования привязанности матери к ребенку, установления эмоциональной близости и закладки материнско-детских взаимоотношений. Именно шевеление плода перево-

дит сенситивно-чувственную сторону внутренней картины беременности из «абстрактной» в «конкретную». Шевеления плода вызывают у будущей матери чувство «сродненности» с собственным ребенком. До тех пор, пока будущая мать не ощущает внутриутробных шевелений, образ будущего ребенка имеет абстрактный, символический характер, связанный с социально значимыми ценностями, отражает сформированную в родительской семье модель материнского поведения. С момента начала шевеления у большинства беременных происходит усиление своеобразного «вслушивания» в свою телесность, фиксация на своих ощущениях. Периодически возникающие шевеления оживляют эмоциональную картину беременности, поток фантазий, связанных с ребенком, трактовок его активности его движений и изменение собственного поведения. Погруженность в представления и переживания, связанные с ребенком влечет обострение таких личностных характеристик как сензитивность, зависимость, внушаемость. В этот период беременности устанавливается внутренний эмоциональный диалог матери с ребенком. В процессе диалога формируется образ ребенка, который включается в самосознание женщины. Образ ребенка, возникающий в воображении матери, в процессе беременности закономерно изменяется и постепенно приобретает все большую реалистичность, наделяется младенческими чертами поведения, строения тела, психическими особенностями.

Эмоциональный компонент отношения к беременности. Эмоциональная составляющая отношения к беременности основывается на общем эмоциональном статусе, который характеризуется значительными специфическими изменениями [15; 19; 27-29; 32; 40]. Отмечается типичная динамика эмоциональных проявлений во время беременности. Если говорить об эмоциональном переживании беременности как своеобразном «синдроме», то на эмоциональном уровне можно выделить несколько симптомов [9].

Особого внимания заслуживает симптом эмоциональной лабильности, который характерен для всего периода беременности, но наиболее выражен в первом триместре. Под этим симптомом подразумевается эмоциональная дезадаптивность, которая проявляется в колебаниях фона настроения и в большей степени свойственна женщинам, испытывающим предменструальное напряжение. Колебания настроения заметны и выражают различную степень внутреннего напряжения – от ощущения скуки, медлительности, возрастающего недовольства собой до вербализованного чувства угнетенности. Эмоциональные изменения, происходящие у женщины во время беременности, могут стать причиной утомления и сонливости. Жалобы на такие состояния очень часты, особенно в первом триместре беременности.

С момента осознания и внутреннего принятия себя беременной («роли беременной») у женщин часто наблюдается симптом противоречивого отношения к беременности. С одной стороны – гордость за свою полноценность, возможность самореализации, приобретения женственности, переживания идентичности собственному полу, и в то же время – страх и беспокойство, порожденные фантазиями и социальными установками.

Большинство женщин в период беременности испытывают так называемый сенсорный голод, вызывающий повышенную раздражительность, нередко переходящую в агрессию по отношению к окружающим, и, в особенности, – к отцу ребенка. В данном случае уместно говорить о симптоме ощущения депривации (изолированности, лишения), сопровождающимся духовным отчуждением. В психике женщины такое состояние часто ассоциируется с подростковым возрастом, когда многие из них испытывали чувство одиночества, возникающее на почве отсутствия взаимопонимания с родителями.

Второй триместр характеризуется относительной эмоциональной стабильностью, внутренним комфортом, снижением тревоги и страхов. Этот период является благоприятным для формирования отношений с будущим ребенком с помощью методов пренатального общения.

В третьем триместре беременности в ряде случаев имеют место интравертированность (обращенность на себя и свой внутренний мир, малообщительность), пассивная зависимость, депрессивность, отсутствие уверенности в собственных силах. Кроме того, наблюдается феномен нетерпения, когда женщина, определившаяся в своем желании иметь ребенка, испытывает чувство нетерпения, нарастающего по мере приближения к родам [9].

Одним из самых эмоционально насыщенных симптомов третьего триместра, является симптом страха перед родами (токофобия). Женщина испытывает чувство страха и тревоги перед самими родами и связанными с ними болью, физической и психологической травматизацией, а также беспокойство в связи с возможными их неблагоприятными последствиями себя и ребенка.

Страх может быть неопределенным, трудно объяснимым, однако чаще всего токофобия конкретизирована (страх боли, разрывов родовых путей, тяжелых родов, страх за состояние здоровья и жизнь ребенка).

В период беременности в некоторых случаях имеет место феномен пренатальной тревоги. У беременной, как правило, выявляется несколько видов тревоги: 1) генерализованная; 2) физическая, когда женщина тяжело переносит физические аспекты беременности; 3) страх за судьбу плода; 4) страх перед необходимостью ухода за новорожденным; 5) страх перед родами; 6) страх перед кормлением новорожденного; 7) психопатологические феномены тревоги (панические атаки).

Влияние нарушения эмоционального компонента отношения к беременности на развитие плода. Эмоциональное напряжение в стрессовых ситуациях может оказывать влияние на течение беременности и родов, изменять функциональное состояние ЦНС женщины. Ряд авторов [31; 34; 41], работающих в этой области, считают, что выраженная эмоциональность, высокий уровень нейротизма, чрезмерная тревожность влияют на физиологическое состояние женщины: характер маточных сокращений, объем кровопотери в родах, состояние плода и новорожденного. Это влияние может быть объяснено наличием единого триггерного звена в ЦНС женщины (лимбико-ретикулярного комплекса), участвующего в регуляции как маточной гемодинамики и развития плода, так и в эмоциональных, вегетативных функциях матери и общего адаптационного процесса при беременности. В литературе выделяют две наиболее часто встречающиеся психотравмирующие

ситуации, провоцирующие стрессовое состояние беременной женщины: нежеланная беременность и нарушение взаимоотношений во время беременности отца и матери будущего ребенка [30].

Мать и плод представляют собой единый нейрогуморальный организм, и каждый из них в равной степени испытывает неблагоприятные влияния внешнего мира. Информация об этом записывается в долговременной памяти, оказывая воздействие на всю последующую жизнь ребенка [5].

