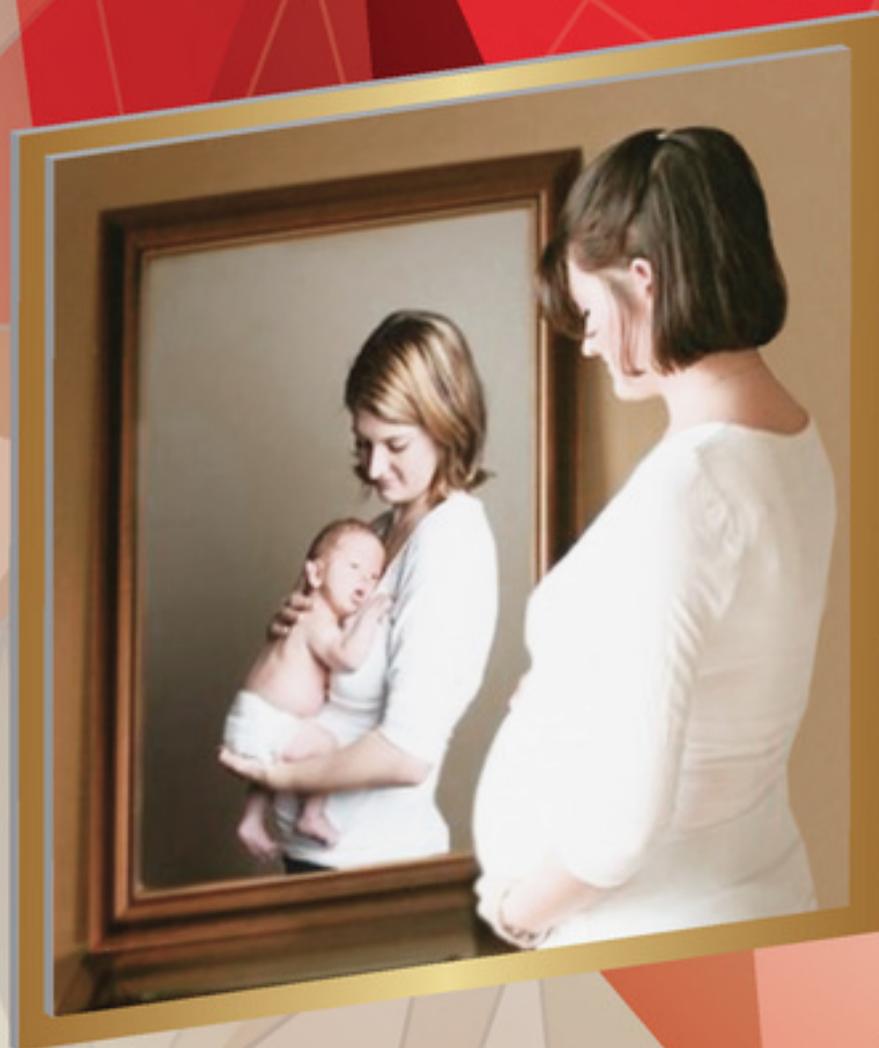


П. И. Сидоров, Г. Н. Чумакова, Е. Г. Щукина

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ



Санкт-Петербург
СпецЛит

Павел Сидоров

Перинатальная психология

«СпецЛит»

2015

УДК 159.922.7-053.31

Сидоров П. И.

Перинатальная психология / П. И. Сидоров — «СпецЛит», 2015

<p id="__GoBack">Учебное пособие дает основное представление о перинатальном периоде, об адаптации новорожденного; формировании психологической симбиотической связи в диаде «мать – плод», «мать – новорожденный», представляет психологические аспекты перинатальной помощи и пренатальной педагогики. Пособие ориентировано на студентов психологических вузов.

УДК 159.922.7-053.31

© Сидоров П. И., 2015
© СпецЛит, 2015

Содержание

Условные сокращения	6
Введение	7
Глава 1. Методологические основы, история развития перинатальной психологии	8
1.1. Методологические принципы и концепции в перинатальной психологии	8
Определение науки	8
Истоки науки	8
Народные традиции	8
Научные традиции	10
Связь перинатальной психологии с другими науками	12
1.2. История развития перинатальной психологии	14
1.3. Связь перинатальной психологии и перинатальной психотерапии	16
Принципы интегративной психотерапии и консультирования как основного метода в работе перинатального психотерапевта	18
Особенности применения перинатальной психотерапии	19
Методы перинатальной психотерапии	19
Вопросы для самоконтроля	21
Литература	22
Глава 2. Беременность. Формирование диады «мать – плод»	25
2.1. Взаимосвязь гестационного процесса с психологией беременной. Диагностика психологического компонента гестационной доминанты	25
Взгляды психоаналитиков на беременность	25
Акмеологическое объяснение беременности	26
Влияние эмоций на беременность	27
Влияние стресса на беременность	32
Конец ознакомительного фрагмента.	34

**Павел Сидоров, Галина
Чумакова, Евгения Щукина
Перинатальная психология**

© ООО «Издательство „СпецЛит”», 2015

Условные сокращения

- АППМ – Ассоциация перинатальной психологии и медицины
БПМ – базовая перинатальная матрица
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВПР – врожденные пороки развития
ПКГД – психологический компонент гестационной доминанты
ИО – искусственное осеменение
МИПУ – Международный институт психологии и управления
МКБ – Международная классификация болезней
ОРЦ – областной реабилитационный центр
ПКГД – психологический компонент гестационной доминанты
ПП – перинатальная психология
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
СЖО – синдром жестокого обращения
ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение
АНЕР – Национальная ассоциация пренатального воспитания
ISPPM – International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (Международная ассоциация пренатальной и перинатальной психологии и медицины)

Введение

Человек не может становиться человеком в тот или иной момент своего развития – до имплантации или после – он является человеком с самого начала оплодотворения, единственным и неповторимым в каждый из моментов своего существования.

Эрих Блехимидт

Перинатальная психология – подотрасль психологии развития, включающая в себя психологию беременности, родов и послеродового периода. Термин *perinatal* объединяет в себе греческую приставку *peri* – вокруг, около и латинский корень *natal* – отношение к рождению.

Ошибку, связанную с отсутствием внимания к новорожденному и его взаимодействию с матерью, существовавшую в медицине, исправил Л. С. Выготский, отечественный психолог, который обратил особое внимание на роль матери в развитии ребенка как представителя рода человеческого и субъекта познавательной деятельности. Момент рождения он считал нижней границей детской психологии. После выхода труда О. Ранка «Травма рождения» (1924) сам акт рождения относят к психической травме, которая создает высокий уровень тревоги, а в критических ситуациях пробуждается в виде невротических симптомов. Основная жизненная проблема новорожденного появляется в момент разрушения психоэмоциональной связи, возникшей пренатально, что требует преодоления страха отделения от матери или заменяющего ее лица. В этот момент ребенку необходима психотерапия, помогающая справиться со стрессом. После родов уникальная симбиотическая диада «мать – плод» трансформируется в диаду «мать-новорожденный» и триаду «отец – мать – новорожденный» (Батуев А. С., 2000; Брехман Г. И., 1998, 2005; Добряков И. В., 2005). Плод и новорожденный перестали восприниматься только как объект медицинского ухода, а стали объектами изучения перинатальной психологии (Мещерякова С. Ю. [и др.], 1996; Stern D. N., 1984; Филиппова Г. Г., 2002; Цареградская Ж. В., 2002; Винникот Д. В., 2005; Прихожан А. М., Толстых Н. Н., 2005).

В рамках перинатальной психологии изучаются психология беременных и родильниц, закономерности возникновения и функционирования психики плода и новорожденного, сложных процессов, происходящих в системах «семья, ожидающая рождение ребенка» и «семья новорожденного» (Коваленко-Маджуга Н. П., 2001; Абрамченко В. В., 2004; Эйдемиллер Э. Г. [и др.], 1999).

Сегодня у психологов появилась реальная возможность активно работать в женских консультациях, родильных домах для оказания психологической поддержки беременным, роженицам и родильницам, их родственникам, самим младенцам, а также медицинскому персоналу. Существует острая необходимость взаимодействия акушеров-гинекологов, неонатологов, психологов, специалистов по социальной работе и педагогов для совместного сопровождения диады «мать – дитя» на этапах беременности, родов и послеродового становления триады «отец – мать – ребенок».

Учебное пособие написано на основе материалов зарубежных и отечественных исследований, а также личного опыта авторов. Его главная цель – дать студентам-психологам всестороннее представление о достаточно коротком, но необычайно важном во всей последующей жизни человека перинатальном периоде.

Глава 1. Методологические основы, история развития перинатальной психологии

1.1. Методологические принципы и концепции в перинатальной психологии

Определение науки

Перинатология первоначально возникла как наука, которую Г. Крайг определил как раздел медицины, изучающий здоровье, болезни и методы лечения детей во временной перспективе, включающей зачатие, пренатальный период, роды и первые месяцы постнатального периода. Наш соотечественник, психотерапевт И. В. Добряков сделал акцент на перинатальной психологии – области психологической науки, изучающей психические и психологические процессы, происходящие в системе «мать – дитя» и связанные с зачатием, беременностью, родами и развитием ребенка до трехлетнего возраста.

