

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

ПАВЛОДАРСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МАГИСТРАТУРА

Кафедра «Педагогика и психология»

Магистерская диссертация

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

520900 «Психология»

Исполнитель _____ К.В. Лубенченко
(подпись, дата)

Научный руководитель _____ А.В. Грузман к.м.н., доцент
(подпись, дата)

Допущена к защите:

зав. кафедрой

«Педагогика и психология»

_____ Н.Ф. Мачнев к.п.н., проф.
(подпись, дата)

Павлодар, 2005

КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН
ВЫПОЛНЕНИЯ МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

Лубенченко Ксении Викторовны

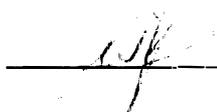
Название раздела	Сроки выполнения	Отметка о выполнении
1. Исследование проблем материнства	03.11.2004 – 30.02.2005	выполнено
2. Психологические особенности протекания беременности	30.02.2005 - 14.04.2005	выполнено
3. Выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин	14.04.2005 - 20.07.2005	выполнено
4. Оформление магистерской диссертации	20.07.2005- 21.09.2005	выполнено

Магистрант



К.В. Лубенченко

Руководитель



А.В. Грузман, к.м.н., доцент

РЕФЕРАТ

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин. В соответствии с целью исследования были определены следующие задачи: осуществить анализ медицинской, психологической и психолого-педагогической литературы по теме; выявить особенности эмоционального состояния беременных женщин; провести анализ полученных результатов; разработать рекомендации беременным женщинам для максимально комфортного протекания беременности и родов. Все это для подтверждения гипотезы: эмоциональное состояние беременных женщин имеет определенные особенности, которые необходимо корректировать, тогда исход беременности будет улучшен.

Актуальным является положение и в области пренатального и постнатального периода развития ребенка. Этот возраст прямо включается в проблематику материнства, поскольку мать рассматривается как «среда» и условие существования и развития ребенка. О беременных женщинах и в Казахстане и за рубежом чаще всего пишут врачи, поэтому вопросы психологического состояния женщины в период беременности отражены в психологии довольно слабо.

В работе рассмотрены исследование ученых по проблемам материнства, история перинатальной психологии, психологическая готовность к материнству, психологические особенности протекания беременности.

Практическая значимость заключается в том, что доказана необходимость психологического сопровождения женщин во время беременности. Данную работу можно так же использовать как методический источник при изучении темы перинатальная психология. Апробация проведена на базе отделения патологии беременных областного родильного дома города Павлодар.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
РАЗДЕЛ 1 ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ МАТЕРИНСТВА	10
1.1 Исследование проблем материнства в отечественной и зарубежной психологии.....	10
1.2 История перинатальной психологии.....	26
1.3 Психологическая готовность к материнству.....	32
РАЗДЕЛ 2 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	50
2.1 Идентификация беременности.....	50
2.2 Некоторые аспекты психологии беременных.....	64
2.2.1 Первый триместр.....	64
2.2.2 Второй триместр.....	72
2.2.3 Третий триместр.....	76
РАЗДЕЛ 3 ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	85
3.1 Психодиагностическое исследование, направленное на выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин.....	85
3.2 Результаты психодиагностического исследования, направленного на выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин.....	93
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	96
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	98
ПРИЛОЖЕНИЕ	

ВВЕДЕНИЕ

Изучение материнства в настоящее время становится все более популярным как в теоретическом, так и в прикладном аспектах. Проблемами материнства занимаются социологи, медики, педагоги, психологи и многие другие специалисты.

Актуальным является положение и в области пренатального и постнатального периода развития ребенка. Этот возраст прямо включается в проблематику материнства, поскольку мать рассматривается как «среда» и условие существования и развития ребенка.

О беременных женщинах и в Казахстане и за рубежом чаще всего пишут врачи, поэтому вопросы психологического состояния женщины в период беременности отражены в психологии довольно слабо.

Наша работа посвящена выделению особенностей психологического состояния беременных. Нас интересует, как отражается беременность на эмоциональной сфере женщин. Прежде чем начать работу, мы должны описать научный аппарат исследования.

Тема работы: особенности эмоционального состояния беременных женщин.

Актуальность исследования: На сегодняшний день в России существует свыше десяти организаций, занимающихся в числе прочего пренатальным воспитанием. В Казахстане такие организации распространены меньше. В Алматы существуют такие центры как «Аист», «Мама+» и «Арсан». В Астане такие центры еще не организованы, так же как и в нашем городе Павлодаре. Данной проблемой занимались следующие ученые: Б.П.Никитин, С.Гроф, Ф.Лебойе, Е. Дойч, Г.Г.Филиппова, Н.В.Боровикова, С.А.Федоренко, Ю.И.Шмурак и другие.

В связи с актуальностью существует такое **противоречие:** проблему психологического сопровождения беременности рассматривают многие авторы с разных сторон, но психологической концепции беременности в науке пока нет.

Проблема: Большой процент женщин сами утверждают, что их эмоциональное состояние в этот период их жизни сильно изменяется, однако нет практических учреждений, которые бы занимались коррекцией этого состояния.

Цель исследования: выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин.

Объектом исследования были 50 беременных женщин, являющиеся пациентками отделения «Патологии беременных» Областного родильного дома города Павлодара, находящиеся на третьем триместре беременности.

Предмет исследования - это проявление эмоций в момент беременности.

Исходя из цели и задач исследования мы вывели следующую **гипотезу:** эмоциональное состояние беременных женщин имеет определенные особенности, которые необходимо корректировать, тогда исход беременности будет улучшен.

Задачи исследования:

1. Осуществить анализ медицинской, психологической и психолого-педагогической литературы по теме.
2. Выявить особенности эмоционального состояния беременных женщин.
3. Провести анализ полученных результатов.
4. Разработать рекомендации беременным женщинам для максимально комфортного протекания беременности и родов.

Теоретической основой исследования являются работы В.И.Брутман, Г.Г. Филипповой, М.С. Радионовой, С.Ю. Мещеряковой по изучаемой проблеме.

Источниками исследования являются методическая литература, глобальная сеть Internet.

Для достижения цели и выполнения задач были использованы **методы исследования:**

1. Анализ литературы по теме исследования.
2. Наблюдение.
3. Неструктурированные интервью.
4. Опрос и анкетирование.
5. Тестирование.
6. Количественный и качественный анализ результатов эксперимента.

Этапы исследования: на первом этапе (сентябрь – октябрь 2004г.) была определена область исследования и его проблема, изучалась философская, психологическая, методическая литература, посвященная вопросам перинатальной психологии. Этот этап исследования отражен в первом разделе диссертации.

Второй этап исследования (ноябрь – декабрь 2004г.) связан с теоретической разработкой предмета и гипотезы исследования. В этот период определены принципы, содержание и методы, необходимые для описания психологического состояния женщин во время беременности. Выделены исходные позиции для построения эксперимента. Этот этап исследования представлен во втором разделе диссертации.

Третий этап исследования (январь – июль 2005г.): исследование эмоциональных особенностей беременных женщин. Проведение эксперимента; обобщение результатов исследования.

Новизна исследования заключается в том, что при проведении исследовательской работы по изучению эмоциональных особенностей беременных женщин была выявлена такая черта, как чувство вины, ранее не встречавшаяся в методической литературе.

Практическая значимость заключается в том, что доказана необходимость психологического сопровождения женщин во время беременности. Данную работу можно так же использовать как методический источник при изучении темы перинатальная психология.

Основные положения работы, выносимые на защиту:

- систематизированные результаты анализа методической литературы;

- результаты исследования эмоциональных особенностей беременных женщин, как доказательство необходимости коррекции этого состояния.

Обоснованность и достоверность результатов исследования и основных выводов, сформулированных в диссертации, подтверждается данными анализа философской, психологической, медицинской, методической литературы; результатами констатирующего эксперимента.

База исследования: отделение патологии беременных областного родильного дома города Павлодар. Исследование проводилось в период с мая по июль 2005 года. В нем приняли участие 50 женщин в возрасте 17-40 лет на третьем триместре беременности.

Апробация исследования и внедрение результатов осуществлялись путем их использования в практической деятельности областного родильного дома г. Павлодара.

Публикации по теме диссертации находятся в печати в «Вестнике ПаУ» две статьи «Психологические проблемы беременности и институты их коррекции» и «Особенности эмоционального состояния беременных женщин».

Структура и объем работы: работа состоит из введения, трех разделов, которые состоят из нескольких подразделов, заключения, списка литературы и приложения. Работа размещена на 101 странице, имеет 2 рисунка, 5 таблиц, 4 приложений, список использованной литературы из 83 источников.

РАЗДЕЛ 1 ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ МАТЕРИНСТВА

1.1 Исследование проблем материнства в отечественной и зарубежной психологии

Изучение материнства в настоящее время становится все более популярным как в теоретическом, так и в прикладном аспектах. Проблемами материнства занимаются социологи, медики, педагоги, психологи и многие другие специалисты.

Острым является положение и в области пренатального и постнатального периода развития ребенка. Этот возраст прямо включается в проблематику материнства, поскольку мать рассматривается как «среда» и условие существования и развития ребенка.

О беременных женщинах и в Казахстане и за рубежом чаще всего пишут врачи, поэтому вопросы психологического состояния женщины в период беременности отражены в психологии довольно слабо.

Однако в книгах зарубежных авторов затрагивается вопрос психологической подготовки к родам (но не протекания беременности в целом). Так, врач Грантли Дик-Рид, написавший множество книг для женщин, ожидающих ребенка, указывает на страх и тревогу, которые мешают нормальному протеканию третьего триместра беременности и родов. В своих книгах он рассказывает о разработанной им программе "естественных родов", описывает ее преимущества для женщины и ребенка. В частности, основным положением "естественных родов" является спокойствие и полное расслабление рожавшей женщины. В книге "Роды без страха" он пишет о том, что "если пациентка спокойна и готова к сотрудничеству, это дает существенные преимущества. Серьезные проблемы при естественных родах могут быть вызваны эмоциональной неустойчивостью матери или отца. В этом случае роды могут стать как психически, так и физически патологичными"[1]. В свою очередь, врач Мишель Оден также отмечает важность психологического комфорта для женщины в период подготовки к родам и самих родов.

Кроме того, в зарубежной литературе рассматривается вопрос о развитии ребенка в пренатальный период. Психоаналитик доктор Сильвио Фанти в книге "Микropsихоанализ" высказывает мнение о том, что источники всех проблем человека лежат задолго до его рождения. Отношения между матерью и ребенком в период беременности он назвал "внутриутробной войной", которая заканчивается после рождения ребенка и может возобновиться с новой яркостью, если мать наносит обиды своему ребенку. В работе приведены высказывания анализируемых женщин, которые на бессознательном уровне помнят внутриутробный период своей жизни. Сильвио Фанти рисует безрадостную картину попыток взаимного разрушения матери и плода. Многие из положений этой теории являются спорными. Однако, бесспорно то, что психика берет свое начало задолго до рождения ребенка [2]. Этот момент также находит свое отражение в трудах Дональда Винникотта. В книге "Маленькие дети и их матери" в главе "Вклад психоанализа в акушерство" автор говорит о важности для матери периода беременности. В своем анализе Винникотт спускается к моменту возникновения психики, когда "мозг как орган уже позволяет регистрировать переживаемый опыт, собирать данные, сортировать явления и классифицировать их. Такое слово, как "фрустрация", уже имеет смысл: ребенок способен держать в уме идею, что нечто ожидалось, но в полной мере не исполнилось. В свете подобных теоретических рассуждений, возможно допустить факт существования человеческой личности до рождения"[3]. Винникотт признает спорность этого положения, но он убежден в его правильности. Он указывает на важность периода беременности для полноценного развития ребенка.

В работах отечественных психологов и педагогов существуют следующие точки зрения. Борис Павлович Никитин в своей последней книге отводит большое место беременности и рождению ребенка. Наряду с закаливанием и правильным питанием женщины, регулярными занятиями спортом, он отмечает важность психологической готовности женщины к

рождению ребенка. "Девять месяцев ожидания, раздумий о малыше, его будущем, то есть сосредоточенность матери на ребенке, - это ведь не только гормональное, но и биоэнергетическое взаимопонимание...Добрые мысли, видимо, помогают рождению добрых чувств, недобрые – делают сдвиги в иных направлениях"[4]. По нашему мнению, очень важна мысль автора о том, что сосредоточенность на мыслях о ребенке очень помогает женщине спокойно относиться к жизненным неурядицам и неприятностям. Внимание женщины переключается от стрессовых ситуаций на ребенка, который растет и развивается внутри ее.

Но часто медики, физиологи и психологи сегодня по большей части не видят во внутриутробной жизни никакого психологического содержания. Ни отечественные, ни зарубежные психологи никогда не пытались представить плод в утробе матери как объект какого-то целенаправленного воспитательного воздействия. А между тем развитые практики пренатального (предшествующего рождению) воспитания существуют во многих, если не в большинстве традиционных культур. И когда обнаружилось, что никакие технологические усовершенствования в акушерстве и гинекологии не способны ни снизить перинатальную патологию, ни усилить привязанность матери к младенцу, - на новом уровне возродился интерес к этим полузабытым народным практикам. На Западе (прежде всего в США и Франции) это произошло в начале шестидесятых годов, в России - в середине восьмидесятых, и в обоих случаях это, видимо, было прямо связано с более широкими общественными переменами.

Несколько поколений людей, рожденных в больнице, аккумулировали в себе опыт страха, переживание опасности, буквально «с молоком матери» впитали «обученную беспомощность». Между тем, известно, что приспособительные системы укрепляются, когда человек переживает чувство ответственности, и угнетаются чувством беспомощности. В обществе появился «спрос» на «сознательных» родителей и сознательно рожденных детей с такими «функциональными органами», которые избавляют младенца

ст врожденного страха аннигиляции, позволяют развивать исходное доверие к миру и людям, и, соответственно, психическую активность.

Однако психологической концепции беременности в науке пока нет.

В первую очередь, видимо, необходимо четко выделить и описать сам объект воздействия. Но этому препятствует полная неразработанность в психологии соответствующих понятий. Поэтому чисто эмпирически введем понятие «пренатальной общности» как объекта пренатального воспитания. Пренатальная общность ограничена во времени зачатием и рождением и включает в себя все связи и отношения с миром, реальные и воображаемые, в которых находится женщина, ожидающая ребенка. Следует отметить, что границы пренатального возраста (зачатие - рождение) задаются существующей культурой и не являются раз и навсегда жестко определенными. Представитель мистической школы Т. Сарайдаркан в своем докладе о сознательном зачатии на Конгрессе пренатальной психологии в 1985 году утверждал, что присутствие человека в мире начинается за год до зачатия.

Мы можем воспользоваться понятиями из концепции развития субъективности. Согласно этой концепции, развитие ребенка представляет собой чередование относительно стабильных периодов (периодов становления) с критическими периодами. Это справедливо для развития и «детско-взрослой общности» (со-бытийности, т.е. системы отношений, связывающих ребенка со взрослыми), так и для развития внутреннего мира (субъективности) ребенка. При становлении общности преобладают процессы отождествления, при становлении субъективного мира - процессы дифференциации, обособления. Эта концепция позволяет избежать искусственного разделения пренатальной общности на «мать», «плод», «семью», «пренатального инструктора» и рассматривать то, что происходит до рождения, целостно - с точки зрения происходящих внутри общности процессов. С позиции внешнего наблюдателя, в психологическом мире матери, ребенку как самостоятельному субъекту нет места. Но при этом

ничто не мешает матери субъективно разделять себя и ребенка, мыслить его как «моего ребенка», а не «мою беременность». Период, когда в «со-бытии» общности преобладают механизмы отождествления, а во внутреннем мире матери идут процессы обособления, осознание Себя беременной, мы будем называть «до-коммуникативным»[5]. Его временные границы размыты. Некоторые наблюдения за беременными, подтвержденные данными истории болезни и индивидуальными картами беременной, показывают, что у тех женщин, у которых стимулируется реализация самобытности и принятие позиции матери, коммуникативный период (ощущение, что ребенок двигается) наступает на две-четыре недели раньше принятого срока (двадцать две недели для первородящих), притом, что структурно и функционально эмбрион оснащен для этого гораздо раньше.

Необходимо ввести еще одно различие. Мы будем говорить о «присутствии» субъективности ребенка в субъективности матери и о развитии в сторону обособления, а также о «присутствии» ребенка и матери в «со-бытии». Таким образом, существуют три критических перехода, три точки, в которых внутриутробная жизнь как психологический феномен становится доступна наблюдению. Это, во-первых, сам процесс рождения, во-вторых, процессы превращения внутреннего мира «женщины с животом» или «с болезнью» во внутренний мир будущей матери, в-третьих, процесс развития коммуникации между ребенком, увеличивающим спектр движений, и матерью, которая, с одной стороны, создает совершенно новую программу реагирования, а с другой - продолжает накладывать на движения ребенка имеющиеся у нее эмоциональные и поведенческие стереотипы.