Чувствительность плода к эмоциональному состоянию матери формируется под влиянием притока ее гормонов. В первом триместре беременности матери ребенок еще не подвержен изменению ее эмоционального состояния, так как у него еще не сформирована структура нейрогуморальной регуляции. Эмоциональное состояние матери действует на ее собственный организм и при сильных стрессах или продолжительной тревоге создает условия для нарушения состояния внутренних органов, в том числе и матки, что может привести к прерыванию беременности, или, вторично, к нарушению физиологического процесса созревания плода. Эмоциональный стресс и депрессивное состояние во втором и третьем триместрах оказывают негативное влияние на развитие эмоциональной сферы ребенка и состояние его нервной системы.

Обобщенный анализ литературы по проблеме свидетельствует, что эмоциональный стресс матери достоверно значимо коррелирует с повышенной частотой встречаемости преждевременных родов, формированием психопатологических нарушений у детей, более частым развитием шизофрении, умственной отсталости, более высоким уровнем правонарушений у детей, склонностью к наркомании и попыткам суицида [35-38].

Эмоциональный стресс матери вызывает биохимический дисбаланс плода: сверхактивацию адреналово-корковой и симпато-адреналовой систем с последующим увеличением синтеза адренкортикотропного гормона, кортизона, гормонов гипофиза, катехоламинов и глюкагона. Этот повышенный гормональный фон, в свою очередь, воспринимается ДНК-рецепторами плода. Таким образом, гормональный дисбаланс организма матери может вызвать эмоциональную дисфункцию плода [38].

Впоследствии эта дисфункция отражается на формировании и развитии эмоциональной и поведенческой сферы личности ребенка. Подобная психическая травматизация плода отражается в эмоциональных впечатлениях его будущей взрослой жизни. Так, у детей, матери которых часто находились в стрессовом состоянии во время беременности, отмечались трудности контакта со сверстниками, агрессивное и протестное поведение, задержка развития речи, логоневроз, энурез, вредные привычки, страхи, тревожность, эмоциональная лабильность [14].

Когнитивный компонент отношения к беременности связан с особенностями смыслообразующей жизнедеятельности беременной женщины на этом этапе ее онтогенеза, а именно – с пренатальным развитием ребенка и подготовкой к его рождению. Содержание когнитивного компонента представлено значениями, смыслами, образами, связанными с беременностью. Наиболее пристального внимания заслуживает образ ребенка, формирующийся в сознании беременной. Дан-

ные психологических исследований, в которых изучался образ ребенка в представлениях будущей матери, свидетельствуют о том, что для матери ее ребенок имеет достаточные конкретные черты, складывающиеся в определенную картину [25].

Можно отметить некоторые общие закономерности формирования представлений матери о ребенке.

1. Образ будущего ребенка имеет двойственную (телесно-чувственную и социо-культурную) природу и рассматривается как единство телесно-чувственного и символически-опосредованного отражения реальности внутриутробного ребенка. При этом воображение и восприятие – две взаимосвязанные и необходимые стороны процесса формирования образа будущего ребенка у беременной женщины.

2. «Значение» и «смысл» как психологические уровни репрезентации образа будущего ребенка выступают результатом и регулятором соответственно субъект-объектного и субъект-субъектного измерения жизнедеятельности и этого этапа онтогенеза беременной женщины.

3. Субъект-субъектное восприятие будущего ребенка опосредуется предметом деятельности, который беременная женщина приписывает внутриутробному ребенку. Здесь предметом субъект-субъектной перцептивной деятельности выступают ее смысловые составляющие, составляющие в итоге целостную картину смысложизненных ориентаций (в понимании Д. А. Леонтьева).

4. Критерием уровня адекватности образа будущего ребенка у беременной женщины выступает его соответствие целям, задачам и самому смыслу материнского предназначения женщины, а также соответствие этого образа ожиданиям, намерениям и действиям беременной женщины, его влияние на построение взаимоотношений с воображаемым ребенком. Такое представление об адекватности когнитивного компонента внутренней картины беременности в целом согласуется с пониманием адекватности отражения как относительно верного, точного и полного воспроизведения одной системой (отражаемой) средствами другой (отражающей), представленном В. В. Николаевой [26].

Содержательно образ будущего ребенка включает в себя представления женщины о себе, ее близких людях, о ребенке (характеристики внешности ребенка, особенности ребенка как объекта восприятия, характеристики дитя как субъекта общения и деятельности), субъективно относимые женщиной к прошлому, настоящему и будущему временам.

Образ будущего ребенка рассматривается как структурированное многоуровневое многокомпонентное образование, в котором по критерию предметной отнесенности можно выделить чувственно-воспринимаемые, объектные и субъектные составляющие; в соответствии со степенью осознанности в нем представлены осознаваемые и бессознательные составляющие.

Структурные и содержательные особенности образа будущего ребенка раскрыты посредством ряда формально-содержательных и эмоционально-оценочных характеристик. К формально-содержательным характеристикам отнесены «субъектность» (преобладание в структуре образа субъектных либо объектных пред-

ставлений о ребенке); «осознанность» (преобладание в структуре образа осознаваемых либо бессознательных составляющих); «дифференцированность» (соотношение представлений женщины о себе, своих близких и о будущем ребенке); временная отнесенность (соотношение представлений о ребенке, субъективно относимых к будущему, прошлому и настоящему временам).

К эмоционально-оценочным характеристикам исследуемого образа отнесены: «амбивалентность – униполярность» (соотношение позитивных и негативных представлений о ребенке); «позитивность-негативность» (преобладание позитивных или негативных представлений о ребенке). Совокупность формально-содержательных и эмоционально-оценочных характеристик вербально и невербально воспроизводимых женщиной образов будущего ребенка в литературе часто обозначаются соответственно как «вербальный» и «невербальный» портреты ребенка.

Отмечаются некоторые особенности формирования и интериоризации образа ребенка у женщин с различными вариантами развития беременности.

При физиологическом вынашивании беременности образ будущего ребенка характеризуется «субъектностью», амбивалентностью, достаточной сформированностью. Подтверждением этому выводу служат его осознанность, отделенность от представлений о себе и своих близких, отнесенность представлений преимущественно к настоящему времени, выявленных при психологическом исследовании психосемантических репрезентаций у беременных.

Восприятие будущего ребенка женщинами, имеющими в анамнезе диагнозы «бесплодие» и «невынашивание беременности», характеризуется «объектностью», слабой степенью сформированности образа ребенка, что подтверждается его субъективной отнесенностью к будущему времени, слабой осознанностью его негативных составляющих, недифференцированностью образа от представлений матери о себе и ее близких.