Сегодня ученые склонны к следующему определению: **перинатальная психология** (ПП) – новая область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития человека на ранних этапах жизни. Выделяют три фазы перинатального периода:

- пренатальная (антенатальная, т. е. внутриутробная) – с 22-й недели внутриутробного развития до момента начала родовой деятельности;
- интранатальная – с начала родовой деятельности до ее окончания;
- постнатальная (ранняя неонатальная) первая неделя жизни ребенка.

Поздняя фаза неонатального периода (периода новорожденности) с 7-го по 28-й день жизни не входит в современное определение перинатальной психологии, как и постнеонатальный период, или грудной, который продолжается с окончания неонатального периода по 365-й день.

Истоки науки

Перинатальная психология как наука берет свое начало в житейской и научной психологии. В целом современная пренатальная практика, обеспечивающая оптимальные условия внутриутробного развития ребенка, опирается на спонтанное мировоззрение; обобщения, автономно возникающие в самой пренатальной практике; теории беременности и внутриутробного развития человека, основанные на фактологии эмпирико-аналитических наук; феноменологию беременности, полученную средствами гуманитарных наук (Шмурак Ю. И., 1997).

Народные традиции

Истоки перинатальной психологии уходят в глубину веков. Народные традиции разных стран с особым вниманием относились к положению женщины, ожидавшей рождения ребенка. В этих традициях заложены глубокие знания житейской психологии. Пренатальный период воспринимался как база формирования будущей личности, на которой создается идеал человека для конкретного общества. Во всех народных культурах зарождение новой жизни было великим таинством, поэтому период беременности имел много предписаний и запретов.

Существовала своеобразная «эмбриональная педагогика», которая была направлена на установление прочных основ материнско-детской привязанности и воспитание здорового поколения. У всех народов нормальное воспроизводство связывалось с требованиями внимательного и бережного отношения к рождению, сохранению и воспитанию нового поколения. Издревле существовали определенные рациональные и иррациональные элементы, составлявшие строгую систему требований поведения беременной женщины в обществе и бытовой жизни, которая передавалась из поколения в поколение. Запреты, установленные на время беременности, были направлены на создание благоприятных условий физического и психического состояния женщины. Так, во время посевных работ беременная не принимала в них участия из-за приметы, связанной с плохим урожаем, тем самым освобождаясь от тяжелой физической работы, которая могла повредить ей и ребенку. Беременным запрещали присутствовать на пожаре, похоронах, при ссорах и брани, не поощрялась их раздражительность, злобливость, взбалмошность, скандальность и упрямство – то, что ставило под угрозу благополучие будущего ребенка. Традиционные правила для беременной свидетельствовали о заботе формирования психического и физического здоровья будущего ребенка, о развитии у него необходимых положительных черт характера. Поэтому поощрялось то, что благоприятно действует на здоровье и настроение беременной – созерцание прекрасных видов, пейзажей, маленьких детей.

Беременная женщина, как правило, скрывала факт своей беременности, так как считалось, что лучше всего дитя развивается тогда, когда об этом никто, кроме матери, не знает. Запрещалось открыто интересоваться положением женщины в связи с беременностью, считалось, что этим можно навести на беременную и будущего младенца порчу. Поэтому окружающие таких распросов избегали, опасаясь подозрений в злом умысле. Все родственники, которые жили одной семьей в пределах дома, и соседи подыгрывали ей и не задавали прямых вопросов о беременности и сроке родов. Спросить женщину об этом могли только муж, ее собственная мать и свекровь, когда были уже уверены, что беременность состоялась.

На Русском Севере с древности существовало представление о том, что ребенок зарождается в три дня. Женщина тщательно скрывала от всех зарождение ребенка. Когда же она чувствовала, что ребенок шевелится, то с этого дня начинала читать каждую ночь молитву: «Рождество Богородицы, жена Мироносица, зародила невидимо и разрешила невидимо. Милостливая Пресвятая Богородица, не оставь, не покинь меня, грешную, потерпи моим грехам».

Когда домашние догадывались, что женщина беременна, они начинали проявлять к ней повышенную заботу и чуткость, не упрекали, если она хотела отдохнуть, старались ее не расстраивать, не бранить, берегли от тяжелых работ. Особенно следили, чтобы она «не встряхнулась» и «не была зашиблена». Если беременная, несмотря на уговоры, по-прежнему продолжала работать, то домашние находили предлог, чтобы поручить ей другое дело, где бы она не так сильно утомлялась. Забота родственников возрастала по мере приближения родов и достигала наивысшей точки непосредственно перед ними. Ей не позволяли выполнять работы, связанные с поднятием тяжестей, требующие напряжения и больших физических усилий. Помимо мужа и родственников на такие тяжелые работы приглашали даже соседей.

Народная культура предписывала беременной соблюдать нравственную чистоту, т. е. жить праведно, не произносить «черных слов», не обижать скотину и домашних животных, не красть и т. д. Женщины знали, что их неблагоприятные поступки могут отразиться на судьбе и здоровье будущего младенца.

Бездетные женщины и молодухи первого года замужества приходили к ней с богатыми подарками, чтобы почерпнуть от нее силы плодородия.

Образ беременной в русской народной культуре связан с представлениями о добре и благополучии. До сих пор повсеместно считается, что встреча с беременной предвещает удачу. Хорошей приметой считается, если в доме переночует беременная – в нем не будут переводиться деньги или в семье произойдет приятное событие. Это же поверье распространяется

и на молодоженов. Пожилые люди, знающие его, стараются оставить на ночлег гостей-молодоженов или беременную женщину. Если женщине снится во сне, что она беременна, то это к успеху.

Все желания беременной выполнялись, так как считалось, что этого требует ее будущий ребенок.

Существовали всеми признанные правила:

– нельзя отказывать беременной в просьбе что бы то ни было купить;

– нельзя обойти беременную подарком на праздники. Если шли в гости в дом, где есть беременная, то обязательно несли ей гостинец или подарок;

– нельзя оскорблять и ругать беременную даже за глаза, устраивать в ее присутствии скандалы или ссоры, браниться и выяснять отношения и тем более драться, чтобы не испортить характер ребенка;

– нельзя таить на беременную обиду. Если она просила прощения, было грехом не извинить ее. Однако всегда старались предупредить эту ситуацию и спешили сами уладить отношения. Существовал обычай «прощеных дней», когда все родственники за 1–2 мес. до родов приходили просить прощения у беременной, а она в свою очередь просила прощения у них. Такие обряды, когда прощались все вольные и невольные обиды, могли повторяться буквально каждую неделю, поскольку считалось, что не прощенная, не снятая с души обида могла «связать» роды и привести к несчастью;

– необходимо кормить беременную лучшими продуктами, удовлетворять все ее желания и прихоти в еде. Отказ в этом считался непростительным грехом;

– оберегать беременную от всего страшного, следить, чтобы она не испугалась, чтобы ей не попадалось на глаза что-либо некрасивое или уродливое;

– необходимо ограждать беременную от тяжелых работ, а если этого невозможно избежать совсем, то обязательно нужно ей помогать. Беременная никогда не выполняла работы, связанные с подъемом тяжестей; для нее полностью исключались бег, прыжки, резкие движения, толчки, подтягивания и все то, что могло навредить будущему ребенку. Также ее берегли от падений и ушибов, поскольку это могло привести к травме или гибели внутриутробного плода, вызвать преждевременные роды. Но двигательная активность беременной не ограничивалась полностью. Ей необходимы физические нагрузки определенного характера, такие как ходьба, наклоны, повороты, которые помогают благополучно разродиться;

– необходимо было окружать беременную атмосферой доброжелательности и чуткости; проявлять по отношению к ней заботу и ласку, так как полагали, что их отсутствие портит характер младенца; следовало прощать беременной все ее странности и потакать всем ее фантазиям. Считалось, что таким образом в ней говорит душа ребенка (Цареградская Ж. В., 2002).

Таким образом, старые традиции включали рациональный подход к природе человека, умелое использование в повседневной бытовой жизни знаний о бессознательных механизмах работы его психики. Знакомство с народными традициями помогает понять, что формирование характера человека начинается еще в утробе матери.

Научные традиции

Перинатальная психология первоначально появилась в рамках психоаналитических моделей Г. Х. Грабера – ученика З. Фрейда, в рамках психологии развития Р. Шиндлера и эмбриологии Э. Блехшмидта. В начале XX в. З. Фрейд обращал внимание на события периода пренатального онтогенеза, которые накладывают глубокий отпечаток на всю последующую жизнь человека. Большой вклад в развитие перинатальной психологии также внесли исследования лаборатории профессора Петера Федор-Фрейберга по психонейроэндокринологии беременности и родов, соединив психологию и медицину.

