

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

# ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ



Санкт-Петербург  
СпецЛит

## Annotation

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.

---

- [Павел Сидоров, Галина Чумакова, Евгения Шукина](#)
  - 
  - [Условные сокращения](#)
  - [Введение](#)
  - [Глава 1. Методологические основы, история развития перинатальной психологии](#)
    - [1.1. Методологические принципы и концепции в перинатальной психологии](#)
      - [Определение науки](#)
      - [Истоки науки](#)
      - [Народные традиции](#)
      - [Научные традиции](#)
      - [Связь перинатальной психологии с другими науками](#)
    - [1.2. История развития перинатальной психологии](#)
    - [1.3. Связь перинатальной психологии и перинатальной психотерапии](#)
      - 
      - [Принципы интегративной психотерапии и консультирования как основного метода в работе перинатального психотерапевта](#)

- Особенности применения перинатальной психотерапии
  - Методы перинатальной психотерапии
  - Вопросы для самоконтроля
  - Литература
- Глава 2. Беременность. Формирование диады «мать – плод»
  - 2.1. Взаимосвязь гестационного процесса с психологией беременной. Диагностика психологического компонента гестационной доминанты
    - Взгляды психоаналитиков на беременность
    - Акмеологическое объяснение беременности
    - Влияние эмоций на беременность
    - Влияние стресса на беременность
    - Нежеланные дети
  - 2.2. Психологический опыт в период внутриутробного развития плода
    - Особенности дородового воспитания
    - Вопросы для самоконтроля
    - Литература
- Глава 3. Послеродовой период. Симбиоз «мать – дитя»
  - 3.1. Развитие психологических функций новорожденного
  - 3.2. Постнатальное сенсорное взаимодействие в системе «мать – дитя»
  - 3.3. Социально-эмоциональное развитие новорожденного, роль в нем матери
  - 3.4. Синдром жестокого отношения к ребенку.
  - Вопросы для самоконтроля
  - Литература

- Глава 4. Психологическая помощь женщине, вынашивающей больной плод и родившей больного ребенка
  - 4.1. Пренатальный консилиум при заболеваниях плода, роль психолога
  - 4.2. Социально-психологическая помощь роженице
  - 4.3. Психологическая помощь родителям больного ребенка
    - Исповедь мамы, родившей больного ребенка
    - Вопросы для самоконтроля
    - Литература
- Глава 5. Взаимодействие роженицы с персоналом роддома. Преодоление пре- и перинатальных стрессов
  - 5.1. Психологическая работа с медицинским персоналом для эффективного взаимодействия с матерью и ребенком
  - 5.2. Особенности психологического консультирования
    - Основные этапы и содержание психологического консультирования
    - Деятельность психолога в различных медицинских учреждениях
  - 5.3. Работа психолога с последствиями пре- и перинатальных стрессов в жизни человека
  - Вопросы для самоконтроля
  - Литература
- Глава 6. Перинатальная этика
  - 6.1. Понятие и принципы перинатальной этики
  - 6.2. Морально-этические аспекты вмешательства в пренатальное развитие

- [6.3. Этические проблемы в неонатологии и постнатальном развитии младенца](#)
  - [Вопросы для самоконтроля](#)
  - [Литература](#)
  - [Приложение](#)
    - [Тест на выявление типа психологического компонента гестационной доминанты \(ПКГД\).](#)
    - [Тест на выявление доминирующего инстинкта и профиля личности по инстинктам \(В. Гарбузов\).](#)
    - [Тест базисных эмоций](#)
    - [Тест «Я и мой ребенок»](#)
    - [Литература](#)
  - [Словарь терминов](#)
-

**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 Блехшмидт*

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 полевых 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 разреши 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.



Последовательность базовых перинатальных матриц (по: С. Гроф)

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 обузу.

В основу философских взглядов выделенных перинатальных матриц положены представления о непрерывности человеческой жизни, взаимозависимости всех стадий развития и неотделимости 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 рефлексах) 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 приложение 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, зачатую, беременности, 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 психику;
- 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.

*Блэхшмидт 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.: Дементра, 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.

*Ланцбург 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.

*Филиппова 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.

*Филиппова 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 самоощущение. 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 патологических 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 содержания, 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;"><b>Оптимальный</b></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;"><b>Тревожный</b></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;"><b>Эйфорический</b></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 агравированы, 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;"><b>Гипогестогнозический</b></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;"><b>Депрессивный</b></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 здорового 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 самоуничужения, обнаруживаются суицидальные тенденции, кошмарные сны. Это патологический тип, требующий консультации психиатра, психотерапевта</p>	<p>Отвержение или игнорирование ребенка</p>

*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	Характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности		
Отвергающий	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, которая 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.

Эмоциональный стресс является основной причиной негативных нарушений в состоянии здоровья матери и плода. Существуют данные о случаях развития неврозов у детей в результате антенатальных психогенных факторов. Причем у девочек стресс матери распространяется на большее число антенатальных и перинатальных отклонений, чем у мальчиков. То есть организм девочек более разнообразно отвечает на стресс матери. В то же время у мальчиков чаще встречаются отклонения в развитии, обусловленные стрессом матери. А. И. Захаров (1998) доказывает, что эмоциональный стресс при беременности отрицательным образом сказывается не только на последующем здоровье ребенка, но и на течении родов, порождая различные трудности как у матери, так и у ребенка. Пренатальный стресс способствует формированию внутриутробно обусловленной патологии. У женщин, переживших сильный эмоциональный стресс во время беременности, как например, физическое насилие и агрессию или семейные конфликты, значительно чаще рождаются мальчики с проявлением гомо- и бисексуального поведения в зрелом возрасте. Известны случаи реверсии половой ориентации у женщин, матери которых принимали во время беременности гормональные препараты, обладающие даже слабой андрогенной активностью. Эти факты подтверждают теорию гормон-нейромедиаторного импринтинга мозга (Резников А. Г., 2004), согласно которой в результате воздействия гормонов, нейромедиаторов и цитокинов матери на развивающийся мозг формируется определенный тип нервных связей, уровень возбудимости нейронов и их восприимчивость к активизирующему воздействию медиаторов. При неадекватном воздействии в пренатальном периоде гормонов и других физиологически активных веществ у ребенка



впоследствии формируются патологические состояния и болезни.

Таким образом, переживание стресса оказывает влияние на протекание беременности, на течение родов и дальнейшую жизнь ребенка.

## **Нежеланные дети**

Нежеланный ребенок является не только источником стресса для матери, но и стрессогенным фактором для собственного развития. У матерей нежеланных детей роды чаще всего бывают преждевременными, масса тела новорожденных, как правило, ниже нормы. При нежеланной беременности дети с рождения физически слабы, с плохим аппетитом, часто и подолгу болеют. Американский исследователь Д. Б. Чемберлен (2001) в докладе на III Международном конгрессе Всемирной организации по пренатальному обучению сказал: «... младенцы „знают“, желанны они или нет... у нежеланных младенцев по сравнению с желанными возрастает риск гибели в течение первых 28 дней жизни». Нежеланные дети легко расстраиваются, повышено обидчивы и капризны, беспокойно спят, много плачут и долго не могут успокоиться. Нежеланных детей могут оставить в семье, но часто они лишаются попечения матери, попадая в дом ребенка. Л. С. Выготский в концепции зон ближайшего развития говорит о том, что лишение матери от рождения до трех лет приводит к тяжелым последствиям: такие дети агрессивны, жестоки, раздражительны.

Вынашивание нежеланной беременности является сложной стрессогенной ситуацией, так как сопровождается стойкими, зачастую бессознательными негативными эмоциями. Тревожность, неуверенность, страх, озлобленность порождают комплекс ощущений, аналогичный состоянию человека при сильной

опасности. Длительное состояние тревоги, сильная антипатия, нежелание иметь ребенка приводят к внутриутробной психической травме, что, по мнению Г. Аммона (2000), вызывает нервно-психическую нестабильность, а чувство отторжения ставит плод в ситуацию отвержения, так называемого «внутриутробного госпитализма».

Для профилактики нежелательных последствий негативных эмоций и стресса необходима своевременная психологическая поддержка беременных женщин, психокоррекция эмоционального состояния и активизация творческого потенциала. С этой целью психологами сегодня разработаны разнообразные комплексные программы подготовки к родам с включением активных групп поддержки, музыка-и библиотерапии, терапии творческим самовыражением.

## **2.2. Психологический опыт в период внутриутробного развития плода**

Г. Гегель (1971) рассуждает о влиянии матери на формирование души ребенка еще до рождения, когда ребенок в утробе обнаруживает душу, «которая обладает действительным для себя бытием еще не в нем самом, а только в матери, почему его душа и не в состоянии поддерживать сама себя, но скорее поддерживается только душой матери». Далее Гегель говорит о том, что душа ребенка открыта для непосредственного воздействия на нее души матери. Идеи философов подтверждаются последними исследованиями психологов и медиков. Французский психоаналитик Франсуаза Дольто обнаружила ранние истоки детских неврозов и болезней в событиях, которые произошли в семье человека до его рождения, когда он был зародышем в материнской утробе. Если мать страдала от этих событий и ни с кем не могла об этом поговорить, то такие события способны вызвать у неродившегося младенца невроз. «Этот ребенок своим телом будет выговаривать страдание, которое убила в себе его мать» (1997). Этим исследованиям близки наблюдения детского психотерапевта А. И. Захарова: «... большинство детей, которых „не ждали“, в дальнейшем заболевают неврозом страха» или «дети, пренатальное развитие которых усложнилось угрозой выкидыша, впоследствии чаще заболевают неврозом страха» (Захаров А. И., 1998).

Плод в утробе матери сегодня рассматривается не просто как биологический объект, он является субъектом целенаправленных формирующих и воспитательных воздействий, а беременная уже должна выполнять материнские воспитательные функции.

Благодаря учению С. Грофа в настоящее время признается наличие у плода и новорожденного возможности зафиксировать информацию о перинатальном периоде на всю жизнь.

Современные исследования и наблюдения позволяют выделить три основных пути передачи информации от беременной плоду и обратно:

1) традиционный – через маточно-плацентарный кровоток. Плацента передает гормоны, уровень которых частично зависит от эмоций. Таковы, например, гормоны стресса, эндорфины и т. п.;

2) волновой – через электромагнитное излучение органов, тканей, отдельных клеток и т. п. в узких диапазонах. Например, есть гипотеза, что яйцеклетка, находящаяся в благоприятных условиях, может принять не любой сперматозоид, а только тот, который совпадает с ней по характеристикам электромагнитного излучения. Зигота (оплодотворенная яйцеклетка) извещает материнский организм о своем появлении на волновом уровне, а не гормональном, а больной орган матери излучает «неправильные» волны плоду, и соответствующий орган у будущего ребенка может сформироваться тоже патологичным;

3) водный – через водную среду организма. Вода является энергоинформационным проводником, и мать может передавать плоду некую информацию просто через жидкостные среды организма. Электромагнитное поле беременной женщины работает в миллиметровом диапазоне, изменяется в соответствии с окружающей средой и играет роль одного из механизмов адаптации. Ребенок, в свою очередь, тоже обменивается с матерью информацией в этом же диапазоне.

В связи с этим проблема суррогатного материнства, которая стала в последнее время широко актуализироваться, может быть рассмотрена следующим образом: женщина, вынашивающая

генетически чужого ребенка в течение 9 мес., неизбежно информационно влияет на него, делая его частично своим ребенком. Плод, находясь в утробе, также влияет на свою биологически неродную мать. Суррогатной матери рекомендуют не привыкать к ребенку, которого она вынашивает для чужой семьи, т. е. отношение к нему у женщины должно быть как к нежеланному, чужому. Но судьба детей, которые девять месяцев были «нежеланными», неоднозначна. Считается, что впоследствии у них может отмечаться нарушение социальной адаптации.

У желанных детей, но зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и искусственного осеменения (ИО) часто встречаются задержка внутриутробного развития, хроническая гипоксия плода, неврологические изменения ребенка при рождении (Бахтиарова В. О., 1993). Вероятно, это связано с тем, что женщина, вынашивая такую беременность, находится в состоянии постоянного стресса из-за страха потерять нерожденного ребенка.

## **Особенности дородового воспитания**

Так как ребенок подвергается влиянию матери, то сегодня специалисты не без основания говорят, что возможно его внутриутробное воспитание. Перинатальная психология утверждает, что это необходимо. Соответственно создаются программы пренатального (дородового) воспитания.

В основе такого воспитания должны быть положительные эмоции, которые испытывает беременная. Помогать проявлению позитивных эмоций можно с помощью созерцания красивых вещей, природы, учиться не принимать близко негативные явления. Огромный положительный эффект имеет рукоделие. К положительным эмоциям относится «мышечная

радость», которую испытывает ребенок при занятиях матерью физкультурой и спортом или при длинных прогулках. Мать и плод являются единым нейрогуморальным организмом, одинаково испытывая на себе благоприятные и неблагоприятные факторы, которые отражаются в долговременной памяти и проявляются в последующей жизни человека. Для восприятия плод использует свои органы чувств, которые внутриутробно развиты в разной степени. На основе данных о функциональной способности человеческого мозга в целом можно предположить, что психические содержания впервые появляются на седьмом месяце беременности (Kruse, 1973). К этому времени головной мозг и ганглии становятся достаточно развитыми, а внешние раздражители могут восприниматься практически в любой сфере органов чувств. Седьмой месяц беременности является тем временем, с которого возможно внеутробное существование.

Важный вклад в понимание внутриутробной жизни плода внес шведский врач А. Нильсон, который с помощью микроскопической камеры, вмонтированной в специальный эндоскопический прибор, зафиксировал жизнь младенца в утробе матери с первых недель развития. Он установил, что головной мозг начинает формироваться на 3-й неделе существования зародыша, а его деятельность регистрируется на энцефалограмме уже на 47-й день после зачатия. Биохимические исследования доказали, что нейроны способны регистрировать информацию с их зарождения. Через 4 нед. от момента зачатия функционируют структуры основания мозга, обеспечивающие информацию всему телу. Через 5 нед. после зачатия эмбрион начинает проявлять реакции на стимулы, например на прикосновение, а в возрасте 7,5 нед., в ответ на поглаживание макушки тонким волосом наблюдали

поворот головы в противоположную сторону. Отдельные движения эмбрион начинает совершать на 6—8-й неделе. После наблюдения с помощью УЗИ за движениями и перемещениями плода после 9—10-й недели гестации было выдвинуто предположение, что вестибулярная система для пространственной ориентации и сохранения чувства равновесия сформирована уже к 12-й неделе. С помощью интраамниальной киносъемки обнаружено, что движения плода являются организованными и осмысленными, направлены на удовлетворение возникающих потребностей. Были установлены: сосание пальца, игра с пуповиной, попытка закрыть уши при чрезмерно сильном звуке, резкий толчок ногой по стенке матки как выражение неудовольствия при участии матери в танцах, попытка загородиться ладошкой руки от луча света, направленного на глаза. Ко второму триместру плод активно исследует окружающую его среду, свободно плавает, кувыркается, хватает пупочный канатик, гладит и лижет плаценту, отвечает на прикосновения или услышанный разговор (Braselton T. V., Cramer B. G., 1990).

Дородовое воспитание должно учитывать не только связь матери и ребенка, но и то, какие органы чувств развиваются у плода, чтобы оказывать на них влияние.

**Осязание.** Так как примерно в 7—12 нед. плод начинает чувствовать тактильные раздражители, новорожденный ребенок может испытывать «тактильный голод», соответственно которому возникло понятие «тактильного насыщения». Если ребенка достаточно носят на руках, массируют, часто прикасаются к нему, ласкают, то к 7 мес. происходит «тактильное насыщение». В Голландии существует система тактильного взаимодействия матери и плода («гаптономия»). В нее входит беседа с не родившимся еще ребенком, проговаривание по отношению к нему

ласковых слов, обращение к ребенку по имени (или выяснение понравившегося ему имени), похлопывание по животу и определение ответа по его толчкам. Это своеобразные формы первой игры. Помимо матери с ребенком может играть и отец.

**Слух.** Слуховой и вестибулярный аппараты плода формируются к 22-й неделе беременности, на 24-й неделе после оплодотворения яйцеклетки практически завершается образование основных слуховых проводящих путей, т. е. миелинизация *nervus cochlearis*. На 26-й неделе зародыш начинает впервые реагировать на шумы (Johansson L. [et al.], 1964). Внутри утробы дети слышат, но им мешает шум материнского кишечника, сосудов матки и стук сердца, поэтому внешние звуки доходят до них плохо. Однако мать они слышат хорошо, так как акустические вибрации доходят до них через организм матери. Для того чтобы ребенок мог услышать отца, предлагают сделать большой картонный рупор, положить его на живот и говорить или петь в него.

Рекомендуют и занятия музыкой. С беременными занимается множество специалистов во всем мире, и доказано, что дети, матери которых пели во время беременности, имеют лучший характер, легче обучаемы, способнее к иностранным языкам, усидчивее. Можно класть на живот наушники или засовывать их за бандаж и включать спокойную музыку. Но следует помнить, что нельзя глушить ребенка музыкой, поскольку такое воздействие является некой агрессией. Нет однозначного мнения, какая музыка больше подходит ребенку: одни считают, что нужен Моцарт и Вивальди, другие – что народные протяжные песни и колыбельные, некоторые склоняются к популярной легкой музыке. Вероятно, это зависит от предпочтений матери.

Позитивный опыт усваивается плодом через эндорфины – гормоны радости, которые при положительных эмоциях вырабатывают



гипоталамические структуры мозга матери, проникая через плаценту. При желанной и нормально протекающей беременности плод находится в состоянии комфорта и безопасности. Частое переживание плодом состояния покоя, счастья, радости способствует гармоничному формированию его психики, определяет характер его поведения и поступков в дальнейшей жизни. Позитивные эмоции беременной влияют на усиление роста плода, развитие спокойствия и повышение уровня его интеллекта. В течение последних месяцев беременности активно идет развитие мозговых нейронов, в этот период закладываются интеллект, память, восприятие, эмоциональность, способности. Эксперименты показывают, что музыкальный строй гармонического и мелодического характера создает условия для мозговых процессов и оптимизирует закладку психоинтеллектуального развития плода (Вуль Ф. Р., Прядко Н. Г., 1992). Предлагаемые музыкальные программы для беременных с патологией улучшали их самочувствие, снимали чувство беспокойства, страха за беременность, уменьшали абдоминальные боли. По тахометрическим наблюдениям и самоотчетам женщин поведение плода становилось упорядоченным. Если женщина во время беременности активно слушает классическую музыку, народные песни, старинные романсы и оперные арии, то плод «активно отвергает» грохочущие звуки эстрадной рок-музыки. Таким образом, формируется вкус к определенной музыке. Другим видом воспитания плода является художественное слово: чтение сказок, детских рассказов и стихов во время беременности укрепляет долговременную память младенца. Впоследствии эти дети проявляют способность к запоминанию большего объема материала.

Современные родители включаются в обучение своих будущих новорожденных через игры, используя,

например, массажирование пальцами, легкие постукивания, которые называются «игры в толчки» (Spelt D., 1948; Steinton M. C., 1985; De Carr R., Lehrer M., 1992). Такое обучение в пренатальном периоде стимулирует и усиливает моторные способности, зрительные навыки и уровень интеллекта, эмоциональное проявление и раннюю речь в последующие годы. Пренатально стимулированные дети в возрасте трех лет показали уровень интеллекта выше на 38 %, памяти – на 47 %, рассудочной деятельности – на 81 %, социальный интеллект в два раза выше по сравнению с детьми, с которыми в пренатальном периоде матери не занимались (Батуев А. С., 2000). Мать может научить ребенка хорошо контролировать себя, быть эмоционально устойчивым, если во время беременности она сама быстро справляется с негативными или чрезмерно сильными эмоциями. При этом резкое учащение ее пульса до 130–140 уд/мин не должно продолжаться долго при стрессе или конфликте (Подобед Н. Д., 2001). Организм матери рассматривается как стимульная среда, поэтому большая роль в пренатальном воспитании отводится матери, ее материнское чувство определяет развитие личности ребенка.

Э. Берн утверждает, что не только родители и прародители оказывают влияние на жизнь детей, но и сама ситуация зачатия оказывает сильное влияние на будущую судьбу ребенка. Эта судьба начинается с момента заключения родителями брака. Автор выделяет несколько путей развития судьбы (табл. 2.4).

*Таблица 2.4*

### **Пути развития судьбы ребенка**

Взаимоотношения мужчины и женщины	Благоприятный исход — любовь, развитие ребенка в соответствии с его возможностями	Неблагоприятный исход: дети — жертвы родительских сценариев
Желание создания семьи и рождения первенца — сына	Рождение сына, воспитание его с любовью, передача семейного опыта	Рождение дочери, проявление безразличия со стороны отца, формирование у девочки чувства вины перед родителями
Нежелание мужчины создавать семью с беременной женщиной	Зрелая женщина-мать занимается воспитанием и развитием ребенка с любовью	1. Отказ от ребенка. 2. Использование льгот, положенных при рождении ребенка. Формирование ироничного отношения к матери-одиночке
У супругов в течение долгого времени нет детей	—	Формирование родительской страсти, неадекватное отношение к появлению ребенка

Встречаются негативные ситуации обстоятельств зачатия: случайность, насилие, обман, хитрость и пр. Большое значение имеет характер планирования ребенка:

- хладнокровное, педантичное;
- темпераментное, с обсуждением и разговорами;
- молчаливое страстное согласие;
- попытки избавиться от плода.

Психолог при беседе с женщиной должен деликатно выяснить перечисленные позиции, так как имеющиеся факторы воздействуют на развитие еще не рожденного ребенка. Это поможет психологу освободить сознание женщины от пережитых негативных воспоминаний, переоценить прожитое. Также поможет более четко составить картину беременности на данный момент, составить план мероприятий на коррекцию психологических состояний беременной для

организации позитивного влияния на развитие будущего ребенка.

## Вопросы для самоконтроля

11. Какие сегодня существуют подходы к восприятию беременности и внутриутробного развития младенца?

12. Какую роль играет рождение ребенка с психоаналитической позиции?

13. В чем разница взглядов З. Фрейда и Д. Пайнза на беременность?

14. В чем суть акмеологической позиции на беременность?

15. Что такое психологический компонент гестационной доминанты?

16. Сравните известные вам классификации переживания беременности.

17. Раскройте негативные последствия стресса беременной для ребенка.

18. Как влияет стресс беременных на детей разного пола?

19. В чем проявляется влияние родительских установок до рождения ребенка на его дальнейшую судьбу?

10. Докажите, что пренатальное воспитание необходимо.

## Литература

*Аммон Г.* Психосоматическая терапия. – СПб.: Речь, 2000. – 238 с.

*Батуев А. С.* Возникновение психики в дородовой период: краткий обзор современных исследований // Психологический журнал. – 2000. – № 6. – С. 51-56.

*Батуев А. С.* Манифест пренатальной психологии // Человек. – 2007. – № 6. – С. 179-181.

*Батуев А. С.* Предпосылки дородовой психологии // Дефектология. – 2008. – № 2. – С. 4-7.

*Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / под ред. М. С. Мацковского. – М.: Прогресс, 1988. – 400 с.

*Боровикова Н. В.* Психологические аспекты трансформации концепции беременной женщины. Я-концепции беременной женщины // Перинатальная психология в родовспоможении: материалы конференции. – СПб.: Изд-во Академии медико-социального управления, 1998. – 59 с.

*Вуль Ф. Р., Прядко Н. Г.* Психосуггестивная программа для плода и беременной // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 2. – С. 64-65.

*Выготский Л. С.* Лекции по психологии. – СПб.: Союз, 1997. – 165 с.

*Гегель Г.* Энциклопедия философских наук: в 3 т. – М.: Мысль, 1971. – Т. 3: Философия духа. – 471 с.

*Дольто Ф.* На стороне ребенка. – СПб.: Петербург. XXI век, 1997. – 96 с.

*Захаров А. И.* Ребенок до рождения. – СПб.: СОЮЗ, 1998. – 376 с.

*Кинтария П. Я.* Изучение // Акушерство и гинекология. – 1984. – № 3. – С. 67-68.

*Коваленко-Маджуга Н. П.* Перинатальная психология. – СПб.: Медицинская пресса, 2001. – 214 с.

*Кочнева М. А.* Особенности и роль психических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов: автореф. дис... канд. мед. наук – М., 1992, 20 с.

*Мещерякова С. Ю.* Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. – 2000. – № 6. – С. 18-27.

*Пайнз Д.* Бессознательное использование своего тела женщиной: Психоаналитический подход. – СПб.: ВЕИП, 1997. – 198 с.

*Подобед Н. Д.* Внутриутробное воспитание плода. Вариант лекции-беседы с беременными как методический материал для инструкторов // Перинатальная психология и акушерство. – Волгоград, 2001. – С. 30-33.

*Резников А. Г.* Пренатальный стресс и нейроэндокринная патология / под общ. ред. член-корр. НАН и АМН Украины А. Г. Резникова. – Черновцы: Медакадемія, 2004. – 351 с.

*Тхостов А. Ш.* Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

*Сидоров П. И., Толстов В. Г., Толстов В. В.* Основы перинатальной психологии и психотерапии. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2006. – 507 с.

*Филиппова Г. Г.* Психология материнства. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 234 с.

*Фрейд З.* Теория и практика детского психоанализа. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 284 с.

*Чемберлен Д.* Младенцы о насилии // 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.

*Braselton T. V., Cramer B. G.* The Earliest Relationship. - N. Y.: Addison-Wisley Publishing Co, 1990.

*De Carr R., Lehrer M.* The prenatal classroom: A parent's guide for teaching your baby in the womb. - Atlanta: Humanics Publishing Group, 1992.

*Spelt D.* The Conditioning of the Human Fetus in Ute-ro // J. Exp. Psychol. - 1948. - V. 38. - P. 338-346.

*Steinton M. C.* The Fetus: A Growing Member of the Family // Family Relations. - 1985. - V. 34. - P. 321-326.



## **Глава 3. Послеродовой период. Симбиоз «мать - дитя»**

## **3.1. Развитие психологических функций новорожденного**

Л. С. Выготский уделял большое внимание психическому развитию ребенка как процессу, характеризующемуся единством материальной и психической сторон, единством общественного и личного при восхождении ребенка по ступеням развития. Как известно, он выделил 5 скачков («кризисов»), первый из которых – кризис новорожденного. Младенец оказывается в новой для него социальной действительности, отличной от внутриутробного нахождения, и остается оторванным от своего изначального «основного источника развития» – матери.

Не случайно наиболее разработанной в прошлом, наиболее последовательной и методологически состоятельной частью рефлексологии является рефлексология младенческого возраста. Лучшие исследования психологии поведения относятся к раннему детскому возрасту и к элементарным инстинктивно-эмоциональным реакциям ребенка.