Существуют определенные различия и в динамике формально-содержательных, эмоционально-оценочных характеристик образа будущего ребенка в группах «условно здоровых» женщин и беременных с ранее выносившимися диагнозами «бесплодие» и «невынашивание беременности».

«Условно здоровые» беременные женщины демонстрируют отчетливую динамику показателей образа ребенка, представленную двумя противоположно направленными тенденциями. Изменения вербальных характеристик образа происходит от выделения чувственно-воспринимаемых воображаемых признаков к формированию объектных («знаковых»), а затем и субъектных («смысловых») составляющих этого образа. Динамика невербального содержания образа разворачивается в обратном направлении: от символической опосредованности – к изображению чувственно-воспринимаемых деталей; эмоционально-оценочные показатели образа ребенка у «условно здоровых» беременных женщин изменяются к более позитивному восприятию ребенка.

У беременных с ранее отмечавшейся патологией репродуктивных функций формально-содержательные параметры «вербального» и «невербального» образов

характеризуются статичностью, динамика эмоционально-оценочных показателей выражена слабо.

Существует связь между психологическими личностными характеристиками беременных женщин и формально-содержательными и эмоционально-оценочными параметрами образа будущего ребенка.

Беременные женщины с позитивными, адекватными «вербальным» и «невербальным» портретами своего ребенка характеризуются личностной зрелостью, принятием себя и окружающих, отчетливо проявляющейся возможностью реализации материнской позиции. У этих женщин отмечаются позитивные взаимоотношения с родителями и супругом, адекватно выделяют положительные и отрицательные аспекты своих близких и отношений между ними.

Для беременных женщин с позитивным «вербальным» и негативным «невербальным» портретами будущего ребенка сверхзначимым является соответствие их переживаний и поступков действующим социальным требованиям и нормам. Такие женщины характеризуются наличием скрытых форм личностной агрессии по отношению к социуму, что проявляется в их сверхдружелюбии, в пассивном следовании просьбам и чужим мнениям; они склонны к идеализированному восприятию собственных родителей, а также – взаимоотношений между близкими людьми.

Беременным женщинам с негативными «вербальными» и позитивными «невербальными» образами будущего ребенка свойственно недоверие к себе и окружающим, подавление личных потребностей или наоборот, агрессивное стремление их удовлетворения.

Беременные женщины с негативными «вербальным» и «невербальным» портретами будущего ребенка обладают заниженной самооценкой, несформированной женской и материнской ролью, ауто- и гетероагрессивными тенденциями, выражающимися в психологической дистанцированности от своего партнера, игнорировании его личности, в проявлении недоверия к себе и другим. Кроме того, у этих женщин отмечаются нарушения детско-родительских отношений.

Мотивационно-поведенческий компонент отношения к беременности представлен мотивами и поведенческими реакциями, в основе которых стоят жизненные ценности, ценностные ориентации и предпочтения. Психологическое ядро этого компонента составляет субъективно-значимая ценность для женщины ее беременности и вынашиваемого ею ребенка. Наполнение мотивационно-поведенческого компонента отношения к беременности начинается с мотивов зачатия ребенка.

Создатель теории транзактного анализа Э. Берн считал, что ситуация зачатия человека может значительно влиять на его будущую судьбу. Непосредственно ситуацию зачатия он предлагал называть «зачаточной установкой» и рекомендовал проводить психологический анализ ситуации беременности, независимо от того, была ли она «результатом случайности, страсти, любви, насилия, обмана, хитрости или равнодушия...». По результатам такого анализа можно выяснить, каковы были обстоятельства наступления беременности, как подготавливалось это событие. Если зачатие планировалось, то каким образом: «хладнокровно и педантично,

с темпераментом, разговорами и обсуждениями или при молчаливом страстном согласии?» В жизненном сценарии будущего ребенка могут отразиться все эти качества, так как отношение родителей к интимной жизни отражается на их отношении к ребенку.

Как правило, одновременно существует несколько мотивов, которыми руководятся мужчина и женщина, сознательно принимая решение зачать ребенка, но лишь один из них является основным. При этом доминирующие и второстепенные мотивы женщины и мужчины могут быть разными. Следует различать конструктивные мотивы, способствующие укреплению семьи, личностному росту супругов, благополучному рождению и развитию ребенка, и деструктивные, приводящие к обратным результатам [43].

Конструктивные мотивы связаны с чувством любви. Примером скрытых, неосознаваемых, сопутствующих мотивов зачатия при этом могут служить:

- стремление к бессмертию в виде повторения себя в ребенке;
- выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет;
- желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было).

Некоторые неконструктивные мотивы зачатия неблагоприятно отражаются на личности каждого из супругов, на их семейных отношениях, на воспитании ребенка и его развитии. К числу таких мотивов зачатия можно отнести копулятивно-репродуктивное поведение, преследующие следующие цели:

- укрепить отношения в семье («привязать» к себе, вернуть мужа, предотвратить его уход и т. п.);
- родить ребенка для того, «чтобы был хоть один близкий человек», чтобы было о ком заботиться;
- улучшить свои жилищно-бытовые условия;
- доказать родителям, что после рождения ребенка его родителей нужно считать взрослым;
- вынудить родителей смириться с ранее «непризнаваемым» браком;
- «быть как все семьи»;
- родить ребенка «для своего здоровья»;
- получить социальные, материальные и иные выгоды или реализовать другие формы рентного поведения;
- изменить свой социальный статус.

На основании своих исследований Э. Берн выделял различные «родовые сценарии», характер которых определяется отношением родителей к будущему ребенку. К 5-6 годам развития ребенка они принимают почти заверченный вид. При этом растущий человек начинает жить или как «победитель», или как «неудачник», растет «гордостью семьи» и «наследником ее славных традиций» или «не оправдывающим надежды». Наиболее часто встречающимися считаются сценарии «происхождение» и «искалеченная мать». В основе первого лежат сомнения ребенка в том, что его родители настоящие, в основе второго – его знание о том, как тяжелы и опасны были роды для матери. Большое значение придавалось име-

нам, нередко отражающим амбиции родителей, поведению и особенностям воспитания ребенка, вызванные их недовольством по поводу пола своего ребенка.