Особое значение в развитии перинатальной психологии имеет теоретическая база одного из основателей трансперсональной психологии С. Грофа. Выведенная им теория базовых перинатальных матриц (БПМ) позволила рассмотреть весь процесс переживания беременности, родов и послеродового периода с позиции ощущений и переживаний ребенка. Перинатальный процесс тесно связан с биологическим рождением, но также включает в себя важные психологические, философские и духовные измерения. Эти матрицы имеют фиксированные связи с определенными группами воспоминаний из жизни человека и представляют собой динамические управляющие системы, несущие собственное специфическое содержание биологического и духовного характера. Биологический аспект перинатальной памяти состоит из конкретных и довольно реалистических переживаний, связанных с индивидуальными стадиями родовой деятельности. Кроме того, в каждом шаге биологического рождения присутствует специфическая духовная составляющая (см. рисунок).

Первая перинатальная матрица – безмятежное внутриутробное существование. Это переживание космического единства, происходящее в «Матрице наивности», в которой формируется жизненный потенциал человека, его способности и возможности к адаптации в послеродовой период. Желанные дети имеют высокий базовый психический потенциал.



Вторая перинатальная матрица – начало родов. Оно адекватно переживанию чувства всеобъемлющего поглощения, имеет название «Матрица жертвы». Формируется с первого периода родов: сжатие в закрытой маточной системе соответствует переживанию «нет выхода» или аду; продолжается матрица до момента раскрытия шейки матки. Ребенок регулирует свои роды выбросом собственных гормонов в кровотоки матери. Родостимуляция, к которой персонал в отдельных случаях прибегает в родовом зале, формирует патологическую направленность в «Матрице жертв».

Третья перинатальная матрица включает проталкивание через родовой канал во второй период родов и имеет свой духовный аналог в борьбе между смертью и повторным рождением. Она имеет название «Матрица борьбы» и характеризует активность человека в те жизненные моменты, когда от его активности или выжидательности ничего не зависит.

Четвертая перинатальная матрица, «Матрица свободы», метафизическим эквивалентом имеет завершение родового процесса и извлечение плода, когда происходит переживание смерти Эго и повторного рождения. Матрица начинается с момента рождения, а завершиться может в разные сроки у разных людей: после семи дней жизни, в первый месяц жизни или в течение всей жизни. Причем если ребенка разлучают с матерью сразу после рождения, то свободу и независимость он может воспринимать как обиду.

В основу философских взглядов выделенных перинатальных матриц положены представления о непрерывности человеческой жизни, взаимозависимости всех стадий развития и неот-

делимости части от целого, единстве всех уровней организма – биологического, психологического, социального.

Отечественная наука поддерживала идею о единстве психики и сомы (тела). И. П. Павлов писал, что невозможно отделить в инстинктах (безусловных сложных рефlekсах) физиологическое, соматическое и психическое, то есть переживание определенных эмоций, например гнев, голод или половое влечение.

Отечественный психолог Б. Г. Ананьев обосновал методологию, раскрывающую комплексный подход к развитию человека и его изучению. Б. Г. Ананьев объединил раздробленные науки о человеке и создал системную модель человекознания, в которой обобщил исследования о человеке как личности и индивидуальности. Он подчеркивал необходимость философского обобщения знаний о человеке. В каждом из четырех предложенных разделов нового синтетического человекознания есть место перинатальной психологии:

- человек как биологический вид;
- онтогенез и жизненный путь человека как индивида;
- изучение человека как личности;
- проблема человечества.

Так как существует множество характеристик и их взаимосвязей, то невозможно изучить человека в отсутствие исследования его внутриутробного существования, что позволяет сделать перинатальная психология.

В 90-е гг. XX в. перинатальная психология активно развивается в России. Объединяются усилия психологов, медиков различных специальностей: акушеров-гинекологов, акушеров, педиатров, неонатологов, нейрофизиологов, генетиков, психотерапевтов; специалистов других профессий: экономистов, музыкантов, валеологов, философов, педагогов, представителей общественности. Главными приоритетами в развитии отечественной перинатальной психологии являются взаимозависимость «соматического» и «психического», составляющая единую энергоинформационную систему. Важным аспектом является положение о непрерывности человеческой жизни, где все стадии развития являются важными, взаимозависимыми и неотделимыми от целого, представленного неразделимым организмом со всеми функциями и уровнями: биологическим, психологическим и социальным, а физиологические, биохимические, эндокринные, психологические процессы составляют единое целое. В то же время человеческое развитие начинается с принятия решения сделать рождение началом новой жизни, что накладывает особую ответственность на родителей. Улучшение качества новой жизни зависит от качества проявляемой заботы и внимания до, во время и после рождения ребенка не только со стороны матери, но со стороны отца и всей семьи, окружающей социальной среды, общественных организаций.

Перинатальная психология как наука сумела доказать, что пренатальная стадия жизни является первой экологической позицией человеческого существования, поэтому на мать возлагается особая миссия, так как качество и ценность ее жизни отражаются на ребенке.

Связь перинатальной психологии с другими науками

Перинатальная психология находится на стыке различных областей науки, прежде всего психологии и медицины.

Медицина. При стрессе надпочечники матери выбрасывают в кровь катехоламины (гормоны стресса), а во время положительных эмоций (радости, успокоения) гипоталамические структуры вырабатывают эндорфины (гормоны радости), которые, проникая через плацентарный барьер, непосредственно воздействуют на плод. Следовательно, мать и ребенок представляют собой единый нейрогуморальный организм и каждый из них в равной степени страдает от

неблагоприятного влияния внешнего мира, которое записывается в долговременной памяти, оказывая воздействие на всю последующую жизнь ребенка.

Акушерство и неонатология: обоснование и разработка технологии по дородовой охране матери и ребенка с биологической, психологической и социальной точек зрения для организации первичной профилактики психических и/или соматических расстройств и заболеваний.

Перинатальная психология является одной из составляющих общей науки психологии, опирается на знания других психологических наук.

Общая психология. Психическое, эмоциональное, интеллектуальное развитие ребенка во время беременности и родов объясняют тонкими механизмами психической жизни человека на первых этапах его развития: пути получения и процесс восприятия информации от матери и окружающего мира, закрепления этой информации в памяти неродившегося ребенка, наличие и проявление чувств, разнообразных эмоций, их длительность и интенсивность, характер и содержание, соотношение психического и соматического у неродившегося.

Психология эмоций. Состояние хронического психоэмоционального стресса негативным образом воздействует на состояние здоровья родителей, их репродуктивную систему, отражается на развитии последующего поколения людей.

Психология здоровья: рождение здоровых психически и физически, воспитанных на философии ненасилия, умных и уверенных в себе, наполненных любовью к окружающим, легко адаптирующихся в социальной среде и бережно относящихся к природе.

Педагогика. Беременность влияет на формирование личности, которая, как писал В. Н. Мясищев (1995), является динамичным, подверженным многочисленным внешним социальным воздействиям, изменяющимся формированием. Ожидание ребенка является субъективно значимой ситуацией для семьи (положительной или отрицательной), вносит в ее жизнь много изменений.

Таким образом, современные достижения в области медицины дают возможность изучать условия жизни в матке и реакции плода на различные стимулы. Современная перинатальная психология позволяет исследовать глубинные области человеческой психики и проследить возникновение человеческой личности на самом раннем развитии, еще до рождения. Пренатальная стадия жизни является первой экологической позицией человеческого бытия, где ребенок находится в плодотворном диалоге со своей матерью и ее биологическим и психологическим окружением.

1.2. История развития перинатальной психологии

Официальная история перинатальной психологии началась в 1971 г., когда в Вене впервые было организовано Общество пре- и перинатальной психологии. Инициатором его создания стал Густав Ханс Грабер (ученик З. Фрейда), который сформировал исследовательскую группу по пренатальной психологии. Впоследствии в 1982 г. во Франции была создана Национальная ассоциация пренатального воспитания (ANEP), ставшая основой для создания подобных организаций в других странах мира, позднее объединившихся в Международную ассоциацию перинатального образования. Толчком к этому в 1983 г. стал первый Американский конгресс по пренатальному воспитанию, проходивший в г. Торонто.

В 1986 г. в Австрии (г. Бодгайстен) состоялся первый Международный конгресс под девизом содействия перинатальной психологии и профилактической медицине и была создана Международная ассоциация пренатальной и перинатальной психологии и медицины (International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine – ISPPM), первым президентом был избран швейцарский профессор Густав Ханс Грабер. На конгрессе были рассмотрены вопросы профилактической психологии и профилактические аспекты социально ориентированных профессий. С 1989 г. издается Международный журнал пренатальной и перинатальной психологии и медицины, выходящий четыре раза в год на английском и немецком языках.

Последующие конгрессы ISPPM проходили каждые три года: в г. Иерусалиме (Израиль) под девизом «Неожиданная встреча с неродившимся ребенком» (1989), в г. Кракове (Польша) «Неродившийся ребенок в семье» (1992), в г. Гейдельберге (Германия) – «Время, чтобы родиться» (1995).