Первый аспект - аспект рождения - изучается с относительно недавнего времени. Он отражен в работах Станислава Грофа и Фредерика Лебойе. Второму аспекту наибольшее внимание уделял психоанализ. Третий аспект изучался в основном в рамках эмбриологии. Психологическому изучению процессов коммуникации во внутриутробном периоде посвящена книга Томаса Верни «Тайная жизнь нерожденного ребенка».

Начнем с первого аспекта. Кризис рождения вносит в жизнь ребенка резкую полярность: прошлого и настоящего, радости и страданий, света и темноты. Все описания отражают острые, насильственные, извне вовнутрь направленные катастрофические изменения. Вместе с тем внутриутробный ребенок не является пассивным. Рождение - активный процесс и с точки зрения биологии, поскольку гормоны, запускающие схватки, вырабатываются в теле ребенка, и с психологической точки зрения, поскольку внутриутробный младенец к моменту рождения обладает большим опытом «приучения» к будущим схваткам.

Изменение характера «со-бытийности» задано разницей в скорости роста тела ребенка и плодных оболочек. Тело растет, а пространство сжимается. Он «приучается» группироваться, сгибать позвоночник, ограничивать свои движения, поскольку чрезмерная атака на границу становится фактом сознания его матери, от которой он получает обратную связь. Вначале «Я» ребенка ограничивается еще не «другим», а лишь физическими границами тела. «Другой» появляется в акте, в котором движение ребенка соединяется с чувствами или иным ответом матери. Активность рождения концентрирует в себе весь опыт усилий, которые были позитивно санкционированы в период внутриутробного развития.

Рождающийся человек резко закрывает глаза (он умеет открывать их с шести месяцев внутриутробной жизни), обожженные ярким светом, он оглушается громкими командами акушерки и звоном инструментов, он не слышит привычных голосов матери и отца, его кожа, знакомая с прикосновениями амниотической жидкости и плодных оболочек, встречает грубые ткани, его легкие обожжены воздухом. «Первый крик - это крик «Нет!», - пишет Лебойе в книге «Рождение без насилия» - Это потрясение человека, которого убивают, насилуют. Это страстный, пылкий отказ от того, что на самом деле называют жизнью»[6]. Поза эмбриона с согнутыми плечами, опущенной головой, подтянутыми коленями семантизируется как

унижение и избегание в момент, когда акушер, держащий ребенка за ногу вниз головой, и силы тяготения требуют, чтобы ребенок развернулся.

Наблюдения показывают, что различия между новорожденными обнаруживаются на стадии этого первого выбора - одни разворачиваются, распрямляются, выгибаются, приобретая новый опыт и одновременно средства действия в новом мире, другие возвращаются в привычную эмбриональную позу, и всю последующую жизнь возвращение в положение «символического узника материнского лона» будет преимущественным и наиболее вероятным способом реагирования.

Исход «кризиса новорожденности» зависит, таким образом, не только от программы материнского ухода, но и от того, что приобрел ребенок в процессе рождения и во время внутриутробной жизни. Технологизированная система родовспоможения предъявляет ко всем новорожденным равно высокий уровень требований, она рассчитана на отбор «победителей». «Зона ближайшего развития» конкретного ребенка, появляющегося на свет в данный момент, совершенно игнорируется, т. е. условия, при которых он проявит максимум своих возможностей, остаются неизвестными.

Какова же та мера помощи, которую может оказать взрослый (мать, акушер) будущему ребенку, и как различить эту меру в недифференцированном поведении рождающегося человека? Ф. Лебойе описал идеальное рождение. Он говорит о языке понимания, о том, что при создании новой общности должно учитывать обретения прежней, пренатальной - медленный ритм, привычка к свету, рассеянному плодными оболочками, приученность к приглушенным голосам, связанность пуповиной. Всю эту обстановку можно воспроизвести при рождении. Новорожденного можно поместить вначале на животе матери, затем в ванну с подогретой водой, можно осуществить «лотосовое рождение», т.е. не обрезать пуповины, пока она не станет бесполезной. Этот постепенный, в ритме самого ребенка, переход означает признание его самоценности, подобно тому, как признали в эпоху Возрождения ценность детства.

В современном акушерстве новая для ребенка среда строится не по законам уподобления, а на основе противостояния борьбы, по «мужским законам».

Отражение насильственной, обижающей, репрессивной по своей природе обстановки рождения человека весьма своеобразно исследовал С. Гроф. Он систематизировал и обобщил эмбриональные переживания пациентов, находящихся в измененном состоянии сознания. В совместной с Кристиной Гроф работе «Сияющие города и адские муки» он описал процесс рождения так, как он видится изнутри и сохраняется в бессознательном в виде «перинатальных матриц», на основе которых в течение жизни конденсируется весь последующий опыт. В первой фазе, соответствующей регрессу к началу родового процесса, «океаническое чувство» единства сменяется всеобъемлющим беспокойством и ощущением опасности для жизни. Вторая фаза, совпадающая с первой клинической стадией родов, - это время, когда «существование кажется лишенным смысла», происходит концентрация на роли жертвы, невозможности спастись и безысходности. Третья перинатальная матрица, соотносящаяся со второй стадией родов, воплощается в переживаниях напряжения, борьбы, сопротивления, ярости, сильного возбуждения. Четвертая матрица (третья клиническая стадия родов) переживается как максимум боли, смерть и повторное рождение. Страдания и агония доходят до переживания разрушения [7].

Важно отметить, что на разных стадиях рождающийся ребенок может иметь средства, позволяющие перейти от положения жертвы к активным действиям. Эти способы и средства зависят от меры помощи матери. Например, замечено, что у женщин, имевших в дородовом периоде расстройства невротического уровня, эмоциональные нарушения, осложнения в отношениях с другими людьми, ослабляется сократительная деятельность матки, не выражена доминанта дна. А когда у рождающегося ребенка нет средств для освоения новой стадии рождения, возможен регресс

к предыдущей. Например, при ослаблении сократительной деятельности матки активность ребенка угнетается.

В какой же момент изменяется форма совместного бытия? Некоторые авторы считают, что все контрасты возникают в момент первого вдоха, при первом разрыве зависимости дыхания; до того, как кровоток изменит свое направление, существует психофизиологическая неразделенность. Другие видят сигнал изменения того, что мы здесь называем «со-бытийностью», в движении плода. В чреве матери жизнь ребенка делится на два неравных периода, когда в результате различия в скорости роста тела ребенка и плодных оболочек появляется новый фактор - граница, предел для движений, и вместе с ней - ограничение свободы. Граница принадлежит не только миру бытия, но и субъективному миру матери. С этого момента начинается «совместная деятельность» матери и ребенка, ребенок двигается, мать ощущает эти движения и дает ему обратную связь - вначале только тем, что замечает или игнорирует эти движения, затем посредством гуморальной регуляции негативно или позитивно санкционирует те или иные движения, затем появляется возможность прикоснуться, обратиться, исследовать тело ребенка через свой живот [8].

Первичная адаптивная система ребенка (структуры древнейшего мозга и нейроэндокринная система), в свою очередь, стимулирует развитие сенсорики. Есть сведения, что латеральная часть гипоталамуса содержит специфические клетки, преобразующие сенсорные связи между стимулами в чувство удовольствия.

Зрелость первичной адаптивной системы зависит от эмоциональной среды матери, от ее образа жизни. Общая для матери и ребенка адаптивная система угнетается чувствами беспомощности и бесполезности, утратой любви, чувством покорности и поражения и укрепляется противоположными - ответственностью, руководством, чувством творчества, победы.

Чем разнообразнее воздействие на ребенка на этом этапе, тем больше дифференцирована его экспрессия, тем больше стимулов он начинает

«узнавать» после рождения. Т. Верни отмечает также важность регулярно организованной психологической среды, которая позволяет ребенку выделять повторяющиеся воздействия, «систематизировать» их. Таким образом, возникает целостная программа, в которой в живой нерасчлененности присутствует и воздействие матери, и поведение ребенка. Ему же принадлежит наблюдение, что внутриутробный младенец предпочтительнее и быстрее осваивает те воздействия, которые обращены непосредственно к нему. Мать, субъективно обособляя ребенка, вступая в отношения с ним как с «Другим», соединяет его с миром, готовит предпосылки для его связей с будущей средой. Каждая волна материнских гормонов выводит внутриутробного младенца из обычного состояния, он начинает «ощущать», что произошло нечто необычное, и пытается «понять», что именно.

Понимание обеспечивается самим совершением движения. Некоторые движения, относящиеся к экспрессии, наблюдались с помощью кинокамеры, вживленной в стенку матки.

Выяснилось, что пятимесячный эмбрион слышит громкие крики, пугается, «сердится», «грозит», реагирует на слова и ласки, изменяет поведение в зависимости от настроения матери.

Предпосылки этого многообразия закладываются еще в докоммуникативный период, когда мать непосредственно не ощущает присутствие ребенка как отдельного существа. На втором месяце внутриутробной жизни развивается центральная (ЦНС) и периферическая нервная система, полуторамесячный эмбрион реагирует на боль, отстраняется от света, направленного на живот матери, на прикосновение к подошвам, в шесть-семь недель возникает орган вкуса (позднее он начинает ощущать вкус и запах околоплодных вод - важность этого фактора в коммуникации впервые отметили микропсихоаналитики).

Эмбрион способен реагировать на настроение матери еще до появления ЦНС, когда его клетки способны улавливать изменения в составе крови. С

шести месяцев, согласно Т. Верни, берет свой отсчет интеллектуальная и эмоциональная Жизнь ребенка. Его поведение в этот период изменяется в ответ на голос матери и отца, эмбрион способен увязать свое введение со знакомым голосом, способен даже к опережающему отражению в своем поведении; он «знает», какие движения вызовут чувство удовольствия, какие - неудовольствия. Мать активно интерпретирует поведение ребенка, как своими чувствами, так и поведением. Подобные случаи интерпретации наблюдались при исследовании психологических предпосылок нарушения психического здоровья у младенцев. Одна будущая мама интерпретировала чрезмерные движения своего ребенка словами «хулиганит», «безобразничает» и надевала бандаж, а другая трактовала сильные толчки как «ему не хватает воздуха, он хочет погулять» - и выходила на свежий воздух. Кроме того, шестимесячный эмбрион, испытывая давление амниотической жидкости, сворачивается, переворачивается вниз головой; он умеет сосать палец, закрывает руками лицо, когда мать волнуется. Семимесячный эмбрион не просто воспринимает звуки, но отвечает на них, толкая именно в переднюю часть живота [9].

Таким образом, коммуникативные средства имеют биологическую природу, но отбор их, несомненно, отражает присутствие в их развитии «культурного» влияния, в частности, установок и интерпретаций матери.

Дополнительным аргументом в пользу «рефлексивной», а не только химической природы реакций ребенка на внешние стимулы, является тот факт, что ребенок отвечает на стимулы, которые нейтральны для матери и не нарушают ее гормонального баланса.

Неосознаваемое влияние матери на пренатальную среду возможно через подавленные чувства. Например, когда ребенок является нежеланным для кого-либо из членов семьи; этот факт известен матери, она избегает думать об этом, но подавленный гнев и обида проникают во внутренний мир пренатальной общности.

Когда мы рассматривали пренатальную общность с позиции внешнего наблюдателя, то выделяли границы между различными сменяющимися друг друга формами «со-бытия» в течение внутриутробной жизни. Аналогичные границы должны существовать и на другом «полюсе» - между сменяющимися друг друга формами субъективности - при переходе от субъективности матери к предпосылкам субъективности ребенка. Для обозначения этих форм субъективности будем употреблять термин «присутствие». «Присутствие» субъективного мира матери и предпосылки субъективного мира ребенка обнаруживаются в тех областях, с которыми традиционно имеет дело психоанализ - в сновидениях, телесных симптомах, чрезмерных, неадекватных реальности чувствах и т. п.

Форма и содержание «присутствия» закладываются задолго до наступления реальной беременности - еще в детстве и воплощаются в так называемых фантазиях беременности. Фантазии беременности были обнаружены З. Фрейдом у взрослых пациентов, мужчин и женщин. Они появляются в раннем детстве, подвергаются изменениям в ходе развития и влияют на последующее поведение (не только репродуктивное) больше, нежели реальные знания пациента о зачатии, вынашивании и рождении. Фантазии относительно беременности являются повсеместными, составляют основной момент детской поглощенности и имеют свою историю. Они не относятся к какой-либо одной стадии индивидуального развития, а видоизменяются вместе с переменами в жизни и сознании ребенка. Анна Фрейд впервые классифицировала эти фантазии, описала условия, при которых происходит замена одних фантазий другими и связала их символическим рядом «грудь-фекалии-пенис-младенец». Она сделала акцент на том, что каждый из этих символических объектов, проявляющихся в фантазиях беременности, являлся в свое время частью «Я» и претерпел в результате взаимоотношений с другими людьми болезненное отделение от «Я». Она также подчеркнула, что Эдипова стадия, являясь первой групповой, т.е. подлинно социальной стадией, перерабатывает в фантазиях

беременности более ранние стадии, и предмет фантазирования приобретает человеческие черты, черты ребенка, черты «Другого». К 9-11 годам у ребенка есть уже все психологические средства для того, чтобы стать матерью или отцом, чтобы психологически принять ребенка, - остается только освободиться от инцестуозных объектов любви.

Наиболее крупное исследование психологического содержания беременности принадлежит Елене Дойч. В двухтомном труде «Психология женщины» она исследовала, в частности, связь детских переживаний и фантазий беременности у матери с самочувствием, эмоциональной жизнью и практическим поведением беременной, т. е. то, как «присутствие» проявляется в жизни и пренатальной общности.

Е. Дойч подробно описала и природу и содержание конкретных форм «присутствия» детского опыта матери в текущей беременности и попыталась увязать «присутствие» матери и «присутствие» плода. С точки зрения психоанализа, такой единицей совместного «присутствия» в докоммуникативном периоде вполне может выступать болезненный симптом. В некоторых из таких симптомов больше заметно присутствие эмбриона, например, в телесных симптомах (тошнота, отеки и т. п.) - они отражают переход «присутствия» ребенка в «присутствие» матери, т. е. их появление предшествует ощущению матери. Другие, эмоциональные: страхи, возбуждение, угнетенность и т. п. - отражают обратный переход, возникая вначале как некое общее эмоциональное беспокойство, которое лишь позже находит себе подходящий объект, различный в различных культурах. Так, в одних странах преобладает страх покалечения ребенка при родах, а в других - страх перед насилием. В этом классе симптомов ребенок вторичен, реактивен. Обращаясь к медицине, мать стремится избавиться от симптома, с которым, как считает Дойч, связан негативный опыт из ее собственного детства. Но тем самым она стремится сохранить беременность лишь как факт органический, но избавиться от субъективного мира беременности, отказаться от обратной связи, избежать осознания реальности данной

беременности, отказаться от разведения прошлого и настоящего опыта. Стремление перепоручить медицине воздействие на свой субъективный мир означает одновременно отказ от исследования и переживания опыта данной беременности; откладывается превращение «больной» в мать. Это регрессивное решение влияет на поведение плода, который уже начал двигаться, хотя мать пока не замечает этого: его активность уже угнетается и селектируется посредством чувств, вынесенных из раннего детства матери [10].

Обнаружив чрезмерную склонность беременных к регрессивному оживлению своего раннего опыта, психоаналитики по-разному объясняли это явление. И. Ференци, например, пытался объяснить происходящее через извечную борьбу сил жизни и смерти, внутриутробный младенец описывается им как «эндопаразит», эксплуатирующий тело матери. Одновременно возникал вопрос о том, что может уравновесить, окультурить разрушительные влияния, т. е., по сути, о пренатальном воспитании [11]. Е. Дойч считала, что негативное влияние раннего детского опыта компенсируется «материискостью» (Mothering), источник которой - в мазохистической любви, жертвенности и самоотдаче [12].

Внутри психоанализа проблема воспитания матери и плода так и не была разрешена, поскольку возник замкнутый круг понятий, в котором все позитивное имело биологическую природу и являлось только «культурной упаковкой» для выражения тех же разрушительных тенденций (например, «материнскость» Е. Дойч - окультуренный мазохизм).

Кроме симптомов, отражающих соприкосновение субъективности матери и «субъективности» внутриутробного младенца, существуют группы симптомов, за которыми стоит некая «недифференцированная субъективность»; в ней можно усмотреть присутствие только субъективного мира матери или исключительную «субъективность» ее неродившегося ребенка.