Очередность рождения также может объяснить многие особенности внутрисемейных отношений. Второй ребенок одной и той же пары родителей появляется в семье, коренным образом, отличающимся от той семьи, в которой родился первенец. Различия касаются количественного состава, опыта родителей, мотивации зачатия первого и второго ребенка.

К моменту рождения ребенка женщине необходимо разобраться в своих мотивах, системе ценностей и своем отношении к еще нерожденному ребенку. Не каждая женщина способна самостоятельно осознать психологические взаимодействия в семье и разобраться в их нюансах. В связи с этим уже на стадии планирования деторождения у семьи может возникнуть потребность в помощи психолога.

Созревание и дифференциация мотивационных основ отношения к зачатию и развивающейся беременности порождает у матери появление действий, обращенных к своему ребенку, приводящих к формированию и развитию мотивационно-поведенческого компонента отношения к беременности. Воздействие на ребенка внутриутробного периода развития может быть опосредованным (через организм матери) и непосредственным (через слуховой анализатор ребенка). В первую очередь эти действия проявляются в виде общения будущей матери с ребенком. Общение в периоде беременности осуществляется в основном виртуально либо тактильно, практикуется мысленное или вербализованное обращение к нему, организацией прослушивания специально подобранной музыки и т.п. На еще не рожденного ребенка благотворно влияют звуки голоса матери. Процесс образования привязанности между матерью и ребенком происходит синхронно. В этом участвуют все сенсорные системы матери и её будущего малыша. Музыкальное воздействие на плод в настоящее время получило широкое распространение в практике пренатального воспитания ребенка. Теоретической основой такого направления явились научные работы по пренатальному обучению, появившиеся в 60-70-е годы XX века, в период становления перинатальной психологии. Изучение особенностей реагирования плода на различные звуки, проявляющегося учащенным сердцебиением и двигательной активностью, позволило дифференцированно подходить к организации музыкально-вербального воздействия и взаимодействия матери и ребенка.

Мысленное приглашение к «общению», посылаемое матерью к ребенку, заставляет его перемещаться во внутриутробной среде. Положительное влияние на развитие ребенка оказывает разговор с ним, чтение с выражением стихов, сказок, пение песен. Чрезвычайно важным является воздействие на ребенка голоса отца, он должен попасть в его память ещё задолго до рождения. Установлено, что ребенок очень тонко воспринимает интонацию голоса (не понимая при этом смыслового значения речи).

Вышесказанное определяет возможность целенаправленного систематического воздействия на слуховой анализатор внутриутробного ребенка. Воздействие голосов матери, отца на будущего малыша, по мнению исследователей, способствует:

- усилению нервной активности;
- активизации нейронов;
- совершенствованию межнейронных связей.

При сеансах общения родителей с будущим малышом родители хорошо фиксируют усиление двигательной активности ребенка, являющееся как бы ответом и выражением признательности своим родителям. Если мать и отец общаются с малышом регулярно, тот привыкает к языковому контакту, а после рождения хорошо отличает и адекватно реагирует на голоса своих родителей.

Основываясь на результатах последних исследований [31], следует помнить, что чрезмерный шум вреден для развивающегося ребенка. Он может быть одним из факторов преждевременных родов и развития тугоухости у малыша. Беременным, работающим на шумном производстве, необходимо помнить об этом и использовать соответствующие меры защиты. Если внутриутробно малыш подвергался воздействию сильного шума, необходимо в последующем, в периоде раннего детства, проверить у него слух. Отношение к своему будущему ребенку должно быть связано с оценкой влияния на него разных звуков, эмоционального и физического состояния будущей матери на протяжении всей беременности и ожидаемых родов.

2.3.2. Отношение к беременности в системе классификаций отношений В. Н. Мясищева

Одним из составляющих содержания концепции отношений В. Н. Мясищева [21] являются классификации и характеристики отношений личности. Одна из классификаций предполагает группировку отношений по их структурным компонентам.

Классификация с позиции *когнитивного компонента* включает отношение к субъекту (отношение к себе, отношение к другим людям); отношение к объектам; отношение к событиям.

Отношения к беременности обнаруживают все признаки своей принадлежности к этому классу.

Во-первых, отношение к беременности предполагает отношение женщины к себе как беременной, так как она является носителем этого состояния.

С точки зрения В. Н. Мясищева, в системе отношений человека особое место занимает его отношение к самому себе. Отношение к себе, в свою очередь, является системным. При психологическом анализе в отношении к себе могут быть выделены такие отношения как: отношение к своему физическому и психическому состоянию (самочувствие, настроение, работоспособность, уровень внимания и др.), к своим способностям, к характеру, к выполняемым социальным ролям, к личностному и социальному статусу и пр. Ситуацию беременности сопровождают значительные изменения эмоционального, когнитивного, телесного статусов, самочувствия женщины в целом. В связи с этим индивидуальным образом меняется

и отношение к своему состоянию. Отношение к своим способностям преобразуется из-за появления новых функций, связанных с материнством.

Отношение к себе может дифференцироваться настолько, насколько человек в процессе рефлексии в состоянии дифференцировать свою личность и оценивать то место среди других людей, которое он занимает в психологическом пространстве ценностей, принятых в обществе, в его референтной группе и разделяемых им лично.

Во-вторых, отношение к беременности включает отношение к другим субъектам: отношение к вынашиваемому ребенку; отношение женщины к макросоциуму и микросоциуму, ранее существовавшему или сформировавшемуся в период беременности.

По отношению к каждому из конкретных людей справедливо то, что было уже сказано по отношению к самому себе. Так, при психологическом анализе отношения субъекта к другому субъекту можно выделить отношения к различным сторонам и проявлениям, характеризующим этого человека. При этом самое существенное значение имеет то, что отношение одного человека к другому является субъектно-субъектными и представляет собой взаимоотношение.

Отношение к будущему ребенку можно классифицировать и как отношение к себе, и как отношение к субъекту – в зависимости от того, насколько образы матери и ребенка тождественны или различны для нее. Включение беременной женщиной образа будущего ребенка в границы своего телесного и психологического Я связано со степенью идентификации матери себя с ребенком. Особенности такой идентификации, в свою очередь, зависят от индивидуальных личностных особенностей женщины, степени желанности – нежеланности беременности для матери, срока беременности и т.д.