Президентами в разное время избирались такие ученые, как Густав Ханс Грабер (Швейцария), Роберт Шиндлер (Австрия), Петр Федор-Фрейберг (Швеция), Рудольф Клаймек (Польша), Людвиг Янус (Германия).

С 1989 г. издается Международный журнал пренатальной и перинатальной психологии и медицины, который основал П. Федор-Фрейберг. Объем журнала более 500 страниц, выходит 4 раза в год на двух языках – английском и немецком.

В России официальная история перинатальной психологии началась с первой конференции по перинатальной психологии в акушерстве, которая была проведена весной 1994 г. в роддоме № 12 Санкт-Петербурга (Е. Л. Лукина, Н. П. Коваленко). А первая Ассоциация перинатальной психологии и медицины (АППМ) зарегистрирована в г. Иванове в 1994 г.

В 1998 г. в структуре Международного института психологии и управления (МИПУ) была учреждена Российская ассоциация перинатальной психологии и медицины (руководитель – Н. П. Коваленко). При Российском психологическом обществе имеется секция по перинатальной психологии. 2004 г. считается годом рождения ежеквартального научно-практического журнала «Перинатальная психология и психология родительства», издаваемого в Москве.

Рост интереса к проблемам перинатальной психологии усматривается в том, что в 1996 г. состоялись четыре международных конференции по перинатологии: январь – г. Монако, май – г. Страсбург, июнь – г. Тампере, сентябрь – г. Санкт-Петербург.

Сегодня в России в направлениях перинатальной психологии активно развиваются концепции психофизиологии материнской доминанты (А. С. Батуев, В. В. Васильева), перинатальной психотерапии (И. В. Добряков), психологии материнства и психологии репродуктивной сферы (Г. Г. Филиппова), девиантного материнства (В. И. Брутман), трансперсонального направления перинатальной психологии (Г. И. Брехман, Ш. С. Ташаев), практическое прило-

жение перинатальной психологии и коррекции беременности (Н. П. Коваленко), подготовки к родительству (М. Е. Ланцбург).

1.3. Связь перинатальной психологии и перинатальной психотерапии

Перинатальная психология, как уже говорилось, изучает развитие психики на ранних этапах онтогенеза, до рождения ребенка; структуру и содержание репродуктивной сферы родителей в онтогенезе, являющиеся условиями развития ребенка; а также влияние раннего опыта на психику человека после прекращения диадической и симбиотической связи с матерью.

Проблема деятельности психолога-перинатолога на сегодня находится на стадии научной разработки. В родовспомогательных учреждениях России должность психолога-перинатолога только вводится и служит для организации помощи беременным в познании материнства (Суркова Л. М., 2004). Психолог-перинатолог работает с женщинами в период беременности и новорожденности ребенка.

Л. М. Суркова обосновала в своем исследовании введение должности психолога-перинатолога. В функциональных обязанностях этого специалиста выделяются несколько блоков, в том числе организационный уровень, который требует самоорганизации психолога в медицинском учреждении из-за отсутствия четкого определения сфер приложения работы психолога у руководителей. Личностный уровень требует от психолога-перинатолога особых качеств – эмпатии, стрессоустойчивости, наличия высокого интеллекта и широкого кругозора, необходимости личного опыта рождения детей. Психолог-перинатолог должен работать с семьей, рассматривать деторождение в свете психического здоровья матери и ребенка. В отдельных случаях проводит работу не только с семьей, но и с ближним окружением беременной. Главный этический принцип в работе с беременными и их семьями – «Не навреди!».

Выделяют пять разделов перинатальной психологии и перинатальной психотерапии:

- 1) психология и психотерапия раннего развития человека;
- 2) психология и психотерапия родительства и репродуктивной сферы в целом;
- 3) системная семейная психология и психотерапия, ориентированная на проблемы репродукции, ожидания и раннего развития ребенка;
- 4) психосоматика и психофизиология раннего развития ребенка и репродуктивной сферы родителей;
- 5) изучение влияния пре- и перинатального опыта на психику взрослого человека и психопрофилактическая и психокоррекционная работа с возникающими проблемами пре- и перинатального периодов.

Перинатальная психотерапия как практическое приложение перинатальной психологии осуществляет свое воздействие на жизнь человека с целью оптимизации и коррекции условий развития личности на разных этапах онтогенеза, актуализации в психике взрослого человека неадекватных перинатальных и диадических интроектов. Основная цель перинатальной психотерапии – оптимизация базовых личностных образований, таких как внутренняя модель «Я – Мир», субъектно-объектные отношения, качества привязанности, содержание репродуктивной сферы, формирующейся с раннего возраста через отношения в диаде «мать – дитя» и системе «диада – отец». В коррекции и терапии нарушенных диадических отношений выделен важный подготовительный этап до зачатия и постдиадический период развития личности.

В перинатальной психотерапии изучаются условия и механизмы психотерапевтического воздействия и разрабатываются методики и техники практической работы.

Предметом перинатальной психологии и перинатальной психотерапии определено развитие психики от зачатия до окончания диадических отношений «мать – дитя» (до возраста трех лет).

Объект изучения и воздействия перинатальной психологии и перинатальной психотерапии – диада (система «мать – дитя»), а в постдиадическом возрасте объектом являются диадические интроекты в психике человека.

В перинатальной психотерапии активно применяются приемы когнитивной и эмоционально-рациональной психотерапии, арт-терапии и музыкальной терапии.

Методы перинатальной психотерапии опираются на то, что во второй половине XX в. утвердились представления о влиянии родового процесса и внутриутробного опыта на формирование различных психических свойств человека и проявление их во взрослой жизни. Актуальны стали понятия «перинатальный опыт», «перинатальный след», «перинатальные травмы». Но эти понятия относятся уже ко взрослому человеку, поэтому используемые методы основаны на введении пациента в измененные состояния сознания через трансовые, медитативные и релаксационные приемы.

Отечественная перинатальная психотерапия использует синтез зарубежных и отечественных теорий психологии: западные теории привязанности (Дж. Боулби), детский психоанализ (З. Фрейд и Анна Фрейд) и отечественный деятельностный подход к онтогенезу психики (например, концепция развития общения М. И. Лисиной); анализ диадических отношений в зарубежной когнитивной психологии и отечественная психофизиология и психология раннего когнитивного развития; теория объектных отношений (Д. Винникотт, М. Кляйн, Д. Пайнз) и отечественная младенческая психиатрия, детская и взрослая психосоматика. Методологической основой перинатальной психотерапии являются диадический подход и интегративная психотерапия.

Перинатальная психотерапия в России имеет три направления: клиническое, психологическое и консультационное.

Клиническое направление предполагает работу с нарушениями в развитии ребенка на всех этапах диадических отношений; с нарушениями репродуктивной сферы обоих полов; работу с пре- и перинатальными и диадическими проблемами, ведущими к психосоматическим нарушениям, а также с личностными нарушениями у взрослого. Решение поставленных проблем происходит с помощью психодиагностики психологической составляющей и психотерапии нарушений репродуктивной сферы у обоих полов; диагностики, психотерапии и психокоррекции нарушения диадических отношений как среды развития ребенка (программы раннего вмешательства, стандартизированные методы диагностики и воздействия); диагностики и психотерапии перинатальных и диадических проблем взрослого вследствие психосоматических и личностных нарушений.

Психологическое направление включает работу с проблемами репродуктивной системы, особенностями развития ребенка младенческого и раннего возраста, детско-родительскими отношениями, ранними супружескими и партнерскими отношениями, психосоматическими и личностными проблемами взрослого человека. Основные виды работы – системная семейная и клиент-центрированная психотерапия, позитивная, когнитивная и эмоционально-образная психотерапия, арт-терапия, сказкотерапия, психодрама, поведенческая терапия, групповая терапия, тренинги. Работа направлена на мотивационную сферу клиента, ценностно-смысловые образования личности, репродуктивные установки, супружеские и родительские позиции, диадические интроекты, семейные сценарии, культуральные модели.

Консультационное направление включает подготовку к родительству, зачатие, беременность, родам, семейным отношениям после появления ребенка в семье, формирование родительской компетентности, рассказ о жизни диады и развитии отношений в ней, работу с медицинским персоналом по психологическому просвещению. Основные виды работы сосредоточены на консультировании, сопровождении, тренингах, реабилитационной работе, включают профилактику синдрома эмоционального выгорания, повышение эффективности

командной работы, подготовку к родительству, формирование у персонала родильного отделения профессионально важных качеств, реабилитацию профессиональных стрессов.

В соответствии с вышеперечисленным можно сформулировать четыре основных направления перинатальной психотерапии по целям, объекту воздействия и специфике используемых средств воздействия:

- психодиагностика;
- работа с проблемами репродуктивного здоровья представителей обоих полов;
- работа с диадой;
- работа с перинатальными проблемами взрослого человека.

Перинатальная психология и перинатальная психотерапия связаны с другими дисциплинами: акушерством, гинекологией, андрологией, репродуктологией, перинатологией, педиатрией, взрослой и детской психиатрией.

Перинатальный психолог и перинатальный психотерапевт взаимодействуют со специалистами других областей медицины: лечащим врачом, психотерапевтами, клиническими психологами, участвуют в консилиумах.