До середины прошлого века считалось, что новорожденные не способны к организованному произвольному поведению. Нередко внутренний мир младенца характеризовали как поток неоформленных зрительных и звуковых впечатлений. Существовало мнение, что у детей до года вообще не задействованы высшие мозговые центры или что новорожденные способны различать только свет и тень, но не воспринимают предметов или организованного фона. Поведение ребенка в первые недели жизни трактовали как полностью рефлекторное. Проведенные впоследствии эксперименты показали, насколько

недооценивались возможности новорожденных. В настоящее время установлено, что они способны к организованным, предсказуемым реакциям и более сложной психической деятельности, чем было принято считать. Младенцы с рождения имеют собственные предпочтения и обладают поразительной способностью к научению. Первый месяц после рождения – особенный период в жизни ребенка. Его выделяют из периода младенчества, поскольку именно за это время новорожденный должен приспособиться к внешней среде, это время не только адаптации после родов и перестройки жизненно важных функций ребенка – дыхания, кровообращения, пищеварения и терморегуляции – это период, когда устанавливаются ритмы жизни и находится баланс между недостатком и избытком стимуляции из довольно изменчивой внешней среды.

К моменту рождения ребенок имеет достаточно развитый сенсорный аппарат для восприятия внешнего мира.

Восприятие (или перцепция) – это активный процесс интерпретирования сенсорной информации. Так, зрительное восприятие не сводится к простому ощущению, а включает и осмысление того, что человек видит. Когда младенец поворачивает голову, чтобы посмотреть именно на этот, а не на какой-либо другой предмет, или занимает положение, из которого лучше всего видно что-то конкретное, он тем самым демонстрирует определенную перцептивную компетентность. В противоположность восприятию существует ощущение – простая регистрация стимула органом чувств, тоже доступное младенцу.

Новые технологии оказывают исследователям неоценимую помощь: сегодня стало возможным измерять основные физиологические реакции ребенка на специфическую стимуляцию. Деятельность сердца,

волновая активность головного мозга и электрическая проводимость кожи дают полезную информацию о том, что воспринимают и как много понимают младенцы. Другим источником информации для исследователей является предельно точная запись движений младенца, например запись движений глаз или предметно-манипулятивной деятельности. Благодаря таким методикам исследования показано, что сенсорные и перцептивные возможности новорожденных заметно увеличиваются в течение первых шести месяцев жизни.

Развитие психических познавательных процессов связано с развитием анализаторов. Рассмотрим их функции у новорожденных.

**Зрительный анализатор.** Здоровый ребенок рождается с полным набором структур зрительного анализатора. Однако большинство этих структур еще незрелы, поэтому им требуется несколько месяцев, прежде чем они достигнут полной работоспособности. Новорожденные способны управлять движениями глаз и могут следить за объектом, который движется в поле их зрения, например за лицом врача или источником света. Оптимально фокусировать взгляд они способны в очень узком диапазоне – от 17,8 до 25,4 см, объекты, находящиеся за пределами этого расстояния, кажутся им размытыми. То есть они практически не видят того, что находится у противоположной стены комнаты. Новорожденные способны зрительно воспринимать свое окружение (избирательно наблюдают за происходящим), предпочитают смотреть на сложные узоры, рассматривая края и контуры объектов. Новорожденные исключительно восприимчивы к человеческому лицу, рано начинают распознавать лицо матери и имитировать лицевую экспрессию взрослых.

Зрительная чувствительность и предпочтения новорожденных зависят от уровня активации младенца. Исследования зрительных предпочтений лучше всего

проводить, когда ребенок бодр, внимателен и не голоден. Новорожденные после кормления – при прочих равных условиях – следят за зрительными стимулами типа мелькающих вспышек света почти в два раза дольше, чем до кормления. Способность пристально смотреть на знакомые объекты (лицо отца или матери) и способность подражать лицевой экспрессии взрослых являются важными факторами развития и сохранения эмоциональных уз между младенцем и родителями. Новорожденный, который с интересом изучает лицо матери и успокаивается на руках отца, дает возможность родителям почувствовать свою успешность.

Новорожденные способны воспринимать яркие, насыщенные цвета, наподобие желтого, оранжевого, красного, зеленого и бирюзового, но в первые два месяца дети предпочитают черно-белые изображения цветным, вероятно, из-за большей контрастности. Это свидетельствует о развитии зрительного восприятия.

С самого рождения младенцы предпочитают рассматривать новые и относительно сложные «картины», объекты и лица людей. Новорожденные прослеживают взором контуры лица, а к двум месяцам они начинают фиксировать взгляд на глазах. Дети в возрасте шести недель по пространственным признакам определяют потенциальные опасности и защищаются от них. Младенцы пытаются уклониться, зажмуриться или как-то еще избежать столкновения с объектом, который надвигается прямо на них.

В итоге можно выделить следующие особенности зрительного анализатора новорожденного:

- 1) фокусирование взора в узком диапазоне;
- 2) слежение за объектом;
- 3) восприятие лица человека;
- 4) пристальное рассматривание;
- 5) предпочтение черно-белых изображений.

**Слуховой анализатор.** Анатомические структуры слухового анализатора достаточно хорошо развиты при рождении. Следует учитывать, что в первые несколько дней после появления на свет в полости среднего уха новорожденного находится избыточное количество околоплодной жидкости, поэтому ребенок слышит звуки приглушенно, пока не произойдет ее реабсорбция. Кроме того, структуры мозга, отвечающие за передачу и переработку слуховой информации, недостаточно развиты, поэтому новорожденные вздрагивают от громких звуков и поворачивают голову на звук голоса. При звучании колыбельных песен новорожденные успокаиваются и засыпают, а в ответ на писк и свист возбуждаются. Несмотря на эти ограничения, новорожденные способны реагировать на широкий диапазон звуков. Уже на первом месяце жизни они особенно чувствительны к звукам речи и среди прочих звуков отдают предпочтение человеческому голосу. Например, новорожденный предпочитает слышать исполнение песни женским голосом в отличие от слушания той же мелодии, сыгранной на музыкальном инструменте. Младенцы также способны к локализации источника звука. Уже в первые дни жизни они поворачивают голову на звук или голос. На звуки средней громкости реагируют изменением частоты сердечных сокращений и дыхания.

Младенцы реагируют на звук и изменением поведения: звуки могут их успокаивать или возбуждать. Низкочастотные или ритмично повторяющиеся звуки обычно успокаивают младенцев; громкие, неожиданно раздавшиеся или высокочастотные вызывают беспокойство. Поворачивая голову на звук, младенцы также демонстрируют свою способность локализовать источник звука. Эти и другие поведенческие реакции говорят о том, что слуховое восприятие младенцев в первые недели жизни уже развито достаточно хорошо,

хотя фактически мозговые структуры слухового анализатора продолжают развиваться у ребенка до двухлетнего возраста.

Важной особенностью слуха младенцев является их врожденная способность дифференцировать речевые и неречевые звуки. Уже на первом месяце младенцы могут обнаруживать тонкие различия звуков речи, например в таких словах, как «кит» и «кот». Очевидно, что чувствительность младенцев к речевым звукам помогает им научиться говорить. Эта чувствительность и способность узнавать знакомые голоса способствует укреплению привязанности младенцев к родителям и воспитателям.

В итоге можно выделить следующие особенности свойств слухового анализатора новорожденного:

- 1) реакция на звук голоса;
- 2) дифференциация речевых звуков;
- 3) восприятие широкого диапазона звуков;
- 4) успокаивающее действие низкочастотных звуков;
- 5) возбуждающее действие высокочастотных звуков.

### **Вкусовой и обонятельный анализаторы.**

Новорожденные различают сладкое, соленое, кислое и горькое, что ясно видно по их лицевым реакциям, различным для каждой из этих вкусовых групп. Новорожденные также реагируют на сильные запахи, а некоторые приятные ароматы, такие как запахи, исходящие от матери, привлекают их. Шестидневный ребенок уже способен отличить запах своей матери от запаха другой женщины. Он реагирует не только на запах молока и груди, но и на запах тела и, естественно, отдает предпочтение знакомым запахам.

**Осязательный анализатор.** Реакция на прикосновение формируется у ребенка на 7-й неделе внутриутробного развития, поэтому тактильные ощущения хорошо развиты у недоношенных детей. Тактильная стимуляция недоношенного ребенка в

кювезе помогает регулировать его дыхание и другие физиологические процессы. Рефлекс «поиска груди» (в ответ на поглаживание щеки) является одним из наиболее стабильных даже у недоношенных детей. Часто достаточно просто подержать новорожденного за ручки или ножки, чтобы он успокоился.

Также хорошо развито у новорожденных чувство боли. Естественные болеутоляющие вещества и гормоны стресса, которые выделяет организм ребенка во время родов, прекращают действовать через несколько часов.

Психологи и нейробиологи активно занимаются изучением связей между сенсорным, перцептивным, двигательным опытом и развитием определенных зон головного мозга. Постнатальный рост мозга происходит не только за счет увеличения размеров нейронов, но и благодаря увеличению числа связей между ними. В первые месяцы происходит быстрое развитие первичных сенсорных и моторных зон мозга. Известно, что это совпадает по времени со столь же быстрым развитием перцептивных систем ребенка. Важную роль в раннем перцептивном развитии играет окружающая среда. Некоторые средовые факторы, такие как неполноценное питание, влияют на развитие способностей младенцев. Детям необходимо рациональное питание в первые два года жизни, неполноценное питание может надолго затормозить процессы роста, особенно процессы роста и созревания структур мозга и центральной нервной системы.

Сенсорно-перцептивное развитие происходит в результате взаимодействия созревания и опыта, совершенствование этих взаимодействий осуществляется на протяжении всей последующей жизни. Потребности новорожденных условно можно разделить на телесные (физические) и психоэмоциональные.

Телесные – это потребности в:



- кормлении, сосании;
- мочеиспускании, дефекации;
- физическом контакте с матерью;
- тепле;
- телесном комфорте и отсутствии боли;
- безопасности.

Психоэмоциональные – это потребности в:

- психоэмоциональном контакте с матерью;
- положительных эмоциях;
- познании;
- ощущениях (запахи, звуки, цвета, образы, тактильные ощущения);
- общении.

Новорожденный успокаивается, слыша привычные звуки: колыбельную, песню, даже знакомую ему мелодию из сериала, который смотрят родители. Еще одно свидетельство научения – способность новорожденного воспроизводить на основе подражания мимические маски. Новые, усовершенствованные методы наблюдения предоставили в наше распоряжение множество данных о способности новорожденных учиться довольно сложным поведенческим реакциям. В экспериментах по научению часто используется способность новорожденных поворачивать голову вправо и влево. Одним из первых попытку исследования выработки условных реакций у новорожденных с использованием этой способности в качестве индикатора научения предпринял Папоусек (Papousek H., 1961). В его экспериментах новорожденных приучали поворачивать голову влево на звук колокольчика, используя пищевое подкрепление. То же вознаграждение ожидало их, если на сигнал звонка они поворачивали голову вправо. Затем задача была усложнена: сигнальные значения колокольчика и звонка изменили на противоположные, и младенцы быстро

научались поворачивать голову в соответствии с новыми правилами игры.

В серии экспериментов, нацеленных на выявление главного аспекта поведения новорожденных, использовались не только звуковые (звонки и колокольчики), но и световые стимулы. Младенцев приучали включать свет поворотом головы влево. Малыши поворачивали голову несколько раз в течение короткого промежутка времени, чтобы включить свет, однако затем происходила любопытная вещь: казалось, будто они теряли интерес к этой игре. Папоусек обнаружил, что его можно возродить, изменив условия на противоположные, но и это вскоре наскучивало малышам. Полученные данные важны потому, что, во-первых, они подтверждают важность мотивов научения в приобретении знаний и умений, во-вторых, они демонстрируют важное явление, связанное с научением, – феномен привыкания или габитуации.

Младенцы привыкают к действию определенных раздражителей и перестают реагировать на них. Процесс привыкания выполняет важную адаптивную функцию. Малышу необходимо научиться приспособиться к незначимым раздражителям, таким как шум бытовых приборов или легкое прикосновение одежды к телу, не обращать на них внимания. Исследователи используют феномен габитуации для выяснения перцептивных возможностей младенцев. Например, реакцией новорожденного на громкий звук будет учащение сердцебиения, изменение ритма дыхания, а иногда – плач или общее возбуждение. Однако, если этот звук не прекращается, малыш скоро привыкает к нему или, иначе говоря, перестает на него реагировать. Но при малейшем изменении звукового раздражителя реакция возникает снова, а это значит, что ребенок улавливает незначительное изменение, реагирует на минимальное различие. Способность к

привыканию была положена в основу множества экспериментов, позволивших узнать много нового о сенсорных возможностях и перцептивных навыках новорожденных.

Совершенствование саморегуляции – одна из основных задач развития ребенка в период новорожденности. Доношенный ребенок наделен разнообразными способами реагирования и приспособления к окружающей среде. Например, младенцы обладают способностью привыкать к повторяющимся раздражителям, самостоятельно успокаиваться после напряжения. Однако эти механизмы саморегуляции различаются в зависимости от темперамента младенцев. Некоторые дети легко перевозбуждаются, тогда как у других вызвать возбуждение гораздо труднее. Одни дети сильнее всего реагируют на звуки, другие – на прикосновение, а третьи – сверхчувствительны к каким-то специфическим раздражителям. Внимательные родители помогают малышу привести свои реакции в соответствие с сенсорным опытом и свести к минимуму избыточный или недостаточный уровень возбуждения путем психоэмоционального, тактильного, голосового, зрительного взаимодействия со своим ребенком, стимуляции всех систем его восприятия жизни.

## **3.2. Постнатальное сенсорное взаимодействие в системе «мать - дитя»**

В послеродовом периоде необходимо создать условия, способствующие поддержанию установившейся пренатально-эмоциональной взаимосвязи в диаде «мать - ребенок». Для матери эти условия возникают и поддерживаются в процессе послеродового контакта с ребенком и кормления грудью. Женщины в течение долгих лет помнят момент родов и некоторые детали послеродового периода. Первые сутки послеродового периода считаются сензитивным периодом для развития взаимосвязи с ребенком, что предполагает непрерывный контакт с новорожденным, насыщенный достаточно интенсивной деятельностью матери. Содержание этой деятельности - обеспечение физического комфорта и поддержание благополучного эмоционального состояния ребенка за счет присутствия матери. В послеродовом периоде стабилизируются собственные переживания матери, она усваивает способы эффективного взаимодействия с ребенком и закрепляет возникшее еще во время беременности отношение к ребенку как к самостоятельному существу.

Важную роль в становлении постнатального сенсорного взаимодействия в системе «мать - дитя» играет грудное вскармливание. Именно при грудном вскармливании ребенок получает удовлетворение своих физических (в еде, тактильных ощущениях, тепле) и психоэмоциональных (в зрительном контакте с матерью, вербальном общении, в ношении на руках) потребностей. Для матери это наилучший способ восстановления эмоционального комфорта.

В кормлении грудью заложен глубокий психологический смысл – обеспечивается сосредоточение всей жизни матери на ребенке.

При кормлении грудью младенцу обеспечивается богатство переживаний и возможность участия всем его существом – это взгляд глаза в глаза, вкус грудного молока, запах материнского тела, его тепло. Всего этого ребенок лишается при кормлении смесью из бутылочки. Именно кормление грудью дает возможность ощутить всю полноту любви, справиться с агрессивностью. В целом послеродовой период характеризуется продолжением становления материнства, познанием женщиной нового, неизведанного, но необходимого для женской сути. После рождения единственным источником привычных ощущений для ребенка является мать. Продолжение симбиотического единства с матерью формирует благоприятное перцептивное, моторное, когнитивное и эмоциональное развитие.

Взаимодействие матери и младенца является не односторонним и однонаправленным, а представляет собой сложный, начинающийся с первых дней жизни процесс взаимной адаптации и синхронизации. Понимание этого феномена требует изучения совместного поведения матери и ребенка и их взаимного влияния друг на друга.

Существуют взаимные сенсорные влияния в диаде «мать – ребенок».

Материнские прикосновения стимулируют кровообращения ребенка, обеспечивают развитие эндокринной, иммунной и нервной систем. Недоношенные дети, ежедневно получающие сеанс материнского массажа, быстрее набирают в весе и выписываются из специализированного отделения раньше в сравнении с детьми без тактильной стимуляции. Тактильная стимуляция снимает стрессовые состояния: в моче новорожденных,

получавших сеансы массажа, падает содержание стрессорного гормона кортизола, снижающего иммунную защиту.

Общеизвестно успокаивающее действие тепла на живые существа. Новорожденный склонен к гипотермии, причем потери тепла происходят в основном за счет излучения, и для предупреждения охлаждения используют в первую очередь лучистые источники тепла. При контакте «кожа к коже» у матери происходит локальное расширение сосудов кожи груди и местное повышение ее температуры за счет выделения окситоцина и вазоактивного интестинального пептида. Эти прикосновения особенно полезны при рождении недоношенного ребенка и носят название метода «кенгуру». Мать, общаясь с новорожденным, даже вне моментов кормления грудью, четко держит дистанцию между своим лицом и лицом ребенка, которая в среднем составляет 22,5 см. Доказано, что это расстояние оптимально не только для зрительного и обонятельного восприятия, но и для ощущения тепла, иррадиирующего от материнского тела.

Матери разговаривают со своими детьми подчеркнуто высоким голосом, моментально переходя на обычную речь, общаясь с окружающими. Мать инстинктивно ориентируется на ответную реакцию ребенка, так как акустическое восприятие новорожденного наиболее чувствительно к высоким частотам.

Человеческое общение включает в себя не только звук, но и движение. И слушающий, и говорящий двигаются в такт разговору, создавая нечто, напоминающее танец. Ритм танца – рисунок разговора. Новорожденный также двигается в ритме разговора взрослых. Если говорящий делает паузу, переводя дыхание, или акцентирует какой-нибудь слог, новорожденный почти незаметно поднимает брови или

опускает или поднимает руку или ногу. Живой разговор очень эффективен для тренировки движений ребенка. Никакие другие, даже специально моделированные звуки, не вызывают такой ответной реакции, как обычный ритмичный разговор. Причем это относится к разным речевым культурам (в частности, тестировались английский и китайский языки). Иначе говоря, если новорожденный с самого начала двигается в определенном конкретном ритме, заданном разговорной структурой его культуры, он уже принимает участие в комплексном социально-биологическом процессе обучения, двигательно производя миллионы повторов лингвистических форм задолго до того, когда он позже будет употреблять их в разговоре и общении. Мать – первая, кто дает ребенку эту тренировку.

Подавляющее большинство матерей испытывают непреодолимое желание заглянуть в глаза своему ребенку. Из них 73 % просят его раскрыть глазки, пытаясь персонифицировать своего ребенка, сравнить образ, созданный воображением во время беременности, с тем, что есть на самом деле. При контакте «глаза в глаза» происходит импринтинг.

Ребенок с рождения различает запах молока своей матери. Ольфакторная система имеет особое значение в формировании привязанности к матери.

Пока ребенок находится в утробе, многие его действия и ритмы созвучны с таковыми у его матери. Это происходит благодаря множеству ритмичных влияний: материнскому циклу «сна – бодрствования», циркадному ритму ее гормонов, обычному распорядку дня, регулярному биению ее сердца и т. д. Момент рождения нарушает привычные ритмы новорожденного, приводит его системы в состояние разбалансировки. Он должен реорганизовать свою биоритмологию и поведение, чтобы соответствовать внеутробному окружению. И именно мать в своем повторяющемся

повседневном уходе за ребенком помогает ему преодолеть биоритмологический стресс.

Действия ребенка так же благотворно влияют на мать.

Отмечается особое влияние контакта «глаза в глаза». Зрительная система является одной из самых мощных составляющих, обеспечивающих привязанность матери к ребенку, установлению контакта с ним. Так, матери слепого ребенка, не получая ответного взгляда, чувствуют растерянность, отчужденность от своего новорожденного до тех пор, пока оба не находят других путей взаимодействия.

Крик ребенка также необычайно важен для матери. Мать способна различать крик своего ребенка уже вскоре после родов. Крик голодного ребенка вызывает у матери самопроизвольное отделение молока.

Ребенок инициирует своими действиями выброс гормонов у матери. Как голодный крик ребенка, так и сосание ребенком груди вызывает выделение окситоцина, что приводит к сокращению миоэпителиальных клеток молочной железы и отделению молока. Кроме того, окситоцин вызывает сокращение матки, что является профилактикой кровотечений в послеродовом периоде.

Установлено, что окситоцин повышает активность двигательного ядра блуждающего нерва, что модулирует высвобождение целого ряда гастроинтестинальных пептидов – гастрин, секретин и холецистокинин, непосредственно участвующих в процессе пищеварения. Холецистокинин влияет на центральную нервную систему, индуцируя успокоение и сонливость у кормящей женщины, что защищает мать от внешних раздражителей, помогает сосредоточиться на ребенке и переносить монотонность грудного вскармливания.



На 3—4-й день после родов большинство матерей узнают запах собственного ребенка, который оказывает влияние на формирование их взаимной привязанности.

Речь матери стимулирует новорожденного делать определенные ритмичные движения, следить за лицом говорящего. Восприятие матерью этих сигналов ребенка стимулирует ее к многократному повторению своего действия. То есть происходит ее обучение (индуцированное реакцией ребенка) действиям, направленным на психическое развитие младенца.

Таким образом, процесс взаимодействия в диаде «мать - ребенок» происходит синхронно, с участием всех сенсорных систем матери и ребенка и зависит от обоюдных реакций обратной связи. Очевидно значение раннего контакта новорожденного с матерью. Мать является основным информационным источником для ребенка, особенно в первый час жизни, когда ребенок бодрствует и обостренно воспринимает окружающий его мир. Присутствие сенсорных стимулов матери позволяет легче адаптироваться к новой окружающей среде. Ранние контакты в диаде «мать - ребенок» и триаде «отец - мать - ребенок» имеют важное психологическое значение для упрочения уз, соединяющих детей и родителей.

### **3.3 Социально-эмоциональное развитие новорожденного, роль в нем матери**

Как известно, человек – существо социальное. Он с первых дней существования окружен себе подобными, а также включен в социальные взаимодействия. Первый опыт социального общения человек приобретает еще до того, как научится говорить. В процессе социального взаимодействия человек приобретает определенный социальный опыт, который, будучи субъективно усвоенным, становится неотъемлемой частью личности. Социализация – это процесс и результат усвоения и последующего активного воспроизводства индивидом социального опыта. Процесс социализации неразрывно связан с общением и совместной деятельностью людей.

Новорожденный ребенок окружен большим и разнообразным миром социальной стимуляции со стороны наиболее близких людей, в отношении с которыми происходит его развитие. Существуют данные о том, что многие сенсорные и познавательные способности младенцев сосредоточиваются на восприятии социальных сигналов. Обнаружено, что младенцы меньше интересуются несоциальными стимулами.

С первых дней жизни ребенок имитирует социальные проявления взрослого человека, способен объединять информацию, поступающую по различным сенсорным каналам. Он обладает широким набором сигналов, необходимых для начала социального взаимодействия с близкими людьми, поддержания и прекращения взаимодействия. Иными словами, младенец появляется на свет со значительными сенсорно-перцептивными и моторными способностями

устанавливать социальные связи с другими людьми (Крылов А. А., 2006).

Наблюдение за новорожденными в естественной окружающей обстановке позволило выявить социально-эмоциональные особенности новорожденного и экспериментально показать наличие врожденных способностей к социальному взаимодействию. Новорожденный окружен разнообразными социальными стимулами со стороны близких людей, в отношении с которыми происходит его развитие. Большинство познавательных способностей младенца сосредоточено на восприятии социальных сигналов. Отмечено межполушарное различие в обработке речевых (социальных) и несоциальных звуков новорожденным. Младенцы быстро усваивают информацию о социальном окружении, рано развивают представление о себе и других. Некоторые младенцы уже к окончанию неонатального периода понимают связь между изменением выражения лица и голоса.

Слуховой анализатор начинает функционировать задолго до рождения, и в период новорожденности его функционирование более зрелое по сравнению с другими анализаторами. С первых минут рождения ребенок чутко реагирует на направление источника звука, поэтому психофизические методы исследования младенцев основаны на повороте головы как компоненте ориентировочного рефлекса. Показано, что сразу после рождения одним из наиболее эффективных сигналов, вызывающих поворот головы ребенка, является человеческая речь. В экспериментальных исследованиях распознавания речи было обнаружено, что младенцам особенно интересен человеческий голос, они предпочитают его другим звукам той же высоты и громкости, проявляют значительную способность обработки речевой информации. Исследования речевого восприятия показали, что младенцы могут определять

интонации, подвергают речевые сигналы категоризации в соответствии с полом говорящего. Новорожденный предпочитает голос матери, вероятно, такое предпочтение может быть обусловлено опытом внутриутробного восприятия голоса матери. Так, показано предпочтение новорожденными той версии рассказа, которую им читали до рождения.

Обнаружено, что дети готовы к ответу на зрительные сигналы сразу после рождения. Отзывчивость ребенка на зрительную стимуляцию зависит от времени бодрствования, чем дольше младенец бодрствует, тем более способен к зрительному восприятию. У младенцев существует врожденная способность восприятия и предпочтения человеческого лица. Уже в первые часы после рождения дети демонстрируют зрительное различие и предпочтение изображения лица человека другим зрительным сигналам. Показано, что младенцы следят за реальным лицом лучше, чем за манекеном или фотографией лица. Отмечено, что поведение младенца при виде живого человеческого лица отличается от поведения при рассматривании неживых предметов. Они произносят больше звуков, начинают больше двигать руками и ногами, их движения становятся менее резкими и более регулярными. Вместе взятые лицо и голос матери более интересны, чем отдельно. Так, новорожденный следит за говорящим лицом лучше, чем только за лицом или только за голосом. Новорожденные способны различать эмоции взрослого по выражению лица - счастье, печаль, удивление. Положительные эмоции они различают лучше, чем отрицательные или нейтральные.

У новорожденного можно наблюдать эмоциональные выражения лица: интерес, радость, гнев, удивление, страх. Например, при оценке поведения новорожденного выражение интереса наблюдалось на звук погремушки,

отвращения – при сосании мыльного пальца исследователя, гнев – при тестировании врожденного рефлекса Галанта (сильное надавливание большим пальцем руки на остистые отростки позвонков новорожденного). Есть основания считать, что младенец рождается с удивительной степенью нейромускулярной зрелости, движения лицевой мускулатуры создают узнаваемые конфигурации, которые со временем станут значимыми социальными сигналами. В период парадоксального сна у новорожденного можно наблюдать улыбку. Вследствие внутренней нейрофизиологической природы и несвязанности с изменением внешнего мира она была названа эндогенной улыбкой. С полуторамесячного возраста улыбка становится экзогенной, вызванной внешними стимулами, например человеческим лицом, взглядом, высоким голосом, и может выступать в качестве инструмента регулирования при взаимодействии с матерью.