В состоянии беременности меняется отношение женщины к окружающим в целом и близким людям в частности. Особенности нового отношения главным образом обусловлены аффективными изменениями, которые, в свою очередь, вызваны нейрогуморальной перестройкой организма. Изменение отношений к макросоциуму и микросоциуму, как правило, ситуативны и связаны непосредственно с гестационным периодом.

В-третьих, отношение к беременности предполагает отношение к ней как к событию. Беременность является значимой ситуацией, важным событием в собственной жизни женщины и ее семьи. Эта ситуация наполнена особым смыслом, влечет за собой последующие события (роды, автономное существование и развитие ребенка, лактационное поведение и т.д.).

Классификация отношения к беременности как проявление существования *эмоционального компонента* отношений личности позволяет определять как положительное или нейтральное, отрицательное или положительно-отрицательное (противоречивое, амбивалентное).

Эмоциональная сторона отношений может быть охарактеризована с помощью всех существующих в научно-психологической, художественной литературе и живом разговорном языке научных и бытовых понятий, которые используются для описания всей полноты эмоциональной и чувственной жизни человека.

Раскрывая психологический смысл *мотивационно-поведенческого компонента* отношений, В. Н. Мясищев определял его как источник субъективной активности и привлекал для смыслового его раскрытия такие психологические категории, как мотив, внимание, воля. В соответствии с этим отношения могут быть классифицированы на основе выделения ведущих характеристик этих психологических понятий. Это позволяет подразделить отношения на инициативные и неинициативные, внимательные и невнимательные, волевые и неволевые, активные и пассивные, внушенные и невнушенные, зависимые и независимые и пр.

2.3.3. Классификация вариантов отношений к беременности

Для описания отношения к беременности и использования этих данных в диагностических и прогностических целях используются характеристики чувственной пласта беременности и всех компонентов системы отношений беременной женщины: эмоционального, когнитивного, мотивационно-поведенческого. Примерами таких психологических феноменов являются особенности физического и эмоционального переживания момента идентификации беременности, характерная для каждого триместра динамика переживаний симптоматики беременности и особенности фона настроения, переживание первого и последующих шевелений ребенка, качественная характеристика активности женщины в последнем триместре беременности и п.п.

Доминирование того или иного аспекта отношений в их общей системе приводит к появлению специфических типов системы отношений личности. Дальнейшее развитие теории В. Н. Мясищева [21] в направлении описания психологических особенностей личности привело к появлению концепции акцентуации А. Е. Личко. В этой концепции классификация вариантов развития личности с заостренными (акцентуированными) чертами характера основывается на тщательном анализе особенностей системы отношений, характеризующих каждый тип акцентуации. Значительное сходство с классификацией акцентуаций по А. Е. Личко обнаруживает и типология отношений к болезни, разработанная В. Н. Мясищевым. Ранее нами уже отмечалось существенное методологическое сходство понятий «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина беременности». Этот факт, а также приверженность авторов настоящего пособия к теоретическим построениям ленинградской школы отечественной медицинской психологии позволили им разработать и предложить описания некоторых реально наблюдающихся в клинике вариантов отношений к беременности как психологических эквивалентов внутренней картины беременности. Определенной теоретической предпосылкой для предлагаемой классификации послужили и результаты исследований Г. Г. Филипповой [35-38], в которых представлена классификация стилей переживания беременности, которые, по нашему мнению, имеют значительное сходство по этиопатогенетическим механизмам с психологическими предикторами формирования внутренней картины болезни (в нашем случае – внутренней картины беременности). Разумеется, существуют значи-

тельные отличия между теоретическими основаниями выделения стилей (и стилей переживания в частности) как одной из основных категорий современной отечественной психологии, с одной стороны, и теоретическими основаниями выделения отношений личности как другой, не менее существенной, категории общепсихологического знания. Однако в данном случае такие методологические проблемы не меняют принципиально взгляда на проблему субъективной стороны вынашивания беременности. Поэтому авторы оставляют все разночтения в понимании «стилей переживаний беременности», «компонентов отношений к беременности», и даже самую методологическую разницу в представлениях о базовом понятии («внутренняя картина болезни [беременности]» или «отношение к болезни [беременности]») за рамками терминологической проблемы, сопутствующей любому новому направлению работы.

Гармоничное отношение к беременности:

- идентификация беременности происходит без выраженных отрицательных эмоций;
- в первом триместре беременности возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов;
- во втором триместре стабильное положительное эмоциональное состояние;
- в третьем триместре повышение тревожности со снижением к последней неделе перед родами;
- соматические ощущения отличны от состояний, наблюдавшихся до наступления беременности, интенсивность этих ощущений хорошо выражена;
- динамика психологических переживаний адекватна соматическим изменениям;
- первое шевеление ребенка отмечается беременной женщиной в 16-20 недель, сопровождается положительными эмоциями;
- последующие шевеления четко дифференцированы от других ощущений, не сопровождаются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями;
- поведенческая активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к родам и послеродовому периоду.

Тревожное отношение к беременности:

- идентификация беременности сопровождается эмоциями тревоги, страхом, чувством беспокойства;
- эмоциональное состояние в первый триместр преимущественно тревожное или депрессивное, наблюдаются многочисленные навязчивые опасения и страхи;
- во втором триместре не наблюдается стабилизации эмоционального состояния, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды;
- в третьем триместре эмоциональные нарушения усиливается, эмоционально-негативные реакции вызываются постоянно расширяющимся кругом ранее нейтральных ситуаций;

- динамика соматических изменений замедлена или выражена парадоксально (живот слишком больших или слишком маленьких размеров для данного срока беременности);

- соматический компонент проявляется по типу явного болезненного состояния;

- первое шевеление ощущается раньше 16 недель, сопровождается длительными сомнениями, или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, шевеление переживается с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения;

- последующие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, тревогой по поводу здоровья ребенка и себя, характерна направленность на получение дополнительных сведений о беременности и развитии ребенка, настроенность на более частое патронажное наблюдение;

- поведенческая активность в третьем триместре определяется страхами за исход беременности, родов и послеродового периода.

Эйфорическое отношение к беременности:

- все характеристики реакций личности при идентификации беременности имеют неадекватную эйфорическую окраску;

- отмечается некритическое отношение к возможным проблемам и ограничениям, вызванным беременностью и последующим материнством;

- отсутствует дифференцированное отношение к шевелению ребенка и его качественному своеобразию;

- частое появление осложнений к концу беременности;

- высокая вероятность неблагоприятного исхода в послеродовом периоде.