Места работы перинатальных психологов и перинатальных психотерапевтов с клиентами – это женские консультации, родильные дома, центры репродукции и планирования семьи, перинатальные центры, гинекологические клиники, детские больницы, центры по выхаживанию новорожденных, клиники и центры по работе с нарушениями репродуктивной сферы родителей и раннего развития ребенка. Клинические базы соответствующих лечебных учреждений, специальные государственные и частные психологические, медико-психологические, социальные центры.

Принципы интегративной психотерапии и консультирования как основного метода в работе перинатального психотерапевта

Основными методами работы перинатального психотерапевта являются интегративная психотерапия и консультирование. При использовании этих методов необходимо учитывать следующие принципы:

- представление о человеке как системном образовании, имеющем три подсистемы – физиологию, соматическую, психическую;
- существование в психике клиента раннего опыта и преобразование этого опыта в последующем в жизни;
- ориентация на диадические проблемы клиента через закон дифференциации – основной закон развития системы, согласно которому на ранних этапах онтогенеза структура системы, еще не являясь дифференцированной, позволяет ребенку проявлять себя интегрально, реагируя на любое физическое и психическое воздействие среды всем организмом – целостно;
 - выделение ряда сензитивных периодов в диадических отношениях;
 - состояние и особенности развития ребенка на ранних этапах не дифференцированы от системы или диады «мать – дитя» и прямо зависят от психофизического состояния матери;
 - формирование эго и супер-эго ребенка в процессе диадических отношений, нарушение которых ведет к созданию особенностей индивидуального психотипа, включающего психосоматический, психотелесный, эмоциональный, личностный компоненты;
 - необходимость работы специалиста с учетом вертикальных (филогенетических, культурно-исторических и семейно-ролевых) и горизонтальных (конкретно-культурных, социальных и внутрисемейных компонентов структуры клиента) систем.

Особенности применения перинатальной психотерапии

В применении перинатальной психотерапии существуют некоторые ограничения, связанные с применением суггестивных, психодраматических и глубинных техник в работе с диадой. Особенной осторожности требуют техники, работающие с дородовым формированием диады.

Отмечаются затруднения в работе с клиентами, имеющими проблемы с репродуктивной сферой, родительскими позициями, ярко выраженными психологическими защитами по типу отрицания или реактивного образования. К этим затруднениям относятся проявления замещающей деятельности, игнорирующие стили переживания беременности, эмоционально-отстраненная родительская позиция.

Ребенок рассматривается как клиент и участник психотерапевтического процесса при работе с диадой, и для его благополучия психолог должен продиагностировать возможности матери обеспечить необходимые условия для развития психики ребенка, дать прогноз формирования базовых психических структур у ребенка и при необходимости спроектировать и осуществить коррекцию и терапию выявленных проблем.

Методы перинатальной психотерапии

На разных этапах существования диады «мать – плод – дитя» применяются разные психотерапевтические методы, основной целью которых является оптимизация среды развития ребенка.

Для достижения этой цели решаются задачи с помощью психодиагностики качеств матери, мотивационной и операциональной готовности выполнять материнские функции. На этапе беременности рекомендуется использовать тест И. В. Добрякова на выявление психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). На этом этапе рекомендованы упражнения по созданию образов себя как родителей, полоролевая идентификация, обсуждение хода родов для предупреждения негативных переживаний родовых сценариев; обсуждение онтогенеза репродуктивной сферы, повышение ценности ребенка и родительства.

Важным моментом в период беременности становятся обсуждение материнских функций, стили переживания беременности (Филиппова Г. Г., 2002), проявление материнской компетентности и позиции. Важен диалог и контакт женщины с ребенком, находящимся внутри утробы, осмысление беременной своих привязанностей, изменение супружеских позиций с целью готовности к родам и появлению в семье нового члена. Вся работа перинатальной психотерапии направлена на оптимизацию психологического компонента беременности и коррекцию мотивационного компонента родительской сферы. Для этого используются техники позитивной и ресурсной психотерапии, консультирования, системной семейной психотерапии, симптоматическая работа с состояниями тревоги и страха. Перинатальный психолог и перинатальный психотерапевт вместе с акушером-гинекологом выявляют риск нарушений систем психической адаптации ребенка, при необходимости корректируют психическое состояние матери для оптимизации условий формирования нервно-психических механизмов адаптации ребенка.

Следующий этап работы – подготовка к родам. На этом этапе диагностируются психическая и физическая готовность к родам с помощью проективных методов. Анализируются семейные сценарии, собственный перинатальный опыт супругов, будущих родителей. Особого внимания требует подготовка к партнерским родам (когда муж присутствует при родах). В этом случае диагностируется представление о родах, готовность к конструктивному поведению во время родов через формирование необходимых навыков поведения с помощью работы с телом и взаимодействие с участниками процесса родов (родильница, супруг, медперсонал).

После рождения проводится работа с диадой «мать – дитя» и триадой «мать – дитя – отец». Диагностируется состояние актуальных для данного периода развития ребенка качеств родителей, при необходимости проводится психокоррекционная и формирующая работа с родителями. Психотерапевтическая и психологическая работа направлена на мотивационную сферу личности матери (отца), преобразование диадических интроектов, коррекцию архетипических и семейных моделей и сценариев с использованием психосоматического, эмоционально-образного и психодраматического подходов. Снижение эффективности воздействия происходит в случае отсутствия возможности работать с семейной системой (члены семьи, проживающие вместе и контактирующие после рождения ребенка).

Следует помнить, что в ряде случаев необходима психотерапевтическая, психологическая и консультативная работа с перинатальными проблемами взрослых людей. Это работа с личными проблемами, в основе которых лежат осложнения развития базовых психических образований пре- и перинатального периода онтогенеза и нарушения диадических отношений, нарушение базовой позиции «Я – Мир», наличие психосоматических проблем, а также проблем супружеских, партнерских и детско-родительских отношений. Применяются групповые формы работы с семьей, диагностика перинатальных и диадических проблем с помощью проективных вербальных и невербальных методов для выявления конфликтов и их содержания. Затем с помощью психодинамического подхода анализируются трансформации этих переживаний, их влияние на актуальные состояния личности. При работе с перечисленными проблемами используются методы психоанализа, экзистенциальной и эмоционально-образной терапии, психодрама, символдрама и сказкотерапия. В психологическом консультировании применяются клиент-центрированный подход, позитивная и ресурсная терапия с опорой на когнитивные и эмоциональные приемы воздействия. Перинатальная психотерапия работает с беременной женщиной для коррекции течения беременности, устранения психосоматических и психотелесных ощущений; с семьей беременной для налаживания семейных отношений; с диадой для оптимизации формирования адекватной среды развития ребенка. При помощи перинатальной психотерапии осуществляется профилактика и коррекция внутриутробного и постнатального развития базовых личностных структур, изменение диадических интроектов родителей, а также коррекция родительской позиции и компетентности.

Важное значение имеет психотерапевтическая работа с проблемами репродуктивной сферы для формирования адекватной мотивации рождения детей, коррекции психосоматических нарушений репродуктивной сферы и оптимизации лечебного процесса у представителей обоих полов. Психокоррекционная работа с проблемами репродуктивной системы необходима для формирования ее у будущего потомства.

Психотерапевтическая работа необходима и с диадическими проблемами уже взрослого клиента для изменения позиции «Я – Мир», коррекции невротических и психосоматических нарушений, возникших в детско-родительских отношениях, но проявившихся у взрослых людей.

Положительным результатом применения перинатальной психологии и перинатальной психотерапии является то, что обсуждаемые идеи о влиянии дородового периода на формирование физического и психического состояния человека, о роли родов в этом формировании повлияли на изменения в практике родовспоможения, которая стала более гуманной. Появились альтернативные формы сопровождения и ведения родов, изменяется позиция родителей к своим еще не рожденным детям, отношение к развитию ребенка становится более ответственным. Появились союзы специалистов, объединивших акушеров, гинекологов, неонатологов, психологов и психотерапевтов для работы с женщиной и ее ребенком.

Вопросы для самоконтроля

11. Что изучают перинатология и перинатальная психология?
12. Назовите истоки перинатальной психологии.
13. Что является предметом и объектом изучения перинатальной психологии?
14. Опишите вклад С. Грофа в развитие перинатальной психологии.
15. Кто из отечественных психологов внес вклад в развитие перинатальной психологии?

Приведите примеры.

16. Опишите историю развития перинатальной психологии.
17. В чем прослеживается связь перинатальной психологии с другими науками?
18. Назовите отечественных психологов, активно занимающихся развитием перинатальной психологии в наше время.
19. В чем заключается методология Б. Г. Ананьева в изучении и развитии человека?
10. Опишите деятельность психолога-перинатолога.
11. Раскройте суть связи перинатальной психологии и перинатальной психотерапии.
12. Перечислите методы перинатальной психотерапии, средства воздействия на клиента.