Первый вариант (группа симптомов, условно названная «отвержение») включает в себя ряд проявлений, начиная с откровенно злобного отвержения беременности и будущего ребенка и заканчивая таким образом жизни, когда женщина, вполне осознавая себя беременной и принимая беременность, тем не менее ведет себя так, как если бы она не была беременной, нередко подвергая опасности здоровье и жизнь будущего ребенка. Вторым вариантом, который мы называем «безмятежным симбиозом», характеризуется сверхзаинтересованностью в рождении ребенка: хорошее безмятежное состояние сопровождает всю беременность, отношение к будущему младенцу исключительно позитивное, но при этом будущая мать мало озабочена предполагаемыми потребностями ребенка, которого она вынашивает.

Очевидно, что в этом варианте чаще будет встречаться пассивная небрежность, скорее небрежное бездействие, приносящее вред или недостаточное для принесения заметной пользы (например, у лежащей на диване с детективом в руках женщины ребенок как минимум недополучает сенсорной стимуляции). В этом варианте обособляющие тенденции некапливаются, откладываясь на послеродовой период. Ребенок, который не приобрел до рождения опыта взаимодействия с границами «Другого», поскольку знал лишь безграничное слияние, не вырабатывает и исходного доверия к миру. Он полон страха, ему нечего «сказать» матери своим поведением, потому что он и она - это один субъект, он не может коммуницировать свой опыт, потому что его опыт не означен и не структурирован как «его».

И опыт «симбиоза», и опыт внутриутробного «отвержения» не дают сформироваться базисному доверию (Эриксон). Психодинамический подход связывает с нарушением базисного доверия нарциссическое развитие личности.

Обособление усиливается еще и тем, что у матери, пережившей безмятежную или отвергаемую беременность, нередко развивается

послеродовая депрессия, ребенок вызывает разочарование, раздражение; подавление этих чувств обессиливает женщину и сокращает время и интенсивность контакта с младенцем.

Таким образом, «задача», которую докоммуникативный период ставит перед будущей матерью, состоит в том, чтобы постепенно выделить в своем субъективном мире место для своего ребенка.

Описывая беременных, которые вели себя пассивно, относились пренебрежительно к своим потребностям, жили так, как будто беременности не существует, и не проявляли интереса к будущему ребенку, Е. Дойч высказала догадку о влиянии на беременность собственного эмбрионального опыта женщины. В семидесятые годы итальянский психоаналитик С. Фанти обнаружил у своих пациентов подобные феномены и обосновал существование еще одной стадии психического развития человека – эмбриональной [2].

Эта концепция дала возможность, во-первых, связать все последующие стадии с общим источником, и, во-вторых, выдвинуть идею о том, что женщина, забеременев, «вспоминает» и воспроизводит на органическом уровне свое состояние как плода, а в психологическом - состояние своей матери: здесь мы опять сталкиваемся с попыткой психоаналитиков развести аспекты бытия и сознания.

В рамках микропсихоанализа были разработаны специальные методики оживления, коррекции и интерпретации пренатального опыта. В частности, пациент вместе с аналитиком рассматривает свидетельства жизни до его рождения (планы домов, фотографии родителей, кино- и фотоматериалы) и сообщает при этом о чувствах своих родителей и окружении до того, как он появился на свет. Вопрос о достоверности этого опыта для Фанти не имел значения - ему важно было лишь чувство достоверности у пациента [2].

Вопрос о том, является ли вынашивание воспитанием, т.е. происходит ли при этом опосредованное включение будущего человека в общество, решался в разные эпохи по-разному.

1.2 История перинатальной психологии

Первый этап, который мы будем называть семейным пренатальным воспитанием или пренатальным воспитанием в малых сообществах, продлился в Европе до начала XVII века. Пренатальное воспитание не было частью общественной практики, не было массовым, государственным, а осуществлялось сообразно потребностям малых сообществ. В закрытых сообществах лидеры думали о будущих поколениях, проверяли и отбирали по тем физическим и нравственным критериям, которые вырабатывались в этом сообществе и поддерживали его целостность. Те, кто не проходил испытания, получали запрет на вступление в брак. В Древнем Китае, например, существовала система эмбрионального воспитания «тай-кье». Индийская традиция Чарака Самхита применяла прослеживание плода в течение третьего и четвертого месяца, а начиная с седьмого - ежемесячно. В дореволюционной России, особенно в северных регионах (Вологодская, Новгородская губернии) существовал свод правил и примет, регулирующих поведение беременной. Содержание пренатального воспитания состояло в передаче способов для саморуководства женщины во время беременности и родов, а с другой стороны, создавало некую временную общность и ставило женщину в особое положение в семье. При низком уровне развития медицины особый акцент делался на способности женщины родить самостоятельно, полагаясь на собственную интуицию и образ происходящего с ней, сформированный повитухой.

Второй этап в развитии пренатального образования наступил в XVII веке, «когда мужчина-медик основал акушерские училища, ввел в практику положение роженицы лежа на спине». С этого времени берет отсчет технологизированный «мужской» образ пренатального воспитания. Пассивность и зависимость женщины во время вынашивания и родов подвергали анализу с точки зрения различных концепций - этнографических, психоаналитических, культурологических. Важно отметить, что пренатальное воспитание прекратило свое существование как отдельная

практика, на смену ему пришло родовспоможение с его собственным образом рождающегося человека как организма, как лишенного переживаний. Родовспоможение стало обязательной практикой, через которую проходили все женщины. Прочие практики являлись факультативными. В частности, когда в сороковых годах психоанализ проявил интерес к беременным, лишь очень небольшое число беременных имело возможность и пожелало посещать психоаналитические сеансы [13].

На постсоветском пространстве, начиная с пятидесятих годов, репрессивный стиль пре- и перинатальных отношений воспроизводили и поддерживали Школы будущей матери, которые открылись в этот период при каждой женской консультации и ставили целью передачу знаний о внутриутробном развитии. Действительным результатом взаимоотношений женщины с врачом (до настоящего времени занятия в таких школах ведут врачи-гинекологи) являлось принятие позиции «снизу», передача ответственности медицине, страх перед родами, беспомощность и непонимание связи с собственным опытом, утрата интуиции. Ребенок виделся как объект манипулирования. Поведение и чувства матери, направленные на будущего ребенка, складываются в соответствии со стереотипами общественного сознания. Эти стереотипы поддерживались законодательно и обеспечивали возложение и самой женщины, и ее ребенка в систему тоталитарных отношений, облегчали раннюю разлуку, делая ее безболезненной, и ранний переход к общественному воспитанию в детских садах и яслях.

Кризис «медицинского этапа» пренатального воспитания на Западе обнаружился на тридцать лет раньше, чем в нашей стране, - на рубеже пятидесятих-шестидесятих годов. Этому способствовали не столько мировоззренческие, сколько практические проблемы. В поисках выхода прогрессивные медики обратились к гуманитарным областям - психологии и философии. Возникла нетрадиционная практика, в которой, прежде всего, была восстановлена фигура пренатального наставника, был сделан акцент на

его индивидуализированной связи с будущей матерью, на создании специфической пренатальной среды, в которой происходила кристаллизация ее индивидуальности.

Возрождение пренатального воспитания как особой области образовательной практики относится уже к третьему этапу, который мы будем называть «альтернативным». Отсчет этого этапа следует вести с 1962 года, когда Мишель Оден организовал в акушерской клинике в Пицивьерсе (Франция) первый Центр пренатальной подготовки. В настоящее время во всем мире действуют различные центры пренатальной подготовки, существуют разветвленные службы «естественного деторождения», которые предлагают юридическое, медицинское, тренировочное, психолого-консультативное обслуживание. В Англии действует около десяти, в США около тридцати таких организаций, в Дании, Голландии такая служба - часть официального государственного пренатального сервиса. Некоторые организации, например, Международная организация домашнего деторождения, Международная ассоциация обучения деторождению, «Международное Возрождение» не только представляют собой мощное движение за улучшение детского и материнского здоровья, но и воспроизводят качественно иные по сравнению с традиционными «репрессивными» или «опекающими» связи в общности «мать-плод-пренатальный наставник». Возрождение пренатального воспитания происходит и в рамках различных духовных и религиозных организаций. Следует отметить Национальную ассоциацию пренатального образования (ANEP) во Франции, строящую свою работу на идеях О. М. Айванхова о совершенствовании человека и фактически действующую благодаря поддержке Ассоциации Всемирного Белого Братства, Общество биогенетического здоровья в США, Мистическую школу сознательного зачатия и беременности [14].

Нетрадиционное пренатальное воспитание включает в себя, во-первых, подготовку к естественному рождению с целью смягчить критический

разрыв для матери и ребенка и обеспечить «паузу», во время которой мать и ребенок приобретают возможность преодолеть психологическую разделенность (к конкретным техникам относятся «лотосовое» рождение - без обрезания пуповины, прикладывание к груди сразу после рождения, ритм обстановки рождения, максимально приближенный к ритму внутриутробной жизни, и т.п.). Второй важный момент - это развитие способности матери получать информацию о состоянии и поведении ребенка во время беременности (при помощи техник из арсенала различных духовных практик-медитаций, упражнений, музыки, манипуляций с освещением и т. п.). Третья часть пренатального воспитания - это целенаправленное формирование способности матери изменять свое эмоциональное состояние и передавать его ребенку. Четвертая составляющая пренатального воспитания касается тесного контакта будущей матери с другими беременными и с пренатальным наставником [15].

В отличие от Запада, где кризис в акушерстве был вызван противоречиями между высокоразвитой технологией и хронической нерешенностью репродуктивных проблем, на пост советском пространстве кризис начался «сверху», вследствие резких перемен в самой социальной ситуации. Начиная с 1982 года, надвигается демографическая катастрофа, достигшая к 1990 году уровня депопуляции. В середине восьмидесятых годов женщины получили законное право не разлучаться с ребенком до достижения им трехлетнего возраста. Внутренняя противоречивость ситуации обнаружилась тогда, когда матери, получив относительную свободу от материальных ограничений и социально культивируемого пренебрежения к беременности и раннему периоду жизни, предпочли в большинстве своем оставаться дома с ребенком. Оказалось, что физическое присутствие и гигиенический уход за «младенцем» не обеспечивают существования взаимобезопасной и взаиморазвивающейся общности. Поскольку отсутствие пренатального опыта общения не осознавалось как источник проблем, последовало, с одной стороны, дальнейшее сокращение

рождаемости, увеличившееся в связи с нарастанием социальных проблем, с другой - массовое обращение к различным нетрадиционным направлениям медицины, внутри которых и стало развиваться в нашей стране альтернативное пренатальное воспитание.

На начальных этапах своего развития нетрадиционное пренатальное воспитание концентрировалось на самих родах и находилось в конфронтации с официальной медициной. Это определяло личностные особенности участников, посещающих занятия:

Таким образом, действительно произошел переход от отбора, характерного для закрытых, самовоспроизводящихся систем, к воспитанию, предполагающему открытость системы и постоянный приток новых людей, новых знаний и методов.

В последние полтора-два года, несмотря на сокращение числа рождений, наблюдается приток супружеских пар в систему пренатального воспитания. Этому способствует то обстоятельство, что пренатальные центры функционируют как хозрасчетные или на средства спонсоров, что позволяет им рекламировать свою деятельность в печати и на телевидении, увеличивается контакт с зарубежными центрами пренатального воспитания, появляются литература, видеокассеты, фотоальбомы. Одни системы все больше открываются, другие закрываются и концентрируют свой опыт [16].

Одновременно отмечаются попытки сотрудничества с медициной. Так, например, в ноябре 1992 года Центральный институт акушерства и гинекологии заказал Коммерческо-благотворительному центру программу пренатального воспитания. Фирма «Нина-Благовест» (директор Чичерина Н. А.) предлагает программу пренатального центра, предполагается, что этот центр будет функционировать как отделение французской ANEP. Привлекательность его для населения состоит в том, что к участию привлекаются врачи. Рост массовости в сфере пренатального воспитания остро ставит проблему психолого-педагогической экспертизы. Тем более, что при тиражировании, а также при перенесении опыта из другой культуры

неизбежно происходит редукция личного компонента в общности «будущая мать - пренатальный наставник». Период такого рода массовости еще не начался, но уже появились его признаки, например, союз с бюджетными структурами (женскими консультациями, Институтом акушерства и гинекологии, больницами и т. п.), отчуждение «педагогического коллектива» от воспитуемых в процессе работы, смещение акцента от изменения мировоззрения в самом процессе взаимоотношений к технологии воздействия, и главное, иерархическая модель, позиционное неравенство.

1.3 Психологическая готовность к материнству

Изучение готовности к материнству в последние годы ведется в разных аспектах: в плане социологических исследований позднего материнства и материнства несовершеннолетних (Кашапова С. О., 1999); при исследовании факторов риска психической патологии ребенка в связи с социальными и психическими аномалиями матерей (Захаров А.И., 1995; Скобло Г.В., Северный А.А., 1995; Козловская Г.В., 1995 и др.); в филогенетическом аспекте (Филиппова Г. Г., 1995 — 1999). Исследуются значимые личностные характеристики будущей матери, разрабатываются методы, выявляющие отношения родителей к не родившемуся ребенку (Боровикова Н.В., Федоренко С.А., 1999), изучаются факторы, влияющие на материнское поведение (Копыл С. Н., Баз Л. Л., 1994; Брутман В.И., Ениколопов С.Н., 1995).

В зарубежной литературе выделено более 700 факторов, представленных в 46 шкалах, характеризующих адаптацию женщины к беременности и раннему периоду материнства, включающие историю жизни женщины, ее семейное, социальное положение, личностные качества, связь с особенностями развития ребенка (Шмурак Ю.И.).

Исследования психологов и психиатров показывают, что взаимоотношения ребенка с окружающими людьми, и в первую очередь с матерью, в первые годы жизни имеют чрезвычайно важное значение для его дальнейшего личностного развития и психического здоровья. Так, установлено, что дефицит общения со взрослыми уже в первые месяцы жизни ребенка ведет к отклонениям и задержкам в его психическом развитии [17].

Из методической литературы известно также, что неадекватное материнское отношение к ребенку в раннем детстве выдвигается на первое место среди средовых факторов в развитии шизофрении и других заболеваний. Существуют данные о том, что нарушения взаимоотношений ребенка с близкими имеют отдаленные последствия для формирования

родительского поведения: большинство матерей, отказывающихся от своих детей, с раннего детства имели негативный опыт межличностных взаимоотношений в семье.

По данным Г.В. Скобло, А.А. Северного, А.А. Баландиной, около 50 % обследованных психически здоровых матерей не смогли выработать адекватного отношения к ребенку. При исследовании готовности к материнству было обнаружено, что уже примерно у 40 % беременных женщин обследованной выборки выявились те или иные особенности, могущие впоследствии оказать неблагоприятное влияние на развитие ребенка [18].

Таким образом, перед психологами стоит задача коррекции взаимоотношений матери и ребенка, точнее, своевременной коррекции материнского поведения. Эта задача требует раннего выявления отклонений в материнском поведении, понимания их причин и, соответственно, изучения закономерностей их становления.

Исследования, выполненные в школе М.И. Лисиной, убедительно доказали, что важнейшую роль в психическом и личностном развитии ребенка играет его общение со взрослыми людьми. В концепции М.И. Лисиной под общением понимается такое взаимодействие между людьми, при котором адресатом воздействий выступает личность другого человека, т.е. личностно-ориентированное взаимодействие [19].

Сопоставление особенностей общения взрослых с младенцами в домах ребенка и в семьях позволило выделить качественное различие в их взаимодействии с ребенком и соответствующее различие в отношении к нему. Это различие было обозначено в терминах «отношение как к субъекту» и «отношение как к объекту». Тот или иной тип отношения, проецируясь на взаимодействие взрослого с ребенком, определяет характер общения между ними. Только при отношении взрослого к ребенку как к субъекту реализуется личностно-ориентированное общение с ним. При этом создаются наиболее благоприятные условия для формирования у младенца положительного

самоощущения, переживания себя как источника активности и, в конечном счете — для общего психического развития. При объектном отношении взрослого у младенца не формируется положительное самоощущение, он становится пассивным, его дальнейшее развитие задерживается и искажается.

Исходя из сказанного, психологическая готовность к материнству рассматривается как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку.

По мнению Г.Г. Филипповой, мотивационная основа материнского поведения человека формируется на протяжении всей жизни, испытывая влияние как благоприятных, так и неблагоприятных факторов. Соответственно, уровень психологической готовности к материнству определяется суммарным эффектом действия этих факторов к тому моменту, когда женщина становится матерью [20].

Важнейший этап — это первые годы жизни. О значении раннего опыта взаимодействия с матерью в формировании родительского поведения многих видов животных и особенно приматов убедительно свидетельствуют данные этологов.