У новорожденного ребенка выявлена возможность межсенсорного восприятия. Это один из наиболее сложных феноменов, проявляющихся в младенческом возрасте. Показано, что трехнедельные младенцы предпочитали зрительный стимул той формы, которую они до этого исследовали тактильно. Новорожденным давали сосать соску определенной формы, а затем предъявляли рисунки этой и других сосок. После быстрого сравнения дети дольше смотрели на рисунок той соски, которую осязали орально. Эти результаты позволили сделать вывод, что младенцы с рождения способны к кроссmodalьному сравнению, в данном случае к сравнению информации, поступающей по тактильному и зрительному каналам. Младенцы с первых дней жизни способны имитировать некоторые действия партнера по взаимодействию. Показано, что трехнедельные новорожденные открывают рот или

высовывают язык, если находящийся к нему лицом к лицу человек совершает эти действия. Таким образом, у новорожденного существует врожденная способность определения соответствия между тем, что он видит, и тем, что совершает сам. Особенно поразительна имитация эмоционального выражения лица. В двухдневном возрасте новорожденные имитируют улыбающееся, нахмурившееся или удивленное лицо взрослого. Среди социальных сигналов новорожденных выделяют вербальные и невербальные, которые разделены на две большие группы: сигналы привлечения внимания или приглашения к взаимодействию и сигналы прекращения взаимодействия. Р. Ж. Мухамедрахимов (2003) разделяет их следующим образом.

Приглашение к взаимодействию у новорожденного может быть легким или явным. При легком приглашении у ребенка появляется оживление на лице, он раскрывает руки со слегка согнутыми пальцами, приподнимает голову, меньше двигается. Явное приглашение выражается улыбкой, поворотом головы, взглядом в глаза, ровными циклическими движениями конечностей, призывным плачем, хныканьем, гудением.

Сигналы к прекращению взаимодействия тоже подразделяются на легкие и явные. Легкие сигналы это хныканье, сжимание губ, гримаса на лице, хмурость во взгляде, икота, соединение рук, вытягивание рук и ног, ребенок может мигать или вовсе закрывать глаза, отводить взгляд. Явными сигналами считается плач, максимально отведенный в сторону взгляд, плаксивое лицо, отталкивание, сонное состояние.

После рождения новорожденный активно участвует в образовании своих первых и главных взаимоотношений с наиболее близким человеком – матерью. Развитие его способностей, сигналов, с помощью которых он устанавливает социально-эмоциональные связи,

происходит через взаимоотношения с ней. В социальной компетентности детей важен контроль над своими биологическими функциями путем социального взаимодействия с ухаживающими взрослыми. Также регуляция циклов сна и бодрствования – это результат социального взаимодействия между ними.

Теория привязанности, разработанная психологами и психоаналитиками Дж. Боулби и М. Аинсворс, раскрывает, что у младенцев наблюдается не связанное с удовлетворением физиологических потребностей и фокусирующееся на наиболее близком человеке поведение привязанности. Сюда могут быть отнесены такие врожденные виды поведения взаимодействия, как сосание, цепляние, слежение, плач, улыбка. Авторы указывают, что это поведение гарантирует защиту и выживание вида, подчеркивают готовность новорожденного к социальному обмену и установлению связи с матерью, полагая, что привязанность выполняет естественную, здоровую функцию впоследствии в жизни взрослого человека.

Результаты научных исследований развития новорожденного ребенка позволяют по-новому взглянуть на принятые в обществе подходы и принципы организации системы обслуживания новорожденных. Современные данные полностью опровергают правомерность практики раннего отделения новорожденного от матери, подчеркивают необходимость создания условий совместного пребывания матери и ребенка с первых минут после рождения, что отвечает потребности младенца во взаимоотношении с наиболее близким человеком – матерью.

## **3.4. Синдром жестокого отношения к ребенку**

Первое сообщение о гибели младенцев, избитых родителями, появилось в 1868 г., когда профессор медицины Э. Тардье провел анализ 32 вскрытий детей, погибших от избиений и ожогов, и ввел термин «синдром избитого ребенка». В настоящее время к жестокому обращению с ребенком относят не только физическое и сексуальное насилие, но и психическое и эмоциональное насилие, многочисленные виды запущенности или небрежного отношения к потребностям ребенка. Поэтому в современной литературе не используется термин «синдром избитого ребенка», так как он подразумевает только физическое насилие. В МКБ 10-го пересмотра официально утвержден термин «синдром жестокого обращения с ребенком» (СЖО).

По определению ВОЗ СЖО – это любая форма плохого обращения с ребенком в возрасте до 18 лет, допускаемая родителями, опекунами, воспитателями или другим человеком, ответственным за благополучие ребенка, или человеком, который живет в той же квартире, или любовником одного из родителей. Таким образом, не все случаи насилия или избиения ребенка являются СЖО, если дети избиты случайными прохожими, сверстниками, знакомыми родителей, т. е. людьми, не ответственными за благополучие ребенка, то СЖО не регистрируется. Очевидно, что самой уязвимой группой детей являются младенцы первого года жизни, так как их благополучие полностью зависит от родителей, воспитателей, нянь.

В возрастной структуре СЖО, по данным психологических консультаций, доля детей первого года



жизни не превышает 1 %. В то же время среди детей, умерших от СЖО, более трети составляют дети в возрасте до 1 года (Dworkin P., 1997).

Причины жестокого обращения с детьми первого года жизни:

- безработица, низкая материальная обеспеченность родителей;
- алкоголизм, наркомания одного или обоих родителей;
- одиночество или распавшийся брак;
- озлобленность родителей, разочарование в жизни;
- физическое или психическое переутомление родителей или опекунов;
- «незрелость» родителей;
- эгоизм родителей, стремление к развлечениям;
- отсутствие привязанности к ребенку;
- нежеланный ребенок (повод или принуждение к заключению брака);
- внебрачный ребенок;
- ребенок с физическими недостатками.

К детям первого года жизни применяется классификация СЖО, предлагаемая Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (табл. 3.1).

*Таблица 3.1.*

### **Классификация СЖО (МКБ-10)**

Шифр МКБ-10	Вид насилия
T 74.0	Оставление без внимания или заброшенность
T 74.1	Физическая жестокость
T 74.2	Сексуальная жестокость
T 74.3	Психологическая жестокость
T 74.8	Другие синдромы жестокого обращения (смешанные формы)

Все перечисленные виды насилия регистрируются у детей первого года жизни.

Рассмотрим некоторые виды насилия подробнее.

**Физическая заброшенность.** Это недостаточное обеспечение необходимых условий жизни ребенка: питания, одежды, надзора, медицинской помощи. В таблице 3.2 описаны базовые телесные (физические) потребности новорожденного ребенка, их игнорирование приводит к физической заброшенности.

Физическая заброшенность может привести к алиментарной гипотрофии, опрелостям, вульвиту, пиодермии и другим соматическим заболеваниям.

**Физическая жестокость.** Это преднамеренное нанесение телесных повреждений ребенку. При диагностике физического насилия крайне важно правильно собрать анамнез при первом обращении родителей или опекунов за помощью.

Таблица 3.2

**Физическая заброшенность (шифр МКБ-10, Т 74.0)**

Физические (телесные) потребности	Пренебрежение телесными потребностями
Кормление, сосание	Забывают покормить (не помнят, когда последний раз кормили ребенка), кормят «когда попросит» (1–2 раза в день)
Телесный комфорт	Одежда не по сезону, длительное пребывание в грязных пеленках, лишение прогулок, гигиенических мероприятий
Физический контакт с матерью или лицом, заменяющим мать	Не берут на руки при кормлении из рожка, не укачивают
Защита от сильных физических воздействий	Экстремальные методы закаливания

Как правило, родители говорят о случайном нанесении повреждений самим ребенком. Поэтому при выяснении обстоятельств травмирования ребенка необходимо попытаться ответить на следующие вопросы:

1) согласуются ли обстоятельства травматического повреждения, описанные родителями, с результатами обследования ребенка?

2) соответствует ли действительности объяснение механизма повреждения возрастным особенностям ребенка?

3) получал ли ранее ребенок травматические повреждения?

4) сразу ли родители обратились за медицинской помощью?

Объяснения родителей обязательно должны быть записаны с их слов в медицинских документах. Если родители утверждают, что травма произошла в день обращения, а следы травмы явно не «свежие», то по клиническим критериям можно установить давность появления кровоподтеков:

0—2 дня - область кровоподтека отечна и болезненна при пальпации;

0—5 дней - цвет красный или синий;

5—7 дней - кровоподтеки имеют зеленый цвет;

8—10 дней - желтого цвета;

10—14 дней - коричневого цвета;

2—4 нед. - исчезают.

Необходимо обращать внимание на форму кровоподтеков - линейные (после ударов палкой или кнутом), в виде петли (следы удара электрическим проводом, ремнем или веревкой), следы связывания, стягивания веревкой.

Параклинические методы обследования проводят при выраженном геморрагическом синдроме - назначают гемостазиологические анализы для исключения геморрагических диатезов, и при подозрении на перелом костей назначают рентгенографию. По степени выраженности костной мозоли можно судить о давности перелома, иногда наряду со «свежими» выявляются «старые» переломы,

по поводу которых родители за медицинской помощью не обращались.

**Синдром «встряхнутого ребенка»** – одна из форм физического насилия над ребенком первых месяцев жизни возникает при встряхивании младенца за фиксированные плечики (англ. shaken baby syndrome). Голова младенца непропорционально велика по отношению к туловищу, мышцы шеи слабы, стенки сосудов непрочные. Когда ребенка с силой встряхивают, взяв его за плечи, голова перемещается в направлении спереди назад, что приводит к разрыву сосудов головного и спинного мозга. Предполагается, что ежегодно до 2000 детей в США и 100 в Великобритании умирают в результате встряхивания, о чем сообщалось на первом конгрессе по проблеме «встряхнутого ребенка» в г. Эдинбурге (2003) и на семинаре в г. Тарту (Эстония) в 2004 г. Большинство детей умирают от синдрома «встряхнутого ребенка» случайно, в результате неинформированности родителей о вреде встряхивания для грудного ребенка, но чаще всего сильное встряхивание – форма жестокого обращения с ребенком.

Дети, составляющие группу риска по развитию синдрома «встряхнутого ребенка»:

- часто плачущие, при коликах, требующие много внимания;
- имеющие сложный темперамент;
- недоношенные;
- с задержкой внутриутробного развития;
- при особых потребностях в уходе из-за поведенческих и эмоциональных отклонений;
- имеющие врожденные заболевания и синдромы.

Такие дети должны наблюдаться педиатром и при необходимости консультироваться психологом совместно с родителями.

Кто чаще совершает «встряхивание ребенка»?  
Показано, что к факторам риска относятся:

- мужчины;
- молодые родители;
- родители с никотиновой, алкогольной, наркотической зависимостями;
- одинокие родители.

Причиной такого поведения с ребенком могут стать:

- психические расстройства;
- низкий уровень образования;
- импульсивное поведение;
- инфантильное поведение;
- зависимое поведение;
- неадекватность поведения;
- депрессия;
- нуждаемость в уходе.

Наиболее частыми проявлениями синдрома «встряхнутого ребенка» являются сонливость, судороги, снижение мышечного тонуса, нарушение дыхания, возбудимость, рвота, кровоизлияние в сетчатку глаза, гидроцефальный синдром, синдром внезапной смерти. Все перечисленные симптомы не специфичны, и требуется проведение дифференциального диагноза с такими заболеваниями, как сепсис, менингит, нарушение метаболизма, шок, вирусные инфекции, задержка развития, гидроцефалия, опухоли, геморрагические диатезы, разрыв аневризмы.

Ранние и поздние проявления синдрома «встряхнутого ребенка» представлены ниже на схеме.

Точное количество случаев недееспособности и нарушений нервно-психического развития в катамнезе у детей, выживших после «встряхивания», неизвестно.

**Психологическая жестокость.** Это неспособность со стороны родителей обеспечить окружение, в котором ребенок может полноценно развиваться.

Клинические проявления, ассоциированные  
с синдромом «встряхнутого ребенка»

Ранние

↓

- плохое сосание;
- задержка развития;
- дыхательные нарушения;
- апноэ;
- слабость, приглушенный плач;
- летаргия;
- снижение коммуникабельности;
- раздражительность;
- судороги;
- расширение зрачков;
- гипотермия;
- брадикардия;
- напряжение большого родничка

Поздние

↓

- перманентное поражение мозга;
- поражения глаз;
- нарушения зрения;
- слепота;
- психические нарушения;
- двигательные нарушения;
- параличи;
- снижение слуха;
- ограничение движений  
в спастичных мышцах;
- судороги

Психологическую жестокость к младенцу грудного возраста выявляют при объектном отношении, когда игнорируются психоэмоциональные потребности даже при удовлетворении физических потребностей ребенка. В этих случаях к ребенку относятся как к объекту ухода, что вызывает психоэмоциональную депривацию. В таблице 3.3 приведены психоэмоциональные потребности ребенка.

*Таблица 3.3*

**Психологическая жестокость (шифр МКБ-10, Т 74.3)**

Психоэмоциональные потребности	Психоэмоциональная депривация
Потребность в контакте с матерью или лицом, ее заменяющим	Синдром «ребенка, не знавшего материнских рук»
Потребность в общении	С ребенком не разговаривают
Потребность в положительных эмоциях	Не используют «бэби ток», не поощряют к улыбке
Потребность в тактильных ощущениях	Не проводят тактильную стимуляцию

Психоэмоциональная депривация приводит к эмоциональной заброшенности и нарушает нервно-психическое развитие ребенка.

Ребенок, испытавший жестокое обращение (физическое, психологическое или сексуальное), находится в зоне риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), при котором личность поражается на биологическом, психологическом и поведенческом уровнях.

Симптомы ПТСР делят на три группы: симптомы повторного переживания, симптомы избегания, симптомы повышенной возбудимости.

Симптомы повторного переживания включают ночные кошмары, флэшбэки (воспоминания), повторяющиеся игры, сильный дистресс, воспоминания о жестоком обращении, навязчивые мысли о нем.

Симптомы избегания включают уход от мыслей и чувств, связанных с жестоким обращением, избегание всего, что напоминает о нем, вымывание из памяти деталей происшедшего, чувство отчуждения, обеднение эмоций.

Симптомы повышенной возбудимости характеризуются нарушением сна, раздражительностью, затруднением концентрации внимания, психологической чувствительностью к жестокому обращению и его стимулам, тревожностью.

Если рассматривать жестокое обращение как травмирующее событие, то по психодинамической теории у ребенка нет когнитивных схем ассимиляции пережитого, поэтому происходит ломка барьера чувствительности, которая вызывает «информационный перегруз».

Жестокое отношение к ребенку дает «злостно-забитый» тип детей, с погруженностью в себя, с неустойчивостью поведения и нарушениями в коммуникативной сфере. Жестокое обращение оставляет в душе человека боль. Воздействие жестокого обращения на личность зависит от возраста, стадии развития, конституции и предшествующего жизненного опыта. Обследуя взрослых, можно определить проблемы, возникшие в младенчестве, в фазе симбиотической связи с матерью, когда формируется базовое доверие или недоверие. Психологические последствия СЖО, возникшего в младенческом возрасте, сказываются в течение всей жизни через легкую депрессию, ощущение внутренней пустоты.



## Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите основные сенсорные влияния матери, оказывающие действие на ребенка.

2. Перечислите основные сенсорные влияния ребенка, оказывающие действие на мать.

3. Дайте определение терминам «восприятие» и «ощущение».

4. Охарактеризуйте основные сенсорные функции новорожденных.

5. Докажите возможность межсенсорного восприятия у новорожденных.

6. Перечислите социальные сигналы новорожденных.

7. Перечислите основные виды насилия, совершаемые по отношению к ребенку грудного возраста, и критерии диагностики физической заброшенности у детей грудного возраста.

8. Перечислите причины совершения жестокого обращения с детьми грудного возраста и критерии диагностики психологической жестокости по отношению к ребенку грудного возраста.

9. Назовите проявления синдрома «встряхнутого ребенка».

## Литература

*Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: ГЕРРУС, 2000. – 296 с.

*Алексеева И. А., Новосельский И. Г.* Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М.: Генезис, 2005. – 256 с.

*Аммон Г.* Психосоматическая терапия. – СПб.: Речь, 2000. – 238 с.

*Боулби Д.* Материнская забота и психическое здоровье // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 246–251.

*Выготский Л. С.* Психология развития человека. – М.: Смысл: Эксмо, 2005. – 1136 с.

*Годфруа Ж.* Что такое психология: в 2-х т.: пер. с фр. Н. Н. Алипова, А. В. Пегелау, Т. Я. Эстриной. – М.: Мир, 1992. – Т. 1. – 496 с. Т. 2 – 376 с.

*Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф.* Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб.: Речь, 2003. – 247 с.

*Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.

*Крылов А. А.* Психология: учебник для вузов / под общ. ред. А. А. Крылова. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Велби: Проспект, 2006. – 744 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.

Насилие в семье: Особенности психологической реабилитации: учеб. пособие / под ред. Н. М. Платоновой, Ю. П. Платонова. – СПб.: Речь, 2004. – 154 с.

*Сагдуллаев А. А.* О проблемах отношений в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. - 1996. - № 5. - С. 75-79.

*Ainsworth M. D. S., Bowlby J.* An ethological approach to personelity developmen // American Psychologist. - 1991. - V. 46. - P. 333-341.

*Dworkin P. H.* Pediatrics // Ed. by Paul H. Dworkin // Philadelphia: Harval Publishing, 1997.

*Papousek H.* Conditional head rotation reflexes in infants in the first three month of life // Acta Paediatrica. Scandinavia. - 1961. - С. 50.

**Глава 4. Психологическая  
помощь женщине,  
вынашивающей больной плод  
и родившей больного ребенка**

## **4.1. Пренатальный консилиум при заболеваниях плода, роль психолога**

Диагностика заболеваний плода осуществляется во время наблюдения за беременной, которое включает выяснение анамнеза, объективное обследование беременной, ультразвуковые методы фетометрии, доплерометрия сосудов плаценты, пуповины и плода. При анализе данных обследования определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности (приказ № 50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»), к которым относятся:

### **I. Социально-биологические факторы:**

- возраст матери (до 18 лет, старше 35 лет),
- возраст отца (старше 40 лет),
- профессиональные вредности у родителей,
- табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания,
- массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25 % выше или ниже нормы).

### **II. Акушерско-гинекологический анамнез:**

- число родов 4 и более;
- неоднократные или осложненные аборт;
- оперативные вмешательства на матке и придатках;
- пороки развития матки;
- бесплодие в анамнезе;
- невынашивание беременности;
- неразвивающаяся беременность;
- преждевременные роды;
- мертворождения;
- смерть в неонатальном периоде;

- рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития;
- рождение детей с низкой или крупной массой тела;
- осложненное течение предыдущей беременности;
- бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.).

### **III. Экстрагенитальные заболевания:**

- сердечно-сосудистые заболевания: пороки сердца, гипер- и гипотензивные расстройства;
- заболевания мочевыделительных путей;
- эндокринопатии;
- болезни крови;
- болезни печени;
- болезни легких;
- заболевания соединительной ткани;
- острые и хронические инфекции;
- нарушение гемостаза;
- алкоголизм, наркомания.

### **IV. Осложнения беременности:**

- рвота беременных;
- угроза прерывания беременности;
- кровотечение в 1-й и 2-й половине беременности;
- поздний гестоз;
- многоводие;
- маловодие;
- плацентарная недостаточность;
- многоплодие;
- анемия;
- резус- и групповая сенсибилизация;
- обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия);
- анатомически узкий таз;
- неправильное положение плода;
- переношенная беременность (более 41 нед.);
- индуцированная беременность.

Поражение фетоплацентарного комплекса выявляют с помощью методов дородовой (пренатальной) диагностики. Методы наблюдения за состоянием плода обобщены в приказе МЗ России № 457 (табл. 4.1.).

Если по результатам пренатального скрининга выявляются заболевания плода, беременная направляется в региональный перинатальный центр. В перинатальном центре беременная с антенатальной патологией плода приглашается на пренатальный консилиум. В его состав входят: специалист по ультразвуковой диагностике, врач-генетик, акушер-гинеколог, неонатолог-перинатолог, специалист по выявленному пороку развития (кардиохирург, нейрохирург, уролог и т. д.), психолог. При необходимости приглашаются другие специалисты – врач-лаборант, иммунолог и т. д.

*Таблица 4.1*

**Схема обследования беременной женщины по оценке состояния внутриутробного плода (приложение № 3 к приказу Минздрава России от 28.12.2000 № 457)**

Вид исследования	Цель исследования
<b>Первый этап обследования (10—14 недель беременности)</b>	
<p>Ультразвуковое обследование всех беременных женщин в женских консультациях (кабинетах) и других родовспомогательных кабинетах</p>	<p>Установление срока и характера течения беременности. Обязательная оценка воротникового пространства, состояния хориона. Формирование групп риска по хромосомной патологии и некоторым врожденным порокам развития (ВПР) у плода</p>
<p>Биопсия хориона (по показаниям): возраст беременной от 35 лет и старше, семейное носительство хромосомной аномалии; семейная отягощенность идентифицированным моногенным заболеванием, увеличение воротникового пространства у плода от 3 мм и более</p>	<p>Цитогенетическая диагностика хромосомной патологии, определение пола плода. Диагностика конкретной формы моногенного заболевания методами биохимического или ДНК-анализа по клеткам плода</p>
<b>Второй этап обследования (20—24 недели беременности)</b>	
<p>Ультразвуковое обследование</p>	<p>Детальная оценка анатомии плода с целью обнаружения у него порока развития, маркеров хромосомных болезней, ранних форм задержки развития плода, аномального количества околоплодных вод</p>
<p>Допплеровское исследование маточно-плацентарного кровотока</p>	<p>Формирование группы риска по развитию гестоза, задержки развития плода и плацентарной недостаточности в III триместре беременности</p>
<p>Исследование крови матери на АПФ, ХГЧ и другие сывороточные маркеры (оптимальный срок — на 16—20-й неделе беременности)</p>	<p>Формирование группы риска по рождению детей с хромосомными болезнями и некоторыми ВПР</p>
<p>Инвазивные исследования (кордоцентез, плацентоцентез, амниоцентез)</p>	<p>Цитогенетическая диагностика хромосомных болезней у плода. Диагностика конкретного моногенного заболевания методами биохимического или ДНК-анализа</p>
<b>Третий этап обследования (32—34 недели беременности)</b>	
<p>Ультразвуковое обследование всех женщин в женских консультациях (кабинетах) и других родовспомогательных учреждениях</p>	<p>Оценка темпов роста плода, выявление ВПР с поздними проявлениями. Оценка состояния развития плода</p>



Вопросы, которые выясняет пренатальный консилиум:

- тактика дальнейшего ведения беременности;
- способ родоразрешения;
- согласование по тактике ведения ребенка после его рождения.

Вопрос о сохранении или прерывании беременности при болезни плода в случае удовлетворительного состояния женщины, решает семья. Основной целью пренатального консилиума является улучшение качества жизни плода и новорожденного.

Психолог, привлекаемый к участию в пренатальном консилиуме, сможет помочь женщине и членам ее семьи принять правильное решение.

При сообщении о патологии у нерожденного ребенка могут возникнуть следующие трудности:

- неверие в диагноз;
- потеря уверенности в себе как матери и женщине;
- замыкание в себе, отгороженность от окружающих;
- поиски виноватых в произошедшем.

Психолог через индивидуальные беседы выясняет главные трудности, затем, на консультациях и специально организованных встречах, проводит планомерную и систематическую психологическую коррекцию не только женщиной, но и ее ближайшим окружением.

Психолог в совершенстве должен владеть следующими умениями и формировать их у медперсонала:

**Восприятие беременной.** Включает в себя уважение к восприятию мира, свойственного беременной женщине, ее ценностным ориентациям. Медсестра, акушерка, врач быстрее поймут женщину, если примут ее точку зрения.

**Чувство присутствия.** Проявляется в интересе к беременной, принятии ее и ее проблемы.

**Умение слушать.** Проявляется в концентрации внимания, отсутствии предубежденности, заинтересованном отношении к тому, что говорит беременная. Медработник не должен брать на себя ответственности воздействовать на беременную для того, чтобы изменить ее.

**Умение принимать чужие взгляды.** Выражается в принятии всех нежелательных или отрицательных форм поведения с одновременным выделением наиболее приятных и обнадеживающих. Слушая собеседницу, персонал не должен навязывать свои взгляды и позиции. Принимая женщину такой, какая она есть, врач или сестра позволяют ей принять саму себя.

**Сопереживание.** Это умение поставить себя на место беременной женщины, настроиться на ее мысли и чувства, которые открыто выражены словами, а также понять их внутренний смысл.

**Искренность.** Предоставляет возможность специалисту честно делиться своими мыслями, чувствами, опытом, способствует возникновению и поддержанию доверия к себе и другим медработникам.

**Уважение.** Позволяет проявить положительную оценку, интерес к беременной женщине, ее состоянию. Ощущение беременной женщиной того, что, несмотря на ее трагедию, ее уважают, необходимо для поддержания ее здоровья и развития. Также необходима вера в ее способность самостоятельно решать проблемы и совершать обдуманые поступки.

Л. С. Выготский рассматривал период беременности как критический для всей семьи, когда возникают психологические новообразования, а именно: формируется внутренняя картина беременности, родительское отношение к будущему ребенку (в случае, если вопрос сохранения беременности решен

положительно). Эти новообразования, связанные с новым социальным статусом женщины, у некоторых вызывают состояние психологической дезадаптации. Состояние дезадаптации может проявиться, когда женщина узнает о проблемах в состоянии здоровья ее еще не рожденного ребенка. С женщинами, вынашивающими беременность с патологией, необходимо работать над осознанием ценности движений плода, радости от этих ощущений и в то же время – над снятием тревоги и снижением негативных эмоций, которые возникают у женщин (неприятные соматические ощущения, исходящие от ребенка, или, наоборот, отсутствие его движений внутри тела матери, что в целом может свидетельствовать о неблагоприятном состоянии ребенка). Необходимо формирование у беременных позитивной оценки боли, так как у женщин с осложненным течением беременности часто преобладает негативная аффективная оценка самочувствия (это связано непосредственно с их индивидуально-типологическими характеристиками, а не с физическим состоянием). Такая негативная оценка в дальнейшем будет формировать негативное или игнорирующее отношение к ребенку. Кроме того, нельзя игнорировать такие состояния и у беременных с патологией, рассматривая их как нейтральные, не выяснив, что они вкладывают в это понятие. Часто такие эмоции, как волнение, тревога, беспокойство, напряженность, беременные женщины не считают отрицательными. Но это только на уровне сознания. А на бессознательном уровне эти эмоции порождают негативное восприятие ребенка или, напротив, приводят к идеализации женщиной своего материнства и будущего ребенка. Поэтому в психотерапевтической и психологической работе с женщинами, имеющими осложненную беременность, необходимо направить усилия медперсонала на

устранение идеализированного восприятия, иначе впоследствии возникнут большие трудности при адаптации к реальному положению дел. На стадии беременности необходима психокоррекция, так как оценка субъективного опыта с преобладанием негативной аффективной оценки ведет к сверхценному отношению к материнству и формирует тенденцию гиперопекающей стратегии воспитания, что является фактором риска развития психической и психосоматической патологии у детей.