Литература

- Абрамченко В. В.* Беременность и роды высокого риска: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство (МИА), 2004. – 400 с.
- Ананьев Б. Г.* Психология и проблемы человекознания / под ред. А. А. Бодалева. – М.: Воронеж: Институт практической психологии: НПО МОДЕК, 1996. – 384 с.
- Батуев А. С.* Возникновение психики в дородовый период // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – № 6. – С. 51–56.
- Батуев А. С.* Протекание беременности и первый год жизни ребенка // Сенситивные и критические периоды в онтогенезе человек: материалы XVI съезда физиологов России. – Ростов н/Д, 1998.
- Батуев А. С.* Психофизиологическая природа доминанты материнства // Детский стресс – мозг и поведение: тезисы докладов научно-практической конференции. – СПб.: Международный фонд «Культурная инициатива»: СПбГУ: РАО, 1996. – С. 3–4.
- Батуев А. С., Соколова Л. В.* Биологическое и социальное в природе человека // Биосоциальная природа материнства и раннего детства. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2007.
- Блэхиимидт Э.* Сохранение индивидуальности. Человек – личность с самого начала. Данные эмбриологии человека. – Львов: Изд-во УКУ, 2003.
- Боулби Д.* Материнская забота и психическое здоровье // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 246–251.
- Брехман Г. И.* Механизмы и пути «трансляции» и «ретрансляции» информации о насилии через мать к неродившемуся ребенку / под ред. Г. И. Брехмана и П. Г. Федор-Фрайберга // Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины. – СПб., 2005.
- Брехман Г. И.* Перинатальная психология // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1998. – № 4. – С. 49–52.
- Брехман Г. И.* Перинатальная психология: открывающиеся возможности // Перинатальная психология в родовспоможении: сб. материалов межрегиональной конференции. – СПб.: Глория, 1997.
- Брехман Г. И., Федор-Фрайберг П. Г.* Феномен насилия. – СПб.: Деметра, 2005. – 349 с.
- Брутман В. И.* Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – № 2. – С. 79–87.
- Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю.* Динамика психологического состояния женщин во время беременности // Мать, ребенок, семья. Современные проблемы: сб. материалов конференции. – СПб., 2000. – С. 28.
- Брутман В. И.* Личностные и психические нарушения у женщин, отказавшихся от новорожденных // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 5. – С. 10–15.
- Брутман В. И., Варга А. Я., Сидорова В. Ю.* Предпосылки девиантного материнского поведения // Семейная психология и семейная психотерапия. – 1999. – № 3. – С. 14–35.
- Брутман В. И., Родионова М. С.* Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. – 1997. – № 6. – С. 38–48.
- Брутман В. И., Родионова М. С.* Привязанность матери к ребенку в период беременности // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 75–88.
- Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю.* Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. – 2002. – № 3. – С. 59–68.
- Васильева В. В., Орлов В. И., Сагамонова К. Ю., Черноситов А. В.* Психологические особенности женщин с бесплодием // Вопросы психологии. 2003. – № 6. – С. 93–97.

Винникот Д. В. Маленькие дети и их матери // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода: учеб. пособие / сост. А. Н. Васина. – М., 2005. – С. 266–272.

Гроф С. За пределами мозга. – М.: Изд-во Московского трансперсонального центра, 1993. – 504 с.

Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 93—102.

Добряков И. В. Теория и практика перинатальной психологии // Ежегодник Российского психологического общества: материалы 3-го Всероссийского съезда психологов, 25–28 июня 2003 года: в 8 т. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2003. – Т. 3 – С. 113–116.

Коваленко Н. П. Перинатальные матрицы с точки зрения перинатальной психологии // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 108–122.

Коваленко Н. П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – СПб., 1998. – 90 с.

Коваленко Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы. – СПб.: Ювента, 2002. – 318 с.

Коваленко-Маджуга Н. П. Перинатальная психология. – СПб.: БИС, 2001. – 214 с.

Мещерякова С. Ю., Авдеева Н. Н., Ганошенко Н. И. Изучение психологической готовности к материнству как фактора развития последующих взаимоотношений ребенка и матери // Соросовские лауреаты: Философия. Психология. Социология. – М., 1996.

Ланибург М. Е., Годлевская О. В., Коева Н. Ю. Подготовка к родам и основы ухода за младенцем. – М.: Родительский дом, 2006. – 78 с.

Мясищев В. Н. Психология отношений / под ред. А. А. Бодалева. – М.: Воронеж: Институт практической психологии: НПО МОДЕК, 1995. – 356 с.

Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Психология сиротства. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с.

Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа. – М.: Когито-Центр, 2009. – 239 с.

Суркова Л. М. Становление профессиональных компетенций психолога-перинатолога // Прикладная психология и психоанализ. – 2004. – С. 4—19.

Ташаев Ш. С., Аджиев Р. Ш. Заметки к освоению опыта надличностных уровней переживаний, возникающих в виде «базовых перинатальных матриц» по классификации С. Грофа // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода: учеб. пособие / сост. А. Н. Васина. – М., 2005. – С. 154–165.

Федор-Фрайберг П. Г. Пренатальная и перинатальная психология и медицина: новая междисциплинарная наука в меняющемся мире // Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / под ред. Г. И. Брехмана, П. Г. Федор-Фрайберга. – СПб., 2005.

Филитпова Г. Г. Перинатальная психология: история, современное состояние и перспективы развития // История отечественной и мировой психологической мысли: Постигая прошлое, понимать настоящее, предвидеть будущее: материалы международной конференции по истории психологии «IV Московские встречи», 26–29 июня 2006 г. / отв. ред. А. Л. Журавлев, В. А. Кольцова, Ю. Н. Олейник. – М.: Изд-во Института психологии РАН, 2006. – С. 346–352.

Филитпова Г. Г. Психология материнства. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 234 с.

Фрейд А. Введение в детский психоанализ: пер. с нем. – М.: Детский психоанализ, 1991.

Фрейд З. Конечный и бесконечный анализ: Психоанализ в развитии: сб. переводов. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 176 с.

Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. – М.: Наука, 1989. – 456 с.

Цареградская Ж. В. Ребенок от зачатия до года. – М.: АСТ, 2002. – 281 с.

Шмурак Ю. И. Воспитание до рождения. Перинатальная психология. Перинатальная психология в родовспоможении: сб. материалов конференции. – СПб., 1997.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

Schindler R. Dynamische Prozesse in der Gruppenpsychotherapie (Динамические процессы в групповой психотерапии) / Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. – 1968. – 9—20.

Stern D. N. The first relationship: Mother and infant. Cambridge: Harvard Univ. Press // Affect attunement // Frontiers of infant psychiatry. – New York: Basic Books, 1984. – V. 2. – P. 74–85.

Глава 2. Беременность. Формирование диады «мать – плод»

2.1. Взаимосвязь гестационного процесса с психологией беременной. Диагностика психологического компонента гестационной доминанты

Сегодня активно изучаются факторы, оказывающие влияние на развитие ребенка, когда он находится во внутриутробном состоянии, и влияющие на благополучие диады «мать – плод» и в дальнейшем диады «мать – ребенок». Большой интерес вызывает эмоциональное состояние беременных, изменения в восприятии мира в связи с их положением, отношение к будущему ребенку, а также влияние взаимоотношений с окружающими на течение беременности. Существуют разные подходы к восприятию беременности и внутриутробному развитию младенца, в том числе не только медицинский, определяющий беременность как физиологический процесс, при котором из оплодотворенной яйцеклетки в организме женщины развивается плод, но и философско-культурологические подходы.

Отечественный психолог Л. С. Выготский выделял период беременности как критический период семьи, когда возникают психологические новообразования, а именно формируются внутренняя картина беременности, родительское отношение к будущему ребенку, когда вопрос сохранения беременности решен положительно. Сама беременность является подготовкой к новой роли – роли матери. Состояние женщины формирует будущую жизнь и здоровье ребенка. Поэтому беременность можно считать экзистенциальной ситуацией в связи с тем, что она влияет на всю жизнь женщины, обуславливает глубокие изменения самосознания, отношения к себе, к другим, к миру. В период беременности, особенно первой, ускоряется созревание личности женщины, у нее появляется чувство ответственности за будущего ребенка, зреет инстинкт материнства.

Беременность – это первый этап материнства, на протяжении которого вызревает не только плод в утробе матери, но и сама мать, та часть личности женщины, которая в последующем будет выполнять материнские функции.

Взгляды психоаналитиков на беременность

Одним из комплексов, присущих женщине, З. Фрейд считал комплекс кастрации. Поэтому беременность женщины он рассматривал как возможность ее освобождения от этого комплекса. Прикладывание младенца к груди, по его мнению, позволяет женщине компенсировать отсутствие пениса как предмета подсознательной зависти. То есть желание иметь ребенка является замещением другого желания. Рождение ребенка (как эквивалента древней символики пениса) с позиций психоанализа является важнейшим условием самореализации и завершением психосексуального развития женщины. По мнению З. Фрейда, беременность и роды оказывают саногенное влияние на психику некоторых невротических женщин.