Д. Винникот пишет, что способность женщины «быть достаточно хорошей матерью» формируется на основе ее опыта взаимодействия с собственной матерью, в игре, во взаимодействии с маленькими детьми в детстве, а также в процессе собственной беременности и материнства. Мать не может научиться тому, что от нее требуется, ни из книг, ни от патронажных сестер, ни от докторов. Ее наука — это собственный опыт младенчества. Кроме того, она наблюдает, как другие родители ухаживают за детьми, возможно, сама ухаживала за младшими сестрами или братьями, и — что очень важно — она многому научилась в раннем детстве, играя в "дочки-матери"[3].

На формирование готовности к материнству влияет взаимодействие с собственной матерью. Этот этап начинается с внутриутробного периода развития и продолжается практически всю жизнь женщины. Наиболее значимым является младенческий и ранний возраст, так как этот период жизни сам по себе является сензитивным для формирования базовых основ личности и отношения к миру.

Как отмечают многие исследователи, самыми решающими считаются отношения с собственной матерью и семейная модель материнства (Захаров А.И., Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Колпакова М.Ю., Филиппова Г.Г. и др.). В зарубежной психологии выделилось самостоятельное направление, предметом которого являются материнско-дочерние отношения.

Исследователи выделяют некоторые аспекты, влияющие на формирование материнской сферы: родительская семья; взаимодействие с собственной матерью; игровая деятельность; опыт взаимодействия с младенцами в детском возрасте («нянченье»); взаимодействие с собственным ребенком.

Накопленные на сегодняшний день исследования свидетельствуют о том, что родительская семья является первичным и необходимым условием формирования материнства.

Зарубежные исследователи подчеркивают неблагоприятное влияние нарушений межличностных взаимоотношений в родительской семье на развитие личности будущей матери. Известно, что большинство матерей, отказавшихся от своих детей, воспитывались в нестабильных семьях и с раннего детства имели негативный опыт межличностных взаимоотношений. Б.Стил, Д.Поллок описали грубое, пренебрежительное обращение с детьми в двух и трех поколениях семей. Личность многих «женщин, не готовых к эффективному материнству», формировалась в своеобразной субкультуре агрессии, часть из них в детстве страдала от холодного отношения со стороны своих родителей, унижающего достоинство, угнетения, в

большинстве семей дочерей «воспитывали» грубостью, криком, а часто и побоями, т. е. они находились в неблагоприятной психотравмирующей среде.

В. Лосева и А. Луньков приводят типичные установки, которые будущая мать может усвоить от своих родителей: «Прежде чем заводить детей, надо прочно стоять на ногах в материальном и профессиональном отношении»; «Ты сама еще ребенок; как же ты можешь воспитывать детей?»; «Ты — эгоистка, а мать должна уметь жертвовать всем ради детей»; «Не торопись заводить детей. Поживи в свое удовольствие»... Названные установки могут сильно исказить материнское отношение у женщины, создавая у нее ложное представление о чрезмерной сложности процесса воспитания ребенка. В этом случае женщина начинает ориентироваться только на негативные стороны детско-родительских отношений [21].

Исследования привязанности показали, что существуют внутрисемейные циклы непрочной привязанности, передающиеся по материнской линии. Разные формы непрочной привязанности матери являются источником непрочной привязанности ребенка. С. Фрайберг отмечает, что глубокие внутренние конфликты, корнящиеся в детстве, мешают возникновению у матерей привязанности к ребенку. Не имеющие опыта подлинной близости с собственной матерью, пережившие в детстве амбивалентные отталкивающе-притягивающие отношения с ней, они и в своей жизни воплощают подобную модель отношений с другими. Для таких матерей характерен внутренний конфликт любви-ненависти, в основе которого лежит стремление к глубоким эмоциональным отношениям с другими и неспособность их выстроить, желание любви и неспособность любить [22].

Ханц Кренц указывает, что в настоящее время ранние отношения между матерью и ребенком рассматриваются в качестве важного фактора как здорового, так и психопатологического развития. Автор цитирует исследования Д. Фонаджи и утверждает, что представления о привязанности у женщины во время беременности коррелируют с паттернами привязанности между ней и ее ребенком в возрасте одного года. В 75%

случаев безопасная привязанность у ребенка (измеренная при помощи «странной ситуации») могла быть предсказана исходя из безопасной привязанности матери (исследованной с использованием "интервью взрослой привязанности" в течение последнего триместра беременности), что указывает на межгенерационный трансфер представлений о привязанности, но не делает утверждений о том, каким образом этот трансфер осуществляется [22].

Исследование М. Майна, Р. Голдвина подтвердило наличие у отвергаемого ребенка тенденции стать отвергающим родителем. Авторы выявили связь между представлением о своей матери и отвержением собственного ребенка, опосредованным специфическими искажениями когнитивных процессов. Наблюдается защитное искажение памяти у отвергавшихся в детстве матерей. Это искажение актуализирует "внутреннюю рабочую модель", определяющую отношения с собственным ребенком. «Внутренняя рабочая модель неизбежно приводит к повторению опыта дурного обращения с детьми и их внутреннего отвержения» [23].

Качество материнско-дочерних связей и его влияние на материнскую сферу женщины определяется, помимо привязанности, стилем их эмоционального общения, участием матери в эмоциональной жизни дочери, причем важным считается изменение такого участия со стороны матери в соответствии с возрастными изменениями эмоциональной сферы дочери. Достаточно устойчиво передается от матери к дочери адекватный стиль эмоционального сопровождения. Относительно ценности материнства речь может идти только о возникновении модели материнства своей матери как субъекта, испытывающего определенные эмоции в ситуации взаимодействия с ребенком. Можно допустить, что ребенок, по крайней мере в конце раннего возраста, воспринимает отношение других к своей матери как к имеющей ребенка. Позднее включается оценка самой матерью отношения к себе других как к матери, рефлексия дочерью степени удовлетворенности матери своим материнством. Все это входит в модель материнства собственной

матери и ее соотношение с семейной и культурной моделями. Большое значение имеет удовлетворенность матери ее материнской ролью.

Таким образом, в первую группу показателей психологической готовности к материнству включают особенности коммуникативного опыта женщины в ее раннем детстве.

Вторым этапом становления готовности к материнству является игровая деятельность. Игровая деятельность интерпретируется в разных психологических подходах в зависимости от взглядов на роль игры в развитии личности (проигрывание личностных конфликтов в психоанализе, развивающая функция игры в отечественной психологии и т.п.) [24].

Однако все соглашаются с тем, что в сюжетно-ролевых играх в «дочки-матери» и в «семью» происходят конкретизация и развитие некоторых компонентов материнской сферы. Первоначально возникают сюжетно-отобразительные действия (кормление куклы, укачивание), а затем принятие на себя роли матери. Играя, девочка «примеривает» к себе разные «образы себя», реализует свое желание побыть матерью; естественно, что при этом жизнь матери мифологизируется.

Важно отметить, что в игре с куклой участвует и отношение взрослых как к самим куклам, так и к играм девочки. Благодаря активной форме участия в играх достигается высокий уровень запоминания событий, имевших место в игре, что соответствует данным психологии, согласно которым у человека остается в памяти приблизительно 10% из того, что он слышит, 50% — из того, что он видит, и 90% — из того, что он делает [25].

Проживание в роли состояний своего персонажа, идентификация с ним, моделирование в игровых ситуациях реальных событий из жизни дают возможность «отработки» не только мотивационных основ, но и операционального состава материнской сферы. Значение, которое придавалось кукле в народной педагогике, свидетельствует об осознании связи игры в куклы с развитием материнства. В России кукла передавалась от матери к дочери, специально изготовлялась для дочери. Куклу наряжали к

празднику, вывозили в гости, на смотринах невесты она служила доказательством готовности девушки к роли хозяйки и матери. Эти традиции помогали сохранять и поддерживать культурную и семейную модели материнства.

Несмотря на большое значение в развитии психики ребенка, игровая деятельность мало исследована в плане развития материнства. Но можно предположить, что в игре происходит конкретное упражнение всех операций материнской сферы поведения.

В психологии отмечается важность для женщины опыта взаимодействия с младенцами в детском возрасте. Результатом такого опыта является, помимо освоения некоторых навыков обращения с ребенком, появление к нему интереса и положительно-эмоционального отношения. К сожалению, особенности взаимоотношений с младенцами, содержание субъективного опыта и его роль в развитии материнской сферы недостаточно изучены.

Этап «нянчения», по Г.Г. Филипповой, имеет достаточно четкие возрастные границы. Он начинается примерно с 4,5 года, когда хорошо развита сюжетно-ролевая игра, и заканчивается к началу полового созревания. Наиболее сензитивным является возраст от 6 до 10 лет. Развитие потребности в эмоциональном общении со взрослым в ситуативно-личностных коммуникациях и освоение эмоционального общения со сверстниками в совместных играх позволяет 5—6-летним детям усмотреть во взаимодействии с младенцем источник богатых впечатлений и удовольствия. Ярко проявляемые младенцами эмоции в общении, их инициатива и неограниченный воспитательными функциями (как у взрослых) искренний эмоциональный отклик во взаимодействии и игре, возможность осуществить с реальным объектом освоенные в сюжетно-ролевой игре действия и переживания создают прекрасные условия для закрепления на живом младенце всех сформированных прежде компонентов материнской сферы.

Следует отметить также, что к старшему дошкольному возрасту развитие сюжетно-ролевой игры характеризуется смещением интереса детей

от условных игрушек к конкретным. Таким, образом, живой младенец "попадает точно в цель" относительно всех сторон психического развития старшего ребенка. Это подтверждается и кросс-культурными исследованиями. В культурах, где в качестве нянек используются старшие дети, им в возрасте от 6 до 9 лет доверяют 6-месячных младенцев. Естественный перерыв в родах в примитивных культурах, где большая часть заботы о ребенке приходится на мать, составляет 4—5 лет. Только в культурах, где материнские функции распределяются между многими членами семьи и племени, возможны более короткие перерывы в родах. В этом случае каждый 6-летний ребенок получает «своего» младшего, имея возможность более или менее тесного и продолжительного контакта с младенцами неоднократно в течение дальнейшей жизни [25].

Таким образом, при распределении материнских функций в традиционных культурах на этапе нянчения можно выделить два периода. Первый характеризуется налаживанием эмоционально-личностного общения и совместных игр с младенцами первого полугодия, а второй — осуществлением элементов заботы и ухода за младенцами второго полугодия и детьми раннего возраста. Последовательность этих периодов позволяет "наложить" необходимость заботы на уже имеющееся эмоциональное отношение, а соответствующее возрастным особенностям старших детей распределение материнских функций — удовлетворить их потребность в сюжетно-ролевой игре и участии во взрослой деятельности, без форсирования ответственности за жизнь и здоровье малыша.

Важнейший этап в становлении материнского поведения — это первые годы жизни. О значении раннего опыта взаимодействия с матерью в формировании родительского поведения многих видов животных и особенно приматов убедительно свидетельствуют данные этологов. В отношении человека можно интерпретировать роль раннего коммуникативного опыта следующим образом.

Исходя из концепции М.И.Лисиной, основы личности, отношение человека к миру и к себе самому закладываются с первых дней жизни в общении с близкими взрослыми. Под влиянием эмоционального личностно-ориентированного общения у воспитанников экспериментальных групп домов ребенка прогрессирует субъектное отношение к окружающим людям, закладываются прочные аффективно-личностные связи, в то время как у детей из контрольных групп преобладающим остается объектное отношение, аффективно-личностные связи отсутствуют либо слабы и поверхностны [19].

Складывающееся в общении первое личностное образование может рассматриваться и как первый вклад в становление будущего родительского поведения. Если опыт общения с близкими взрослыми был положительным, это означает, что стартовые условия для формирования субъектного отношения к другим людям были благоприятными и основа для формирования субъектного отношения к своему ребенку заложена. Предполагается, что о характере раннего коммуникативного опыта, полученного будущей матерью в общении с близкими взрослыми, можно судить по аффективным следам, оставленным в ее первых воспоминаниях о себе и родителях, об их стиле воспитания, о своих привязанностях. Если родители были ласковы, общение с ними оставило в памяти женщины яркий след, если была сильная привязанность к матери или другим родственникам, значит, в раннем детстве женщина имела благоприятный опыт эмоционального общения, что ставит ее в более выгодные условия в прогнозе будущего материнского поведения по сравнению с теми, кто такого опыта не имел.

По результатам исследования С. Ю. Мещеряковой, в котором для определения уровня психологической готовности к материнству использовались рисуночные тесты, специально разработанная анкета для беременных, индивидуальные беседы, в результате были выделены три уровня психологической готовности к материнству [25].

1. *Низкий уровень готовности к материнству* наблюдался у 23% женщин от всей выборки. У них чаще отмечались колебания в принятии решения иметь ребенка, негативные ощущения и переживания в период беременности. Они скупое и формально отвечали на вопросы, касающиеся их отношения к не родившемуся ребенку (многие не переживали чувства общности с ребенком, не придумывали имя, не представляли себе малыша). Преимущественно ориентировались на соблюдение жесткого режима, были сторонницами строгого воспитания. Они также чаще указывали на отсутствие в своем детстве привязанности к матери и строгое отношение к ним родителей, редко играли с куклами и отдавали предпочтение детям старше трех лет.

2. *Высокий уровень* наблюдался у 27 % испытуемых. Эти женщины без колебаний решали иметь ребенка, радовались, узнав о беременности, охотно и развернуто отвечали на вопросы, касающиеся их отношения к будущему ребенку (разговаривали с ним, прислушивались к шевелению, реагировали на него какими-либо действиями). Ориентировались они на соблюдение мягкого режима (кормить его по потребности, чаще брать на руки и т.п.). Все испытуемые имели в детстве благоприятный коммуникативный опыт: Привязанность к матери, ласковое отношение родителей, любимые куклы. Все отметили, что любят детей младенческого возраста.

3. *Средний уровень* составили 50 % матерей; их ответы частично напоминали ответы первой группы и частично — второй. У них наблюдалась противоречивая установка на воспитание (они не собирались часто брать ребенка на руки, не были сторонницами кормления по часам и т.д.). Половина этой группы отметила отсутствие привязанности к матери, их ранний коммуникативный опыт был неоднозначным. Треть группы отдавала предпочтение играм в «дочки-матери», половина отмечала, что любит детей до года, остальные — постарше [25].

Выделенные три уровня психологической готовности к материнству соответствуют разным типам материнского поведения, устойчиво

сохраняющимся на последующих этапах. Младенцы матерей с высоким уровнем психологической готовности к материнству обнаружили самый высокий уровень общения с матерью: были более инициативны, лучше владели экспрессивно-мамическими средствами общения, умели развивать коммуникативную ситуацию. Проявляя выраженный интерес к общению, быстро и с удовольствием включались в него, не прекращая контакта по своей инициативе и активно протестуя, когда его прекращала мать. В последующем они отличались яркой эмоциональностью, открытым и доброжелательным отношением к людям, высокой любознательностью.

Младенцы первой группы имели самые низкие показатели компонентов комплекса оживления, часто отвлекались от общения, у них слабо выражено стремление к сопереживанию с матерью в радующей ситуации. Позднее они с большим трудом вступали в контакт с посторонними, слабо владели речью, плохо играли.

У младенцев из третьей группы матерей отмечался более низкий уровень общения с матерью, чем у второй. Они менее инициативны, но имели высокие показатели компонентов комплекса оживления, демонстрируя преимущественно ответное поведение; слабее умели развивать коммуникативную ситуацию; нередко сами прекращали общение.

По данным анкетирования и реально наблюдаемому поведению у матерей первой группы превалирует объектное отношение к ребенку, у матерей второй группы — субъектное, а в третьей группе отмечается смешанное, или промежуточное, отношение [25].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что женщины готовые и не готовые к материнству, имеют различные представления о матери и ее роли. У женщин, готовых к материнству, присутствует образ матери принимающей, отзывчивой, способствующей развитию и обучению ребенка, разделяющей его самостоятельную ценность. У женщин, не готовых к материнству, ярко прослеживается сверхценность ребенка и невыраженность таких качеств, как отзывчивость и стремление к его развитию.