Угроза здоровья будущего ребенка отрицательно сказывается на состоянии женщины в целом. Если женщина, несмотря на риск, решает стать матерью, то для нее и членов ее семьи крайне необходима психологическая или психотерапевтическая поддержка со стороны специалистов. Здесь немаловажную роль играют идеи Л. С. Выготского, позволяющие рассматривать беременность как субъективную реальность и феномен культуры. Если есть угроза здоровью самой женщины или плода, то возникает вопрос о формировании внутренней картины беременности (Васина А. Н., Евланова Е. Г., Чекмаева Е. А., 2001): в сознании женщины должен строиться образ будущего ребенка, определенные представления и ожидания, связанные с ним, диалог между матерью и ребенком, что в целом рождает новый сенсорный опыт и формирует эмоциональное отношение матери к своему еще не родившемуся малышу. Понятие внутренней картины беременности создано по аналогии с понятиями внутренней картины болезни (Лурия Р. А., 1939; Николаева В. В., 1987), так как субъективная картина беременности, как и картина болезни, начинается с соматических, телесных ощущений (Тхостов А. Ш., 2002), но это не патологический процесс, как болезнь. Принципиальное различие в том, что сама по себе беременность – не болезнь, а физиологическое

состояние женщины, а внутренняя картина беременности – комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанных с беременностью, формирующийся у беременной женщины образ беременности, на основе которого она строит свое поведение, направленное на приспособление к ней или ее устранение. Выделяют четыре уровня внутренней картины беременности: сенситивный, эмоциональный, когнитивный и мотивационный.

Внутренняя картина беременности на уровне сензитивности сопровождается ощущениями, связанными с чувственной тканью, – это смутные, неясные физические ощущения от самой беременности и ощущения, создаваемые ребенком. Женщина сталкивается с тем, что собственные ощущения трудно выразить словесно (нечто напоминающее алекситимию: неумение описать свои ощущения через слова). Эмоциональный уровень внутренней картины беременности отличается тем, что появляется возможность описать свои ощущения, чувства с помощью слов. Симптомы беременности становятся более четкими, что и создает условия для описания того, что происходит в организме беременной. На когнитивном уровне формируется концепция беременности (желанная, случайная, нежеланная, неожиданная и т. п.). Мотивационный уровень внутренней картины беременности отражает личностный смысл, т. е. значимость беременности для самой женщины. Именно этот уровень помогает женщине выбрать такие формы поведения, такой образ жизни, которые способствуют или мешают формированию счастливого материнства.

После участия в консилиуме психолог должен составить программу психологической поддержки женщины на весь период вынашивания беременности и разработать рекомендации для психологической

коррекции после родов как для ребенка, так для матери и других участников воспитания ребенка.

Предложения, предварительно согласованные с женщиной, могут быть записаны в таблицу-схему 4.2.

*Таблица 4.2*

**Схема психологической поддержки (ФИО клиента)**

Период	Мать	Ребенок	Другие воспитатели
До родов			
Роды			
1-я неделя после родов			
2-я неделя после родов...			

В графах записываются конкретные виды и приемы психологической работы. Сроки совместной работы оговариваются и корректируются в зависимости от состояния матери и ребенка, но минимальное наблюдение за семьей должно длиться не менее года.

## **4.2. Социально-психологическая помощь роженице**

Сегодня родовые залы приспособлены для того, чтоб в процессе родов помимо медперсонала участвовали близкие (муж, родители) или психолог. Персонал должен постоянно, находясь рядом, разъяснять физиологические особенности родовой деятельности. Задача медицинских работников следить за течением родов, состоянием женщины и плода, это часто требует максимального сосредоточения. Женщина в этот момент может ощущать себя объектом манипуляций, а не полноправным субъектом процесса. В этом случае ее психоэмоциональное состояние резко ухудшается. У роженицы создается впечатление, что персонал занят не ею, что вызывает чувство одиночества, растерянности. По рассказам многих женщин, это впечатление не исчезает у них даже после завершения родов и надолго остается в памяти как негативное воспоминание.

Это доказывает, что женщине требуется не только медицинская, но и психологическая поддержка.

Отношение самой женщины к процессу родов влияет на их успешность, субъективное переживание боли во время схваток и отражает общее отношение к беременности, будущему ребенку, своей новой роли матери. Встречаются различные мнения по поводу того, какое отношение к родам принимать за «оптимальное». На наш взгляд, роды – это не конечная цель, а определенный, важный этап в жизни женщины, ребенка и других родственников. Отношение к родам зависит от стиля переживания беременности. При оптимальном типе психологического компонента гестационной доминанты отношение к родам можно выразить

формулой: «роды – трудная творческая работа». В этом случае женщина настроена на длительную, тяжелую работу, готова к переживанию боли, осознает, что в родах необходима ее активность, однако главным считает не сам процесс, а его результат – рождение ребенка. Чаще всего такое переживание родов в целом соответствует предварительным ожиданиям женщины. Именно этот вариант отношения к родам соответствует адекватному стилю материнского отношения, предваряющему его адекватному стилю переживания беременности и высокому уровню эмоционального благополучия ребенка. Такие роды обычно не сопровождаются серьезными осложнениями, хотя и не являются слишком легкими. Другие варианты отношения к родам сочетаются с отклоняющимися от адекватного стилями переживания беременности и материнского отношения. Они могут быть выражены следующими формулами: «незаслуженное наказание» (при эйфорическом настрое на роды); «страшная кара за грехи» (при тревожном отношении к беременности, низкой самооценке); «роды как искупление вины» (при амбивалентном отношении к беременности и ребенку); «недостаточно суровое наказание» (характерно для женщин, отказывающихся от ребенка); «кошмар и позор, которые необходимо забыть» (при тревожном компоненте гестационной доминанты); «рядовое, малозначимое событие» (при игнорирующем отношении к беременности и ребенку). В этих случаях чаще всего обнаруживается несоответствие ожиданий и реальных переживаний в родах.

Описанные исследования, проведенные с беременными и родившими женщинами, сопоставление ожиданий от предстоящих родов с реальными переживаниями и их оценкой женщиной, с отношением матери к ребенку после рождения и в разные возрастные периоды (младенчество, ранний возраст,



дошкольный и более старший возраст) позволили охарактеризовать несколько вариантов отношения к родам и соотнести их со стилями переживания беременности, стилями материнского отношения и с успешностью материнства, которое оценивалось по уровню эмоционального благополучия ребенка, устойчиво сохраняющегося до конца дошкольного детства (Филиппова Г. Г., 2002).

Православный священник, психолог А. Гармаев подчеркивает, что независимо от того, присутствует при родах отец или нет, роженица должна думать об отце ребенка, ощущать его присутствие рядом (2002). По его мнению, мысли об отце ребенка и родовая боль являются искупительным страданием и пробуждением душевных сил, а желание избежать боли при родах А. Гармаев связывает с развитием внутренней черствости и эгоизма женщины. Также он усматривает в самозащите матери от боли затягивание родов, появление тягостного состояния, осложнений отношений с ребенком еще до его появления на свет. Но именно во время родов ребенок уже особенно нуждается в проявлении покровительства со стороны матери.

Психолог в работе с молодыми родителями помогает им проявлять любовь к еще не родившемуся ребенку. Однако матери часто удивляются, впервые увидев малыша, а отцы испытывают шок и своего рода трудности из-за отсутствия опыта общения с новорожденными. Поэтому сначала ребенок воспринимается отцом как нечто чуждое: он не знает, как держать ребенка, не представлял себе, что он такой маленький, поэтому чувствует растерянность, когда впервые берет малыша на руки. Так же как и многим женщинам, отцам не всегда удается полюбить младенца с первого взгляда. Наряду с этим многие отцы считают, что присутствие при родах кладет начало их более благоприятным отношениям с малышом.

### 4.3. Психологическая помощь родителям больного ребенка

Родители проходят определенные стадии для понимания ситуации, связанной с рождением нездорового ребенка.

**Первая стадия** – неверие и отвержение. Эта мгновенная реакция защищает женщину от шокирующей реальности потери до тех пор, пока она не сможет с ней справиться. Стадия характеризуется угнетающими чувствами ошеломления и изумления.

**Вторая стадия** – гнев как результат постепенного осознания реальной ситуации. Гнев и тревога перерастают в горечь, негодование, вину, ярость, зависть к женщинам, имеющим здорового ребенка. Социальные запреты на выражение ярости и гнева загоняют эти мощные эмоции внутрь, обращая их против самой личности. Это приводит к депрессии, глубокому чувству вины. Гнев женщины может быть направлен на окружающих: на семью, других детей, медицинских сестер, врачей или новорожденного. Гнев может быть направлен на Бога. Всплеск гнева на персонал защищает отношения женщины с семьей, взаимодействие с которой становится более тесным и положительным.

**Третья стадия** – спор. Он обычно возникает с тем человеком, который пользуется авторитетом у женщины: «Да, но...» В случае с больным ребенком спор может принять форму поиска волшебного лекарства.

**Четвертая стадия** – уход в себя, депрессия из-за осознания правды. Женщиной овладевают чувства беспомощности, пустоты и грусти. Она может «отойти» от малыша и сократить его посещения, во время которых будет молчать, или прекратить их вовсе.

**Пятая стадия** – принятие. Она отмечена возобновлением обычной повседневной деятельности и заметным сокращением мыслей о потерянной связи. Стадия принятия предоставляет возможность вспомнить и радости, и горести потерянных взаимоотношений, но не испытывать при этом дискомфорта.

При рождении больного ребенка семья переживает переходный период, который связан с изменениями: в стороне или позади остается знакомое и привычное, происходит движение к чему-то новому. Для принятия новой роли необходима энергия. Новая роль требует адаптации, установки новых приоритетов и проверки новых ожиданий. Переходный период – кризисное состояние, для него характерны упадок и неустойчивость настроения, которые трансформируются в понимание возможности измениться, приобрести способность справляться с проблемами.

Крепкая связь между матерью и ребенком необходима, несмотря на то (и именно потому) что ребенок болен. Ранний контакт матери и ребенка облегчает развитие связи и вносит большой вклад в физиологический рост и поведение новорожденного. Невозможность установить немедленный контакт из-за медицинских вмешательств, необходимых для поддержания жизнедеятельности, мешает развитию связи «мать – ребенок», однако не сводит на нет сам процесс. Ключом к поддержке удовлетворительного взаимодействия между ребенком и матерью может служить предоставление родителям возможности понять уровень коммуникативного развития ребенка через его поведение. Когда родители понимают поведение своего ребенка, они могут лучше реагировать на ситуацию и взаимодействовать со своим ребенком в развивающе-поддерживающей манере.

В. Н. Мясищев отмечал, что характер взаимодействия зависит не только от отношений, но и от внешних

обстоятельств, и положения взаимодействующих (1995), поэтому с женщиной, родившей больного ребенка, необходимо выстраивать особые взаимоотношения.

В конце XX в. произошли значительные изменения в методике ухода за матерями и новорожденными в условиях родильных домов. В настоящее время матерям предоставляется возможность немедленного и непрерывного общения со здоровыми доношенными детьми начиная с момента рождения, так как разделение матери и ребенка может помешать процессу развития взаимной привязанности.

Это нововведение позволило матерям и отцам тяжело больных недоношенных детей посещать отделения неонатальной интенсивной терапии. Помимо гуманных причин, существует и другая серьезная причина для допуска родителей в отделение неонатального интенсивного ухода, так как данные ряда исследований позволили предположить, что недоношенные дети составляют значительную долю популяции детей, испытывающих жестокое обращение со стороны родителей (Fanaroff A. A. [et al.], 1972; Lynch, Roberts, 1977). Вероятно, что принудительное и длительное разделение недоношенных детей с родителями, которое было характерным для отделений неонатальной интенсивной терапии в прошлом, явилось причиной проявлений насилия из-за нарушения формирования привязанности к ребенку. В настоящее время родителям гарантируется возможность физического присутствия в отделениях интенсивной терапии.

Отделение интенсивной терапии воспринимается родителями как технологически внушительное и таящее в себе угрозу место, так как является чуждой физической окружающей средой, пропитано атмосферой срочности и кризиса, отражает состояние между жизнью и смертью. В такой вызывающей тревогу атмосфере,

лишенные возможности уединения, родители устанавливают связи со своими легко уязвимыми, тяжелобольными детьми, пытаются поддержать взаимную привязанность. Поэтому поддержка со стороны психолога крайне необходима родителям тяжелобольных детей: помочь матери пережить горе от потери того ребенка, которого она так желала иметь; осознать свои чувства, связанные с постигшим ее несчастьем; возобновить активные отношения с фактически родившимся ребенком вместо ожидаемого; научиться смотреть на особенность своего ребенка или как на временное состояние (в случае позитивного прогноза), которое закончится тем, что ребенок достигнет уровня сверстников, или как на состояние, которое будет длительным и потребует от матери и ее близких особых знаний и терпения. Отношения у матери к ребенку проявляются в привязанности, любви, симпатии или их противоположностях – неприязни, вражде, антипатии. С помощью бесед психолог оценивает диапазон и интенсивность реакций матери и других родственников на рождение больного ребенка, выявляет определенные механизмы приспособления к сложившейся ситуации, которыми пользуются родители, испытывающие неизбежный стресс.

Наиболее отчетливое выражение эмоциональная реакция имеет в аффектах гнева, страха, тоски.

Психологу придется работать со следующими негативными эмоциональными состояниями женщины:

1) ощущение горя. Вызвано утратой желанного, здорового ребенка;

2) чувство страха. Вызвано опасениями за жизнь и благополучие ребенка. Оно приходит с первых мгновений известия о болезни ребенка. Страх, что ребенок не выживет, затем – из-за возможных нарушений в развитии ребенка, далее – боязнь не

справиться с обнаруженными заболеваниями, опоздать с лечением. Поэтому чувство страха становится практически постоянным и приводит к тому, что даже после выписки из больницы женщина никому не может доверить ребенка - ни папе, ни бабушке. Это изматывает женщину, может разрушить семью, необходимую ей и младенцу;

3) чувство вины. Вызвано трудностями, которые переносит беспомощный младенец. Необходимо разобраться, чем это чувство вызвано, для того чтобы составить программу коррекции: обостренным восприятием проблем со здоровьем и отставанием в развитии своего ребенка или особенностями протекания «неполноценной» беременности. Женщине необходимо объяснить, что эти мысли не позволяют ей сосредотачиваться на уже родившемся ребенке, отнимают силы, не позволяют выхаживать, активно помогать ему;

4) чувство разочарования. Вызвано крушением ожиданий. Психолог вместе с медперсоналом должен объяснить маме, что будет трудно, но многие родители прошли этот путь и растят своих детей;

5) поиск виновных среди медицинского персонала. Вызвано попыткой справиться с тревогой и испугом. Этот поиск может проводить мать, ее поддерживают родственники. Иногда родственники обвиняют мать в неосторожном или неправильном поведении во время беременности. Однако психолог помогает понять, что вместо обвинений все члены семьи должны объединиться в помощи ребенку;

6) ощущение беспомощности. Вызвано невозможностью участвовать в уходе за ребенком. Психолог настраивает женщину общаться с врачами и медсестрами, ухаживающими за ребенком, задавать им вопросы. По данным последних исследований, около 50 % матерей не знают диагнозов своих детей, еще 20 %

не могут разобраться в медицинских терминах и не просят у врачей необходимых разъяснений. Чем лучше мать разберется в происходящем, тем легче ей будет организовать уход за малышом после выписки из больницы;

7) потеря взаимопонимания между супругами. Вызвана тем, что рождение ребенка (особенно первого) – это всегда кризис для супружеских отношений. А рождение больного ребенка значительно усложняет задачи, стоящие перед родителями. Чувства папы – беспомощность, разочарование и одиночество, которое он испытывает, если жена все время находится с младенцем. Чувства мамы – боль и одиночество, так как основная тяжесть ухода возложена на ее плечи. Психолог объясняет родителям, что это их общее испытание, поэтому необходимо относиться друг к другу с пониманием.

Психологическая помощь в случае рождения больного ребенка будет необходима как родителям, так и в будущем самому ребенку.

А. Адлер (1997) отмечал, что основой культуры является здоровье и адекватность. Поэтому больной ребенок, особенно имеющий серьезный физический недостаток, оказывается при решении жизненных проблем в невыгодном положении.

Психолог должен строить работу с семьей с учетом того, что моральное формирование личности основывается не только на требованиях, но и на знании образцов и на процессе сопоставления своих действий и поступков с существующими образцами, с оценкой. Этот внутренний процесс приводит к образованию оценочных отношений, формирующихся в связи с этическими, эстетическими, юридическими и другими критериями поступков и переживаний человека (Мясищев В. Н., 1995). И это особенно сложно, когда ребенок отличается от других, здоровых. Только в структуре развитого

волевого акта мотивы долга, убеждения и ответственности приобретают господствующую силу. Над формированием и укреплением данных мотивов психолог работает вместе с родителями.

Необходимость работы с матерью по грудному вскармливанию остается актуальной до настоящего времени, несмотря на то что еще В. Н. Мясищев в своей работе о психологии отношений подчеркивал эту важность. Он отмечал, что Салливен обратил внимание на роль неудачного вскармливания грудью. При недостатке молока, его скудном отделении или плохом качестве ребенок раздражается, кусается и рвет сосок. При гипогалактии и отсутствии молока в молочной железе матери у ребенка формируется голодная озлобленность и раздраженное отношение к груди. Весь процесс вскармливания оказывается раздражающим, озлобляющим ребенка. Если молоко хорошее, льется свободно в изобилии, то ребенок наслаждается, мать спокойна и нежна, удовлетворенный ребенок блаженно засыпает. Кормление влияет на признаки того, что потом будет называться материнским поведением со стороны женщины и любовью к матери у ребенка.

В ядре личности матери можно выделить две категории фактов: эмоционально-волевые реакции отвергания (психофизиологический акт – отвращение) и акт сознательного волевого управления, с которыми особенно много надо работать психологу, помогая матери больного ребенка.

Бесконечное терпение матери к ребенку, врача – к больному является мерой их любви или сознанием долга, а не его темперамента (Мясищев В. Н., 1995).

Родителей больного ребенка необходимо сразу настраивать на то, что основной отличительной чертой психического развития ненормального ребенка является дивергенция, несовпадение, расхождение физического и психического планов развития, слияние которых



характерно для развития нормального ребенка (Выготский Л. С., 2005). Оба ряда не совпадают, расходятся, не образуют слитного, единого процесса. Пробелы и пропуски в одном ряду вызывают пробелы и в другом. Обходные пути культурного развития создают особые, как бы нарочито построенные в экспериментальных целях формы поведения.

При отдельных диагнозах надо подготовить родителей к тому, что их ребенок будет отличаться от других детей, но это не всегда значит, что он не сможет жить нормальной жизнью. Л. С. Выготский вводит термин «ребенок-примитив» – это ребенок, который не прошел стадии культурного развития, находящийся на самых низших его ступенях. При создании нормальных условий ребенок проходит культурное развитие, достигая нормального интеллектуального уровня культурного человека. Слабоумие же является результатом органического дефекта. В чем-то симптомы примитивизма детской психики и слабоумия схожи по проявлениям, но отличаются тем, что здоровый ребенок, проходя все стадии развития, становится успешным. Наблюдения позволили выделить этот особый тип детского недоразвития – «примитивность», которая может существовать сама по себе как изолированная задержка в культурном развитии. Но она может сочетаться с самыми разными формами детской дефективности и одаренности. Л. С. Выготский утверждает, что всякий нормальный ребенок обнаруживает в различной степени на разных возрастных ступенях весь симптомокомплекс примитивности, что это есть общее и нормальное состояние ребенка, не проделавшего еще культурного развития. Органический дефект приводит к задержке культурного развития и, следовательно, к примитивности. Слабоумный ограничен в своем естественном интеллектуальном развитии, в развитии

мозга, вследствие чего не проходит полностью культурного развития, которое становится для него возможным, как и для нормальных детей, лишь на обходных путях. Примитив же в естественном развитии достигает нормы; и только в силу некоторых внешних причин может не достигнуть культурного развития. Биологическое и культурное в патологии и норме являются разнородными, особыми, специфическими формами развития, не сосуществующими рядом друг с другом или одно поверх другого и не связанными механически друг с другом, а сплавленными в высший синтез, сложный, хотя и единый.

Психолог должен научить родителей общаться со своим больным ребенком и предъявлять к нему требования в дальнейшем. Однако необходимо помнить, что любые неразумные требования (завышенные или требования, предъявляемые в категоричной, грубой форме) сравнимы по воздействию с материальными препятствиями вокруг него. Часто эти требования семьи связаны с тем, что родители сравнивают своего ребенка с другими, более успешными детьми, и высказывают недовольство слабыми успехами своего ребенка (Адлер А., 1997).

Пока мать находится в больнице по уходу за ребенком, большое значение имеет выполнение ею разных практических дел: кормление, смена пеленок и купание ребенка. Это помогает укрепить чувство уверенности в том, что она действительно является матерью и заботится о своем ребенке, помогает формированию привязанности к ребенку даже в неоптимальных условиях отделения интенсивной терапии, где находится ребенок.

Необходимо быть готовым ответить на вопросы родителей, наполняя их психологическим содержанием:

- о кормлении ребенка, прибавке им массы тела и проведении фототерапии;

- о проведении манипуляций, которые родители воспринимают как потенциально болезненные, повреждающие или представляющие опасность для их детей;

- о возможностях взаимодействия с ребенком;

- о шансах выжить и о возможных осложнениях.

Следует помнить о повышенной тревожности родителей больного ребенка, поэтому вопрос, который на первый взгляд задан с целью получить какую-то конкретную информацию, скрывает страх нанести ребенку травму, боязнь того, что он может стать инвалидом или умереть.

Медицинский персонал сосредотачивает свои усилия на физической помощи женщине, поэтому психолог должен оказывать максимальную психологическую поддержку и доносить до персонала ее важность. Чрезвычайно необходима эмоциональная поддержка: понимание и сочувствие других могут помочь сохранить женщине веру в себя. Ей необходимо, чтобы ее чувства ценили. А для этого нужно, чтобы женщина видела, что и другие испытывают то же, что и она. Необходимость психологической работы с матерями, имеющими больного ребенка, подтверждают и исповеди женщин, прошедших через это. Перед вами исповедь матери, которая поделилась своими переживаниями. Из этических соображений мы не приводим фамилии родителей, с которыми работаем.

### **Исповедь мамы, родившей больного ребенка**

Радость была беспредельной, когда мы узнали на УЗИ, что родится мальчик. Первая беременность. Желанный малыш... и вдруг быстротечные роды в 30 недель. Всегда считала себя сильным спортивным человеком, не думала о том, что не смогу выносить малыша до конца беременности. Начались скитания по

больницам – недоношенность, высокий гипертонус, врожденный вывих бедра. Не хочу никого винить, просто стечение обстоятельств... Диагноз – ДЦПтяжелой формы, грубая задержка психического развития... Хватались за все, что можно, что могли по материальным возможностям: Центр аминокислот в Москве посетили 2 раза, нужно было ездить через каждые 3 месяца, но затраты при одной зарплате мужа очень велики. Обращались и к народным целителям – безрезультатно...

Жизнь вокруг особенного ребенка своеобразна. Первые годы я сама очень комплексовала, стеснялась окружающих, замыкалась в себе, гуляла с сыном вдали от детей. Сейчас я понимаю, что много сделала ошибок, все взвалила на себя. Родственников у нас здесь с мужем нет, чужим ребенка оставлять на время не решалась. Сын рос только в окружении мамы и папы. Сама я педагог дошкольного образования, что знаю и умею, пыталась прививать, развивать в сыне. У него из-за высокой спастичности двигательная активность рук и ног ограничена, хорошо развиты слуховое и зрительное восприятие, хорошая память. Любимое занятие – просмотр и чтение взрослыми детских книг, а именно произведений в стихотворной форме, которых я знаю и запоминаю очень много...

Я не хочу сказать, что все было очень грустно, отнюдь нет. Мы в каждой новой мелочи находили радость, подбадривая друг друга. Очень благодарна мужу за его поддержку, заботу, потому что знаю, многие мамы детей-инвалидов остаются с ребенком одни, не все мужья с достоинством могут нести такой крест.

Главное, что в нас должно быть – это терпение, умение понять своего малыша, посмотреть его глазами на окружающий мир. Родители, дом для такого ребенка – это ВСЕ...

Иногда от усталости, недосыпания по ночам, его капризов и требований ты готов убежать, но тебя преследует мысль: «А как же он? Он ничего не может, ему нужен ты». Поэтому можно и нужно обращаться за помощью, быть не одной. Пригласить можно соседку, друзей на чай, оставить ребенка с мужем, самой отвлечься...

Я не идеальна, были в жизни и большие нервные срывы, но я не стеснялась обращаться к психологам Центра патронажного отделения областного реабилитационного центра (ОРЦ) для детей с ограниченными возможностями. Какое для меня и моего ребенка счастье, что появилось патронажное отделение, где оказывается помощь в первую очередь родителям. Я вообще считаю, что во всех поликлиниках и различных центрах для детей с патологией нужна школа для родителей. Специалисты должны обучить, как брать ребенка на руки (это тоже своя специфика), как его кормить, какую литературу почитать. Я находила эту информацию с помощью свекра, дедушки сына. Он целыми днями сидел в библиотеке, переписывая методички, делая рисунки, и затем пересылал нам. Обязательно нужно общение с другими родителями детей, имеющих недостатки. Этим ты всегда чувствуешь поддержку, что ты (мы) не одна. Меня почему-то часто называли «бедная женщина», а я всегда этому сопротивлялась – почему же я бедная? У меня есть любимое чадо, любимый надежный муж, и если нам дано судьбой воспитывать такого ребенка, значит, это что-то свыше. Один церковный служитель сказал: «Самым лучшим достается самое трудное». Значит, мы достойны этой миссии, другие (если чувствуют, что они не готовы) отказываются от особенных детей, и я их не осуждаю, потому что человек сам должен определиться, как ему быть...

Нельзя себя убеждать в том, что твой ребенок завтра побежит ножками, надо смотреть реально и радоваться любым моментам жизни, находить светлую сторону даже на черной полосе.

Сейчас почти полгода, как сын ушел от нас на небеса.

Где-то внутри я была готова, что это может произойти, и как это ни странно, думалось и о том, чтоб он ушел раньше нас, но это когда-нибудь, только не сейчас, когда жизнь в общении только началась. Успокаивает, что смерть была легкой, без мучений для него и для нас - вечером уснул и ...не проснулся, ушел как ангел...