Однако Д. Пайнз утверждает, что беременность сама способна породить глубокие личностные конфликты, связанные с кризисом самоидентичности женщины и амбивалентностью ее переживаний. В основе этого могут лежать отношения беременной не с реальной матерью, а с внутренним интроецированным образом матери и влиянием этого образа на беременную, а также отношения беременной к внутреннему образу ребенка. Отношения с матерью важны

при нормальном полоролевом развитии дочери, когда возникает идентификация с матерью, и этот процесс значительно усиливается с наступлением беременности. В переживаниях беременной оживают переживания ее матери по отношению к своему избраннику, телу и ребенку. Если мать не получала удовлетворения от своего тела, беременность доставляла дискомфорт и страдания, было желание быстрее освобождения от бремени, то и у беременной дочери может проявиться депрессия и повышенная тревожность, а также физиологические осложнения беременности в виде токсикозов, угроз выкидыша. Переживание беременности матерью влияет на переживание беременности дочерью. Это связано с тем, что чувства самой матери влияли на развитие дочери поэтапно, в процессе их взаимодействия, начиная с беременности матери до пубертатного возраста дочери. Так, на этапе младенчества решающим для развития девочки было отношение матери к ее телесным проявлениям. Насильственный, полный контроль: установление режима питания, сна, дефекации, отсутствие телесного контакта – впоследствии формирует сложное отношение девочки-девушки к своему телу и порождает потребность в контроле и оценивании извне. Из-за этого беременная больше озабочена медицинскими параметрами, сомневается в нормальности своего состояния, не умеет ясно описывать его, опираясь в большей степени на суждение и мнение врача, а не на собственное самощущение. В период пубертатного развития необходимым становится отделение девочки от матери, ее индивидуализация. Девушка взрослеет, изменяются формы ее тела. Но если мать не довольна собой как женщиной, то она не позволит дочери отделиться от себя, потому что внутреннего ребенка она тоже не отделила. Взрослая дочь и внутренний ребенок у нее соединены и создают симбиотические отношения, которые позволяют матери прожить через дочь свою жизнь заново. Такая мать контролирует телесные проявления дочери, особенно сексуальные, подавляя индивидуальность, наказывая ее за проявление самостоятельности. При таком развитии отношений внутренний образ наказывающей матери актуализирует у беременной негативные чувства при сексуальных отношениях с партнером, приведшие к беременности, что влечет за собой неприятие ребенка не только во внутриутробном состоянии, но и после рождения.

Во время беременности самоощущение женщины меняется, и «формой ядерного субъективного существования» выступает категоризация, опирающаяся в первую очередь на эмоционально-оценочные конструкты (Тхостов А. Ш., 2002). Собственное тело воспринимается в связи с зародившейся жизнью в утробе. Особую роль играет встреча с врачом при постановке на учет по беременности, так как пережитые от этого эмоции создают определенное отношение к беременности, усиливая радость или усугубляя негативность и создавая особую форму субъективности в виде эмоционального переживания.

Первая беременность способствует появлению чувства биологической идентификации со своей матерью, а также позволяет закончить отделение от матери и индивидуализацию. Однако данный этап зависит от взаимоотношений матери и дочери на предыдущих этапах жизни. Они могли развиваться нормально или патологически, и следствием является то, станет ли беременность поводом к взрослению аутентичного Я у дочери, поспособствует ли самоактуализации и личностному росту, или пойдет по патологическому пути развития, проживанию чужих чувств. Таким образом, в психоанализе беременность рассматривается двояко: в норме как вершина полоролевого и психосексуального развития женщины или патологично как порождение глубокого личностного кризиса.

Акмеологическое объяснение беременности

Психоаналитическую позицию продолжают описывать современные отечественные психологи. Так, Н. В. Боровикова (1998) рассматривает беременность как акме женщины, исследуя ее акмеологический потенциал. Взгляд на мотивацию сохранения беременности дан шире (в психоанализе ограничение подсознательными мотивами) – включены социальные мотивы,

определяемые культурой и историческим временем: сохранение отношений с партнером, соответствие социальным ожиданиям. Описывается синдром беременности, симптомы которого, по мнению Н. В. Боровиковой, имеют универсальный характер и включают в себя все многообразие психологических новообразований, характерных для беременной женщины. Сюда относятся: аффект осознания себя беременной, симптом принятия решения, симптом нового «Я», симптом эмоциональной лабильности, симптом противоречивого отношения к беременности, симптом принятия новой жизни в себе, симптом перинатальной дисморфофобии, симптом завышенных притязаний по отношению к другим. Автор считает, что синдром беременности переживается женщиной на бессознательном уровне и именно этот факт является основным источником негативных переживаний самой беременной и, как следствие, отрицательных влияний на плод. Знание о самой себе и о сопровождающих беременность соматических и психических состояниях, наоборот, создает благоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности, способствует личному взрослению женщины, укреплению и обогащению ее психики новым уровнем психологических самооценок.

Влияние эмоций на беременность

Активное изучение эмоционального состояния беременных связано с тем, что эмоции, которые испытывает женщина, напрямую влияют на протекание беременности и родов, на отношение к ребенку до и после его рождения, на отношение к себе самой. А. Н. Захаров, Н. П. Коваленко отводят влиянию эмоций особое значение, считая, что эта сфера наиболее изменчива. К благоприятным качествам, формирующим положительные эмоции во время беременности, относятся отсутствие страха и тревожности, адекватная самооценка; уравновешенность; высокий уровень самопринятия, что проявляется в естественности поведения и открытости опыту, в отношении к другим как к себе. Также формированию позитивных эмоций способствуют благоприятная семейная обстановка, поддержка со стороны мужа, родителей. Издревле рекомендовали беременным созерцание красивых вещей, природы, картин, маленьких детей, способствующее повысить благоприятный эмоциональный фон. Во время беременности женщина требует повышенного внимания, тепла, заботы и поддержки, в первую очередь – психологической. Психологическая поддержка – это прежде всего поддержка эмоциональная, т. е. способность супругов сочувствовать, сопереживать проблемам друг друга и помогать в преодолении трудностей. Закономерно и совершенно нормально появление тревожности, которое отмечают у большинства женщин во время беременности. Беременной нравится (более или менее осознанно) ее состояние, ей хочется быть предметом внимания и заботы, в то же время она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции – инфантильности и взросления. В результате женщины, как правило, становятся более ответственными, бережнее относятся к своему здоровью.

По данным исследований М. А. Кочневой (1992), П. Я. Кинтария (1984), Г. А. Лескова (1992), эмоциональное состояние женщины изменяется в течение каждого семестра беременности.

Эмоциональные изменения женщины при ожидании ребенка в первом триместре беременности связаны с амбивалентными чувствами надежды и тревоги при ожидании подтверждения беременности. Женщина концентрируется на внутренних переменах, у нее наблюдается частая смена настроения от радостного до резко сниженного, отмечаются плаксивость, раздражительность, мнительность, повышенная внушаемость, апатия, страх относительно будущего. При этом просыпаются материнские чувства, в то же время может появиться страх выкидыша. Присутствует ощущение, что время тянется долго.

Второй триместр характеризуется противоречивостью эмоциональных состояний: у одних происходит нормализация психического состояния, повышение работоспособности, у

других повышается уровень невротизации, отмечаются расстройства настроения с легким субдепрессивным компонентом, расстройства тревожного ряда. Ощущается большая зависимость от процесса развития ребенка; женщина принимает беременность; появляется интерес к ребенку и материнству. При этом может иметь место углубление в себя; развивается чувство собственной значимости; различные чувства вызывает изменение внешности; появляется ощущение, что время летит быстро.

В третьем триместре женщина фокусируется на родах; опасается родоразрешения, неизвестности; может испытывать различные чувства относительно своей внешности; возрастает зависимость от других; присутствует желание защиты; возможно снижение полового влечения; появляется ощущение, что время тянется долго.

Тревога играет не только негативную роль, она может способствовать лучшей адаптации женщины к ее новому состоянию: если беременная быстро справляется с негативными эмоциями, резкое учащение пульса (до 130–140 уд/мин) непродолжительно, то ее ребенок будет эмоционально устойчив и будет хорошо контролировать себя (Подобед Н. Д., 2001). Если же уровень тревоги продолжает повышаться, это приводит к негативным последствиям. Могут нарушаться сон, аппетит, нарастает неуверенность в себе, будущее представляется в мрачных тонах. Отношение женщины к себе, к окружающим нередко становится неадекватным. Неверно оцениваются и отношения окружающих к ней, т. е. происходят личностные изменения. При этом тревога перестает играть адаптивную роль, а напротив, ухудшает течение беременности, может стать причиной осложнения в родах, так как становится доминирующей эмоцией.

Сегодня имеется несколько классификаций переживания беременности. Г. Г. Филиппова выделила стили переживания беременности, акцентировав внимание на отношении к шевелению плода (табл. 2.1). И. В. Добряков определил психологические компоненты гестационной доминанты (ПКГД) и их влияние на типы семейного воспитания (табл. 2.2). У авторов определяются два идентичных понятия – тревожный и эйфорический.