Рисунок 1 – Структура готовности к материнству

Г.Г. Филиппова в готовности к материнству выделяет 5 основных блоков:

1. Личностная готовность: общая личностная "зрелость" (адекватная возрастно-половая идентификация; способность к принятию решений и ответственности; прочная привязанность; внутренняя каузальная атрибуция и внутренний локус контроля; отсутствие зависимостей) и личностные качества, необходимые для эффективного материнства (эмпатия; способность к совместной деятельности; способность быть "здесь и теперь"; творческие способности; интерес к развитию другой личности; интерес к деятельности выращивания и воспитания; умение получать удовольствие; культура тела);

2. Адекватная модель родительства: адекватность моделей материнской и отцовской ролей, сформированных в своей семье, по отношению к модели личности, семьи и родительства своей культуры; оптимальные для рождения, воспитания ребенка родительские установки, позиция, воспитательные стратегии, материнское отношение;

3. Мотивационная готовность: зрелость мотивации рождения ребенка, при которой ребенок не становится средством: полоролевой, возрастной личностной самореализации женщины; удержания партнера или укрепления

семьи; компенсации своих детско-родительских отношений; достижения определенного социального статуса и т.п.;

4. Сформированность материнской компетентности: отношение к ребенку как субъекту не только физических, но и психических потребностей, субъективных переживаний; сензитивность к стимуляции от ребенка, способность к адекватному реагированию на проявления ребенка; способность ориентироваться для понимания состояний ребенка на особенности его поведения и свое состояние; гибкое отношение к режиму и установка на ориентацию на индивидуальный ритм жизнедеятельности ребенка в ранний период его развития; необходимые знания о физическом и психическом развитии ребенка, возрастных особенностях его взаимодействия с миром; способность к совместной деятельности с ребенком; навыки воспитания и обучения, адекватные возрастным особенностям ребенка;

5. Сформированность материнской сферы: материнство как часть личностной сферы женщины (материнская потребностно-мотивационная сфера) включает 3 блока (эмоционально-потребностный; операциональный; ценностно-смысловой), содержание которых последовательно формируется в онтогенезе женщины (во взаимодействии с собственной матерью и другими носителями материнских функций в сюжетно-ролевой игре в куклы и семью, во взаимодействии с младенцами до рождения своего ребенка; в период полового созревания; во взаимодействии с собственными детьми).

В каждом блоке должны быть сформированы необходимые компоненты.

В эмоционально-потребностном: реакция на все компоненты гештальта младенчества (физические, поведенческие и продуктивно-деятельностные особенности ребенка); объединение компонентов гештальта младенчества на ребенке как объекте материнской сферы; потребность во взаимодействии с ребенком, в заботе и уходе за ним; потребность в материнстве (в переживании соответствующих выполнению материнских функций состояний).

В операциональном: операции вербального и невербального общения с ребенком; адекватный стиль эмоционального сопровождения взаимодействия с ребенком; операции ухода за ребенком с необходимыми стилевыми характеристиками (уверенность, бережность, ласковость движений).

В ценностно-смысловом: адекватная ценность ребенка (ребенок как самостоятельная ценность) и материнства; оптимальный баланс ценностей материнской и других потребностно-мотивационных сфер женщины [22].

Содержание всех пяти блоков готовности к материнству взаимосвязано в плане как их онтогенетического формирования, так и психологической профилактической и коррекционной работы. В каждом индивидуальном случае будет своя, особенная картина содержания всех блоков.

В последние десятилетия в нашей стране имеет тенденцию к постоянному росту такое социальное явление, как «скрытый инфантицид» — отказ матери от ребенка.

Существуют ли какие-то специфические характерологические особенности личности, которые нарушают естественное формирование готовности к материнству? Исследователи указывают на полиморфизм факторов, предрасполагающих к этому. Одним из малоизученных аспектов проблемы является обнаруженный еще в начале века феномен искаженного восприятия матерью своего нежеланного ребенка. В последующем он наблюдался у женщин с послеродовой депрессией. Ученые предполагают, что эти изменения связаны с эмоциональным состоянием женщины, которая переживает резкое расхождение между реальным и «идеальным» ребенком, о котором она мечтала. При этом она воспринимает дитя как обман своих надежд, источник принуждения Я страдания.

Исследователи (Филиппова Г.Г., Агнаева Е.Х., Леус Т.В., Брутман В.И., Авдеева Н.Н. и Мещерякова С.Ю., Пайнз Д., и др.) полагают, что к таким искажениям особенно предрасположены одинокие матери с их повышенной тревожностью, потребностью в благодарности, с неосознанным чувством вины. Они проецируют на ребенка худшие свои качества. Для них он

воплощает в себе зло, которое они испытали, все то, в чем они себе отказывают [26].

В. И. Брутман одной из причин девиантного материнства называет неблагоприятный детский коммуникативный опыт. Будущая отказница отвергалась своей матерью с детства, что привело к нарушению процесса идентификации как на уровне психологического пола, так и при формировании материнской роли. Неудовлетворенная потребность в материнской любви и признании не позволяет отказнице самой стать матерью. По мнению В. И. Брутман, для формирования нормального материнского поведения необходима идентификация с матерью, а затем на ее основе — эмоциональная сепарация [26].

Нельзя не отметить возрастающую в последнее время проблему ранней подростковой беременности. Данные немногочисленных исследований, в частности С.О.Кашаповой, свидетельствуют об искаженном формировании материнской сферы, несложившейся мотивации материнства и инфантильном отношении к беременности у девушек-подростков.

Можно отметить следующие характеристики женщин с нарушенной готовностью к материнству:

- 1) эмоциональная и психологическая незрелость, низкая толерантность к стрессам, несдержанность аффектов;
- 2) неготовность к браку в силу эмоциональной неустойчивости, эгоцентризма, стремления к независимости;
- 3) сосредоточенность на своих проблемах, переживание чувства несправедливости и недостатка любви;
- 4) неразрешенность детских и пубертатных конфликтов;
- 5) неполная собственная семья, часто отсутствует муж, часто воспитывается отчимом;
- 6) в ее семейной истории существует паттерн отказа от ребенка; разводы и физическое насилие регистрируются уже в поколении бабушки;

7) эмоциональная зависимость от матери, несмотря на то, что отношения с ней могут быть негативными;

8) мать характеризуется ею как агрессивная, директивная и холодная; либо не знает о беременности дочери, либо против нее;

9) ребенок для нее — источник психологических проблем, страха и тревоги. Он кажется ей недоступным для контакта, как нечто незначительное и далекое от нее самой [27].

Таким образом, исследования психологической готовности к материнству показывают, что для женщин с нарушением течения беременности характерно наличие внутреннего конфликта, связанного с неготовностью принятия материнской роли, проявляющегося в глубокой внутренней неудовлетворенности и создающего ситуацию острой напряженности, которую женщина не может разрешить конструктивно. Показателями внутреннего конфликта в материнской сфере у женщин с нарушениями течения беременности являются: конфликтный и тревожный образ будущего ребенка, объектное отношение к ребенку со стороны матери, отсутствие эмоционального принятия будущего ребенка; конфликтный образ себя как матери, эйфорическое или дискомфортное отношение к собственной материнской позиции; тревожный или конфликтный образ своей матери. У женщин с нормально протекающей беременностью (женщины с игнорирующим типом переживания беременности и отношения к ребенку в данную группу не входили) образ ребенка адекватный, отношение к ребенку субъектное, эмоциональное принятие достаточно хорошо выражено. Образ себя как матери не имеет признаков конфликтности, дифференцирован и наполнен положительными эмоциями. Образ собственной матери является адекватным, отношения с ней теплые, эмоционально насыщенные, но в то же время женщина не является зависимой от своей матери. При этом для женщин уже имеющих или еще не имеющих детей также характерны различные типы отношения к ребенку и материнству, аналогичные таковым у беременных женщин. Наличие

конфликтности или тревожности в материнской сфере проявляются в таких же характеристиках образа ребенка, себя как матери, своей матери и себя как ребенка своей матери.

Таким образом, психологические особенности, относящиеся к материнской сфере женщины и провоцирующие нарушение течения беременности, во-первых, являются общими характеристиками, проявляющимися на всех этапах развития материнской сферы (до беременности и после нее), а во-вторых, могут быть выявлены (как факторы группы риска) до наступления беременности.

Как показывают психологические исследования С.Ю. Мещеряковой, психологическая готовность к материнству (включающая ценность будущего ребенка, себя как матери, материнскую компетентность) во-первых, может рассматриваться как ведущий фактор адаптации к беременности и материнству, а во-вторых, может быть выявлена до наступления беременности. Таким образом, превентивная психологическая диагностика позволяет выявить взаимосвязь факторов и определить мишени и стратегии психологической коррекции и даже профилактики. Все это свидетельствует о том, что психологическая помощь женщинам с нарушением репродуктивной функции и психологической готовности к материнству во-первых, необходима, а во-вторых, не должна ограничиваться коррекцией их психосоматического состояния. Она должна быть направлена на оптимизацию не только беременности, но и готовности к материнству в целом.

РАЗДЕЛ 2 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

2.1. Идентификация беременности

В психологии и психотерапии беременности особый интерес представляет возможность прогнозирования отклонений от адекватного материнского поведения и проектирование психологического вмешательства. В этих целях разрабатываются типологии и способы выявления отношения женщины к беременности. Одним из факторов, учитывающихся в диагностике, является выраженность соматического компонента беременности и отношения к нему женщины. В зависимости от того долгожданная или неожиданная, запланированная или случайная, первая или очередная беременность зависит, в первую очередь, эмоциональное состояние матери на период идентификации беременности.

При сравнительном изучении переживания беременности у “благополучных” беременных и женщин, отказавшихся от ребенка, показано, что отсутствие или сильное снижение выраженности симптоматики беременности характерно для женщин-отказниц (Брутман В.И., Радионова М.С.) [28]. Слишком сильная выраженность симптоматики, сопровождаемая отрицательными эмоциональными переживаниями, также характерна для неблагоприятного отношения к беременности и материнству (Шерешевский Р.М. и др.) [31].

Период идентификации в большинстве случаев начинается и заканчивается еще до возникновения первых изменений в физическом состоянии женщины и непосредственно связан с осознанием факта беременности. В редких случаях беременность не осознается, несмотря на уже присутствующий соматический компонент. Изменение в самочувствии, задержка менструации и т.п. могут интерпретироваться как разного рода недомогания. Вопрос о полном неосознании женщиной своей беременности в таких случаях является очень сложным. Имеющиеся в литературе данные, особенно касающиеся женщин, отказывающихся от ребенка,

свидетельствуют, что речь должна идти о различных формах игнорирования признаков беременности как варианте личностных защитных механизмов. Причины и конкретные проявления этого феномена всегда индивидуальны. В некоторых случаях идентификация беременности может произойти через несколько месяцев после зачатия, иногда только после начала шевеления плода.

Обычно предположение о возможности беременности появляется у женщины через 2-3 дня после задержки менструации. Конкретные сроки связаны с четкостью менструального цикла. В случаях если беременность планируется и, тем более, предпринимаются специальные меры для ее наступления (особенно при лечении от бесплодия или при жестком планировании зачатия), возможна идентификация биохимической беременности с помощью соответствующих анализов. В обычных случаях возникновение первого подозрения уже провоцирует определенные переживания. До подтверждения факта беременности они всегда носят оттенок беспокойства, причиной которого может быть либо страх наступления беременности, либо страх ее ненаступления. Какие меры и как быстро будет предпринимать женщина для уточнения наличия беременности, зависит от конкретных условий. Тревога по поводу беременности (как «отрицательная», так и «положительная») чаще всего ведет к наиболее раннему и точному установлению факта беременности. В случаях нежелательной беременности в сочетании с затруднениями ее прерывания возможно, напротив, длительное затягивание подтверждения беременности. При сочетании желательности беременности, ее естественном наступлении и личностной зрелости матери она прибегает к специальным мерам (например, осмотр врача, анализы) через 1-2 недели после появления подозрения на беременность. Для «оптимальных» случаев характерно использование тестов через 3-4 дня после задержки менструации, после чего женщина обращается к врачу только через 3-4 недели (для постановки на учет в женской консультации). Таким образом, в среднем эти женщины посещают врача пер-

вый раз примерно в 7 недель (от 6 до 8-9, реже до 10-11). Сроки идентификации беременности составляют примерно одну неделю. В большинстве случаев за это время принимается решение о сохранении беременности или ее прерывании. Исследования беременных, отказниц и матерей с детьми разного возраста показали, что момент идентификации беременности очень хорошо помнится, все связанные с ним переживания актуализируются очень точно, вне зависимости от его давности. Содержание и интенсивность этих переживаний, как будет видно ниже, непосредственно отражают значение этой беременности для матери и многие особенности ее материнской сферы. Г.Г. Филиппова выделяет 8 вариантов переживания идентификации беременности.

1. Тревожное. При подозрении на беременность возникает сильная тревога, которая устойчиво сохраняется до подтверждения факта беременности и после него, часто даже усиливаясь. Впоследствии характерно яркое сохранение в памяти всех обстоятельств и своих действий, эмоциональное состояние актуализируется легко и отличается живостью и непосредственностью. Женщины склонны подробно и неоднократно обсуждать причины своих негативных переживаний, оправдывать их неожиданностью, тревогой за сохранение беременности (если беременность интерпретируется как желанная). Если беременность нежеланна, то тревога сопровождается другими переживаниями (досада, страх и т.п.).

2. Первая эмоция отрицательная (страх, тревога, ужас, растерянность, разочарование и др.). Она достаточно явно выражена и продолжается до уточнения факта беременности. После этого происходит смена эмоционального состояния на положительное: удовлетворение от подтверждения планов, радость, приятное удивление. Первые ощущения чаще всего не возвращаются. Средняя выраженность этого перехода характеризует женщину как достаточно ясно осознающую перемены в жизни и свою ответственность при общем положительном отношении к беременности. Резкая выраженность перехода отражает амбивалентное

отношение и наличие некоторых проблем в принятии беременности. Если в дальнейшем признаков амбивалентности не обнаруживается, то это означает, что противоречия получают свое разрешение на этом первом этапе и для их возобновления нужны серьезные причины в дальнейшем.

3. Слабо выраженные отрицательные эмоции, которые обычно не предваряют, а перемежаются с более выраженными положительными. Основное состояние можно описать как удовлетворение, радостное удивление, в сопровождении периодически возникающей озабоченности и сожаления. После уточнения наличия беременности возникает состояние «принятия факта» и сосредоточения на задачах, связанных с беременностью. Особо сильно выраженных положительных эмоций не наблюдается, хотя общая оценка своего состояния явно положительная. Большое значение имеют ожидания близких, отвечая которым женщина часто склонна преувеличивать свою собственную радость. Это наиболее благоприятный вариант переживания идентификации беременности, характеризующий женщину как зрелую, готовую к материнству, понимающую всю важность происходящих в ее жизни перемен и принимающую свою беременность как желательную; готовую перестраивать свою жизнь в ориентации на ребенка.

4. Эйфорическое состояние. Все переживания очень сильно выражены и абсолютно отсутствуют какие-либо признаки тревоги, озабоченности, сожаления и т.п. Чаще всего такое состояние характерно при недостаточной рефлексии неизбежных изменений в жизни, непринятии на себя ответственности, общей личностной незрелости. В этих случаях любое нарушение «идеального течения беременности» (как в отношении физиологии, так и внешних условий) ведет к появлению страха, резкой смене общего эмоционального состояния. Такие женщины обычно не готовы и к проблемам послеродового периода. Осложнения возникают к концу беременности, когда эти проблемы становятся реальными. На практике не встречается сочетания эйфорического типа идентификации беременности с последующим отсутствием проблем в материнстве,

5. Амбивалентное отношение. Характеризуется периодической сменой полярных эмоций, затягиванием решения о сохранении беременности. При осознании нежелательности беременности и невозможности ее прерывания возможны депрессивные или аффективные эпизоды, адресация к внешним причинам, мешающим принятию беременности. При этом обычны раннее появление соматических ощущений, связанных с беременностью, их сильная выраженность. В некоторых случаях в качестве причин своих состояний и переживаний расцениваются наличие соматических заболеваний, осложняющих беременность, семейные и социальные условия и т.п.

6. Слабо выраженное амбивалентное отношение с неоправданным затягиванием решения о сохранении беременности. Причинами, мешающими это сделать, могут быть недостаток денег, «горящая» путевка, заболевание типа простуды или просто «некогда было». Такое отношение можно выразить фразой: «Когда хватилась, уже поздно было». Последствия могут быть самыми разными, от благополучной коррекции в «хороших» условиях (которые индивидуальны для каждого случая) до отказа от ребенка, и зависят от конкретной ситуации.

7. Неправдоподобно длительная интентификация беременности. Налицо уже все признаки беременности, однако они интерпретируются как отравление, нарушение менструального цикла, грипп и т.п. В таких случаях соматические ощущения часто бывают смазаны, живот начинает увеличиваться поздно, женщины говорят, что нарушения цикла у них бывают часто (хотя проверить это невозможно). Подробное обсуждение обстоятельств и самочувствия женщины позволяет заключить, что подозрения на беременность возникали, но активно подавлялись. Такое состояние чаще всего обнаруживается у женщин, впоследствии отказывающихся от ребенка. При сохранении беременности как желанной это очень редкие случаи, которые можно оценить как «нетипичные».

8. Аффективно-отрицательное переживание идентификации беременности, устойчиво сохраняющееся вне зависимости от решения о ее

сохранении. В разных случаях в зависимости от обстоятельств и личностных особенностей женщины первые негативные эмоции могут переходить либо в игнорирование факта беременности, либо в депрессивное состояние, либо сохраняется аффективно-отвергающее отношение. Обычно в этих случаях беременность идентифицируется вовремя. Исключение составляют редкие случаи поздней идентификации, когда уже невозможно прерывание беременности, из-за нетипичных физических состояний (нарушение цикла, продолжение менструаций и т.п.) или у совсем юных беременных [29].