Восприятие окружающего и окружающих в корне изменилось. Изменилась сама жизнь. Я стараюсь загружать себя работой, какими-то порой ненужными делами, но это отвлекает. Пыталась отвлечь себя воспитательской работой на частном уровне, но это не мое. Сейчас хочу передать свой опыт, знания и умения для таких же тяжелых детишек, как сын, в ОРЦ для особенных детей. Наверное, связь с сыном направляет меня на этот путь.

## Вопросы для самоконтроля

1. Какими умениями должен обладать психолог и какие формировать у персонала для успешной работы с беременными?

2. Какова роль беременности для семьи?

3. Что такое внутренняя картина беременности и в чем сходство и различие с понятием «внутренняя картина болезни»?

4. Какие методы и приемы следует применять для психологической поддержки роженицы? Кто их должен осуществлять?

5. Какие стадии проходят женщина и ее семья в случае рождения больного ребенка?

6. Какие эмоции переживает женщина, родившая больного ребенка? Перечислите способы и приемы психокоррекции негативных эмоций.

7. Как формировать привязанность матери к больному ребенку?

## Литература

*Адлер А.* Понять природу человека. - СПб.: Академический проект, 1997. - 256 с.

*Выготский Л. С.* Психология развития человека. - М.: Смысл: Эксмо, 2005. - 1136 с.

*Васина А. Н., Евланова Е. Г., Чекмаева Е. А.* Внутренняя картина беременности на разных этапах протекания: сб. материалов конференции по перинатальной психологии. Санкт-Петербург, 25-27 мая 2001 г. - СПб.: СЗАГС, 2001. - 198 с.

*Гармаев А.* Психопатический круг в семье. - Минск: Лучи Софии, 2002. - 320 с.

*Мясищев В. Н.* Психология отношений / под ред. А. А. Бодалева. - М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОД ЭК», 1995. - 356 с.

*Сорокина Т. Т.* Роды и психика. - Минск: Новое знание, 2003. - 352 с.

*Тхостов А. Ш.* Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. - 287 с.

*Филиппова Г. Г.* Психология материнства. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. - 234 с.

*Fanaroff A. A., Wald M., Gruber H. S., Klaus M. H.* Insensible water loss in low birth weight infants // Pediatrics. - 1972. - 236-245 p.

*Sullivan G. S.* Conceptions of modern psychiatry. - L.: Tavistock, 1955. - 298 p.



**Глава 5. Взаимодействие  
роженицы с персоналом  
роддома. Преодоление пре- и  
перинатальных стрессов**

## **5.1. Психологическая работа с медицинским персоналом для эффективного взаимодействия с матерью и ребенком**

Медицинский персонал, работающий с беременными, новорожденными и их матерями, должен быть готово оказанию не только медицинской, но и психологической помощи. Сегодня в ряде больниц, родильных домов и поликлиник работают психологи. Но для создания необходимого климата в лечебном учреждении деятельность психолога должны поддерживать все работники отделения. Невнимательное отношение со стороны персонала к одной пациентке порождает негативное восприятие ею всего отделения. Это не значит, что персонал будет выполнять функциональные обязанности психолога, но важно, что бы весь коллектив был психологически грамотным.

В деятельность психолога входит работа по оказанию психологической помощи, по психологическому консультированию и психологической коррекции. Вспомогательным методом может служить психодиагностика.

Объект работы психолога – беременные, их родственники, женщины после родов, персонал.

Предмет работы психолога – психоэмоциональное состояние, влияющее на негативные переживания беременности, подготовка к родам, период после родов. Состояние матерей, перенесших утрату ребенка, родивших детей с ослабленным здоровьем.

По мнению Л. С. Сурковой, интерес представляют три уровня профессиональной компетентности в работе

психолога-перинатолога (Суркова Л. С., 2004):

**1) стандартные профессиональные компетенции.** Этот уровень определяет знания и умения психолога-перинатолога, который проходит свое становление в профессиональном сообществе психологов и специфической профессиональной группе психологов-перинатологов.

Ведущим компонентом стандартных компетенций психолога является сформированность единого комплекса профессионально значимых знаний, навыков, умений.

Профессиональные знания - это объективно необходимые сведения обо всех сторонах труда, востребованных практикой общих и частных компонентов. Они составляют основу для формирования психологической и психолого-педагогической культуры, а также конкретной технологии достижения психологом желаемых результатов.

Профессиональные умения - это действия и «техники» психолога, применяемые им для реализации своих обязанностей и функций в процессе психологической деятельности. Умения выступают исходными элементами целостной технологии его психологической работы.

Психологические навыки - это способность психолога выполнять профессиональные действия, приемы, конкретные должностные функции автоматически, облегченно, с оптимальной тратой физического и психического потенциалов.

В профессиональной деятельности психолога исключительную роль играют нравственные качества, соблюдение этических норм и правил профессиональной деятельности во взаимоотношениях с коллегами, научным сообществом и пациентами, обращающимися за психологической помощью. При проведении исследований психолог не должен использовать методы,

технику, процедуры, ущемляющие достоинство испытуемых или их интересы. Он обязан строго соблюдать гарантии конфиденциальности сообщенных сведений, а также информировать испытуемых о целях проводимого исследования.

Если психологическая работа предполагает вторжение психолога в сферу личных интересов или интимных переживаний, то пациенту необходимо предоставить безоговорочную возможность отказаться от дальнейшего участия в консультации, тренинге, терапевтическом сеансе на любом этапе их проведения.

Все сказанное позволяет сформулировать главный этический принцип, который должен лежать в основе всей профессиональной деятельности психолога-перинатолога, принцип Гиппократа к врачебной этике, – «не навреди»;

## **2) ключевые профессиональные компетенции.**

Этот уровень является наиболее динамичной частью модели профессиональных компетенций, к которым относятся компетенция успешности, компетенция эмпатии, компетенция беспристрастности, компетенция конфиденциальности, компетенция позитивно ориентированной активности, компетенция профессионального общения. Ключевые компетенции находятся в сложной взаимосвязи с личностными особенностями, личной и профессиональной позицией психолога-перинатолога в организации. Раскроем содержание ключевых профессиональных компетенций:

– компетенция успешности профессиональной деятельности психолога во многом зависит от его умения войти в контакт, установить доверительные отношения, организовать контактное взаимодействие, максимально акцентировать внимание в процессе профессионального общения на важных для пациента вопросах;

- компетенция эмпатии - это включенность в интересы, проблемы человека, наличие эмпатии (способности передавать клиенту понимание его переживаний или его внутренней ситуации). К. Роджерс (1997) определял эмпатию следующим образом: «способ существования с другим человеком... Когда психолог входит во внутренний мир другого и чувствует себя в нем как дома. Это означает сензитивность к изменениям чувственных значений, непрерывно происходящим в другом человеке. Это означает временное проживание жизни другого, продвижение в ней осторожно, тонко, без суждения о том, что другой едва ли осознает». «Эмпатия - это наиболее сильный аспект деятельности психотерапевта, так как она освобождает, она подтверждает, она возвращает даже наиболее испуганного клиента в человеческий род». В то же время психологу необходимо сохранять психологическую дистанцию с пациентом, то есть не отождествлять переживания другого человека со своими собственными. Здесь важно учитывать особенности каждого, с кем приходится работать, применять безопасные и наиболее приемлемые методики достижения цели;

- компетенция беспристрастности требует от психолога не допускать предвзятого отношения к любому человеку, исключать формирование выводов и осуществление действий психологического характера, противоречащих научным данным и этическим нормам. Здесь важно занимать объективную позицию, не зависящую от субъективного мнения или требований третьих лиц. Эта компетенция также предполагает использование инструментария и технологий, адекватных целям работы, особенностям объекта исследования и реальным возможностям. Полученные результаты всегда должны быть выверены и всесторонне взвешены, ознакомление с ними третьих

лиц осуществляется только с согласия клиента. Данная компетенция требует адекватности психологического инструментария целям, условиям жизнедеятельности и особенностям конкретного клиента; необходимы объективность и научная обоснованность результатов, целесообразность и взвешенность сведений, передаваемых психологом обратившемуся за консультацией или психологической помощью человеку;

- компетенция конфиденциальности означает, что любой психологический материал, любая информация, полученная психологом, не подлежит сознательному или случайному распространению во избежание компрометации кого бы то ни было - испытуемого, практического психолога, руководителя и т. д. Этот принцип закреплен в нормативном документе «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации: Приказ Минобразования РФ от 22.10.1999 г. № 636»: «Психолог несет ответственность за сохранение протоколов обследований, за ведение документации в соответствии с положениями, установленными настоящим Временным положением» (Красило А. И., Новгородцев А. П., 1995). Принцип обуславливает обязательные правила: строгая учетность полученной информации с применением системы ее кодирования; постоянный контроль результатов психологической работы и ограниченный или управляемый доступ к ним пациента, клиента или третьих лиц; корректное использование сведений психологического характера. Кроме того, данная профессиональная компетенция относится к конфиденциальности и самого психолога, степени его самораскрытия перед пациентом. Степень раскрытия может быть различной: от сообщения о себе отдельных демографических данных до полного самораскрытия, включая даже не связанные с процессом психотерапии

переживания и проблемы, главное, чтобы самораскрытие психолога было управляемым. Управляемое самораскрытие имеет место, когда психолог выступает в качестве модели поведения для пациента. Самораскрытие может оказаться полезным и в случае признания психологом своих ошибок в применении тех или иных приемов, если это было замечено пациентом. Однако чрезмерное увлечение самораскрытием может причинить ущерб работе и отразиться на ее результате. Самораскрытие психолога противопоказано, если оно несвоевременно, в частности, если «Я» обратившегося за помощью является недостаточно зрелым или если у него негативное эмоциональное отношение к психологу. В этих случаях пациент может использовать самораскрытие психолога для его дискредитации. С помощью самораскрытия психолог может успокоить и эмоционально поддержать человека, создать чувство взаимопонимания, предоставить пациенту модель собственного поведения для идентификации. Самораскрытие психолога используется для углубления психологического контакта с пациентом на относительно поздних этапах психотерапевтического процесса;

- компетенция позитивно ориентированной активности выполняет интерактивную функцию, определяет гуманистическую направленность всей деятельности психолога. Позитивный подход к деятельности должен присутствовать во всех компонентах – в отношениях, результатах труда. Сам психолог должен обладать активной жизненной позицией, оптимизмом и уверенностью в своих силах, ему необходимо быть психологически здоровой, гармонично развитой, творческой личностью.

Психика профессионала, в которой сформированность специфических психологических особенностей и личностных качеств позволяет быть

успешным в выбранной деятельности (помощи беременным, роженицам и родильницам, детям, родственникам и медицинскому персоналу).

Для психолога-перинатолога важны умения в проявлении творческих качеств, принятии неординарных решений, предвидении, саморегуляции собственного потенциала. В то же время необходимо понимание ограниченности своих психологических возможностей при взаимодействии с клиентами. Поэтому психологу-перинатологу самому необходимы тренинги для решения собственных проблем, которые могут препятствовать профессиональной успешности, и постоянное повышение своего профессионализма.

Существенную роль в успешности профессиональной деятельности играет профессиональное умение общаться с разными категориями клиентов. Это входит в основные функциональные обязанности, обусловленные целями, условиями, задачами. Так как профессиональное общение психолога направлено на создание взаимного доверия (при помощи корректности, такта, позитивной мотивации общения) и благоприятных условий для решения профессионально-функциональных задач, то от психолога требуется умение быть инициативным творцом общения;

### **3) ведущие профессиональные компетенции.**

Этот уровень связан со стандартами рабочего поведения, принятого в организации. В учреждениях, оказывающих помощь женщинам, главным является корпоративная культура. Таким образом, деятельность психолога-перинатолога взаимосвязана с деятельностью других специалистов, работающих с пациентами, поэтому должны быть определены стандарты поведения всех специалистов во избежание конфликтных ситуаций. Залогом успешности этого направления служит высокий уровень психологических знаний и психологической культуры всех сотрудников. Решение



таких задач ложится на плечи специалиста, имеющего психологическое образование, т. е. психолога-перинатолога.

## **5.2. Особенности психологического консультирования**

В работе клинического психолога в учреждениях родовспоможения и женских консультациях объектом психологического консультирования и психологической коррекции являются женщины, которые решили стать матерями, имеющие проблемы репродуктивного здоровья; женщины, желающие выстраивать гармоничные отношения в семье, правильно воспитывать ребенка; женщины, имеющие ребенка с нарушениями здоровья.

Именно в женской консультации женщина понимает, что ее статус изменяется, она становится не просто женщиной, а матерью. В ее организме начинает жить и развиваться еще одна жизнь – ее ребенок. И если раньше в этом случае говорили – будущий ребенок, то с развитием перинатальной психологии установки изменились. Это жизнь уже настоящего ребенка, который требует к себе особого внимания со стороны родителей, требует определенного отношения к своему здоровью со стороны матери (и тоже не будущей матери, а настоящей, она уже стала матерью с момента зачатия ребенка). Все это требует серьезного психологического подхода в разговорах с матерью, не должно ограничиваться только измерением размеров плода, а должно учитывать особенности развития ребенка в утробе матери каждый месяц и даже каждую неделю.

Основными умениями и качествами психолога в этом направлении являются следующие:

– умение ориентировать женщину как мать в ее целях по отношению к ребенку. Ориентация на потенциально продуктивную сторону личности, которая

способна к проявлению разнообразных подходов к существующей проблеме для скорейшего ее решения;

- умение отслеживать и использовать вербальные и невербальные реакции женщины для выхода на более широкий спектр ситуаций и проблем. Исключается использование оценочных суждений личности и действий клиента-пациента;

- понимание психологом сложности предмета своей консультации, использование гибких способов воздействия на индивидуальность. Осознание невозможности описания и исследования проблемы в рамках одной теоретической концепции, стремление понять и умение использовать разнообразие концепций;

- четкое реагирование на содержание психологической информации, ее значимости для клиента-пациента. Понимание, что реакция консультанта влияет на женщину и наоборот. Осознание, что личность клиента-пациента - это самооценочность, требующая уважения ее достоинств;

- понимание психологом меры своей ответственности. Реальное оценивание своих возможностей и уровня квалификации, понимание и принятие ограниченности своих возможностей. Умение работать в контакте с другими профессионалами и представителями смежных профессий.

Продолжительность различных видов работы психолога в здравоохранении (психологическое консультирование, психологическая коррекция) представлена в таблице 5.1.

*Таблица 5.1*

**Продолжительность различных видов работы психолога**

Вид работы	Среднее время в часах	Примечание
Индивидуальная психодиагностика, обработка результатов, оформление заключения и рекомендаций	До 6,0	Из расчета на 1-го клиента-пациента
Индивидуальное консультирование	До 1,5	Из расчета на 1-го клиента-пациента
Индивидуальная коррекционная работа	До 30,0	Из расчета на 1-го клиента-пациента
Подготовка к консилиуму, семинару	5,0	Без диагностической работы
Ежедневное итоговое оформление документации	0,5	Из расчета на 1 мероприятие
Обобщение результатов работы, написание отчета	5,0	Из расчета на 1 мероприятие
Консультации в научных центрах, участие в методических семинарах	8,0	В неделю
Работа в библиотеке	5,0	В неделю

## **Основные этапы и содержание психологического консультирования**

Первый этап – анализ содержания жалобы. На этом этапе происходит достижение взаимопонимания. Длительность этапа до 10 мин, в течение которых психолог структурирует ситуацию, определяет тему взаимодействия, дает информацию о своих возможностях. Создает возможность клиенту-пациенту для разговора о себе и событиях своей жизни.

Анализ элементов жалоб включает следующие аспекты:

1) субъектный (на кого жалуется) и объектный (на что жалуется);

2) самодиагноз – это интерпретация клиентом происхождения и развития переживаемых проблем и

трудностей (необходим для формирования предварительного психологического диагноза);

3) предоставление пациенту возможности объяснить, чего он хочет от консультации (психологический запрос как первый вариант терапевтической задачи, при необходимости уточнение или формулирование задачи заново);

4) выявление скрытой мотивации жалобы (через приемы активного слушания, умелую постановку вопросов, рефлексирование переживаний клиента-пациента).

Этап заканчивается, когда у психолога формируется ощущение полного взаимопонимания обеих сторон. Иногда на первом этапе возникает необходимость переориентировать фокус жалобы пациента в сторону большей адекватности и реалистичности ожиданий.

**Второй этап** – анализ психологической ситуации. Психолог определяет тему, с которой пришел пациент, как видит свою проблему (15–20 мин). Основное внимание психолога при этом направляется на следующие аспекты:

1) определение обстоятельств, патогенных условий и факторов, повлекших за собой возникновение проблемы, чтобы понять, какие адаптивные возможности клиента нужно актуализировать;

2) выявление участников проблемной ситуации, определение круга лиц, нуждающихся в психологической помощи, кто и какое влияние оказывает на клиента, в какой степени окружение готово к изменениям;

3) прогнозирование возможного развития ситуации. Психолог определяет, что знает клиент о возможности своих действий; что знает о своих целях; что знает о своих чувствах, о своих мыслях; как воспринимает свое собственное «Я».

Психолог определяет, что надо знать клиенту о содержании своего внутреннего мира, чтобы сделать его более мобильным, и повторяет основные моменты решаемой задачи. Повторение – важный принцип консультирования, позволяющий увидеть разные стороны проблемы. На этом этапе пациент эмоционально включается в ситуацию. Психолог может остановить рассказ, если проблема ясна, и вновь вернуться к определению проблемы, что позволит клиенту увидеть ее четче и уточнить свои позитивные возможности.

**Третий этап** – анализ психологических проблем. Здесь предполагается:

1) выдвижение первичных психологических гипотез (формирование установки на гибкость, альтернативность мышления, готовность отказаться от одной гипотезы в пользу другой);

2) идентификация психологических проблем и трудностей пациента, в том числе неосознаваемых им;

3) выдвижение психологических гипотез относительно характера и причин трудностей клиента, стоящих за особенностями поведения;

4) сбор дополнительных данных анамнеза и осуществление углубленной психодиагностики;

5) формулирование психологического диагноза и формулирование психологического заключения. Часто свое видение психолог-консультант доносит до клиента в форме психологической интерпретации. Наибольший эффект достигается при подведении клиента к самостоятельной интерпретации, инсайту (от 15 до 30 мин).

На этом этапе первое консультирование может быть закончено. Проводить встречу более одного часа не рекомендуется.

**Четвертый этап** – формулирование терапевтической задачи. Этап может быть достаточно длительным, так

как происходит выработка альтернативных решений:

1) обсуждение с клиентом предварительного варианта терапевтической задачи, т. е. достижение согласия в констатации потребности в помощи, обозначение путей достижения изменений;

2) оценка психологического прогноза относительно результативной помощи;

3) оценка реальных условий и возможностей решения задач;

4) корректировка задачи в пределах профессиональной компетентности специалиста;

5) выводы о необходимости дополнительных консультаций у других специалистов.

Необходимо помнить, что правильное решение для психолога может быть неправильным для клиента.

**Пятый этап** – решение терапевтической задачи. Он возможен после успешного прохождения предыдущих этапов и включает следующие действия:

1) совместная выработка с клиентом тактики коррекционных действий, составление договора о терапевтическом взаимодействии;

2) выбор целесообразных в данных условиях способов и средств психологической помощи;

3) подведение клиента к необходимости самостоятельного решения проблем;

4) анализ результативности психологической помощи;

5) наблюдение отдаленных последствий и сбор данных катамнеза.

Задача психолога при психологическом консультировании – способствовать изменению мыслей, действий, чувств клиента в повседневной жизни.

Затем психологическое консультирование переходит в следующий вид психологической помощи – психологическую коррекцию.

Таким образом, психологическое консультирование женщин-клиентов предъявляет высокие требования к знаниям, умениям и навыкам психолога-консультанта. В связи с этим необходимо учесть ряд распространенных ошибок, встречающихся в практике консультирования, которых необходимо избегать (Абрамова Г. С., 1996). Они представлены в таблице 5.2.

*Таблица 5.2*

**Возможные ошибки в психологическом консультировании и их профилактика**



Ошибки психолога-консультанта	Профилактика ошибок
Отсутствие личного обращения к клиенту	При знакомстве необходимо спросить, как лучше обращаться в разговоре (только имя, или имя и отчество), использовать это при обращении во время консультации
Поучения, банальные советы	Освоение предмета профессионального консультирования и принятие профессиональных ограничений, исключающих обыденность отношений
Избыточная личностная заинтересованность	Освоение профессиональной позиции и профессиональной этики
Уход от профессионального взаимодействия в бытовое	Рефлексия на содержании профессиональной деятельности, заявленной теме и проблеме клиента-пациента
Использование специальной, редко употребляемой в быту терминологии	Использование простого, четкого литературного языка
Разговор о себе, своих проблемах, интересах (со стороны консультанта)	Организация профессионального пространства, контроль за временем своих высказываний
Навязывание своего мнения	Контроль за соответствием задачи клиента, исключение навязывания своего опыта, мнения
Эмоциональное воздействие через оценку качеств или личности клиента	Безоценочное общение
Отсутствие четких целей в консультировании	Владение предметом консультирования, понимание проблемы клиента-пациента
Постоянные апелляции к мнению других специалистов или ученых	Понимание, что цель консультаций — мнение, проблема, внутренняя картина болезни — находится в логике индивидуальной судьбы пациента, пришедшего на консультацию
Отказ от понимания того, что происходит взаимовлияние консультанта и пациента в консультации	Самоконтроль за профессиональным развитием

## Деятельность психолога в различных медицинских учреждениях

Психологическое консультирование в стационаре или поликлинике является одним из важных видов деятельности психолога и играет немаловажную роль в лечебном процессе. Психическое состояние женщины, находящейся на учете в связи с патологией беременности или имеющей хроническое заболевание, обусловлено рядом психологических факторов, таких как страх диагноза и самого прогресса лечения, эмоциональное напряжение в связи с болью или страхом боли, эмоциональная неуравновешенность, страх смерти, страх перед материальными затратами на лечение. Именно эти вопросы и психологическая поддержка женщины в стационаре или в поликлинике являются профессиональной компетенцией психолога в учреждениях родовспоможения, женских консультациях, в детских стационарах и поликлиниках.

Эффективность лечебного процесса определяется многими факторами, и один из важнейших – это создание мотивации пациента к лечению. К другим психологическим факторам, влияющим на эффективность терапии, относятся ожидания пациентки; уровень информированности о своем заболевании, эмоциональная поддержка со стороны персонала, «совместимость» врача и больной (совместимость взгляда на болезнь, на методы лечения, особенности эмоционального контакта).

Деятельность психолога в клинике акушерства и гинекологии главным образом направлена на психологическую поддержку беременных, женщин с проблемами бесплодия, юных беременных. Именно в данной работе союз врача и медицинского психолога необходим и оправдан. Врач первым узнает о социально-психологических факторах риска нарушения протекания беременности (внебрачная беременность, конфликты в семье или проблемы с психологическим здоровьем) и направляет женщину к психологу. Эффективным

является участие психолога в работе школы для беременных, занятия в которой проводятся как для беременной, так и для других членов ее семьи.

Деятельность психолога в педиатрической клинике направлена на психологическую поддержку больных детей, а также на детей с ограниченными возможностями, нарушениями развития, поведенческими отклонениями, эмоциональной депривацией. При помещении ребенка в стационар следует помнить, что дети до 2 лет наиболее ранимы и долго (до 10 дней) адаптируются к условиям больницы. Необходима психологическая работа с родителями, так как их эмоциональное состояние влияет на состояние детей. Особой психологической поддержки требуют дети с хроническими и тяжелыми заболеваниями и их семьи. Одной из ведущих форм в работе психолога с детьми является игровая терапия.

### **5.3. Работа психолога с последствиями пре- и перинатальных стрессов в жизни человека**

Процесс родов – особый, хоть и кратковременный период в жизни женщины, имеет важное значение для последующей жизни как самой женщины, так и ее ребенка. Предложенные в начале XX в. психотерапевтические методы обезболивания родов имеют большой недостаток – полное отсутствие внимания к новорожденному и его взаимодействию с матерью. Л. С. Выготский обратил особое внимание на роль матери в развитии ребенка как представителя рода человеческого и субъекта познавательной деятельности, а момент рождения он считал нижней границей детской психологии. Таким образом, была обоснована необходимость в родовом процессе помогать не только женщине, но и ребенку.

Психоанализ внес свой вклад в объяснение проблем взрослого человека, корни многих из них видя в акте появления на свет. Этому посвящен труд «Травма рождения» последователя З. Фрейда О. Ранка (1924). Он утверждал, что рождение является психической травмой, которая создает высокий уровень тревоги, а в критических ситуациях пробуждается в виде невротических симптомов. Основная жизненная проблема человека сводится к преодолению страха отделения от матери или заменяющего ее лица, поэтому психотерапия должна помочь людям справиться с этим.

Сегодня существуют авторские школы, занимающиеся терапией и коррекцией повторного рождения для тех, кто испытал определенные

трудности при появлении на свет. Автор первой школы – Станислав Гроф. Главное в его методе – метафорические и трансперсональные аспекты повторного рождения с целью коррекции доступных данных о рождении человека через приемы гипервентиляции и музыкального сопровождения. Другую школу основал Л. Орт. В ней с помощью приемов гипервентиляции и применения горячих ламп воссоздаются соответствующие процессу рождения состояния. Ф. Лейк, английский психотерапевт, разработал теорию о природе детской реакции на стресс рождения и создал аналогичную школу, применяющую приемы гипервентиляции. Лейк обобщил представления о детском сознании и защитных механизмах во внутриутробном и родовом состояниях.

Таким образом, большинство школ используют приемы гипервентиляции, помогающие в более короткий срок ощутить состояние измененного сознания, углубившись с подсознание. Школа Марчер и Оллартс включает три составляющие: приемы релаксации на отработку низшего уровня телесного осознания (Ш. Сильвер, Дания), соматический развивающий подход Л. Янсена (Норвегия) и Б. Холле (Дания), развитие психомоторики (Л. Марчер). На развитие данного направления оказало влияние учение В. Райха – поздний этап развития теории бодинамики. Акцент делается на введении нового психомоторного запечатления повторного рождения в безопасной, поддерживающей атмосфере.

Рождение рассматривается как одна из центральных составляющих проблем человека. Так как человек имеет разные взаимовлияющие друг на друга уровни восприятия: телесный (моторика), эмоциональный и когнитивный, то решаться проблема должна на всех трех уровнях.