Игнорирующее отношение к беременности:

- идентификация беременности поздняя, сопровождается отрицательными эмоциями (чувством досады или неприятного удивления);

- динамика эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса, не соотносящегося с периодизацией развития беременности и происходящими при этом изменениями в организме, личности и статусе женщины;

- соматические изменения замедлены (живот слишком маленьких для данного периода беременности размеров);

- соматическое состояние идентичное состоянию до наступления беременности либо даже субъективно лучше, чем до беременности;

- первое шевеление ребенка замечается значительно позже срока 16-20 недель беременности;

- последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуются как доставляющие физическое неудобство;

- поведенческая активность в третьем триместре повышается и направлена на содержания деятельности, не связанной с ребенком.

Амбивалентное отношение к беременности:

- физические и эмоциональные ощущения противоречивы (в т.ч. и при переживании шевеления плода);
- характерно возникновение болевых ощущений, слабо соотносящихся с клиникой вынашивания беременности на разных ее этапах;
- отрицательные эмоции интерпретируются преимущественно как страх за ребенка или за исход беременности, родов;
- в суждениях о самооценке своего состояния характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

Отвергающее отношение к беременности:

- идентификация беременности сопровождается выраженными отрицательными эмоциями;
- динамика соматических изменений выражена и сопровождается негативными эмоциями;
- отношение к беременности как к «каре», помехе и т.п.;
- шевеление воспринимается как неприятный физиологический феномен, сопровождающийся неудобством, брезгливостью;
- к концу беременности часто развивается депрессивное состояние.

Прогностические возможности определения типа отношения к беременности подтверждены данными, полученными нами при консультативной работе с матерями с детьми дошкольного возраста. Вариант отношения к беременности сочетается с уровнем эмоционального благополучия ребенка, а также со стилем эмоционального сопровождения матерью процесса взаимодействия с младенцем [35]. Таким образом, определение типа отношения к беременности представляет значительную клиническую ценность и может служить важным диагностическим показателем при выявлении отклонений от гармоничного формирования материнской сферы.

3. ПРОГРАММЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ В ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ РЕБЕНКА

3.1. ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ РЕБЕНКА

В российском обществе медико-психологическое сопровождение материнства пока ещё не получила широкого распространения, а психологическая поддержка матери и психологический контроль над развитием ребёнка в первые месяцы и годы жизни не внедрен в учреждения сопровождения материнства и детства.

В настоящее время накоплено большое количество знаний о физиологических и психологических аспектах течения беременности, родов и послеродового периода, изучена динамика становления взаимоотношений между матерью и ребёнком, разработаны методы диагностики внутренней картины беременности и отношения к будущему ребёнку, а также способы их психологической коррекции.

Основные усилия работающих с женщинами специалистов (акушеров-гинекологов, психотерапевтов, психологов) наиболее концентрированно проявляются в периоде беременности, потому что именно на этом этапе онтогенеза женщины формирование материнской сферы происходит наиболее интенсивно. Эта психологическая характеристика гестационного периода делает его сензитивным к психотерапевтическому воздействию на личность беременной и на ее отношение к беременности и будущему ребенку.

Мать и плод представляют собой единый нейрогуморальный организм, поэтому психологическая помощь на этапе беременности является профилактическим фактором всех последующих поколений.

Занятия по специально разработанным медико-психологическим и психотерапевтическим программам позволяют женщинам лучше чувствовать своего будущего ребенка, сблизиться с ним, сформировать о нем яркое образное представление, осознать ценность и значимость материнства и найти в себе материнские качества. Будущие матери учатся методам саморегуляции самочувствия. Участницы занятий получают полезную информацию о своем состоянии, о предстоящих родах и о психогигиене грудного вскармливания.

3.2. АВТОРСКАЯ ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ «ЖДЕМ МАЛЫША»

Программа разработана практикующим психологом М. А. Нечаевой [23; 24].

Цель программы — организация психологической помощи беременным женщинам в формировании гармоничной внутренней картины беременности и материнских качеств, обеспечивающих нормальное развитие ребёнка.

Задачи программы:

- 1) формирование гармоничного чувственного компонента отношения к беременности (чувственные ощущения плода, его шевелений). Решение этой задачи осуществляется с помощью методик осознания своего тела, сосредоточения на телесных ощущениях, выработки навыков релаксации, дыхательных упражнений;
- 2) формирование представлений о будущем ребенке. Используются приемы арт-терапии (рисуночные методы), сказкотерапии, психодраматических игр и др.;
- 3) осознание ценности будущего ребенка. Применяются проективные методики, приемы, позволяющие изменить систему жизненных смыслов и ценностей;
- 4) достижение позитивного эмоционального принятия будущего ребенка. Формируется на протяжении всех занятий, является сопутствующим эффектом работы;
- 5) выработка личностного смысла необходимых материнских качеств и функций. Используются групповые психодраматические приемы, методики рассказа и др.;
- 6) создание общего благоприятного эмоционального состояния у беременных женщин. Повышение положительного эмоционального фона происходит как дополнительный эффект на протяжении занятий. Кроме того, на решение этой задачи направлены специальные дополнительные техники арт-терапии, сказкотерапии, цветотерапии.

Программа включает несколько разделов.

1. **Диагностический раздел.** Проводится неоднократная психологическая диагностика компонентов отношения к беременности: при обращении беременной в женскую консультацию, перед началом групповых занятий, во время проведения занятий по триместрам и в случаях, когда беременные не занимаются по программе. Для оценки эффективности работы диагностика также проводится по окончании занятий по программе и спустя некоторое время после окончания групповой психологической работы.

2. **Информационный раздел.** Беременные женщины знакомятся с информацией о протекании беременности и родов, изменениях психологического статуса женщин. Обсуждаются темы: «Влияние отношения к будущему ребенку на течение беременности и родов», «Развитие плода», «Процесс родов», «Грудное вскармливание», «Первый год жизни ребенка».

3. **Развивающий раздел.** Содержание раздела ориентировано на формирование представлений о будущем ребенке, приобретение навыков взаимодействия с ним, развитие самопознания и самореализации женщины.

Каждое занятие состоит из четырех основных этапов работы.