Прогностические возможности стиля переживания идентификации беременности (и беременности в целом) подтверждены данными, полученными Г.Г. Филипповой при консультационной работе с матерями с детьми дошкольного возраста. Стиль переживания идентификации сочетается с типом материнского отношения (по А.Д.Кошелевой) и уровнем эмоционального благополучия ребенка (высокий, средний, низкий), а также со стилем эмоционального сопровождения матерью процесса взаимодействия с ребенком (Г.Г.Филиппова).

Следует сказать, что переживание идентификации беременности не влияет на дальнейшее развитие материнства, а только отражает «стартовое» содержание потребностно-эмоционального и ценностно-смыслового блоков материнской сферы.

В.И. Брутман и М.С. Радионова провели эксперимент, в котором принимали участие 169 первородящих женщин в возрасте от 15 до 29 лет из социально неблагополучных групп населения. Подавляющее большинство из них (84%) были одинокими и рожали в безбрачии, 91% не имели собственного жилья и проживали в родительских семьях; 69% женщин относили себя к бедным и малоимущим слоям населения, 72% не работали и находились на иждивении у родственников, мужей, сожителей. Из этого числа 54 женщины считали свою беременность желанной и сохранили материнство, остальные 115 отказались от ребенка сразу в родильном доме. Эта группа "отказниц" была принята экспериментаторами как

верифицированная модель нежеланной беременности. Высокий удельный вес "отказниц" в материале связан с особенностями выборки [30].

В результате был выявлен следующий характер телесных ощущений и эмоциональных реакций у женщин, вынашивающих желанную беременность.

Как известно, одним из главных новообразований периода беременности у женщин является возникновение интрацептивного сенсорного опыта взаимодействия с плодом. Формирование этого опыта связано с тем, что, начиная со второй ее половины беременности, у всех женщин возникают естественные ощущения, непосредственно связанные с движениями формирующегося плода. Обычно, женщины субъективно выделяют эти ощущения и сразу отличают их. Они подчеркивают их необычность, несравнимость ни с какими иными, ранее пережитыми телесными феноменами. Описывая эти естественные ощущения женщины, обычно прибегают к чрезвычайно образным сравнениям. Это особенно акцентировано в первое время, пока плод еще мал. Пытаясь передать свои ощущения, беременные рассказывают, как в начале они испытывают очень смутные, слабые, плохо локализованные "толчки", "неотчетливые перемещения". Для сравнения они используют, соответствующие своему настроению, метафоры: "как будто рыбка проплыла", "теплые волны", "мягкие прикосновения", "как будто слегка прикоснулся", "мягко зашевелился" и пр. Ощущения, которые испытывает беременная, обычно эмоционально окрашены в приятные тона. Беременные женщины рассказывают, как они постоянно "прислушиваются", с нетерпением "ждут" этих сигналов, наделяют их важным смыслом, как бы "медитируют" на этих ощущениях. Периодически возникающие шевеления оживляют у них поток фантазий, связанных с ребенком и будущим материнством.

В последующем, по мере роста плода, чувственный компонент этих ощущений становится более ярким, приобретает оттенок предметности. Женщины переживают "отчетливые толчки", "перевороты", "бьется",

"толкается". Беременные в этот период обычно начинают трактовать поведение будущего младенца "проснулся...", "он маму тревожит...", "шалит..." и пр.

Можно видеть, как наделенная смыслом беременность воодушевляет будущую мать, создает соответствующий аффективный фон, которым она одухотворяет своего будущего младенца. Поэтому в их переживаниях его присутствие вызывает чувство нежности, окрашивается в теплые эмоциональные тона. Для выражения своих чувств, как правило, используются уменьшительно-ласкательные суффиксы: "мой маленький", "крошечка", "зайчик" и пр. Мысли о нем вызывают улыбку. Некоторые женщины бывают настолько захвачены, погружены в эти переживания, что в их поведении также начинают появляться черты детскости. Они становятся более сенситивными и внушаемыми, беспомощными и размягченными. Как пишет D.Pines, "... рациональность отступает и даже самые образованные, вступают в магический мир детства."(D.Pines, 1990). Как считают исследователи, в этот период беременности обычно возникает внутренний диалог матери с ребенком. Формирующееся во время беременности особое эмоциональное состояние, способствует протраиванию образ ребенка и, как свидетельствуют исследования С.Н. Копыл, Л.Л. Баз (1994), включается в ее самосознание [32].

Однако в процессе развития даже самой желанной и осмысленной беременности у женщин имеются условия для возникновения целого ряда негативных изменений эмоциональной сфере. На физиологическом уровне эта тенденция связана с появлением ряда вполне естественных эндокринно-сематических и психофизиологических изменений в организме беременной женщины. На смысловом уровне этому соответствует ряд негативных тенденций. Здесь и опасения и страхи, связанные с предстоящими родами, доходящие иногда до паники - "вынесу ли я роды?"; и неуверенность в своих способностях родить и стать "полноценной" матерью; и страх за здоровье и судьбу будущего ребенка, обеспокоенность перед ухудшением

материального благополучия своей семьи, перед возможным ущемлением личной свободы, и наконец переживания своей телесной метаморфозы и, связанной с этим переживания своей сексуальной непривлекательности.

Оба этих противоположных психологических плана развиваются одновременно и, как показывают наши наблюдения, даже самая желанная беременность прокрашивается особым двойственным, противоречивым, "бинарным", по Л.С. Выготскому, аффектом, в котором одновременно сосуществуют радость, оптимизм и надежда, и - настороженное ожидание, страх, и печаль. Этот амбивалентный комплекс зарождается уже на самом раннем этапе, когда женщина вынуждена решать вопрос сохранять или прерывать беременность. По мере осознания беременной своего нового качества в ее сознании высвечиваются лишь отдельные и всякий раз определенные грани этого комплекса, изменяя сознание и самосознание женщины, включая в него новые образы, мотивы. Своего апогея амбивалентный аффективный фон достигает в момент деторождения, а его сила и острота переживаний доходит до экстатического уровня. В этот момент (и это особенно выражено у первородящих) болезненные схватки и потуги в чувственно-эмоциональном плане прокрашены радостным нетерпением, ожиданием, восторгом свершения. Перефразируя Л.С. Выготского можно сказать, что роды, как и творческий экстаз "являются тем моментом, в котором объединяются оба противоположенных эмоциональных плана в одном акте, обнажая свою противоположность, доводя противоречия до апогея" и вместе с тем разряжая ту двойственность чувств, которая все время нарастала в течение беременности [33].

Родоразрешение, как правило, резко сдвигает всю тональность аффекта в одну сторону. Эмоциональное состояние родильницы окрашено блаженным чувством радости, успокоения, умиротворяющей прострации. На лице сияет блаженная улыбка; женщины с восторгом всматриваются в лицо своего новорожденного ребенка.

Таким образом, в случае вынашивания желанной беременности шевеления плода возникают в естественных временных границах; переживаются как "естественные"; по мере увеличения плода ощущения становятся все более отчетливым, их осязательный компонент из смутных протопатических трансформируется в более конкретный эпикритический, а чувственная сфера женщины приобретает амбивалентную эмоциональную тональность.

Исследования женщин с нежелательной беременностью дали следующую картину переживаний [34].

Анализ субъективных переживаний у женщин, вынашивающих нежелательную беременность показал, что их телесные симптомы и эмоциональные реакции имеют целый ряд принципиальных отличий от описанных выше. При всем многообразии индивидуальных различий удастся выявить общие черты и выделить два крайних варианта психологического статуса. В первом случае происходит своеобразное "игнорирование" симптомов беременности, слабая эмоциональная реакция и искажение представления о сроках беременности. Второй, как бы противоположенный вариант, характеризуется тем, что на всем протяжении беременности у женщин отмечается гиперчувствительность к телесным феноменам, аффективная напряженность, страх, депрессия.

В первом случае всю беременность женщины чувствуют себя достаточно хорошо. Заметно реже, чем в случаях желанной беременности у них встречаются явления раннего токсикоза. Такая пониженная чувствительность сохраняется и по отношению к шевелениям плода.

Как показывают данные наблюдения атиофориогнозия (тиофория цеога (греч.) - беременность) в "легких" случаях проявляется своеобразным "забыванием" беременности, игнорированием ее симптомов, порой и вопиющим искажением представлений о ее сроках. В более выраженных случаях женщины бывают вообще убеждены в отсутствии беременности даже при наличии ее выраженных признаков (отсутствие менструаций,

нагрубание молочных желез, увеличение объема живота). Обычно в таких случаях они стремятся объяснить эти симптомы "логическими" доводами (заболеванием, "привычностью" нарушений менструального цикла и пр.).

В более выраженных случаях отрицается беременность при наличии безусловных ее признаков (шевеление плода). Так, одна повторно рожавшая женщина долго принимала шевеления плода за скопление газов в кишечнике. Она "лечила" себя, делая ежедневные клизмы. В литературе описаны случаи, когда женщины отрицали беременность даже после начала родовой деятельности (Pemberton, D.A., Bendy, D.K. 1973). Кроме того такие женщины обычно во что бы то ни стало стараются избежать медицинской диагностики беременности. В отличие от других беременных у них даже на поздних сроках не бывает естественной двигательной "успокоенности". Отсутствует ощущение двигательной неловкости, чрезмерности собственного веса. Более того, порой отмечается не соответствующая обстоятельствам некоторая приподнятость настроения, неадекватный оптимизм относительно будущего своего и своего брошенного ребенка. Это так называемый эйфорический тип атиофориогнозии. По-видимому, в формировании данного состояния определенную роль играют механизмы защитного психологического вытеснения нежелательных переживаний [35].

Однако не исключено и другое толкование феномена атиофориогнозии.

Второй, противоположенный, вариант психологического состояния при переживании нежеланной беременности характеризуется гиперэргией телесных симптомов, выраженной ригидностью негативного аффекта - страхом, депрессией.

У некоторых нежеланная беременность на всем протяжении сопровождается глубоким чувством отвращения, брезгливости и даже ненависти к будущему ребенку, что порождает особо яркие, мучительные "инфантицидные фантазии", в которых она терзает и даже убивает своего будущего ребенка. Соответственно этому телесные симптомы беременности имеют негативную окраску. Толчки и шевеления плода бывают

неприятными, подчеркнуто мешающими, чрезмерно болезненными. Их возникновение сопровождается усилением общего психического напряжения, угнетающими фантазиями и воспоминаниями, связанными с беременностью и ситуацией вокруг нее.

Таким образом, в случаях вынашивания нежеланной беременности эмоциональные проявления женщин резко поляризованы. В одних случаях это устойчивый негативный, депрессивный фон настроения. В других - эмоциональная невключенность, безразличие и даже определенная эйфория.

Наблюдения показывают, что психологическое состояние женщин в случаях желанной и нежеланной беременности значительно различаются. И центральным звеном этих различий становятся субъективные ощущения, связанные с шевелением плода. Для объяснения этого феномена В.И. Брутман и М.С. Радионова используют несколько оснований [36].

Во-первых, представляется вполне очевидным, что в основе комплекса психофизиологических изменений, формирующих сложный сенсорно-эмоциональный феномен "шевеления плода" лежит чисто физиологический комплекс. Первичным источником этих телесных ощущений является механическое раздражение периферических рецепторных полей интра- и проприоцептивных анализаторов (тело, шейка связочный аппарат матки). Когда плод достигает размеров, позволяющих непосредственно растягивать брюшную стенку, а далее и влагалищные сегменты в формировании ощущения включаются и экстрацептивная, кожная чувствительность. С этого времени толчки и шевеления становятся более отчетливыми, а самоотчет женщин относительно ощущений становится более определенным [37].

Психологическим результатом такой стимуляции становится формирование новой психической реальности, содержание которой можно охарактеризовать как формирование телесно-чувственной и смысловой границы между плодом и матерью (Шмурак Ю.И., 1994). С момента начала шевелений телесность будущей матери как бы "расщепляется" на "Я" ("мое тело") и не-Я ("иное"). При чем это иное - "не-Я", вплоть до родов остается

глубоко противоречивым. Так, до появления шевеления плод, будучи топографически внедренным и "чувственно растворенным" во внутреннем пространстве будущей матери, остается фактически неотделенным от этого "Я" и доступно все еще преимущественно отвлеченному, а не конкретно чувственному (экстрацептивному) познанию [38].

Особая психологическая реальность возникает с появления шевелений плода. Если до этого женщина воспринимала мир лишь в крайностях альтернативного смыслового континуума: "Мое" и "Чужое" (Я и не-Я), то с этого момента начинает простраиваться новый, как бы "промежуточный смысл". Выходя из смутного, размытого, обобщенно бестелесного, каким он был в первой половине беременности (вплоть до первых шевелений), плод начинает идентифицироваться матерью как - уже нечто существующее, отличное от нее. Это иное уже вполне конкретно в своей телесности, но вместе с тем витально неразрывное. Возникает своеобразное "двойное Я", в котором "мой ребенок" - уже "не-Я", но одновременно еще "Я". Это смутное трудно передаваемое словами переживание выражается в особом, сугубо материнском восприятии своего ребенка, которое можно назвать словами "родной ребенок" (в смысле одновременности Я и не-Я). Этот период в жизни женщины имеет очень важный психологический и эволюционный смысл. В этот момент в самосознание женщины не только простраивается образ будущего ребенка, но и (что особенно существенно!) этот образ наполняется качественно особым чувственно-смысловым содержанием, которое можно характеризовать как "со единство", "сроднение".

Таким образом, материнское чувство привязанности к ребенку формируется во время беременности, в том числе и благодаря новому телесному опыту. Телесно-эмоциональный комплекс беременных чрезвычайно специфичен. Как нам видится, он участвует в формировании привязанности не только как фактор, стимулирующий появление тех или иных фантазий будущих матерей, как это считают психоаналитически

ориентированные исследователи, но и непосредственно связан с более глубинными, витальными, физиологическими аспектами этого чувства.

2.2 Некоторые аспекты психологии беременных

2.2.1 Первый триместр

Это время перемен не только в физиологии женщины, но и в ее психологии, характеризуется рядом изменений в организме матери, к которым она почти не готова.

В физиологическом плане в организме женщины начинается гормональная «атака». Она сопровождается рядом неприятных состояний, такими как: тошнота, повышенная потливость, обморочные состояния, рвота по утрам и др., медики это состояние называют «ранний токсикоз беременных». Все это не доставляет удовольствие женщине.

В рассматриваемый период развития функции матери практически совпадают с функциями ее организма. Условия внутриутробного развития жестко фиксированы, изменения в функционировании материнского организма регулируются гормональными изменениями.

Беременные женщины по-разному оценивают свои состояния, как физические, так и эмоциональные. Некоторые их интерпретируют как усталость, сонливость, желание побыть одной или «сваливают» все на тошноту. Другие «цепляются» за каждую внешнюю причину для слез, обид и т.д. Характерные для первого триместра недомогания также оцениваются и переживаются по-разному. Этот период для матери весьма существенен в развитии ее материнской сферы. Появление ребенка становится реальным фактом. С другой стороны, еще нет никаких его конкретных признаков. Чувство матери свободно от внешней стимуляции, присущей живому ребенку, и как бы в «чистом виде» отражает все стартовые содержания материнской сферы. Однако она уже имеет возможность на своем опыте прочувствовать происходящие изменения и подготовиться к более серьезным. Можно сказать, что это первый опыт приспособления себя к нуждам будущего ребенка, опыт интерпретации своих переживаний с точки зрения себя как матери.

Если до появления возможности осознания беременности все регулировалось внутренними и внешними обстоятельствами, то теперь появляется возможность реального развития отношения матери к своему ребенку, так как она знает о его существовании и сроках его появления. В этот период представления о ребенке не очень конкретны, описание его затруднено и обычно носит описание своих эмоций и переживаний. Представления о будущем относятся к достаточно поздним периодам развития ребенка (младенец середины или конца первого года, более старший ребенок вплоть до подростка) и зависят от опыта женщины. Многие женщины еще и замечают существенных изменений в своем отношении к жизни и в интересах. Свое состояние оценивается только с точки зрения самочувствия [39].

По характеру переживаний симптоматики и эмоциональному состоянию можно выделить следующие варианты (Филиппова Г.Г.):

1. Оптимальный вариант. Эмоциональное состояние характеризуется периодическими, недлительными снижениями общего физического и эмоционального тонуса, повышенной раздражительностью, которые интерпретируются как усталость и следствие соматического недомогания. Источники плохого настроения женщина находит в несоответствующих ее состоянию и самочувствию условиях работы, быта, недостаточно внимательном или, напротив, слишком назойливом, отношении близких. Ребенок представляется в возрасте около года или немного младше, активность по подготовке к родам и материнству слабая, в форме общих планов заняться этим позже.