Телесно-моторные паттерны – первичный уровень, отражающийся через ощущения и восприятия – наполнены психологическим смыслом. Впервые В. Райх отметил, что «мускульный паттерн» вызывает мышечное напряжение, блокируя эмоции. Л. Янсен высказал другой взгляд – мышцы могут быть либо расслаблены, либо гиперактивны. Л. Марчер продолжила идею в теории структуры характера, создала диагностический инструментарий, «Телесную карту» для тестирования работы основных мышц на выявление травмы рождения. Бодинамический подход рассматривает рождение в контексте общего соматического развития, учитывая, что на каждой стадии процесса родов активизируются необходимые типы моторных рефлексов у младенца: вытягивание своего тела в ответ на сокращения матки последующим энергичным выталкиванием себя. После родов наиболее актуальны рефлекс сосания, затем рефлекс поиска, хватания и доставания. При осложнениях процесса рождения эти соматические паттерны нарушаются, и если с человеком не проводится психотерапевтической работы, то они психологически остаются незавершенными у людей зрелого возраста. Решение психотерапевтических задач требует соблюдения определенных условий.

Организуя психокоррекционную работу с человеком, перенесшим травму при рождении, психолог решает ряд задач:

- определение травмирующего или психологически значимого при рождении фактора. Он определяется при проработке имеющихся психологических проблем, синтезе психологических и соматических ресурсов для успешной интеграции повторного процесса рождения;
- создание нового «импринтинга рождения», недостающего в реальном опыте рождения. Решению этой задачи способствует стабильное социальное окружение, оказывающее поддержку клиенту на

психологическом, неврологическом и эмоциональном уровнях не менее двух недель после проведения психотерапии.

Необходимость психотерапии, связанной с травмами рождения, показана при следующих симптомах у взрослого:

- «неспособность выйти» из трудной ситуации или неспособность «пройти через нее», невозможность использовать все имеющиеся возможности, «увязание в обстоятельствах», т. е. сильное ощущение замешательства и неспособность действовать в жизни;

- часто повторяющиеся сны, в которых человек проходит через каналы, тоннели, ищет выход из тьмы на свет;

- телесные ощущения энергии или напряжения в областях, ассоциативно связанных с рождением, - шея в основании черепа, точки прикрепления сухожилий затылка, соединение фасций в области плеч, точки прикрепления мышц крестца и сухожилий пяток, т. е. давление в голове, крестце, пятках, пупке. При тестировании этих зон по «Телесной карте» обнаруживается чрезмерная степень гипореактивности мышц - показатель паттерна отказа или уклонения от борьбы; или гиперреактивность - показатель реакции борьбы;

- тенденция сжиматься, повторяя позу эмбриона в ситуации стресса.

Также показаниями для метода повторного рождения являются появление на свет через кесарево сечение и применение анестезии, так как рефлекторные реакции находятся в непробужденном состоянии, гипо- и гиперреактивные мускульные паттерны находятся в неизменном состоянии, потому что не было необходимости проталкиваться вперед, выбираться из матки, исключено ощущение сильного маточного давления.

На формирование типа характера в теории Л. Марчер влияет исход родов.

Работа с клиентом начинается с воспоминаний себя в возрасте 7—12 лет, когда происходит установление баланса между личными и групповыми потребностями (структура солидарность / действие). При благоприятном исходе формируется способность принимать поддержку, иметь друзей, устанавливать баланс между личными и групповыми потребностями. При неблагоприятном – групповые интересы ставят выше собственных (солидарность) или чувствуют, что должны действовать лучше других (конкуренция). Человек не может устанавливать баланс между личными и групповыми потребностями. Формируются «конкурирующие» и «нивелирующие» личности. Их различие в том, что «конкурирующие» личности стараются показать себя лучшими: перестают ощущать отчужденность от группы, подавляют сугубо личные потребности в контактах. «Нивелирующие» же личности с трудом отказываются от приоритетов решения групповых потребностей.

Затем прорабатывается период 6–8 лет, период формирования структуры мнений. При благоприятном исходе человек отличается умением формировать собственное мнение, при неблагоприятном – неумением.

Проработка возраста 3–6 лет отражает формирование структуры любовь и сексуальность. При благоприятном исходе родов впоследствии формируется здоровое ощущение романтических и сексуальных чувств, дифференциация их от ранней потребности в зависимости. При неблагоприятном – происходит трансформация своей тревоги в сексуальные переживания. Неразрешенный эдипов комплекс порождает флирт и подозрение в сексуальном интересе других по отношению к себе. В целом как защита происходит сексуализация собственной тревоги.



Углубление в переживание возраста 1,5–3 лет позволяет проанализировать структурирование воли. При благоприятном исходе формируется способность сказать «нет» и быть сильным, при неблагоприятном – ощущение своего бессилия и бесполезности при общении с родителями, которым невозможно отказать или проявить свою силу. Способом защиты собственной личности в проблемных ситуациях отмечается преобладание отказа или покорности. Неумение выйти откуда-то (из матки) – ранняя позиция; неумение выбраться из чего-то внутри себя (разобраться в своих чувствах) – поздняя позиция. Потребность проявления личной силы не удовлетворяется.

Погружение в возраст от 8 мес. до 2,5 года позволяет проанализировать формирование структуры автономии. При благоприятном исходе происходит осознание своих собственных чувств и импульсов отдельно от родительских, при неблагоприятном – уже с раннего возраста отмечается пассивность, неспособность чувствовать свои желания или, наоборот, сопротивление окружающим. Особенности формирования структуры автономии проявляются в умении и неумении и желании и нежелании исследования мира и осознании своих чувств, отдельных от родительских. При групповой психотерапевтической работе, имитации работы матки участниками группы, переживании фаз сжатия и выталкивания, отмечается сопротивление давлению (уход от стресса в связи с родительскими требованиями), психологическая силовая борьба, спасение бегством.

Период с рождения до 1,5 года – это формирование структуры потребностей. При благоприятном исходе формируется базовое доверие к миру, при неблагоприятном – наблюдается отчаявшийся и покорный ребенок (ранняя позиция), резкий и недоверчивый (поздняя позиция). Данные отношения

формируются через удовлетворение или неудовлетворение потребности в заботе: кормлении, физическом контакте, развитии базового чувства доверия к миру. Если в этот период был пережит выраженный опыт отвержения, отчаяния и недоверия, то человеку трудно обретать доверие к окружению, даже если окружение располагает к этому, формируется подозрение окружения в неискренности.

Наконец, идет проработка более глубоких слоев памяти психики: связь с опытом внутриутробного существования, рождения и непосредственного периода после рождения влияет на ментальную и эмоциональную структуры существования как высшие структуры в развитии человека. При благоприятном исходе окружающий мир воспринимается добрым, у человека формируется ощущение себя имеющим право на существование, желанным. При неблагоприятном исходе формируется ощущение отвержения, отсутствия выхода, глубокое погружение в себя и/или отказ от своего тела, ощущение исчезновения себя. На эмоциональном уровне - ощущение угрозы своему существованию. Человек отвергает свое тело, не любит смотреть на себя. Способом защиты и выхода из защиты является состояние оцепенения, формирование телесного осознания себя на основе реальных телесных ощущений и чувств, противодействие тенденции к уходу (избеганию). Отмечается эмоциональный взрыв, способствующий обучению осознания своего страха или его сдерживания, отказ от гнева как защиты от страха, осознание истинных причин страха. Работа проходит в медленном темпе.

Перечисленные трудности, становящиеся проблемами, возникают в период внутриутробного развития. Психотерапия должна осуществляться в возрастающем порядке, начиная с первых структур формирования характера.

С. Гроф впервые описал 4 базовые перинатальные матрицы, которые связаны с рождением человека. Современные психологи и психотерапевты продолжают вносить дополнения в ранние положения. Известно, что на гормональном уровне ребенок сам запускает в действие процесс родов – т. е. он активен в процессе рождения, выбирает время начала родов. В то же время есть ситуации, когда ребенок еще не готов к рождению: искусственная стимуляция родов, различные травмирующие ситуации (война, медицинские вмешательства, психологический кризис у матери), тревожность матери. Кожа ребенка настроена на ощущения матки и материнской энергии, пуповина и пупок активируются. Проблемы рождения вызывают неправильное положение плода в матке, применение анестезии. Это вызывает беспомощность ребенка. Недостаточность раскрытия шейки матки порождает ощущение присутствия в ловушке.

Можно отметить и другие последствия нарушения процесса родов для развития личности в будущем. Так, прерывание схваток ведет к ощущению ребенком лишения поддержки. Однако на стадии выталкивания из матки активизируется рефлекс растяжения туловища, в кровь ребенка выбрасывается адреналин и ребенок способен выдержать жесткое давление. Он ощущает собственную силу, особенно активными становятся места прикрепления сухожилий разгибателей на пятках, крестце, шее, напряжение в фасциях плечевого пояса и мышцах, толкающих плечи вверх.

На стадии рождения встречаются осложнения, связанные с неправильным выходом: вперед ягодицами, ножками и пр., а также с обычными медицинскими процедурами – инструментальным вмешательством. В момент выхода из утробы матери важную роль играет заботливая, доброжелательная встреча уставшего, измученного новорожденного. В ситуациях, когда мать

находится под наркозом, необходима доброжелательная встреча младенца и контакт с ним.

Заниматься психотерапией данных состояний должны хорошо подготовленные психологи, имеющие специализацию по психотерапии, перинатальной психологии и физиологии рождения.

## **Вопросы для самоконтроля**

1. Какую деятельность выполняет психолог при взаимодействии с клиентами?
2. Что такое объект и предмет работы психолога?
3. Раскройте содержание уровней профессиональной компетентности в работе психолога-перинатолога.
4. В чем особенности психологического консультирования психолога в клинике?
5. Перечислите умения, которыми должен владеть психолог, работая в клинике.
6. Раскройте содержание этапов консультирования.
7. Каких ошибок следует избегать при консультировании?
8. Каковы последствия перинатального стресса для человека?
9. Какую работу следует проводить в случае выявления перинатального стресса?

## Литература

*Абрамова Г. С.* Практикум по психологическому консультированию. – М.: Изд. центр «Академия», 1996. – 128 с.

*Красило А. И., Новгородцев А. П.* Статус психолога и проблемы его адаптации в учебном заведении. – М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.

*Марчер Р., Олларс Л., Бернад П.* Травма рождения: метод ее разрешения // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 1(36). – С. 92—120.

*Орр Л.* Осознанное дыхание. – Киев: София, 2005. – 208 с.

*Суркова Л.* Становление профессиональных компетенций психолога-перинатолога // Прикладная психология и психоанализ. – 2004. – № 4. – С. 4—19.

*Роджерс К.* Клиентоцентрированная терапия. – М.: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 1997. – 320 с.

*Райх В.* Анализ характера. – М.: ЭКСМО-Пресс: Апрель Пресс, 2000. – 528 с.

*Хухлаева О. В.* Основы психологического консультирования и психологической коррекции. – М.: Академия, 2001. – 208 с.

## **Глава 6. Перинатальная этика**

## **6.1. Понятие и принципы перинатальной этики**

Этика – учение о нравственных и моральных нормах, которые определяют взаимоотношения и поведение людей в семье, обществе, быту и труде. Нравственность отражает эмоционально-психическое состояние человека, мораль – общепринятые нормы поведения человека в обществе.

Этика своими корнями уходит в теологию и философию, подразделяясь на две основные категории: метаэтика и нормативная этика. Метаэтика занимается логическим мышлением, логикой и семантикой и, имея научное значение, не предписывает правил поведения. Нормативная этика изучает этические нормы и их применение к миру человека. Два ключевых элемента составляют нормативную этику: нормы обязательств и нормы моральных ценностей. Нормы обязательств определяют правила обязательного поведения людей. Эти правила служат основой для принятия решений, они универсально применимы. Нормы моральных ценностей определяют «что хорошо» и «что плохо» в человеке. Приложение нормативной этики к специфическим проблемам является прикладной этикой. Она устанавливает нормативные стандарты для отдельных профессиональных групп.

Медицинская этика изучает специфические профессиональные взаимоотношения медицинского работника и больного и основывается на четырех основных принципах:

- уважение прав и достоинства человека;
- «не навреди»;
- милосердие или «делай добро!»;
- справедливость или «соблюдение долга».



Для перинатальной психологии эти принципы остаются теми же, но в силу специфики направления некоторые их аспекты приходится уточнять. Перинатология – зона высоких медицинских технологий, и очевидно, что выделяемые денежные ресурсы и их распределение являются недостаточными. Перинатальные проекты финансируются неохотно, поскольку государство отдает предпочтение проектам, связанным с трудоспособным населением. Однако более 200 лет назад М. В. Ломоносов в послании графу И. И. Шувалову «О сохранении и размножении российского народа» писал: «...полагаю самым главным делом: сохранение и размножение российского народа, в чем состоит могущество и богатство всего государства». Таким образом, уже в XVIII в. понимали перспективность перинатологии.

В перинатологии объектом исследования является уникальная симбиотическая диада «мать – дитя». В прошлом веке при отсутствии методов визуализации плода и низкой возможности фетальной диагностики интересы матери преобладали. Все усилия медицинских работников были подчинены интересам беременной.

В настоящее время перинатологами-неонатологами плод рассматривается как пациент, а значит, он наделен моральными правами, к нему должны применяться принципы медицинской этики.

Принцип «**Уважение прав достоинства человека**», или, в рассматриваемом случае, плода. Первые упоминания об уважении прав плода встречаются в английской балладе XVI в. о Джейн Сеймор, третьей жене Генриха VIII, который отчаянно хотел наследника трона. Баллада начинается со слов: «Королева Джейн находилась в родах в течение 9 дней или более...» Когда окружающим становится ясно, что если роды будут продолжаться и дальше, то погибнет или мать, или младенец, или они оба, то Джейн в муках воскликнула:

«Разрежьте мой живот и возьмите моего ребенка!» Эта обреченная женщина пожертвовала собой ради жизни своего сына, будущего короля Эдуарда VI. Принцип связан с решением трех проблем:

- защита любого решения пациента. Если пациент, находящийся в здравом рассудке, отказывается от лечения, его нельзя лечить насильно. Этот принцип неприемлем, если пациентом является плод или новорожденный. В этом случае права делегируются матери. Мать должна принимать участие в принятии решений, касающихся лечения ребенка;

- компетентность. Мать должна быть ознакомлена с характером заболевания плода или новорожденного в доступных терминах и формах. При этом должны применяться все меры, направленные против возможного эмоционального стресса. Запугивать мать нельзя;

- информированное согласие. Проблема возникает, когда необходимо любое серьезное вмешательство (операция, инвазивные методы обследования, манипуляции, способные вызвать опасные осложнения). При получении информированного согласия/несогласия необходимо убедиться, что информация предоставлена в полном объеме и понята мамой. Нельзя принуждать и запугивать мать при получении информированного согласия.

Принцип «**Не навреди**» предполагает обязательство избегать фактического или потенциального вреда. Данный принцип должен определять баланс между двумя понятиями «риск - польза» и «вред - польза». Первое понятие направлено на оценку потенциального вреда, связанного с планируемой процедурой, а второе оценивает вред, произведенный вмешательством. Этот двойной эффект балансирует между причинением вреда и пользы. Для того чтобы действие соответствовало

моральным требованиям, необходимо выполнить 4 условия:

- действие само по себе должно быть благотворным или, по крайней мере, морально индифферентным;

- медицинский работник должен преследовать получение благоприятного, а не губительного эффекта. Необходимо оценивать влияние терапии беременной и лактирующей матери на плод и новорожденного;

- «злой» эффект не может быть средством достижения благоприятного результата. Положительная динамика от агрессивного лечения может быть временной, а действие повреждающего фактора проявится спустя годы;

- необходим положительный баланс между благоприятным и вредным эффектами действия. Побочные действия медикаментов, назначаемых беременной, не должны повреждать плод. Если беременной женщине назначается медикаментозный препарат или какое-либо обследование, обязательно учитывается его возможное действие на плод, и, если лекарство обладает фетотоксичным действием, его заменяют на препарат, безопасный для плода.

Принцип **«Милосердие или „делай добро“»** – основной принцип медицинской этики. Это базовая предпосылка всех кодексов профессий, связанных со здоровьем человека. Необходимо равновесие в 3 областях:

- часто действия во имя милосердия игнорируют права и достоинства человека. Во имя милосердия новорожденному проводят травматичные, опасные процедуры без уведомления матери. Нужно иметь терпение и разъяснить матери необходимость проведения процедуры;

- действие во имя «благополучия» одной стороны может вызвать конфликт с моральными

обязательствами перед другой стороной. Например, действие в интересах плода может навредить матери;

- следует учитывать пределы милосердия. Иногда следует воздержаться от лечения.

Принцип милосердия часто нарушается по отношению к плоду, когда неочевидные интересы матери ставятся выше ценности жизни плода. Пределы милосердия ограничиваются, если у плода диагностирована анэнцефалия или огромная спинномозговая грыжа.

Принцип **«Справедливость или соблюдение долга»** звучит так: каждый пациент должен получать медицинскую помощь в том объеме, который ему необходим, и настолько срочно, насколько он нуждается в этом, независимо от расы, вероисповедания, положения в обществе, материального благосостояния. Принцип справедливости часто игнорируется, когда речь идет о ценности жизни плода. Человеческая жизнь и денежные прибыли не всегда совпадают по одной шкале. Возникает ситуация, когда общество может считать плод бесполезным и не станет наделять его моральными правами и защищать, ресурсы, с помощью которых можно спасти ребенка (лекарства, место в специализированной больнице, санитарный авиатранспорт и др.), всегда оказываются ограниченными. Наличие ресурсов для сохранения жизни, которую можно спасти, - это вопрос расстановки национальных приоритетов.

На клиническую практику оказывают влияние взаимодействующие аспекты этики и закона. Этически правильная позиция может не соответствовать закону, и, наоборот, решение может быть юридически правильным, законным, но не соответствовать морали. Закон занимается минимумом стандартов общественного поведения. Этика занимается желательным, взвешенным, обдуманном многообразием

взаимоотношений в обществе. Закон и этика оказывают взаимное влияние друг на друга, способствуя усилиям медиков по удовлетворению потребностей общества в здоровье.

## **6.2. Морально-этические аспекты вмешательства в пренатальное развитие**

Наблюдение за состоянием беременной женщины и ее плода преследует двойную цель - достижение благоприятного результата как для матери, так и для ребенка. В свете современного развития перинатальной медицины беременная женщина и ее плод все чаще рассматриваются как два пациента, подлежащие наблюдению, а при необходимости и лечению. Решение о проведении фетальной терапии принимается на основе комплексной оценки интересов плода и беременной женщины. Отмечено, что женщина почти всегда соглашается с доводами в пользу лечения плода, если в обсуждении принимают участие специалисты разного профиля (пренатальный консилиум) и если эффективность терапии доказана и материнский риск при этом минимален. При рекомендации доказанной по своей эффективности процедуры медицинские работники должны адекватно оценивать степень риска и уважительно относиться к выбору матери. В случае недоказанной (или сомнительной на данный момент времени) эффективности медицинское вмешательство может быть проведено только в рамках научного исследования.

В настоящее время фетальная медицина является уже состоявшимся явлением. Она включает в себя целый ряд диагностических и терапевтических возможностей. Несмотря на это, оценка здоровья беременной и оценка состояния плода не равнозначны, так как слежение за внутриутробным развитием ребенка всегда идет опосредованно через организм матери. Поэтому оценка состояния плода, его лечение неизбежно порождают

ряд этических вопросов, особенно в тех случаях, когда интересы беременной и ее плода не совпадают.

Решение беременной женщины на проведение диагностических и терапевтических процедур принимается на основе понимания важности и ценности этих мероприятий для плода. Однако это решение должно опираться и на осознание женщиной опасности для ее собственного здоровья, и на свободу выбора решения, особенно если манипуляции с плодом кажутся ей нежелательными. Все диагностические и терапевтические вмешательства в жизнь плода неизбежно оказывают влияние на беременную женщину и, вне сомнения, требуют ее непосредственного участия.

При оценке степени риска имеет значение характер планируемого вмешательства. В фетальной хирургии различают закрытые и открытые операции. Закрытые хирургические манипуляции (например, установка катетера плоду) менее опасны для матери по сравнению с открытыми, но для плода они могут оказаться не столь успешными. Женщина, которой предстоит закрытое хирургическое вмешательство у плода, может испытать небольшой дискомфорт, связанный с местным или общим обезболиванием. Такая беременная имеет повышенный риск преждевременных родов. Степень риска – от минимального до умеренного. Эта проблема обычно разрешается назначением постельного режима и токолитической терапии. Также учитывается умеренный риск дородового разрыва плодовых оболочек. Для плода риск заключается в потенциальной опасности травматизации частей тела или неудачи операции из-за смещения катетера (например, выхода его из мочевого пузыря плода), вызванного движениями плода во время или после операции.

Открытые операции более опасны как для женщины, так и для плода. Материнский риск сравним с таковым при анестезии и кесаревом сечении. Существует

опасность преждевременного разрыва плодных оболочек, хориоамнионита и преждевременных родов. Необходимо учитывать побочное действие на женщину и плод неизбежной в этих случаях токолитической терапии. К тому же женщина после операции будет иметь шов на матке, что потребует оперативного родоразрешения всех ее последующих беременностей из-за риска разрыва шва. Риск для плода заключается в опасности гибели во время операции. Особенно это касается тех случаев, когда попытка коррекции порока оказывается безуспешной из-за выявленных во время операции других серьезных, ранее не диагностированных аномалий развития. Хирургические вмешательства проводятся часто на очень ранних сроках беременности, когда размеры плода минимальны.

Таким образом, фетальная терапия предполагает потенциальное противоречие между желанием женщины выбрать наилучший результат для себя и для ребенка.

В прежнее время принятие решения об улучшении материнского и, как следствие, плодового состояния было единственной заботой беременной женщины и ее врача. Все вмешательства относительно плода проводились опосредованно через организм матери, улучшая ее самочувствие. В настоящее время многие аспекты фетальной медицины направлены на решение специфических медицинских и хирургических проблем непосредственно плода часто при удовлетворительном состоянии беременной.

Важным является участие специалистов различного профиля в обсуждении планируемого вмешательства: акушера, неонатолога-перинатолога, детского хирурга, кардиолога, генетика, психолога. Команда консультантов-профессионалов призвана разрабатывать комплексную, мультидисциплинарную программу



лечения плода. Психологи должны взаимодействовать с акушерами и неонатологами для оценки потенциального риска и пользы предполагаемой терапии, помогать родителям в принятии информированного решения относительно проведения лечебных мероприятий у плода. Крайне существенным является объяснение родителям того факта, что исходы вмешательства могут быть различными для женщины и плода. Упрощенное представление родителей приводит к тому, что они видят только два полярных исхода: полное излечение или смерть плода. Специалисты, призванные работать в этой команде, должны оказывать поддержку семье независимо от принятого родителями решения.

Фетальная медицина является развивающейся дисциплиной. В настоящее время эффективность многих технологий доказана. Например, не вызывает сомнений польза дородового назначения стероидов беременной женщине с целью профилактики болезни гиалиновых мембран. Другие виды вмешательств, например внутриутробные переливания крови плоду при отеке, вызванном парвовирусной инфекцией, рекомендуются, но при этом их эффективность не является абсолютно доказанной. Часть манипуляций проводится пока только в рамках исследований (например, внутриутробная коррекция врожденной диафрагмальной грыжи).

В случае доказанной эффективности вмешательства и низком материнском риске врач должен рекомендовать его женщине и в какой-то мере убеждать ее в необходимости согласиться на небольшой риск во имя здоровья ребенка. Примером может служить переливания крови плоду для предотвращения осложнений резус-конфликта. В то же время при отказе женщины от вмешательства, потенциально способного нанести пусть даже небольшой вред ее здоровью, надо уважительно относиться к ее выбору.

Иногда при упорном отказе женщины от процедуры, имеющей низкий материнский риск и явную пользу для плода, врач с разрешения беременной может вовлекать в обсуждение проблемы других членов семьи. Также может принести пользу консультация узких специалистов или членов этического комитета медицинского учреждения.

На Международном семинаре по биоэтике и правам ребенка (Монако, 2000 г.), организованном Всемирной ассоциацией друзей детей (АМАДЕ) и ЮНЕСКО, было отмечено, что:

- каждый ребенок является особым и новым существом;

- при использовании данных генетики и фетальной медицины должен соблюдаться принцип недискриминации и недопущения преследовать цель сокращения или ликвидации человеческого разнообразия или присущих жизни элементов случайности;

- жизнь ребенка не должна рассматриваться как вред, какова бы ни была степень его неполноценности;

- в тех случаях, когда ребенок страдает какой-либо формой неполноценности, защита его прав должна усиливаться. Научные достижения и их практическое применение, в частности в области профилактики и лечения, должны использоваться в интересах неполноценных детей, причем это никогда не должно приводить к их отчуждению или маргинализации;

- общество должно, в частности, поощрять исследования в области редких заболеваний и разработку эффективных методов их лечения.

Следует помнить, что любое решение относительно терапевтического или хирургического вмешательства не должно провоцировать конфликт между женщиной и ее еще не родившимся ребенком. Такая позиция

обусловливает повышение степени уважения  
достоинства плода и защиты его прав.

### **6.3. Этические проблемы в неонатологии и постнатальном развитии младенца**

Рождение больного жизнеспособного младенца вызывает ряд этических проблем. Новорожденный продолжает оставаться абсолютно зависимым пациентом. Он не может высказать свое мнение по поводу лечения и ухода, и его права делегируются матери или опекуну.

Имеется неопределенность в принятии решений при лечении новорожденных, особенно недоношенных детей. Иногда совершенно бесперспективный новорожденный становится здоровым или хорошо адаптированным в медико-социальном плане взрослым.

Качество жизни ребенка всегда было важной проблемой общества. В древнем мире младенцы не имели гражданских прав, включая право на жизнь. Необходимо было продемонстрировать способность к развитию в младенчестве и показать свою потенциальную ценность для сообщества. Младенцев с патологиями признавали не способными на это и чаще всего убивали или отказывались лечить. По прошествии тысячелетий вышло убеждение, что оказание помощи всем жизнеспособным детям является желаемой социальной целью.

Стремительное развитие медицинских технологий выхаживания новорожденных привело к появлению шансов на выживание и сохранение качества жизни у детей, считавшихся ранее бесперспективными. Существует формула, предложенная Shaw (1977) с целью повышения объективности восприятия оценки качества жизни младенца:

$$QL = NE \times (H + S),$$

где  $QL$  — качество жизни;  $NE$  — естественный физический и интеллектуальный потенциал пациента;  $H$  — вклад дома и семьи;  $S$  — вклад со стороны общества.

Медицинские работники склонны видеть в качестве жизни пациентов физические и интеллектуальные составляющие, которые поддаются измерению или физическому исчислению. Представленная формула демонстрирует важность социальных факторов в оценке качества жизни. Формулу уместно использовать как дидактический инструмент, вспомогательное средство для анализа гуманных медицинских решений, а не алгоритмическое руководство к клиническому действию. На оценку качества жизни новорожденного ребенка, несомненно, влияют культурные и социально-экономические условия. Например, вероятное будущее недоношенного ребенка с множественными пороками развития, рожденного шестнадцатилетней матерью-одиночкой с пристрастием к наркотикам из социально неблагополучной семьи, явно будет отличаться от будущего подобного ребенка, рожденного в состоятельной семье, проживающей в комфортных условиях и имеющей финансовые возможности проведения полного комплекса медицинской реабилитации.