Также выделены особенности переживания беременности по триместрам в соответствующих стилях переживания беременности (табл. 2.3).

Следует знать, что эмоциональные переживания влияют на родовую деятельность и младенца. Так, переживания из-за отношений с супругом и межличностные конфликты ведут к эмоциональной неудовлетворенности. Для плода женского пола такое состояние матери увеличивает угрозу выкидыша, а мальчик при рождении не кричит, несмотря на отсутствие асфиксии. Специалисты расценивают это как проявление психогенной заторможенности. Стремительные и быстрые роды и отсутствие крика при рождении девочек отмечаются в случае большой нагрузки у матери на работе или в учебе.

Сильные эмоциональные переживания порождают болезненные ощущения у женщин, осложняют взаимоотношения с окружающими и процесс вынашивания беременности. В последующем это грозит развитием патологичных или деструктивных детско-родительских отношений. Сильные переживания в начале беременности формируют затяжные роды плодом мужского пола, преждевременные – женского. Плохой сон во время беременности провоцирует обвитие пуповины вокруг шеи при рождении мальчиков, быстрые стремительные роды – для девочек. Сегодня сделаны попытки выделить группы показателей психологической готовности к материнству. Идентификация переживания беременности может расцениваться как старт определенной готовности к формирующемуся материнству. С. Ю. Мещерякова (2000) выделяет три группы показателей психологической готовности к материнству:

– особенности коммуникативного опыта в раннем детстве. Становление родительского поведения происходит через преобразование объективного в субъективное к собственному ребенку, важно общение с детьми разных возрастов, важен опыт, приобретаемый в играх с куклами, в дочки-матери;

Таблица 2.1

Стили переживания беременности (Филиппова Г. Г., 2002)

Стиль переживания беременности	Первый триместр	Второй триместр	Третий триместр
Адекватный	Возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов	Эмоциональное состояние в основном благополучное, адаптация к беременности	Повышение тревожности со снижением к последним неделям; активность ориентирована на подготовку к послеродовому периоду
Тревожный	Эмоциональное состояние повышено тревожное или депрессивное	Отсутствие стабилизации, повторение депрессивных или тревожных эпизодов	Тревожность усиливается; активность связана со страхами за исход беременности, родов
Эйфорический	Неадекватная эйфорическая окраска, некритическое недифференцированное отношение к возможным проблемам беременности	Обычно к концу беременности появляются осложнения	
Игнорирующий	Динамика эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса	Активность повышается и направлена на содержание, не связанные с ребенком	
Амбивалентный	Характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности		
Отвергающий	Переживание беременности как наказания, помехи	К концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний	

Таблица 2.2

Психологические типы гестационной доминанты (Добряков И. В., 2002)

Психологические компоненты гестационной доминанты (ПКГД)	Тип семейного воспитания
<p style="text-align: center;">Оптимальный</p> <p>Мать ведет себя так, чтобы ребенку было хорошо, готова к жертвенной материнской любви. Супружеские отношения зрелые, гармоничные. Ведет активный образ жизни, своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за здоровьем, занимается в школе подготовки к родам и материнству</p>	<p>Формирование гармоничного типа семейного воспитания ребенка</p>
<p style="text-align: center;">Тревожный</p> <p>Тревога резко усиливается во II триместре, достигая максимума в III триместре, ухудшая соматическое состояние. Беспокойство о себе и ребенке в связи с острыми или хроническими заболеваниями, дисгармоничными отношениями в семье, неудовлетворенностью материально-бытовыми условиями. Иногда отмечается переоценка имеющихся проблем, недифференцированная тревога, неправильные действия медицинских работников</p>	<p>Доминирующая гиперпротекция, нередко — повышенная моральная ответственность; выражена воспитательная неуверенность матери</p>
<p style="text-align: center;">Эйфорический</p> <p>Свойственен женщинам с истерическими чертами или длительно лечившихся от бесплодия. Беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. Демонстрируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, недомогания агравировуются, трудности преувеличиваются. Высказываются претензии, повышенное внимание, выполнение любых прихотей</p>	<p>Расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперопека, предпочтение детских качеств, отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания</p>
<p style="text-align: center;">Гипогестогнозический</p> <p>Беременность игнорируется, женщина встает поздно на учет, такой тип наблюдается у студенток или у деловых женщин. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам, так как сами матери очень заняты</p>	<p>Гипопротекция, эмоциональная отверженность ребенка, неразвитость родительских чувств</p>

Психологические компоненты гестационной доминанты (ПКГД)	Тип семейного воспитания
<p style="text-align: center;">Депрессивный</p> <p>Резко сниженный фон настроения, мечтавшая о ребенке женщина может начать утверждать, что не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах. Часто возникают дисморфоманические идеи: беременность «изуродовала» ее; страх быть покинутой мужем; часто плачет. В тяжелых случаях появляются сверхценные, бредовые идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции, кошмарные сны. Это патологический тип, требующий консультации психиатра, психотерапевта</p>	Отвержение или игнорирование ребенка

Таблица 2.3

Особенности переживания беременности по триместрам в соответствующих стилях

Стиль переживания беременности	Первый триместр	Второй триместр	Третий триместр
Адекватный	Возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов	Эмоциональное состояние в основном благополучное, адаптация к беременности	Повышение тревожности со снижением к последним неделям; активность ориентирована на подготовку к послеродовому периоду
Тревожный	Эмоциональное состояние повышено тревожное или депрессивное	Отсутствие стабилизации, повторение депрессивных или тревожных эпизодов	Тревожность усиливается; активность связана со страхами за исход беременности, родов
Эйфорический	Неадекватная эйфорическая окраска, некритическое недифференцированное отношение к возможным проблемам беременности		Обычно к концу беременности появляются осложнения
Игнорирующий	Динамика эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса		Активность повышается и направлена на содержание, не связанные с ребенком

Стиль переживания беременности	Первый триместр	Второй триместр	Третий триместр
Амбивалентный Отвергающий	Характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности		
	Переживание беременности как наказания, помехи		К концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний

– переживания по поводу еще не родившегося ребенка, отношение к нему. В период от зачатия до рождения ребенка, когда в организме и психике женщины происходят глобальные преобразования, формируется отношение матери к своему еще не родившемуся ребенку через взаимодействия с ним, наличие или отсутствие общения, желанность или нежеланность ребенка, особенности протекания беременности и субъективное переживание женщиной беременности;

– установки на стратегию воспитания ребенка. Намерения осуществлять уход за ребенком, приучение к самостоятельности, ориентация на потребности младенца или на собственные представления о необходимом ему.

В период беременности актуализируются те установки, поведенческие и культурные стереотипы, которые будут определять тип материнства.

Выделяют два уровня психологической готовности к материнству.

Низкий уровень: колебание в принятии решения иметь ребенка, негативные переживания и ощущения в период беременности. Приверженность к строгому воспитанию ребенка из-за боязни его избаловать. Воспоминания из детства при таком типе поведения связаны с отсутствием привязанности к матери и строгим отношением родителей. Игры с куклами не были любимыми. Такие дети предпочитают игры и общение с детьми старше трех лет.

Высокий уровень: отсутствие колебаний в принятии решения иметь ребенка, радость от своей беременности, преобладание положительных ощущений и переживаний во время беременности, ориентация на стратегию «мягкого» воспитания ребенка. Такой тип поведения проявляется при наличии благоприятного коммуникативного опыта в детстве, привязанности к матери, ласковом отношении родителей. В детстве предпочтение отдавалось играм с куклами, любовь и интерес к общению с детьми младенческого возраста. У женщин, на протяжении всей беременности которых сохраняется позитивное отношение к себе, супругу, родителям, будущему ребенку, беременность и роды протекают без осложнений, не наблюдается послеродовой депрессии, эти женщины довольно легко принимают на себя роль заботливой, любящей, понимающей матери. В тех случаях, когда наблюдается отрицательная динамика, течение беременности и родов осложняется, в послеродовой период наблюдаются трудности в установлении контакта с ребенком и низкая мотивация самой заботиться о нем.

Влияние стресса на беременность

Состояние эмоциональной неудовлетворенности образует стрессовый комплекс в виде повышенной раздражительности, нарушений сна, частых испугов и семейных переживаний. Такие психологические факторы, как тревожность, мнительность, впечатлительность, эгоцентризм и страх боли, способствуют появлению эмоционального стресса при беременности, кото-

рая в итоге воспринимается как негативное психоэмоциональное состояние, которое осложняет протекание беременности и родов и подготовку к роли матери. В первом триместре для женщины ее новое состояние может быть неожиданным: вызвать радость, недоумение или огорчение. То есть беременность связана с новым социальным статусом женщины и может вызвать состояние психологической дезадаптации. Основным фактором, влияющим на разнообразие реакций женщин на беременность, являются семьи, в которых они живут. Много зависит от того, как отнесутся к беременности те, на кого можно рассчитывать, кто может поддержать. Большое значение имеют возраст и состояние здоровья самой женщины.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.