Соматический компонент выражен достаточно четко, средний по интенсивности. Расценивается как неизбежное, вполне терпимое состояние. Женщина ориентируется на свои состояния с точки зрения того, какие конкретные способы можно использовать для оптимизации самочувствия, и активно их применяет. Живот обычных по срокам беременности размеров. Чаще всего соотносится со 2-м и 3-м типами идентификации беременности.

2. Усиленное переживание эмоциональных и соматических состояний. Все как бы «чересчур». Эмоциональное состояние характеризуется раздражительностью, недовольством по отношению к окружающим, требовательностью. Их отношение оценивается как недостаточно внимательное, несоответствующее всей тяжести состояний беременной.

Образ ребенка либо отсутствует, либо, напротив, очень конкретен. Он представляется как идеальный младенец, «выстраданный» матерью.

Физические симптомы переживаются очень тяжело, как страдание, повышена чувствительность к своим состояниям наряду с недоверием к способам их облегчения. Возможности облегчения физических недомоганий не используются под разными предлогами. Живот нормальных размеров, заметен становится рано, редко бывает больше, чем ожидается по размеру ребенка и сроку беременности. Сочетается со 2-м, 4-м, 5-м, очень редко 3-м типами идентификации беременности.

3. Тревожное переживание состояний беременности с прогнозированием неблагоприятного исхода беременности для себя или ребенка. Любое изменение в состоянии оценивается как угрожающее, женщина постоянно прислушивается к себе, своим ощущениям. Тревожный фон настроения практически постоянный, периоды нормального настроения кратковременны и ситуативны. Нередки боли внизу живота, угроза выкидыша. Ориентация на неблагоприятные сведения от врачей и близких, игнорирование благоприятных.

Образ ребенка почти отсутствует, часто повторяются фразы типа «Главное, чтобы все обошлось, чтобы был здоровым». Иногда, при наличии в прошлом опыте встреч с детьми-инвалидами (или обладающими другими нарушениями), преследуют представления о возможных увечьях у своего ребенка. Повышается вера в приметы, актуализируются детские страхи перед цыганами, пророчествами и т.п.

Соматический компонент переживается остро, по типу опасной болезни, угрожающей здоровью и благополучию. Живот может быть слишком

большой или слишком маленький для срока беременности. Сочетается в основном с 5-м и 6-м типами идентификации беременности.

4. Депрессивное состояние, периодически ослабляющееся или обостряющееся, практически без «проблесков». Общее переживание беременности как обреченности, при этом нередко на словах отношение к беременности и будущему ребенку как сверхценности. Нередки кошмарные сны, представления о гибели ребенка или своей в родах. Характерно полное отсутствие содержаний, относящихся к послеродовому периоду. Ребенок чаще всего вообще никак не представляется.

Физические симптомы переживаются как тяжелые, мучающие, не дающие расслабиться, успокоиться. Живот обычно недостаточных размеров по срокам беременности или обычный. Чаще всего сочетается с 5-м и 6-м, реже 8-м типами идентификации беременности.

5. Разные формы отвержения беременности при принятии решения о ее сохранении:

а) почти полное отсутствие всей симптоматики, как эмоциональной, так и физической, вплоть до «наоборот» (состояние бодрее и лучше, чем до беременности); живот появляется очень поздно, нередко значительно меньше по размерам, чем должен быть, при нормальных размерах плода; активное планирование жизни после периода беременности и минимально необходимого для ухода за ребенком; образ ребенка часто вполне четкий, в возрасте далеко послемладенческом, связан с его социальным статусом, будущими успехами в учебе и т.п.; обычно сочетается с 5-м, 6-м и 7-м типами идентификации беременности.

б) аффективно-отрицательное переживание всех симптомов как мешающих, неуместных, ненужных; необходимость подготовки к родам и послеродовому периоду вызывает раздражение, много претензий к врачам и близким, что сочетается с несоблюдением элементарных правил режима, питания и т.п.; при этом часто свое состояние интерпретируется как отношение не к ребенку, а к беременности как состоянию; живот обычных

размеров; образ ребенка может быть идеальным в будущем, то, какой он сейчас, оценивается как «еще не человек»; обычно сочетается с 5-м, 6-м и 8-м, реже 7-м типами идентификации беременности.

в) особым случаем является устойчивое отрицательное отношение с возобновляющимися попытками прерывания беременности, при этом соматический компонент средне выражен, живот небольших размеров, представления о ребенке как нежеланном, наказании; сочетается с 8-м или 7-м типами идентификации беременности.

Все эти типы переживания беременности создают индивидуальные условия для следующего, достаточно серьезного в развитии материнской сферы - начала ощущений от шевеления ребенка [40].

Возникающие при эмоциональных состояниях изменения ее поведения и гормонального фона матери еще не воспринимаются плодом. Они оказывают обязательное воздействие на организм матери и опосредовано - на физиологическое состояние плода. Первые 4-6 недель самочувствие матери ни физическое, ни эмоциональное не изменятся. Она не знает о своей беременности ни на уровне сознания, ни на уровне самочувствия. Именно в этот период происходит возникновение чувствительности у развивающегося ребенка. Дифференциация субъективного переживания стимуляции как положительной и отрицательной к 10 неделям возникает при тактильной стимуляции, которая никак не зависит от матери. В этот период у матери как раз возникают первые соматические переживания состояния беременности и изменения эмоционального состояния под воздействием гормональных перестроек. И то и другое весьма неблагоприятно переживается, причем не только человеком, но высшими приматами. Адаптивное значение эмоционального и физического самочувствия состоит в ограничении контактов с внешней средой, защитой от попадания в организм матери вредных для ребенка веществ, возможно, в очищении организма от шлаков за счет вынужденной диеты и поста, ограничении социальных и половых контактов (что необходимо, так как сильно угнетен иммунитет), за счет

общего понижения эмоционального состояния, раздражительности, сонливости и т.п. Такое достаточно интенсивное негативное состояние, однако, никак не может быть помехой развитию плода. В этом отношении эволюционные механизмы достигают оптимального баланса. Развивающийся плод не требует еще больших энергетических затрат от материнского организма, приток стимуляции для развития его мозга достаточен от наличия самой среды и развивающегося организма ребенка, нейрогуморальная основа эмоций еще не сформирована и не готова включать в свое функционирование гормональные изменения при эмоциональных переживаниях матери. Механические сокращения матки «не доходят» до маленького, свободно располагающегося в ней плодного пузыря. Другими словами, если мать переживает свое состояние просто как временное недомогание, то ребенка это практически «не касается». А поскольку это недомогание само регулирует отношения матери с внешним миром, то ее функции состоят в следовании этому своему состоянию.

Многочисленные исследования Г.Г. Филипповой состояния женщины во время беременности свидетельствуют, что выраженность соматических и эмоциональных переживаний в первом триместре сама по себе не влияет на успешность беременности. Однако эмоциональное отношение женщины к этим состояниям и их когнитивная интерпретация сильно зависят от такого фактора, как принятие беременности (желанность беременности). Если первое негативное отношение к факту беременности в течение первого триместра меняется, то в дальнейшем это не сказывается на развитии ребенка. Однако чаще всего оно связано с достаточно серьезными личностными и социальными причинами и оказывает сильное влияние на развитие материнского чувства в дальнейшем, когда переживания матери уже небезразличны для развития ребенка [41].

Другими причинами нарушения течения беременности являются сильные стрессы или устойчивое состояние тревоги у матери. Они отрицательно действуют на ее собственное физиологическое состояние и

таким образом нарушают развитие плода за счет биохимических воздействий, наиболее опасных в этот период, или вызывают аборт вследствие сокращений матки при сильном стрессе. В природных условиях такое состояние матери может возникать вследствие существенного изменения физической и социальной среды, что является неблагоприятным условием для рождения и воспитания потомства. С эволюционной точки зрения подчинение матери своим состояниям и в этих случаях оказывается адаптивным. Осознание матерью факта беременности и его последствий возникает только на достаточно поздней стадии развития человечества, когда все физиологические механизмы, обеспечивающие успешность неосознаваемой беременности, уже полностью стабилизированы. Во всех культурах факт беременности расценивается как положительный для общества. Поэтому и женщина должна его оценивать так же. Появление «нежеланной» для общества и женщины беременности также достаточно позднее, связанное с исчезновением матриархата, явление. Поэтому все традиционные представления о поведении и переживании женщины в первый период беременности (да и в остальные) ориентированы на принятие беременности и оценку этого факта как положительного. Исключения («незаконная беременность») не должны нарушать регулируемую роль принятых в данной культуре правил поведения беременной женщины. Поэтому возможный прогноз своего состояния как угрожающего дальнейшему благополучию, а не просто переживание его как временного недомогания, что возможно только при наличии сознания, корректируется общим положительным смыслом этого состояния как состояния беременности [42]. Таким образом, возможные последствия сознательной интерпретации своего состояния женщиной устраняются при помощи ориентации на образ будущего ребенка и связанные с материнством положительные эмоции. Со стороны ближайшего окружения обеспечиваются большая забота и внимание, снисходительность к состоянию, переживаниям будущей матери.

Можно сказать, что функции матери в первый из анализируемых периодов состоят в подчинении своему состоянию и не интерпретации его как угрожающего будущему благополучию. На досознательном уровне первое обеспечивается самой физиологией беременности, а второго просто нет. На сознательном уровне второе корректируется при помощи норм и правил поведения, направленных на устранение отрицательных последствий интерпретации своих состояний и осознания беременности.

2.2.2 Второй триместр

Физиологическая сторона. Изменения в организме продолжают, но к ним женщина уже привыкает. Фигура совсем уже не похожа на ту, которая была 4 месяца назад. Появляется живот, грудь увеличивается в размере, округляются бедра. Это естественно, ведь малыш развивается и растет, ему надо много места для комфортного пребывания в матке. У некоторых женщин явления токсикоза могут продолжаться, но скоро они пройдут. Появляются новые проблемы, такие как запоры, геморрой. Хочется почаще прилечь, отдохнуть. Но не все так плохо. Именно в этом триместре будущая мама начинает ощущать движения своего маленького ребенка, находящегося в утробе.

В этом периоде функции матери уже более конкретны. Они определяются не только переживанием своего физического состояния, но и реакциями на шевеление ребенка. Чувствительность ребенка к эмоциональному состоянию матери и ее общей активности прекрасно совпадает с самочувствием женщины во втором триместре. Он считается наиболее комфортным для нее как физически, так и эмоционально. Физическое состояние стабилизируется, самочувствие обычно хорошее, бодрое, неприятных ощущений нет. Эмоциональная сфера отличается наличием устойчивого фонового приподнятого настроения и повышением лабильности и импульсивности. Это позволяет быстро переходить от одного состояния в другое, главным образом - из отрицательного эмоционального состояния к устойчивому фоновому положительному. Если раньше предполагалось, что женщина в период беременности должна испытывать только положительные эмоции, то теперь считается, что положительным должно быть общее настроение, а кратковременные отрицательные эмоции необходимы для полноценного развития ребенка. Их интенсивность и продолжительность корректируется за счет особенностей эмоционального состояния беременной. Ориентация на состояние ребенка обеспечивает своевременное включение «подкрепляющей положительной стимуляции»

при стрессовых переживаниях матери. Как видно из анализа развития ребенка, это соответствует логике его развития. Таким образом, функции матери состоят в том, чтобы радоваться жизни и происходящим в ее организме событиям (в первую очередь, движениям ребенка), но не «выключаться» из внешней жизни. Однако эта внешняя действительность не предполагает серьезных событий, провоцирующих устойчивое состояние дискомфорта и тревоги. Последние могут возникнуть либо по причине самочувствия (что в этом триместре безосновательно), либо вследствие изменений условий жизни, в первую очередь социальных. Именно эти причины обнаруживаются при нарушении состояний самок высших приматов во втором триместре беременности. У человека же включается прогноз будущего, зависящий от отношения к беременности. Роль такого прогноза будущих событий в формировании устойчивого фона эмоционального состояния, в первую очередь отрицательного (тревоги), является отличительной чертой человека. Поэтому здесь особое значение имеет общее отношение к беременности, обобщенно определяемое как принятие или желанность [43]. Именно в этих случаях состояние женщины во втором триместре беременности приближается к оптимальному. Особым моментом в этот период является возникновение шевеления ребенка и переживание женщиной этого шевеления. Устойчивые положительные ощущения от шевеления, с точки зрения материнских функций в развитии ребенка, безусловно должны расцениваться как «эволюционно ожидаемые условия развития». Поэтому сам механизм возникновения этих ощущений и придания им положительно-эмоциональной окраски должен иметь специальное эволюционное обеспечение.

Первые ощущения шевеления ребенка начинаются в середине второго триместра. Этот период является наиболее благоприятным относительно физического и эмоционального самочувствия матери. Стабилизируется гормональный фон, исчезают симптомы недомогания, еще нет ограничения подвижности и увеличения физической нагрузки. Настроение становится

более устойчивым и в норме переходит от астенического к стеническому. Женщина уже свыклась с фактом беременности, неизбежностью изменений, у нее было время представить себе не только то, что она теряет, но и то, что приобретет с рождением ребенка. Появление шевелений позволяет конкретизировать образ ребенка и дает богатую пищу для интерпретации его субъективных состояний. Сами первые шевеления ребенка слабы и сначала трудно различимы. По своему физическому характеру они относятся к приятным ощущениям. Их интерпретация как пугающих или неприятных имеет только субъективные основания. Нередко женщина постоянно вслушивается в свои ощущения с целью «поймать» начало шевеления. Факт начала шевеления и сами шевеления отлично помнятся в течение долгих лет. Исключение составляет общее игнорирующее отношение к беременности. Сроки начала ощущений шевеления могут быть от 15 недель до 28 - 30, в среднем 18 - 22 недели. Слишком раннее шевеление чаще всего связано с тревожным переживанием беременности, слишком позднее - с игнорирующим. Эмоциональное отношение к шевелению и его физическое переживание весьма точно отражают содержание потребностно-эмоционального и ценностно-смыслового блоков материнской сферы и динамику этого содержания в беременности. Неприятные, а тем более болезненные ощущения от шевеления, как правило, появляются в сопровождении других проблем в физическом состоянии, семейном, социальном положении и т.п.

Помимо общего отношения к беременности и ребенку ощущение его шевелений позволяет матери конкретизировать ее «стартовый» стиль эмоционального сопровождения. Усиливающий стиль эмоционального сопровождения выражается в переживаниях тревоги при шевелении, когда женщине постоянно кажется, что ребенок шевелится как-то не так, свои ощущения при этом расцениваются как свидетельство того, что ребенок недоволен, ему плохо, он боится и т.п. Положительное состояние ребенка реже отмечается и почти не интерпретируется. Осуждающий стиль

проявляется в том, что мать часто ощущает шевеления как мешающие, не дающие заснуть, испытывает неудобство и стыд от того, что ребенок сильно шевелится в присутствии других людей. В этих случаях она недостаточно четко определяет, что ее поведение служит причиной хорошего или плохого состояния ребенка. При игнорирующем стиле эмоционального сопровождения женщина описывает свои шевеления как физиологические ощущения, без адресации к образу ребенка. Она не может сказать ничего ни о динамике, ни о характере шевеления, не представляет себе, что ребенок переживает, как он двигается [44]. Адекватный стиль эмоционального сопровождения характеризуется четкой интерпретацией характера движений ребенка, соотношением их как со своей активностью и внешними событиями, так и субъективными состояниями ребенка. Мать использует не просто обращение к ребенку, а вполне конкретно интонирует свою речь адекватно представляемым состояниям ребенка. Она хорошо представляет, как именно двигается ребенок. Интерпретация состояний ребенка в основном положительная, его отрицательное состояние предполагается только в связи с конкретными причинами.

В этот период многие женщины отмечают изменение интересов, концентрацию на задачах беременности и послеродового периода, подготовке к материнству. В современных условиях характерным становится поиск дополнительной информации (книги, журналы, курсы для беременных).

2.2.3 Третий триместр

В физиологическом плане - масса проблем. Трудно дышать, появилась изжога, часто хочется в туалет: причина этому - выросшая матка, которая прижала все внутренние органы. Из-за всех этих причин нарушается нормальный сон. Может проявиться такая патология, как варикозное расширение вен. Но все это скоро закончится. К концу этого триместра становится легче дышать, уменьшается изжога, т.к. ребенок опускается в область малого таза, и давление на соседние органы становится меньше.

Функции матери на этом этапе состоят в естественном продолжении ее функций на предыдущем этапе. Особенностью является необходимость стабильных реакций матери на шевеление ребенка и ее «аккомпанемента» внешней стимуляции. Как показывают исследования пренатального обучения, для образования устойчивой ответной реакции ребенка требуется длительная (4-6 недель) и одинаковая стимуляция от матери [45].