В Нидерландах (Campbell A. G. M., 2000) педиатрам предписано принимать во внимание ожидаемое качество жизни, когда решается вопрос о продлении жизни новорожденного с тяжелыми дефектами. Если жизнь ребенка считается «невыносимой», то врачи в тесном взаимодействии с родителями, коллегами и медицинскими сестрами могут прекратить лечение. Для проверки «невыносимости» жизни ребенка используются пять критериев:

- способность в будущем общаться вербально и невербально;
- способность обслуживать себя;

- степень зависимости от медицинской поддержки;
- степень страдания сейчас и в будущем;
- ожидаемая продолжительность жизни.

Признавая недостатки и опасность субъективных оценок, сделанных от имени пациента, большинство педиатров сознают важность качества жизни как критерия принятия решения в интересах тяжелобольных детей и их семей. Однако соглашение между отдельными специалистами в некоторых случаях может быть не достигнуто, и тогда эффективной защитой для больного ребенка может стать семья. У части родителей формируется сильная привязанность к ребенку еще до его рождения. Они думают о растущем плоде как о члене семьи, участвуют в пренатальном воспитании, ежедневно общаясь с внутриутробно развивающимся младенцем. В неонатальном периоде такой ребенок будет для родителей драгоценной личностью, и для них отмена поддерживающего жизнь лечения или воздержание от него крайне сложный вопрос. Но именно озабоченность жизнью ребенка как личности заставляет родителей разделить мучительную ответственность медицинского персонала.

Сложное взаимодействие полярных точек зрения и эмоциональное напряжение окружают трагедию рождения ребенка с патологией. Все это может привести к ошибкам в принятии решений. В любой обстановке скоропалительных суждений о качестве жизни следует избегать.

Существуют 3 стратегии принятия решений, когда речь идет о спасении детей в крайне тяжелом состоянии (Southwell S. M., Archer-Duste H., 1993).

**Первая стратегия** - статистический подход. Эта стратегия основывается на статической вероятности неблагоприятного исхода. Она применяется в Швеции по отношению к недоношенным массой менее 750 г. Таким детям после рождения отказывают в лечении, так как,

по данным статистики, 80 % недоношенных с экстремально низкой массой тела имеют в катамнезе тяжелые инвалидизирующие заболевания. Преимущество этого подхода состоит в том, что исключается принятие трудных решений в индивидуальных случаях, так как имеются согласованные стандарты. Это позволяет осуществлять соответствующие четкие вмешательства в каждом конкретном случае.

Недостатки стратегии статистического подхода – потеря небольшого числа потенциально хороших, способных к выживанию детей. Роль родителей в принятии судьбоносных решений минимальна. Стратегия игнорирует сложности индивидуальных этических дилемм.

**Вторая стратегия** – подход «ожидания до появления малейшей определенности». Для сторонников этого подхода, широко используемого в США, смерть является наихудшим исходом. Этот подход дает ребенку шанс до тех пор, пока неизбежность смерти или серьезного поражения мозга не станет очевидной. Преимущество этого подхода выражается в уважении индивидуальной жизни, устранении нравственных мучений при прекращении лечения живых детей. Тем не менее родители отстраняются от принятия решений, так как решение не лечить ребенка принимается только в чрезвычайных случаях. Этот подход игнорирует озабоченность качеством жизни и является витализмом. Он игнорирует вероятность результатов, так как оперирует только определенностью. Этот подход устанавливается комплексом этических дилемм – решения принимаются заранее и не основываются на индивидуальных критериях. Эта стратегия не учитывает страданий, которые может уготовить сохранение жизни в вегетативном состоянии ребенку, родителям и обществу.

**Третья стратегия** – подход на основании индивидуализированного прогноза. Распространен в Великобритании. Эта стратегия рекомендует не ожидать наиболее неблагоприятного исхода, а проводить изначальное лечение в пограничных случаях и затем часто осуществлять переоценку необходимости продолжать лечение, основываясь на оценке его эффективности и вероятности смерти или серьезного поражения. Он не требует определенности при отказе от лечения и пытается минимизировать как выживаемость тяжело пораженных, так и смертность потенциально здоровых детей. К преимуществам этого подхода относится широкая вариабельность в принятии решений о лечении с учетом индивидуальных особенностей и мнения родителей.

Отрицательными сторонами третьей стратегии могут считаться во-первых, вероятность ошибки в корреляции прогностических критериев с действующими стандартами, при решении вопроса, насколько существующие поражения оправдывают прекращение лечения. Во-вторых, могут быть приняты критерии, которые позволят прекратить лечение в слишком большом количестве случаев. В-третьих, велика вероятность давления на родителей следовать рекомендациям медиков вместо предоставления им возможности самостоятельно принимать решения. В-четвертых, медики могут преувеличить прогностическое значение клинико-лабораторных показателей или оказаться неспособными соотнести их с продолжающимся прогрессом в медицине.

Наряду со стратегией принятия решений должны быть определены основные стандарты суждения о лечении (Southwell S. M., Archer-Duste H., 1993):

1) стандарт «священности жизни». Крайняя форма – «витализм», который рассматривает продолжение жизни как высшее благо. Другой взгляд – политика



медицинских показаний, при котором священность жизни соблюдается, но в лечении может быть отказано, если ребенок расценивается как неизбежно погибающий или лечение противопоказано по медицинским показаниям. Лечение проводится при «разумном медицинском суждении» и может быть приостановлено или отменено только в следующих случаях:

а) ребенок находится в хронической необратимой коме;

б) лечение продлевает умирание и бесполезно для выживания ребенка;

в) лечение в сложившейся ситуации негуманно;

2) стандарт качества жизни. Стандарт «социального значения», согласно которому качество жизни определяется степенью тягот, доставляемых родителям и обществу при сохранении жизни ребенку. В этом стандарте отсутствует оценка интересов ребенка. Другие стандарты качества жизни касаются настоящих или будущих характеристик ребенка, оцениваемых по благополучию ребенка;

3) стандарт «приемлемой жизни» оценивает, сможет ли вероятный позитивный исход заболевания у ребенка обеспечить ему приемлемую жизнь. Что считать «приемлемым минимумом», остается дискуссионной проблемой;

4) стандарт «наилучших интересов», при котором выбор основывается на том, что является лучшими интересами ребенка с точки зрения ребенка. Однако для взрослого человека сложно представить, что ребенок с тяжелым заболеванием мог бы считать своими лучшими интересами.

5) стандарт «реляционного потенциала», который рассматривает наличие или отсутствие отличительных человеческих способностей и поэтому имеет дело с моральными категориями. Без способности мыслить, общаться, любить или иным образом участвовать в

связях с людьми, другие интересы могут не учитываться для инициирования или продолжения лечения.

Новорожденный не может сказать о своих желаниях, предпочтениях, душевных страданиях. Восприятие младенца взрослым человеком субъективно. Есть дети с такими тяжелыми отклонениями, что немногие будут настаивать на продолжении поддерживающего лечения. С другой стороны, есть дети с пугающими, но с поддающимися коррекции проблемами и подавляющее число специалистов согласятся с активным лечением. Но всегда будут младенцы, в отношении которых даже после исчерпывающих дебатов на консилиумах не будет медицинского и социального согласия по этическим стандартам.

G. Huault (1999), французский педиатор, специалист по биоэтике, писал: «Ничто не заменит здравого смысла, интеллигентности сердца, сопереживания и уважения другого. Врач может исходить из того, что бы он пожелал для своих детей в подобной ситуации, но он должен попытаться понять, почему реагирует именно так. Это позволит избежать возможных заблуждений». Именно в таких случаях решение особенно трудно и спорно, поскольку многое зависит от того, «где проводится грань» и кто ее проводит.

«Долг сохранения человеческой жизни» и готовность к «оказанию неотложной помощи любому в ней нуждающемуся» не ограничены возрастом пациента, поэтому любому больному живорожденному младенцу при рождении должна быть оказана необходимая помощь. В 1987 г. одна из самых престижных наград Великобритании за достижения в области литературного искусства была присуждена Кристи Нолану за книгу «Под взглядом часов». На церемонии вручения премии в Лондоне в торжественном зале, окруженный элитой литературного мира, в кресле-каталке сидел молодой человек, оказавшийся

обездвиженным инвалидом. Он напечатал всю свою книгу указкой, прикрепленной ко лбу. Ответную речь зачитала мать Кристи Нолана, поскольку он не умел говорить. «... Наступил самый счастливый вечер в моей жизни. Трудно представить, что могло бы произойти, если бы врачи не реанимировали меня тем сентябрьским днем много лет назад. Можно ли отказать калеке в свободе? Неужели так трудно сказать „да“? Почему вместо того, чтобы дать ребенку шанс на жизнь, человек попирает своего собственного брата и заставляет его замолчать навсегда, так и не позволив ему сделать первый глоток живительного воздуха?» Очевидно, что жизнь даже самого тяжелобольного человека может быть наполнена положительными эмоциями и настоящим счастьем, если семья и общество принимают его.

## **Вопросы для самоконтроля**

1. Перечислите основные принципы медицинской этики.
2. Примените принципы медицинской этики к плоду.
3. Чем занимается фетальная медицина? Какие морально-этические вопросы могут возникнуть при ее применении?
4. Как объективно оценить качество жизни новорожденного?
5. Перечислите стратегии принятия решений при спасении детей в крайне тяжелом состоянии.
6. Перечислите основные стандарты суждения о лечении.

## Литература

*Абрамченко В. В., Коваленко Н. П.* Перинатальная психология: теория, методология, опыт / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 350 с.

*Володин Н. Н., Сидоров П. И., Чумакова Г. Н.* Перинатальная психология и психиатрия: в 2 т. / под ред. Н. Н. Володина, П. И Сидорова. – М.: Академия, 2009. – Т. 1. – 304 с.

*Гордеев В., Александрович Ю.* Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей / В. Гордеев, Ю. Александрович. – СПб.: Речь, 2001. – 200 с.

*Добряков И. В.* Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб.: Питер, 2009. – 272 с.

Основы перинатологии / под ред. З. Р. Шабалова, Ю. В. Цвелева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 572 с.

*Султанова А. С.* Развитие психики ребенка в пренатальном периоде // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 142-154.

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

*Шабалов Н. П.* Неонатология: в 2 т. / Н. П. Шабалов. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – Т. 1. – 608 с.

*Campbell A. G. M.* Textbook of Pediatrics / A. G. M. Campbell. – Netherlands: Elsevier, 2000.

*Huault G.* Questions ethiques en reanimation pediatrique // Annales de pediatrie. – 1999. – Vol. 46.

*Shaw A.* Defining the quality of life: a formula without numbers // Hastings Center Report. – 1977. – 7 October: Vol. 11.

# Приложение

## **Тест на выявление типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД)**

Психолог организует работу с беременной женщиной, так как именно мать может оказывать позитивное влияние на свой плод. Для организации работы с беременной и при необходимости коррекции ее психологического состояния рекомендуем использовать тест на выявление типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) И. В. Добрякова (2005). Тест содержит три блока вопросов, включающих три раздела, в которых перечислены различные позиции на одно и то же событие. При обработке теста выявляется один или несколько доминирующих типов психологического компонента гестационной доминанты из 5 предложенных автором теста.

Блок **А** (отношение женщины к себе беременной):

- 1) отношение к беременности;
- 2) отношение к образу жизни во время беременности;
- 3) отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок **Б** (отношение женщины к формирующейся в течение 9 мес. беременности системе «мать – дитя»):

- 1) отношение к себе как матери;
- 2) отношение к своему ребенку;
- 3) отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок **В** (отношение беременной к отношению к ней со стороны окружающих):

- 1) отношение ко мне беременной со стороны мужа;
- 2) отношение ко мне беременной родственников и близких;

3) отношение ко мне беременной посторонних людей.

*Инструкция:*

Просим Вас выбрать в каждом блоке одно из пяти утверждений, наиболее полно отражающее Ваше состояние.

**A1**

1. Ничего не доставляет мне такого счастья, как то, что я беременна.

2. Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна.

3. С тех пор, как я узнала, что я беременна, я нахожусь в нервном напряжении.

4. В основном мне приятно, что я беременна.

5. Я очень расстроена тем, что я беременна.

**A2**

1. Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни из-за страха как-либо повредить своему здоровью.

2. Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать, относиться к себе бережнее.

3. Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни.

4. Беременность позволила мне так изменить образ жизни, что она стала прекрасной!

5. Беременность заставила меня отказаться от многих планов, и теперь не суждено сбыться многим моим надеждам.

**A3**

1. Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах.

2. Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь.



3. Я думаю, что во время родов все смогу сделать правильно и не испытываю особого страха перед ними.

4. Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их трагическом исходе.

5. Я думаю о родах как о предстоящем празднике!

### **Б1**

1. Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери.

2. Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью.

3. Я не задумываюсь о предстоящем материнстве.

4. Я уверена, что стану прекрасной матерью.

5. Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью.

### **Б2**

1. Я часто с удовольствием разговариваю с ребенком, которого вынашиваю, представляю его себе.

2. Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю.

3. Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать.

4. Я не думаю о том, каким будет мой ребенок, которого вынашиваю.

5. Я часто думаю о том, что ребенок, которого я вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого.

### **Б3**

1. Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью.

2. Я с восторгом представляю, как буду кормить ребенка грудью.

3. Я думаю, что буду кормить ребенка грудью.
4. Я считаю, что даже если в родах все обойдется, я не смогу кормить ребенка грудью.
5. Я беспокоюсь о том, что у меня после родов будет недостаточно молока и мой ребенок будет недоедать.

## **В1**

1. Я считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах моего любимого мужчины.
2. Моя беременность никак не изменила наших отношений с любимым мужчиной.
3. Во время беременности я заметила, что мой любимый мужчина стал внимательнее, его отношение ко мне стало теплее.
4. Во время беременности у меня возникло ощущение, что любимый мужчина стал относиться ко мне как к неполноценной, некрасивой женщине.
5. Во время беременности иногда стали возникать мысли о том, что изменения, происходящие со мной, могут ухудшить отношение ко мне любимого мужчины.

## **В2**

1. Большинство близких людей разделяют мою радость по поводу беременности.
2. Не все родственники обрадовались, узнав о моей беременности, не все понимают, что женщина «в положении» требует особого отношения и ухода.
3. Моя беременность ухудшила мои отношения с близкими людьми, и я иногда чувствую себя отверженной.
4. Меня мало интересует отношение к моей беременности родственников.
5. Меня очень беспокоит то, как относятся к моей беременности родственники, разговоры с ними о предстоящих родах всегда тревожат.

### **В3**

1. Я всегда испытываю стыд и у меня портится настроение, когда окружающие замечают мою беременность.

2. Мне не по себе, когда окружающие замечают мою беременность.

3. Я горжусь своей беременностью и считаю, что все, включая посторонних людей, должны оказывать мне знаки внимания и окружать заботой.

4. Вообще-то мне наплевать, но я стараюсь, чтобы на работе и в общественных местах люди не замечали, что я беременна. И пресекаю все попытки в связи с этим как-то иначе относиться ко мне.

5. Я чувствую себя нормально и не испытываю неловкости, если моя беременность привлекает к себе внимание окружающих.

После выполнения задания результаты заносятся в таблицу.

Блок	Тип ПКГД				
	О	Г	Э	Т	Д
<b>А1</b>	4	2	1	3	5
<b>А2</b>	2	3	4	1	5
<b>А3</b>	3	1	5	2	4
<b>Б1</b>	5	3	4	1	2
<b>Б2</b>	1	4	2	3	5
<b>Б3</b>	3	1	2	5	4
<b>В1</b>	3	2	1	5	4
<b>В2</b>	1	4	2	5	3
<b>В3</b>	5	4	3	2	1
<b>Всего</b>					

О – оптимальный тип ПКГД

1Г – гипогнозический тип ПКГД

1Э – эйфорический тип ПКГД

1Т - тревожный тип ПКГД  
Д - депрессивный тип ПКГД

Результат 7-9 баллов по какому-либо типу можно считать определяющим. Если преобладания баллов нет, можно определить подсистемы ПКГД, которые нуждаются в коррекции.

Авторы рекомендуют проводить тест каждый триместр с целью определения эффективности дородовой подготовки, но не следует проводить чаще 1 раза в месяц.

## **Тест на выявление доминирующего инстинкта и профиля личности по инстинктам (В. Гарбузов)**

Для выявления доминирующего инстинкта и построения профиля личности по инстинктам можно использовать тест В. Гарбузова (1999). Тест позволяет выявить доминирующий инстинкт, воздействующий на поведение женщины во время беременности, так как за сознательным и бессознательным проявлением, поступками закрепляется, по мнению В. Гарбузова, конкретный доминирующий инстинкт, именно он влияет на выбор решения, определяет типологию индивидуальности. В. Гарбузовым предложены следующие инстинкты: самосохранения, продолжения рода, альтруизма, исследования, доминирования, свободы. Если доминирующие значения выявлены у инстинкта продолжения рода, можно предполагать гармоничное принятие беременности. Психологическая работа и психокоррекция требуется в том случае, если этот инстинкт имеет низкое значение.

В авторской методике 7 инстинктов:

I – самосохранения; II – продолжения рода; III – альтруизма; IV – исследования; V – доминирования; VI – свободы; VII – сохранения достоинства.

*Инструкция:*

Ознакомьтесь с тестом, после чего отметьте знаком «+» наиболее близкие Вам, наиболее отвечающие Вашим глубинным чувствам и отношению к себе, к другим и к жизни утверждения, памятуя при этом, что необходимо в каждом из семи разделов (разделы ограничены цифрами от I до VII) отметить этим знаком

три утверждения, т. е. обязательно проставить в целом двадцать один «+».

I. 1. Неоспорима и вытекает из самой природы человека поговорка «Своя рубаша ближе к телу».

II. 2. Для нормального человека интересы семьи на первом месте.

III. 3. Несчастливы люди, которые не видят, как много интересного на этом свете.

IV. 4. Вы без колебаний ставите на первое место в работе не оплату труда, не перспективы должностного роста, привилегии, удобства и престижность, а интерес к ней и наличие возможностей для творчества.

V. 5. Вы всегда стремились к лидерству, и для Вас карьера – естественное самоутверждение человека, мерило того, чего он стоит.

VI. 6. На первом месте всегда и во всем – свобода, свобода, свобода, а потом все остальное.

VII. 7. Вы способны простить человеку обман, черствость, эгоизм, но никому и никогда не прощаете высокомерия по отношению к Вам.

I. 8. Каждый нормальный человек должен прежде всего обеспечить себе материальное благополучие, и тогда все остальное приложится само собой, ибо прав сказавший, что «бытие определяет сознание».

II. 9. Человек может допустить легкомыслие в отношении себя, но непростительно легкомыслие в отношении семьи.

III. 10. Нет безвыходных положений. Если Бог закрыл перед кем-то двери, он обязательно открывает перед этим кем-то форточку, и в конечном итоге все зависит от самого человека.

IV. 11. Нет ничего интереснее, чем работа в коллективе увлеченных и талантливых людей.

V. 12. В жизни, как и в спорте, важно только первое место.

VI. 13. Вы полагаете, что нет таких причин и обстоятельств, которые могут вынудить человека ограничить свою свободу.

VII. 14. Нет таких причин и обстоятельств, которые могут вынудить человека поступиться своим достоинством.

I. 15. Неразумно рисковать здоровьем и благополучием даже ради самых заманчивых целей.

II. 16. Более всего тревожит Вас безопасность Ваших детей.

III. 17. Более всего Вы цените в людях способность ощущать состояние другого человека, его переживания, его боль.

IV. 18. Вы отлично понимаете людей, готовых покинуть обжитое место и уехать на край света, если там начинается новое и интересное дело.

V. 19. Для Вас более приоритетна перспектива служебного роста, нежели материальные стимулы.

VI. 20. Из всех прав человека важнейшее – свобода слова, передвижения, вероисповедания.

VII. 21. Вам особенно симпатичны люди, ведущие самоотверженную борьбу против всех форм унижения человека – человеком, человека – государством и имеющие право сказать: «В нашем роду не было подлецов!»

I. 22. Вы полагаете, что самая большая глупость на свете – несвоевременно обратиться к врачу и тем самым запустить болезнь.

II. 23. Более всего Вас волнует и тревожит будущее Ваших детей.

III. 24. Вы полагаете, что человека более всего характеризует наличие или отсутствие совести.

IV. 25. Вас нестерпимо раздражает инертность и противодействие бездарных, но облеченных властью

людей новому, прогрессивному, талантливому, творческому.

V. 26. Вы однозначно готовы к жесткой борьбе с конкурентами в главном для Вас деле.

VI. 27. Более всего интересуется Вас независимость от кого бы то ни было и от чего бы то ни было.

VII. 28. Вы более всего нетерпимы ко всем формам ущемления Вашего «Я», и Ваше кредо – «честь – превыше всего!».

I. 29. Вы абсолютно согласны с философом, утверждавшим, что «все вокруг меня есть и имеет смысл, пока есть я».

II. 30. Вы целиком разделяете кредо англичан «мой дом – моя крепость!».

III. 31. Более всего Вас удручает варварское отношение людей к природе, к животным.

IV. 32. Вас восхищают люди, готовые поступиться благополучием, здоровьем ради реализации своих творческих устремлений и планов.

V. 33. Вы цените людей дела, результат, сильную руку в управлении.

VI. 34. Вы не терпите ограничений в своей свободе.

VII. 35. Перед лицом любой угрозы следует действовать в согласии с утверждением «лучше умереть стоя, чем жить на коленях!».

I. 36. Безумству храбрых поют славу лицемеры, а жизнь одна, и второй не будет.

II. 37. Бросить своих детей даже ради любви – тяжкий грех, не имеющий оправдания.

III. 38. Самое отталкивающее в человеке – сверхэгоизм.

IV. 39. Вас с детства более всего привлекают биографии исследователей-первооткрывателей.



V. 40. Человек более всего проявляет себя в соревновании с другими людьми.

VI. 41. Вас более всего возмущает любая форма подавления личной свободы человека.

VII. 42. Вас нестерпимо возмущают все формы подавления достоинства человека человеком или государством.

I. 43. Умный более всего ценит своевременную информацию, касающуюся его безопасности и благополучия.

II. 44. Из патриархального прошлого Вам более всего жаль, что ушло время, когда за большим столом собиралась для трапезы вся семья.

III. 45. Одна из важнейших черт Вашей личности – интерес к жизни во всех ее проявлениях.

IV. 46. Отдавая должное деяниям Александра Македонского, Наполеона и Петра Великого, Вы отдаете предпочтение открытиям Колумба, Ньютона и Эйнштейна.

V. 47. Отдавая должное открытиям Колумба, Ньютона и Эйнштейна, Вы отдаете предпочтение деяниям Александра Македонского, Наполеона и Петра Великого.

VI. 48. Ярчайшим переживанием Вашего детства была светлая зависть к полету птиц, к тому, что они крылаты.

VII. 49. Вы всегда на стороне тех, кто готов поступиться благополучием во имя сохранения своей чести и гордости.

**Обработка результатов** идет путем подсчета баллов по сделанным выборам, выявляются доминирующие (или доминирующий) инстинкты, имеющие наибольшее количество баллов.

## **Опросник «Измерение родительских установок и реакций»**

Данная методика позволяет выявить установки матери к разным сторонам семейной жизни и семейной роли. Авторами являются американские психологи Е. С. Шефер и Р. К. Белл. В России методика адаптирована Т. В. Нещерет (1980). В тесте содержится 115 утверждений о семейной жизни и воспитании детей, заложены 23 шкалы по 5 вопросов, касающиеся разных сторон отношения к ребенку, к жизни в семье. Из них 8 шкал описывают отношение женщины (мужчины) к семейной роли и 15 вопросов отражают восприятие детско-родительских отношений. На заполнение вопросника требуется немного времени, примерно 20 мин. По результатам теста психолог составляет программу коррекционной работы по тем позициям, которые выходят за рамки нормы ответов.

### *Инструкция:*

Прочтите каждое утверждение, данное ниже, и оцените каждое из них следующим образом:

- С – полностью согласен;
- 11с – почти согласен;
- 1н – скорее не согласен;
- Н – полностью не согласен.

Здесь нет правильных или неправильных ответов, поэтому Вы отвечаете согласно своему мнению. Очень важно, чтобы Вы ответили на все вопросы. Многие утверждения будут казаться похожими, но все они необходимы, чтобы уловить слабые различия во взглядах.

### ***Список утверждений, касающихся семейной жизни и воспитания детей:***

11. Детям можно позволить не соглашаться с мнением родителей, если они чувствуют, что их суждения более верные.

12. Хорошая мать должна оберегать ребенка даже от незначительных жизненных трудностей.

13. Для хорошей матери дом – это самое главное.

14. Некоторые дети настолько плохи, что страх перед взрослыми может только послужить их благу.

15. Дети должны знать, что родители ради них вынуждены отказываться от многого.

16. Нужно крепко держать ребенка во время купания, потому что в какой-то момент он может выскользнуть.

17. Люди, которые думают, что могут прожить в браке не ссорясь, не знают жизни.

18. Со временем дети будут благодарны за строгое воспитание.

19. Дети раздражают любую женщину, если она вынуждена быть с ними целый день.

20. Гораздо лучше для ребенка, если он никогда не усомнится в правоте матери.

21. Большинству родителей следовало бы воспитывать в детях умение прислушиваться и принимать мнение родителей.

22. Ребенок должен быть воспитан так, чтобы избегать драк в любых ситуациях.

23. Самое ужасное для женщины в ведении домашнего хозяйства – это чувство, что она не успевает сделать все.

24. Родителям следовало бы приспособливаться к детям, вместо того чтобы ждать, что дети приспособятся к ним.

25. Поскольку ребенку в жизни предстоит многое освоить, непростительно, чтобы он просто так тратил время.

16. Если Вы позволите своим детям жаловаться, то они будут жаловаться чем дальше, тем больше.

17. Матери лучше бы справлялись с детьми, если бы отцы были добрее.

18. Маленькому ребенку не следует слышать разговоры о сексе.

19. Если мать не сумеет создать дома хорошие домашние традиции, то и у детей и мужа будут лишние сложности.

20. Матери следовало бы взять за правило интересоваться всем, о чем думает ее ребенок.

21. Дети были бы более счастливы и лучше бы себя вели, если бы родители проявляли интерес к их делам.

22. Большинство детей должны быть приучены к туалету к 15 мес.

23. Нет ничего хуже для молодой матери, чем воспитывать своего первого ребенка без помощи.

24. У детей следовало бы поощрять стремление высказываться, если они считают, что какие-то правила в семье неразумны.