1. **Разминка.** Начинается разминка с приветствия. Используются специальные вводные психогимнастические упражнения, настраивающие будущих мам на определенный вид внутренней психологической работы. Включаются упражнения на внимание, снятие напряжения, на преодоление эмоциональной дистанции и формирование внутригруппового доверия, на тренировку способности выражения своих чувств с помощью мимики и жестов.

2. **Основная часть.** Реализуются все задачи программы. Используемые упражнения и техники позволяют участницам осознать ощущения меняющегося в связи с состоянием беременности тела, ценность ситуации беременности, сформировать представление о будущем ребенке и его эмоциональное принятие, выработать необходимые материнские качества.

3. **Релаксация.** Применяются методы саморегуляции: аутотренинг, музыкальная релаксация.

4. **Подведение итогов занятия.** Осуществляется и психологом, и участницами группы. Дается домашнее задание: продумать свою жизненную ситуацию или поведение по какому-либо вопросу; проанализировать ее записать; вести дневник своих ощущений и др.

3.3. ПРОГРАММА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С СУПРУЖЕСКИМИ ПАРАМИ, ОЖИДАЮЩИМИ РЕБЕНКА

Программа разработана автором Н. А. Жаркиным в 1997 г. [13].

Задачи психологической помощи семье:

- 1) воспитание родительской ответственности;
- 2) формирование социально-психологических навыков оказания поддержки в семье, регулирования отношений семьи с социумом;
- 3) повышение психолого-педагогической компетентности (ознакомление с информацией о внутриутробном развитии ребенка и психологическом значении процесса родов для ребенка, матери и отца; приобретение знаний по вопросам развития и обучения ребенка раннего возраста, воспитанию, в том числе половом воспитании);
- 4) формирование навыков саморегуляции, то есть овладение различными техниками произвольного регулирования функционального состояния организма и душевного состояния личности.

В основу программы работы с супружескими парами в период ожидания ребенка положен гуманистический подход. Программа предполагает психотерапевтическую работу с семьями как индивидуально, так и в психотерапевтической группе. Причем групповая поддержка имеет особый терапевтический смысл. Попадая в психотерапевтическую группу, семья выходит из «изоляции», в которой нередко оказывается. Она знакомится с другими семьями, имеющими аналогичные проблемы, и получает от них поддержку, которая, как правило, сохраняется в трудный период первого года жизни ребенка. Кроме того, знакомство с противоположными точками зрения по самым различным проблемам зачастую позволяет родителям задуматься о многообразии существующих традиций и представлений. Происходит обучение навыкам формировать и отстаивать собственную точку зрения, сохраняя при этом толерантность по отношению к чужому мнению. В задачу психолога входит способствование формированию атмосферы доверия и безопасности среди участников группы.

Принятие на себя родительской ответственности можно рассматривать в более широком контексте, чем ответственность за судьбу своего ребенка. Семья в период ожидания ребенка представляет собой связующее звено между прошлыми и будущими поколениями. Родителей необходимо знакомить с представлениями о движущих силах развития личности, ответственности за жизненные выборы, семейных сценариях, собственной личности. В работе с будущими родителями используются позиции транзактного анализа Э. Берна, согласно которому в человеке рассматриваются три основных состояния: Родитель, Взрослый, Ребенок. На занятиях будущие родители проводят анализ своих личностных качеств в соответствии с этими позициями, пересматривают собственные (часто бессознательных) установки в отношении воспитания детей. Уже на раннем этапе «взаимодействия» с ожидаемым ребенком родители учатся относиться к нему как к субъекту: вести с ним диалог, уважать его желания и считаться с его особенностями, поощрять его инициативу и доверять его чувствам. Особое внимание уделяется воспитанию в участниках психотерапевтической группы уважения к природе и доверия к природному началу в человеке. Чтобы принять изменения, происходящие с телом женщины в период беременности (нередко сопровождающиеся неприятными ощущениями), а в последующем и успешно родить, беременной необходимо принимать жизненное предназначение женщины, адекватно оценивать все особенности онтогенеза ее материнской сферы, правильно понимать природно-целесообразную функцию деторождения и особую роль женщины в эволюции человечества. Особое место в формировании адекватного отношения к беременности занимает супруг (партнер) беременной, который оказывает всемерную помощь и поддержку всем происходящим с ней изменениям.

Каждая женщина имеет свой особый эмоциональный мир. В соответствии с этими особенностями на занятиях индивидуально подбираются способы его развития: восприятие звуков и зрительных образов (шум и картина водопада, яркие краски осени, лучи солнца дадут энергию, а щебет птиц, кваканье лягушек, шум моря, картины зеленого луга, голубого неба, ощущения качания на волнах или облаках). Эти приемы позволяют достичь состояния расслабления, создать позитивное настроение, пополнить личностные ресурсы.

В процессе релаксации женщина способна отвлечься от внешних раздражителей и полностью сосредоточиться на ощущениях от собственного тела и сконцентрировать внимание на ребенке. Научившись произвольно вызывать образы, создающие определенное настроение и состояния, женщина получает средства саморегуляции своего состояния, как во время беременности, родов, так и в последующем. Важным психологическим условием успешных родов и фактором готовности к материнству является открытость женщины к ребенку, который предполагает тесный контакт с ним, принятие ребенка. Будущий отец участвует в сеансах релаксации вместе с матерью, что способствует лучшему пониманию состояния жены и ребенка. Несколько занятий должны быть посвящены овладению культурой телесного общения. Известно, что тактильный анализатор начинает функционировать у ребенка раньше других (к концу второго месяца беременности). Главный канал общения родителей с младенцем – тактильный. Язык осяза-

ния – первый язык, доступный младенцу, на котором он получает информацию от родителей о том, что он желанен и любим, защищен, его потребности удовлетворяются.

Владение приемами телесной терапии помогает расслабить и успокоить ребенка, так и снять напряжение в семейных отношениях. Родительская ласка необходима ребенку раннего возраста для его нормального развития. Через тактильный контакт родители учатся проявлять ласку по отношению к ребенку.

На арттерапевтических занятиях, где используются творческие приемы, родители имеют возможность передать свои переживания и освободиться от негативных чувств, увидеть в каждом рисунке выражение индивидуальности автора. В перспективе важно проявление родителями уважения к детскому творчеству, поощрение его.