25. Матери следует делать все, чтобы оградить ребенка от разочарований.

26. Женщина, которая увлекается вечеринками, редко становится хорошей матерью.

27. Часто можно предотвратить плохой поступок ребенка, устранив возможную причину этого плохого поступка.

28. Мать должна быть готова отдать свое счастье ради счастья ее ребенка.

29. Все молодые матери боятся быть неловкими при уходе за ребенком.

30. Бывают ситуации, когда женщине нужно прямо и резко поговорить с мужем, чтобы укрепить свое положение.

31. Строгая дисциплина развивает сильный характер.

32. У матерей часто возникает чувство, что они больше ни минуты не могут выносить своего ребенка.

33. Родители никогда не должны выглядеть в глазах ребенка в дурном свете.

34. Детей нужно научить считаться с родителями больше, чем со всеми остальными взрослыми.

35. Ребенка следует воспитывать так, чтобы в случае конфликтов он обращался к родителям и учителям, а не дрался.

36. Женщина, отдающая ребенку все свое время, испытывает чувство, что у нее «подрезали крылья».

37. Родителям следует заслужить уважение детей своими поступками.

38. Дети, которые не прилагают усилий для достижения успеха, позже поймут, как много они упустили.

39. Родители, которые поощряют ребенка к тому, чтобы он говорил о своих проблемах, не понимают, что иногда лучше оставить его одного.

40. Мужья могли бы активнее выполнять свою часть работы по дому, если бы были менее эгоистичными.

41. Очень важно не разрешать маленьким мальчикам и девочкам видеть друг друга полностью раздетыми.

42. Для детей и для мужа лучше, когда мать в состоянии справиться с большинством трудностей самостоятельно.

43. Ребенок никогда не должен иметь секретов от родителей.

44. Если смеяться детским шуткам и шутить с детьми, это многое облегчает в семье.

45. Чем быстрее ребенок научится ходить, тем легче его будет обучать.

46. Несправедливо, если женщина вынуждена нести все бремя воспитания ребенка.

47. Ребенок имеет право на собственную точку зрения, и ему должно быть позволено ее высказывать.

48. Ребенка нужно ограждать от работы, которая была бы слишком утомительной и тяжелой для него.

49. Женщина должна выбирать: либо она будет хорошей хозяйкой дома, либо она будет общаться с соседями и друзьями.

50. Умные родители рано дадут понять ребенку, кто в семье принимает решения.

51. Мало женщин получают ту благодарность, которую заслуживают за то, что они сделали для своих детей.

52. Мать всю жизнь будет упрекать себя, если с ее ребенком произойдет несчастный случай.

53. Даже если муж и жена любят друг друга, то все равно они могут раздражать друг друга и ссориться.

54. Дети, которых воспитывают в строгих правилах, вырастают очень хорошими людьми.

55. Редкая мать может быть ласковой с ребенком весь день.

56. Детям не следовало бы узнавать вне дома что-нибудь такое, что ставило бы под сомнение взгляды родителей.

57. Ребенок рано начинает понимать, что нет большей мудрости, чем мудрость его родителей.

58. Нельзя оправдать ребенка, который бьет другого.

59. Большинство молодых матерей более всего тяготеют тем, что привязаны к дому.

60. Несправедливо, что детей слишком часто принуждают к компромиссам.

61. Родители должны воспитывать детей так, чтобы они поняли, что для того, чтобы достичь чего-либо, нужно заниматься делом, а не терять время даром.

62. Родители должны сразу сделать так, чтобы дети не докучали им своими проблемами.

63. Если мать не справляется с ребенком, то это потому, что отец не помогает ей по дому.

64. Дети, которые интересуются сексуальными проблемами, став взрослыми, совершают сексуальные преступления.

65. Планировать домашнее хозяйство должна мать, поскольку она одна знает, что делается в доме.

66. Тревожные родители пытаются узнать все, о чем думает их ребенок.

67. Родители, которые с интересом слушают рассказы детей об их вечеринках, влюбленностях, шутках, облегчают им взросление.

68. Чем раньше родители ослабляют свои эмоциональные связи с ребенком, тем легче ему будет решать его собственные проблемы.

69. Умная женщина сделает все возможное, чтобы кто-нибудь был с ней рядом до и после рождения ребенка.

70. Принимая какое-нибудь решение, родителям следует всерьез считаться с мнением своих детей.

71. Родители должны сделать все возможное, чтобы их ребенок не попал в трудную ситуацию.

72. Многие матери забывают, что место матери дома.

73. Детям нужно, чтобы им помогли избавиться от их естественных дурных наклонностей.

74. Дети должны быть более внимательны к своим матерям, так как матери очень многое переносят ради них.

75. Большинство матерей боятся, что могут повредить младенца, ухаживая за ним.

76. В семье могут быть конфликты, которые мирно уладить невозможно.

77. От большинства детей нужно требовать большей дисциплинированности, чем это обычно делают.

78. Воспитание детей – разрушительная работа для нервов.

79. Ребенку не следует спрашивать, о чем думают его родители.

80. Родители заслуживают высочайшей оценки и уважения своих детей.

81. Детей не надо поощрять драться и бороться, так как это часто приводит к неприятностям и травмам.

82. Одна из неприятных сторон в воспитании ребенка та, что у Вас нет достаточно свободного времени, чтобы делать то, что Вам нравится.

83. В определенных пределах родители должны обращаться с ребенком как с равным.

84. Ребенок, с которым у родителей установлены неформальные отношения, чаще всего бывает счастлив.

85. Если ребенок чем-то расстроен, то лучше не придавать этому серьезного значения, а оставить его одного.

86. Если бы матери могли осуществлять свое самое заветное желание, то скорее всего они попросили бы своих мужей быть более чуткими.

87. Секс - одна из самых сложных проблем воспитания.

88. Всей семье будет лучше, если всю ответственность и заботу о ней возьмет на себя мать.

89. Мать имеет право знать все, что происходит в жизни ее ребенка, потому что ребенок - часть ее.

90. Если родители будут иногда шутить с детьми, то дети более охотно примут и их советы.

91. Матери нужно приложить много усилий, чтобы приучить ребенка к туалету как можно раньше.

92. Большинству женщин необходимо больше времени, чем им дают сейчас, для того, чтобы оставаться дома после рождения ребенка.

93. Если у ребенка неприятности, лучше, чтобы он знал, что он не будет наказан, если расскажет об этом своим родителям.

94. Детей нужно ограждать от непосильной работы, чтобы не лишить их уверенности в себе.



95. Хорошей матери вполне достаточно общения внутри семьи.

196. Иногда необходимо, чтобы родители сломили волю ребенка.

197. Матери жертвуют почти всеми своими удовольствиями ради детей.

198. Мать больше всего боится, как бы по ее вине с ребенком что-нибудь не случилось.

199. Ссоры естественны, если в брак вступили два человека, каждый из которых имеет собственное мнение.

100. При строгом воспитании дети более счастливы.

101. Если ребенок эгоистичен и требователен, это, естественно, выводит мать из себя.

102. Нет ничего хуже, чем критиковать мать при ребенке.

103. В детях важнее всего воспитать умение прислушиваться и принимать мнение родителей.

104. Большинство родителей предпочитает спокойных детей.

105. Для молодой матери обязанности по воспитанию ребенка тягость, так как они не позволяют ей реализовать себя в других сферах жизни.

106. Нет никаких оснований, чтобы родители жили так, как они хотят, а детям запрещали это делать.

107. Чем раньше ребенок поймет, что попусту потраченное время есть потерянное время, тем лучше для него.

108. Если Вы проявляете интерес к детским проблемам, то дети обычно сочиняют кучу историй, чтобы этот интерес поддержать.

109. Мало кто из мужчин понимает, что их женам, воспитывающим детей, также хочется развлечься.

110. С ребенком что-то неладно, если он задает много вопросов о сексе.

111. Замужняя женщина знает, что она должна взять на себя инициативу в ведении семейных дел.

112. Мать должна быть уверена, что она знает все сокровенные мысли своего ребенка.

113. Если вы делаете что-то вместе с детьми, то они чувствуют себя более расположенными к Вам и им будет легче общаться с Вами.

114. Ребенка следует как можно раньше отлучать от груди и от бутылочки.

115. Забота о маленьком ребенке доставляет столько хлопот, что нельзя ожидать, чтобы женщина справилась с этим сама.

### ***Обработка результатов***

Для ответов на опросник родителям желательно предоставить специальный бланк, форма которого приведена ниже.

Бланк для ответов составлен так, чтобы пункты каждой шкалы опросника были на одной строчке, т. е., например, строчка бланка включает такие номера, как 1, 16, 31, 46, 61 – это пункты первой шкалы опросника «Предоставление возможности высказаться».

После того как родители ответят на вопросы теста, следует подсчитать общее количество баллов в каждой строке опросника. За ответ «С» присуждается 4 балла, «с» – 3, «н» – 2, «Н» – 1 балл. Минимальное количество баллов в шкале – 5, максимальное – 20. Затем нужно оценить силу выраженности различных признаков родительского воспитания, т. е. определить насколько низко, высоко или средне выражен данный признак. Для этого нужно сравнить полученный балл по каждому признаку, т. е. по каждой шкале, с тестовыми нормами, которые приведены ниже в стеновых оценках. Если сырой балл родителя по данной шкале попадает в 1, 2 или 3-й стенов, то это говорит о низкой выраженности признака, если в 4, 5, 6, 7-й – то это говорит о средних

баллах, если же балл, набранный родителями, попадает в 8, 9 или 10-й стень, то это говорит о высоком уровне выраженности признака. Например, по шкале «Предоставление ребенку возможности высказаться» родители получают 16 баллов. Сравнивая этот результат с тестовыми нормами, мы видим, что 16 баллов по этой шкале – это 4-й стень, т. е. в данном случае этот признак родительского воспитания выражен средне.

### Бланк для ответов на тест PARI

Номер шкалы	С	с	Н	н	Номер шкалы	С	с	Н	н	Номер шкалы	С	с	Н	н	Номер шкалы	С	с	Н	н					
1					24					47					70					93				
2					25					48					71					94				
3					26					49					72					95				
4					27					50					73					96				
5					28					51					74					97				
6					29					52					75					98				
7					30					53					76					99				
8					31					54					77					100				
9					32					55					78					101				
10					33					56					79					102				
11					34					57					80					103				
12					35					58					81					104				
13					36					59					82					105				
14					37					60					83					106				
15					38					61					84					107				
16					39					62					85					108				
17					40					63					86					109				
18					41					64					87					110				
19					42					65					88					111				
20					43					66					89					112				
21					44					67					90					113				
22					45					68					91					114				
23					46					69					92					115				

Следующий шаг при обработке данных – выявить преобладающий тип родительского воспитания. Можно говорить о направленности родителей на гиперопекающее воспитание, если родители получают преимущественно высокие баллы по следующим шкалам:

- 12. оберегание ребенка от трудностей.
- 10. зависимость ребенка от матери.
- 12. подавление агрессивности ребенка.
- 18. подавление сексуальности ребенка.
- 20. навязчивость родителей.

Родители в большей мере склонны к демократичному воспитанию своих детей, если набирают преимущественно высокие или средние баллы по следующим шкалам:

- 1. Предоставление ребенку возможности высказаться.
- 14. Равенство родителей и ребенка.
- 15. Поощрение активности ребенка.
- 20. Товарищеские отношения между родителями и детьми.

Можно говорить о склонности родителей к авторитарности в воспитании, если родители получают преимущественно высокие баллы по следующим шкалам:

- 4. Подавление воли ребенка.
- 7. Супружеские конфликты.
- 8. Строгость родителей.

Тестовые нормы опросника «Методика измерения родительских установок и реакций» (выборка матерей)

Номер шкалы	Стеновые оценки									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	5–12	13	14	15–16	17	18	19	20	20	20
2	5	6–7	8	9–10	11–12	13–14	15–16	17–18	19	20
3	5–10	11	12	13	14	15–16	17	18–19	20	20
4	5–9	10–11	12	13–14	15	16–17	18	19	20	20
5	5–6	7	8–9	10–11	12–13	14–15	16–17	18–19	20	20
6	5–7	8	9	10	11–12	13–14	15	16	17–19	20
7	5–10	11	12	13–14	15	16–17	18	19	20	20
8	5–8	9	10	11–12	13	14–15	16–17	18	19	20
9	5–7	8–9	10–11	12–13	14	15–16	17–18	19	20	20
10	5–6	7	8–9	10	11	12–13	14–15	16	17–18	19–20
11	5–10	11	12	13–14	15	16	17	18	19	20
12	5–11	12–13	14–15	16	17	18	19	20	20	20
13	5–9	10	11	12–13	14–15	16–17	18–19	20	20	20
14	5–7	8–11	12–13	14	15–16	17–18	19	20	20	20
15	5–15	16	17	18	19	19	20	20	20	20
16	5–7	8–9	10–11	12	13	14–15	16–17	18	19	20
17	5–10	11–12	13	14–15	16–17	18	19	20	20	20
18	5–9	10	11	12–13	14–15	16–17	18–19	20	20	20
19	5–7	8	9–10	11	12	13–14	15–16	17–18	19–20	20
20	5–7	8–11	12–13	14	15–16	17–18	19	20	20	20
21	5–15	16	17	18	19	19	20	20	20	20
22	5–10	11	12	13–14	15	16–17	18	19	20	20
23	5–10	11	12	13–14	15–16	17	18	19	20	20

## Тест базисных эмоций

Исследование базисных эмоций необходимо для выявления отношения к себе и своему не родившемуся еще ребенку.

*Инструкция:*

Проставьте, пожалуйста, «крестик» в столбике, оценивая свое отношение к себе, и «галочку», оценивая свое отношение к своему не родившемуся еще ребенку. Выборы следует делать в каждой строке, не пропуская ни одной эмоции. Крестик и галочка могут оказываться в одной строке, а могут стоять в противоположных.

Чувство	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто
	1	2	3	4	5
1. Внимательный					
2. Наслаждающийся					
3. Удивленный					
4. Унылый					
5. Взбешенный					
6. Чувство неприязни					
7. Презрительный					
8. Пугающий					
9. Застенчивый					
10. Сожалеющий					
11. Концентрированный					
12. Счастливый					
13. Изумленный					
14. Печальный					
15. Гневный					
16. Чувство отвращения					
17. Пренебрегающий					
18. Страшный					
19. Робкий					
20. Виноватый					
21. Собранный					
22. Радостный					
23. Пораженный					
24. Сломленный					
25. Безумный					
26. Чувство омерзения					
27. Надменный					
28. Паникующий					
29. Стыдливый					
30. Раскаивающийся					

*Обработка результатов:* складываются баллы от 1 до 5, по каждому эмоциональному состоянию. Каждая эмоция повторяется трижды в синонимах через десять наименований, т. е., например, сначала она идет под номером 1, затем 11 и, наконец, – 21. Следующая эмоция

под номером 2, затем ее синонимы под номером 12, наконец, 22. И так по всем 10 базисным эмоциям (предлагается список из 30 эмоциональных состояний).

11. Интерес 1 + 11 + 21

12. Радость 2 + 12 + 22

13. Удивление 3 + 13 + 23

14. Горе 4 + 14 + 24

15. Гнев 5 + 15 + 25

16. Отвращение 6 + 16 + 26

17. Презрение 7 + 17 + 27

18. Страх 8 + 18 + 28

19. Стыд 9 + 19 + 29 10. Вина 10 + 20 + 30

Интерпретация баллов по эмоциям:

среднее значение: 6-7 баллов;

более 12 - высокое проявление данной эмоции;

менее 4 - низкое проявление данной эмоции.



## **Тест «Я и мой ребенок»**

Для исследования материнской сферы у беременных можно использовать проективный тест «Я и мой ребенок». Его методика разработана Г. Г. Филипповой для изучения динамики психического состояния женщин во время беременности и после родов. Цель методики – выявление особенностей переживания беременности и самой ситуации материнства, восприятия себя и своего ребенка, ценности этого ребенка. Женщине предлагается сделать рисунок на листе формата А4 с использованием 12 цветов карандашей в течение 15 мин., предлагая ничего не стирать, не исправлять (помарки, стирания, которые все-таки делаются, учитываются при интерпретации проективной методики). По рисуночному тесту учитывалось наличие на рисунке матери и ребенка, содержание образа ребенка и его возраст, наличие совместной деятельности матери с ребенком, психологическая дистанция, а также такие характеристики, как благополучное состояние, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка, по формальным признакам рисунка, принятым в психодиагностике (качество линии, расположение на листе, детали рисунков и т. д.). Выделяются особенности рисунка: отсутствие себя или ребенка на рисунке; замена этих образов на символы, растения, животных; как изображен ребенок – спрятан ли в животе матери, в коляске или кровати, учитывается дистанция в пространстве между матерью и ребенком. Также учитывается характеристика общего состояния (благополучие, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам

рисунка и поведенческим проявлениям во время рисования (качество линии, расположение на листе, детали рисунка, проявлявшиеся эмоции, высказывания, паузы и т. д.). Интерпретация данных проводится по критериям, принятым в психодиагностике для рисуночных тестов.

Г. Г. Филиппова (2002) выделила следующие особенности переживания беременности и ситуации материнства:

- благоприятная; ситуация с наличием незначительных симптомов тревоги, неуверенности, конфликтности; ситуация тревоги и неуверенности в себе;

- конфликт с беременностью или с ситуацией материнства.

Основным преимуществом данной методики является то, что она позволяет достаточно полно и конкретно оценить самовосприятие женщиной беременности и ребенка и эти данные будут являться более достоверными в связи с практическим отсутствием возможности неискренности женщины и «подстройки под социально-желаемые результаты».

Результаты исследования позволяют распределить тестируемых на четыре категории по оценке содержания материнской сферы: 1 - благоприятная ситуация; 2 - незначительные симптомы тревоги; 3 - наличие тревоги и неуверенности в себе; 4 - конфликт с беременностью или ситуацией материнства.

***Благоприятная ситуация.*** Рисунки расположены в центральной части листа, женщины рисуют себя и своего ребенка лицом к зрителю. Отсутствуют замены этих образов на растения, животные, предметы. Ребенок прорисован, не спрятан, не изолирован от окружающих. Возраст ребенка приближен к младенческому.

**Незначительные симптомы тревоги.** Фигура ребенка изображена с изменением соотношений размеров (или слишком большая, или слишком маленькая). На рисунке присутствует муж или другие люди. Отмечается наличие других предметов. Ребенок находится в коляске, или мать держит ребенка за руку или за деталь объекта, в котором находится ребенок. Возраст ребенка соответствует раннему возрасту.

**Наличие тревоги и неуверенность в себе.** В рисунках данной группы не встречается замены образов. Но присутствует большое количество дополнительных образов, тщательная прорисовка деталей одежды при недостаточной прорисовке своей фигуры, своего лица и лица ребенка, наличие схематизации, отсутствие совместной деятельности. Нарушение размеров фигуры ребенка (слишком большая или слишком уменьшенная). Наличие в рисунке нескольких членов семьи может косвенно указывать на потребность беременной в поддержке со стороны родственников. А это, в свою очередь, говорит о ее волнении и неуверенности в себе.

**Конфликт с беременностью.** Отсутствие на рисунках себя или ребенка или замена на образы растений. При наличии образов отсутствует совместная деятельность или контакт с ребенком. Младенец либо спрятан в коляске, либо в животе у матери. Отмечается наличие пространственной дистанции между фигурами матери и ребенка, наличие большого количества дополнительных предметов.

## Литература

*Архиреева Т. В.* Методика измерения родительских установок и реакций / Т. В. Архиреева // Вопросы психологии. – 2002. – № 5. – С. 144–152.

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

*Гарбузов В. И.* Концепция инстинктов и психосоматическая патология. (Наднормативная диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов) / В. И. Гарбузов. – СПб.: Сотис., 1999. – 320 с.

*Головей Л. А., Рыбалко Е. Ф.* Измерение родительских установок и реакций // Практикум по возрастной психологии. СПб.: Речь, 2001. – 688 с.

*Изард К.* Эмоции человека / К. Изард – М.: Изд-во Московского университета, 1980. – 440 с.

*Изард К.* Психология эмоций / К. Изард – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.

## Словарь терминов

*Акме (гр.)* – высшая точка, кульминация.

**Активное воображение** – процесс сознательного наблюдения и реакции на образы и символы бессознательного.

*Аутентичность (подлинность)* – выражение искренности по отношению к клиенту.

*Аутентичный консультант* – модель консультанта для клиентов, служащая примером гибкого поведения.

*Базовые перинатальные матрицы* – измерения, имеющие фиксированные связи с определенными группами воспоминаний из жизни человека и представляющие собой динамические управляющие системы, несущие собственное специфическое содержание биологического и духовного характера.

*Безусловное уважение клиента* – безусловное и безоценочное принятие клиента как целостной личности.

*Безусловное позитивное отношение* – тождественно эмоциональной теплоте и заботе, терпимость ко всем аспектам субъективного мира клиента.

*Вербальный контакт* – словесный контакт, подбадривание, похвала, выражение поддержки, частое упоминание имени клиента, выражение словами согласия и одобрения, ага-реакции.

**Включение** – снижение значимости травмирующего фактора за счет того, что прежняя система ценностей помещается как часть в новую, более глобальную систему.

*Внутренняя картина беременности* – комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанных с ее беременностью, формирующийся у беременной женщины образ беременности, на основе

которого она строит свое поведение, направленное на приспособление к ней или устранение ее. Выделяют 4 уровня внутренней картины беременности.

**Вытеснение** – истинные, но неприятные мотивы вытесняются, отвергаются «цензурой» на пороге сознания с тем, чтобы их заменили другие, приемлемые с точки зрения общества.

*Гестационный процесс* – течение беременности.

*Дистантное психологическое консультирование* – консультирование по телефону доверия, консультирование посредством дистантного письма, консультирование посредством написания популярных книг по психологии или открытых ответов психологов на письма читателей в популярных изданиях.

**Замещение** – перенос действия, направленного на недоступный объект, на действие с доступным объектом.

**Идентификация** – бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку, но желательных для себя.

**Изоляция**, или отчуждение, – обособление внутри сознания травмирующих человека факторов.

*Инсайт* – озарение.

*Интровертивный тип* – обращенный внутрь себя, созерцательный.

*Интроект* – чуждая для человека часть его личности, значительно отличается от результатов простого копирования внешних объектов, например, восприятие родителей в значительной мере искажается, привнося в складывающийся интроект бескомпромиссность и жесткость.

*Искренность консультанта* – это способность оставаться самим собой, отсутствие потребности демонстрировать профессиональный фасад, добросовестность и правдивость в передаче своих реакций и чувств клиентам.

*Исповедь клиента* – рассказ клиента о себе и своей проблеме.

**Комплекс** – неосознаваемое образование, группа психических процессов, объединенная единым аффектом, обуславливающая структуру и направленность сознания.

*Комплекс неполноценности* – преувеличение собственной слабости и несостоятельности.

*Конгруэнтный* (лат. *congruens, congruentis*) – соразмерный, соответствующий, совпадающий.

*Консультативный контакт* – уникальный динамический процесс, во время которого один человек помогает другому использовать свои внутренние ресурсы для развития в позитивном направлении, актуализировать потенциал осмысленной жизни; чувства и установки, которые участники консультирования (консультант и клиент) испытывают один по отношению к другому, и способ их выражения.

*Консультация* – совет по интересующей проблеме, даваемый специалистом.

*Консультирование* (лат. *consultare*) – совещаться, советоваться.

*Консультирование* – это совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений.

*Контрперенос* — склонность специалиста, оказывающего воздействие, проецировать свои отношения со значимыми людьми, основные внутренние проблемы и конфликты на отношения с клиентом.

*Неонатальный период* – первые 28 дней жизни ребенка.

*Невербальный контакт* – несловесный контакт, контакт глаз, выражение лица, поза тела, тон и

громкость голоса, использование паузы.

*Нигилизм* (лат. *nihili* – ничто) – крайняя степень скептицизма, когда человек подчас отвергает и саму возможность объективно понимать окружающий мир, целенаправленно и осмысленно действовать в нем.

**Ноогенный невроз** – невроз, возникающий вследствие фрустрации стремления к смыслу.

*Открытость собственному опыту* – искренность в восприятии собственных чувств.

**Отрицание** – информация, которая тревожит и может привести к внутреннему конфликту, не воспринимается.

**Перинатальная психология** – область психологической науки, изучающая психические и психологические процессы, происходящие в системе «мать – дитя», связанные с зачатием, беременностью, родами и развитием ребенка до трехлетнего возраста (И. В. Добряков).

*Перинатология* – раздел медицины, изучающий здоровье, болезни и методы лечения детей во временной перспективе, включающей зачатие, пренатальный период, роды и первые месяцы постнатального периода (Г. Крайг).

*Пренатальный (антенатальный) период* – дородовой (внутриутробный) период.

*Перинатальный период* – период с 22-й недели гестации до 7-го дня внеутробной жизни ребенка.

*Перенос* – склонность клиента переносить (проецировать) на специалиста, оказывающего воздействие, свои отношения с ним и свои отношения со значимыми людьми, основные проблемы и конфликты. Реакция клиента на консультанта как на некоторую значащую фигуру в прошлом клиента, как правило, это фигура отца.

*Проекция* – бессознательное приписывание другому лицу собственные чувства, желания, влечения, в



которых человек не хочет себе сознаться, понимая их социальную неприемлемость.

*Психологическое консультирование (ПК)* – профессиональная помощь пациенту в поиске решения проблемных ситуаций, где в качестве пациентов могут выступать здоровые или больные люди, предъявляющие проблемы экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора.

*Рационализация* – псевдоразумное объяснение человеком своих желаний, поступков, в действительности вызванных причинами, признание которых грозило бы потерей самоуважения.

*Реактивное образование* – человек защищается от запретных импульсов, выражая в поведении и мыслях противоположные побуждения.

*Реверсия* – то же, что атавизм, обратная мутация, т. е. переход мутированного гена в исходный, или дикий, тип.

*Регрессия* – форма психологической защиты, заключающаяся в возвращении к ранним, связанным с детством, типам поведения, переходом на предшествующие уровни психического развития.

*Самоидентичность* – соотнесение себя с обретенной собственной подлинностью (я – мать).

*Саногенное мышление* – методика управления эмоциями, а также особый тип мышления. Методика состоит из теоретического знания об устройстве эмоций и набора практических упражнений для закрепления новых умственных привычек (уменьшает внутренний конфликт, напряженность, позволяя контролировать эмоции, потребности, желания, предотвращая заболевания).

*Социальный интерес* – как стремление к сотрудничеству с другими людьми для достижения общих целей, показатель психического здоровья.

*Цитокины* – регуляторы иммунных реакций.

*Экстравертивный тип* – обращенный вовне, увлеченный социальной активностью, чуждый самосозерцанию.

*Эмпатия* – сопереживание, сочувствие, понимание эмоционального мира другого.