Ролевые игры позволяют родителям отработать значимые ситуации из собственного детства, проявить себя в роли ребенка и каждого из родителей, предложить и разыграть свои варианты разрешения проблемных ситуаций и в результате группового обсуждения прийти к новому видению и пониманию мира детства и детско-родительских отношений. Ролевые игры, арттерапия, телесноориентированная терапия имеют преимущества перед такими формами работы как лекция и беседа. Активные методы обеспечивают максимальную вовлеченность участников, действенность, поиск решений и высказывание своего мнения. Родители имеют возможность получить обратную связь от других участников. Такая работа способствует созданию адекватного представления о себе и задачах родительства.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. – М.: Мысль, 1991.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
3. Айвазян Е. Б., Арина Г. А., Николаева В. В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией// Вестник Московского университета. – 2002. – №3.
4. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита// Психол. журн. – 1994. – № 1.
5. Батуев А. С. Возникновение психики в дородовой период: краткий обзор современных исследований// Психол. журн. – 2000. – №6.
6. Батуев А. С., Соколова Л. В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать – дитя»// Вестник СПбГУ. – 1994. – №10.
7. Беребин М. А. Факторы риска нарушений психической адаптации у педагогов общеобразовательных школ: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб. – 1996.
8. Беребин М. А., Нечаева М. А., Рыбалова Л. Ф. Клинико-психологические аспекты организации и содержания психологической работы в акушерстве и гинекологии// Через интеграцию наук к сохранению репродуктивного здоровья семьи: Научн. сб. материалов IV Всероссийского конгресса по перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. – М.: Благовест, 2003.
9. Боровикова Н. В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины// Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб.: Академия медико-социального управления, 1998.
10. Брутман В. И., Родионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности// Вопр. психол. – 1997. – №6.
11. Васильева О. С., Могилевская Е. В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект// Психол. журн. – 2001 – №1.
12. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). – М.: Медицина, 1962.
13. Жаркин Н. А. Программа подготовки беременных к родам// Патология беременности и родов. – Саратов: Медицина, 1997.
14. Забозлаева И. В., Козлова М. А., Чернышева Л. В. Влияние психотравмирующих ситуаций во время беременности на дальнейшее развитие ребенка// Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб.: Академия медико-социального управления, 1998.
15. Кочнева М. А., Сумовская А. Е., Орлова М. М. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности// Акушерство и гинекология. – 1990. – №3.

16. Копыл О. А., Баз Л. Л., Баженова О. В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка// Синапс. – 1993. – №4.
17. Ледина В. Ю. Комплексная модель подготовки беременных к родам в профилактике психосоматических дезадаптаций рожениц: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб. –2004.
18. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1944.
19. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медицина, 1999.
20. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству// Вопр. психол. – 2000. – №5.
21. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л.: ЛГУ, 1960.
22. Нечаева М. А., Штрахова А. В. Беременность как проявление третьего состояния в континууме «здоровье – болезнь» и внутренняя картина беременности// Актуальные проблемы медицинской науки, технологий и профессионального образования: Материалы V Уральской научно-практической конференции. – Челябинск: УГМАДО, 2003.
23. Нечаева М. А. Организация психологического сопровождения беременности как ранней психопрофилактики двух поколений// Проблемы и перспективы развития ранней психолого-медико-педагогической помощи детям и их семьям: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Челябинск: ЧИПКРО, 2004.
24. Нечаева М. А., Земнюкова Т. П., Плаксина Л. В. Организация взаимодействия специалистов при медико-психологическом сопровождении материнства в акушерско-гинекологической практике// Методологические проблемы современной психологии: иллюзии и реальность: Материалы Сибирского психологического форума. – Томск: Томский государственный ун-т, 2004.
25. Нечаева М. А., Штрахова А. В. Психосемантические методики исследования внутренней картины беременности и их применение для оценки качества психической адаптации беременных// Психическая и социально-психологическая адаптация: проблемы теории и практики: Материалы ежегодной открытой научно-практической конференции преподавателей и аспирантов. – Челябинск: ЮУрГУ, 2005.
26. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987.
27. Прохоров В. Н. Навязчивые состояния у беременных// Журн. практ. психол. – 1997. – №4.
28. Психика и роды / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Э. К. Айламазяна. – СПб.: АОЗТ «Яблочко СО», 1996.
29. Психология и психоанализ беременности: Учебное пособие по психологии материнства для психологических, медицинских факультетов и социальной работы. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2003.
30. Радионова М. С. Причины отказа от материнства// Человек. – 1996. – №5.

31. Рымашевский Н. В., Волков А. Е. Влияние особенностей психологической адаптации матери на исход родов// Акушерство и гинекология. – 1992. – №8.
32. Северный А. А., Баландина Т. А., Солоед К. В., Шалина Р. И. Психосоматические аспекты беременности// Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – №4.
33. Тхостов А. Ш., Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни// Психодиагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: Сб. научных трудов. – Л.: ЛГУ, 1990.
34. Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В. Грудное вскармливание и психологическое единство «мать – дитя»: Учебное пособие для медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства. – М.: АГАР, 2000.
35. Филиппова Г. Г. Материнская потребностно-мотивационная сфера поведения: структура и содержание// Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб.: СПбГУ, 1998.
36. Филиппова Г. Г. Материнство: сравнительно-психологический подход// Психол. журн. – 1999. – №5.
37. Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии// Вопр. психол. – 2001. – №2.
38. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2002.
39. Цареградская Ж. В. Ребенок от зачатия до года. – М.: Астрель, 2002.
40. Чеботарева И. С. Методологические аспекты изучения эмоционально-мотивационной сферы беременных// Вестник новых медицинских технологий. – 2000. – №2.
41. Четвертаков В. В. Роль эмоционального напряжения в возникновении осложнений в акушерской практике// Акушерство и гинекология. – 1988. – №4.
42. Шмурак Ю. П. Пренатальная общность// Человек. – 1996. – №5.
43. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003.

Марина Андреевна Нечаева
Лариса Федоровна Рыбалова
Анна Владимировна Штрахова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОНТОГЕНЕЗА
МАТЕРИНСКОЙ СФЕРЫ, ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ
И ПЕРИНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Учебное пособие

Электронный вариант

Издательство Южно-Уральского государственного
университета

Подписано в печать 25.02.2005. Формат 60x84 1/16.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,49. Уч.-изд. л. 3,58.
Тираж 100 экз. Заказ 78.

УОП Издательства. 454080, г. Челябинск, пр. им. В. И. Ленина, 76.