К концу беременности состояние женщины изменяется. Наряду с возрастанием страхов родов и общей тревожности наблюдаются явное сужение интересов, акцентация на переживаниях и содержаниях любой деятельности, связанных с ребенком. Общее понижение всей активности к концу беременности затрагивает и эмоциональную сферу. В последние недели отмечается как бы эмоциональное отупение. Это защищает мать и ребенка от излишних стрессов, опасных в этот период, и вообще от лишних переживаний. Интересно, что если у человека отмечается возрастание тревожности, причем основной причиной оказывается ожидание неблагоприятных событий в родах и после них, то у высших приматов - повышение раздражительности по отношению к внешней стимуляции, в первую очередь в сфере общения. Такое состояние обеспечено физиологическими особенностями последней стадии беременности: общее расслабление костной и мышечной системы, понижение сензитивности к внешней стимуляции, резкое увеличение стимуляции от состояния организма, общая физическая усталость. Интерпретация этого состояния как

тревоги связана исключительно с прогнозом будущих родов и должна рассматриваться как «приобретение» сознательного уровня развития. Адаптивные механизмы состояния конца беременности у животных обеспечивают меньший контакт с внешней средой и сородичами, уменьшают риск гиперстимуляции, опасной для преждевременных сокращений матки, а также способствуют нарастанию отрицательного отношения к взаимодействию с членами группы, что необходимо для возникновения агрессии к ним после родов (для защиты детеныша). Повышение активности в рамках комфортной сферы, связанное у некоторых млекопитающих и птиц с обустройством гнезда, не характерно для высших приматов, не строящих убежище для выращивания потомства. Однако появление сходного периода в третьем триместре беременности у женщин является очень интересным феноменом. Возможно, это способ «перевода» присущей приматам и другим групповым млекопитающим повышения раздражительности по отношению к членам группы в более приемлемое русло, так как у человека существует наравне с этим противоположная тенденция усиления зависимости женщины от членов сообщества, предполагающая, напротив, интенсификацию общения. Это можно рассматривать как вариант «смещенной активности». Содержательная наполненность этого периода у человека характеризуется направлением активности на подготовку к послеродовому периоду.

Третий триместр беременности как с медицинской, так и с психологической точки зрения, считается достаточно сложным [46].

Образ ребенка становится значительно более конкретным, женщины достаточно легко представляют себе его внешний вид, особенности поведения, свои действия с ним. Этому способствует осознание близости рождения ребенка и стремление повысить свою материнскую компетентность. В последние месяцы беременности женщина освобождается от видов деятельности, требующих большой физической активности. Общее повышение беспокойства традиционно реализуется в деятельности, связанной с подготовкой к рождению ребенка. Такая деятельность не только

заполняет время, но и способствует проработке образа ребенка и представлений о своих материнских функциях. Происходит постоянное общение с другими людьми по этому поводу, обычно с наиболее близкими, актуализируются все сформированные до этого представления о ребенке и материнстве. Уменьшение других видов деятельности, исключение тяжелых работ и неприятных впечатлений, присутствие родных и близких, повышение их внимательности, заботы и т.п. - все это можно в разных формах обнаружить в организации жизни женщины в последние месяцы беременности в традициях и обычаях любой культуры. Такое оформление данного периода способствует положительному эмоциональному означиванию всех содержаний, связанных с ребенком и материнством. При общении с близкими, в первую очередь матерью и другими женщинами, происходит обмен воспоминаниями, впечатлениями, наряду с советами и прямым обучением в процессе подготовки предметов для ухода за ребенком. На самом деле, это настоящая школа подготовки к выполнению материнских функций, подкрепленная актуальной мотивацией «ученицы» [47]. На таком фоне детализируется образ ребенка, что способствует дифференциации его активности, своих ощущений и налаживанию эмоционального взаимодействия. Как известно, практически во всех культурах такие «посиделки» сопровождаются пением. В настоящее время хоровое и индивидуальное пение для беременных считается одним из наиболее действенных приемов в подготовке к родам и материнству. Таким образом, переориентация активности, концентрация всех содержаний жизни и деятельности на ребенке, проработка своих представлений и переживаний в конкретной деятельности и в общении с другими людьми, придание всему этому положительно-эмоционального фона, прямое обучение - вот то оформление третьего триместра беременности, которое сформировалось в общественном опыте. Все, что требуется помимо этого для появления ребенка, является задачей других членов семьи.

Таким образом, этот период отражает сложную динамику эмоционального состояния во время беременности, подготавливающую всю психику будущей матери к выполнению ее функций после родов.

В современной практике обнаруживается разное содержание жизни женщин в последнем триместре беременности. Характерно практически для всех повышение внешней активности, которая может быть описана, как стремление привести в порядок свои дела и окружение. Образно можно назвать это время «периодом обустройства гнезда». Разница в том, что приводится в порядок. Как уже ясно, обычно это подготовка к рождению ребенка [48]. Сюда, помимо приготовления вещей и получения необходимой информации, может входить выбор родильного дома, знакомство с разными практиками родов, организация приезда родных или своей поездки к ним на время родов и т.п.

Другим вариантом является повышение активности, направленной на содержания, не связанные с ребенком. Чаще всего это стремление закончить учебу, сдать экзамены, защитить диплом и т.п. Нередко беременность специально планируется к окончанию учебы, но немного «не вписывается» в задуманные сроки. Иногда странным образом оказывается, что все неотложные дела, связанные с учебой или карьерой, концентрируются именно в эти месяцы. Возможны появление острой необходимости провести ремонт, обменять квартиру, купить дачу или разобраться в семейных отношениях. Характерно, что все это интерпретируется как необходимое для будущего ребенка. Чаще всего объективной необходимости для этого нет, и иные женщины прекрасно распределяют свои дела по «традиционному» образцу.

Одним из проявлений такой «смещенной» активности на последних месяцах может считаться поведение женщин, отказывающихся от ребенка. При игнорирующем стиле переживания беременности наблюдается увеличение энергии, продолжение работы буквально до родов, другие «всплески» активности. Однако женщина оказывается совершенно не готова

к рождению ребенка и его буквально не в чем и некуда взять из роддома. В других случаях изменения в активности не выражены, но для рождения ребенка все равно ничего не делается.

Обычно отсутствие, уменьшение или изменение интересов, связанных с ребенком сочетается с разными другими проявлениями, свидетельствующими о сниженной ценности ребенка и материнства и высоком напряжении ценностей из Других сфер поведения. Эти и другие клинические данные свидетельствуют, что изменение направленности активности беременной в «период обустройства гнезда» отражает динамику, происходящую в содержании ее материнской сферы.

После этого наступает предродовый период. Физиологически этот период является очень важным. Происходят изменения в тканях, костной системе, обеспеченные гормональным фоном и способствующие гибкости и эластичности костно-мышечной системы. Одновременно идет накопление энергетических запасов организма для родов и послеродового периода. На поведении и эмоциональном состоянии это отражается как снижение активности, общее расслабление, некоторое эмоциональное «отупение». Все это влияет и на ребенка. Адаптивное значение этих изменений вполне конкретно. Ограничена активность и способность резкого эмоционального реагирования, что предохраняет от преждевременных родов. Ребенок не страдает от меньшей двигательной активности, хотя его возможности уже серьезно ограничены тесным пространством матки. У матери снижается страх перед родами и растет способность сконцентрироваться только на одном, доминирующем содержании (точнее, снижение способности переключения и распределения эмоций), что будет совершенно необходимо во время родов и послеродового взаимодействия с ребенком. Женщины, тем не менее, наиболее адекватно по сравнению с другими периодами оценивают свои возможности и представляют ребенка и свои действия с ним. По данным многих исследователей, адекватность представлений матери о родах и послеродовом периоде, своих возможностях и особенностях ребенка

является существенным показателем успешного развития ее материнской сферы и дальнейшего благополучного отношения к ребенку [49].

При неблагоприятной динамике содержаний материнской сферы в беременности, напротив, возрастает тревожность, обостряются физиологические нарушения, женщина практически перестает ориентироваться на свои состояния, полностью полагаясь на мнение врачей. В результате, не задумываясь, подчиняется всем рекомендациям, вплоть до стимуляции родов. В таких случаях чаще всего возникают осложнения в родах и послеродовом периоде, более вероятны преждевременные роды. При игнорирующем стиле переживания беременности может не наблюдаться выраженного расслабления и снижения эмоциональности, что не отражается серьезно на родовом процессе. Однако у женщин, отказывающихся от ребенка, именно такой стиль переживания беременности часто сочетается с преждевременными родами.

Содержание материнской сферы в течение беременности претерпевает существенное изменение, которое отражается в переживании женщиной симптоматики беременности, в ее внешней активности и психическом состоянии. Все это определяет индивидуальный стиль переживания беременности. В него входят физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности, переживание симптоматики беременности, динамика переживания симптоматики по триместрам беременности, преимущественный фон настроения по триместрам беременности, переживание первого шевеления, переживание шевелений в течение всей второй половины беременности, содержание активности женщины в третий триместр беременности. Наиболее характерным является переживание шевеления. Можно описать шесть вариантов стилей переживания беременности.

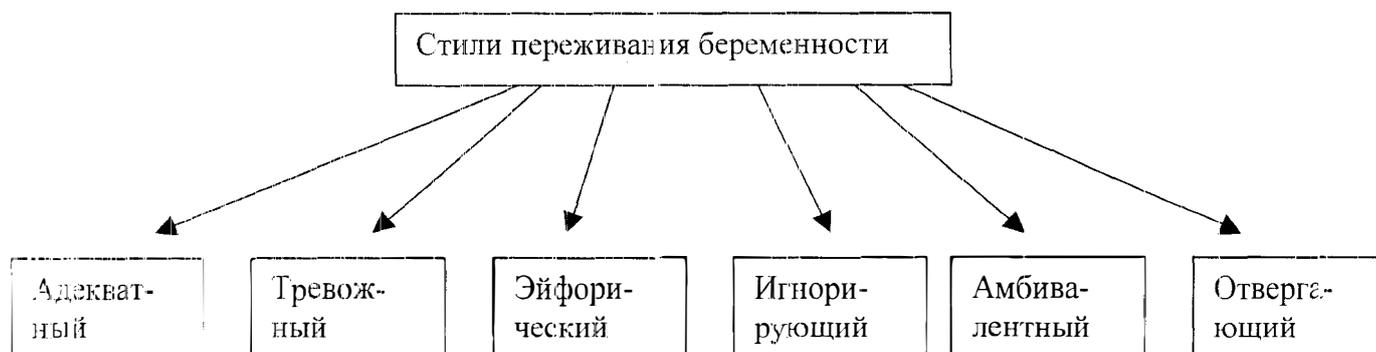


Рисунок 2 – Стили переживания беременности по Г.Г. Филипповой

1. Адекватный. Идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций; живот нормальных размеров; соматические ощущения отличны от состояний небеременности, интенсивность средняя, хорошо выражена; в первом триместре возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов, во втором триместре благополучное эмоциональное состояние, в третьем триместре повышение тревожности со снижением к последним неделям; активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к послеродовому периоду; первое шевеление ребенка ощущается в 16 - 20 недель, переживается положительно-эмоционально, приятно по соматическому ощущению; последующие шевеления четко дифференцированы от других ощущений, не характеризуются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями.

2. Тревожный. Идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком больших или слишком маленьких по сроку беременности размеров; соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние в первый триместр повышено тревожное или депрессивное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период; первое шевеление ощущается

рано, сопровождается длительными сомнениями или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, переживается с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения; дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, тревогой по поводу здоровья ребенка и себя, характерны направленность на получение дополнительных сведений, патронаж.

3. Эйфорический. Все характеристики носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка. Обычно к концу беременности появляются осложнения. Проективные методы показывают неблагополучие в ожиданиях послеродового периода.

4. Игнорирующий. Идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса; первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуются как доставляющие физическое неудобство; активность в третьем триместре повышается и направлена на содержания, не связанные с ребенком.

5. Амбивалентный. Общая симптоматика сходна с тревожным типом, особенностью являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений; интерпретация своих отрицательных эмоций преимущественно выражена как страх за ребенка или исход беременности, родов; характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

6. Отвергающий. Идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена; переживание всей беременности как кары, помехи и т.п.; шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается неудобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний.

Разумеется, в каждом конкретном случае будут наблюдаться индивидуальные особенности, более или менее приближающиеся к описанным [50].

Все данные, касающиеся физиологических и психологических изменений в период беременности, мы собрали и представили в виде таблицы, которая представлена в приложении А. Данная форма представленной информации удобна для работы психологического и медицинского персонала, сопровождающего протекание беременности.

РАЗДЕЛ 3 ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

3.1 Психодиагностическое исследование, направленное на выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин

Целью нашей работы было выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин.

В эксперименте участвовали 50 беременных женщин, являющиеся пациентками отделения «Патологии беременных» Областного родильного дома города Павлодара, находящиеся на третьем триместре беременности.

Исследование проводилось с помощью шкалы депрессии, теста Г. Айзенка «Самооценка психических состояний», методика Ч. Д. Спилбергера, методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса, опросник Басса-Дарки (ПРИЛОЖЕНИЕ Б).

Данный комплекс методик был подобран по следующим причинам. Тест Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» выявляет агрессию и тревожность, в свою очередь методика Ч. Д. Спилбергера подтверждает уровень тревожности, а опросник Басса-Дарки подтверждает или опровергает наличие агрессии. Шкала депрессии выявляет женщин подверженных депрессии, на которых нужно обратить особое внимание. Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса определяет группу риска, имеющую высокую вероятность невроза. Все методики стандартны, валидны, надежны.

Шкала депрессии.

Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний близких к депрессии, для диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. Тест адаптирован Т. И. Балашовой.

Методика состоит из 20 высказываний, к которым предложены варианты ответов: никогда или изредка, иногда, часто, почти всегда или постоянно. Испытуемый отмечает ответы на бланках (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 2). В

результате получаем уровень депрессии, который колеблется от 20 до 80 баллов. Если уровень депрессии не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии, если уровень депрессии более 50 баллов и менее 59, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. При показателе от 60 до 69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинно депрессивное состояние диагностируется при уровне депрессии более чем 70 баллов.

С помощью методики «шкала депрессии» было обнаружено, что у 20% испытуемых наблюдается легкая депрессия ситуативного или невротического генеза.

Методика самооценки психических состояний (по Г.Айзенку).

Предназначен для оперативной оценки психических состояний. Предлагается 40 описаний различных психических состояний. Если состояние очень подходит испытуемому, предлагается ставить 2 балла; если подходит, но не очень -- то 1 балл; если совсем не подходит -- 0 баллов. Затем следует подсчитать сумму баллов за каждую из 4 групп вопросов.

1. Тревожность (1-10 вопросы)

0-7 Не тревожны

8-14 Тревожность средняя, допустимого уровня

15-20 Очень тревожны

2. Фрустрация (11-20 вопросы)

0-7 Вы имеете высокую самооценку, устойчивы к неудачам и не боитесь трудностей

8-14 Средний уровень, фрустрация имеет место

15-20 У вас низкая самооценка, вы избегаете трудностей, боитесь неудач

3. Агрессивность (вопросы 21-30)

0-7 Вы спокойный, выдержанны

8-14 Средний уровень

15-20 Вы агрессивны, невыдержанны. Есть трудности в работе с людьми

4. Ригидность (вопросы 31-40)

0-7 Ригидности нет, легкая переключаемость

8-14 Средний уровень

15-20 Сильно выраженная ригидность, вам противопоказаны смена места работы, изменения в семье.

По результатам теста Г. Айзенка «Самооценка психических состояний» выявлено следующее:

Таблица 2 – Результаты по тесту Г. Айзенка

Психическое состояние	Низкий показатель	Средний показатель	Высокий показатель
I Тревожность	28%	42%	30%
II Фрустрация	40%	44%	16%
III Агрессивность	42%	42%	16%
IV Ригидность	24%	60%	16%

Опросник Спилбергера «Шкала реактивной и личностной тревожности».

Авторы теста Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин.

Методика предназначена для диагностики тревоги у старших школьников и взрослых.

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности, это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная, или реактивная, тревожность как состояние характеризуется субъективно

переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить или только личностную тревожность, или состояние тревожности, или более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русский язык его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным.

Опросник Д. Спилбергера показал, что у беременных женщин высокий уровень тревожности встречается часто, а именно:

Таблица 3 – Результаты по методике Д. Спилбергера

Тревожность	Низкий уровень	Умеренный уровень	Высокий уровень
Ситуативная	10%	48%	42%
Личностная	6%	34%	60%

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса.

Методика дает предварительную и обобщенную информацию о вероятности невроза у испытуемого. Опросник состоит из 40 высказываний, на которые нужно ответить «да» или «нет». Если получено более 24 баллов – это говорит о высокой вероятности невроза.

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса выявила, что у 30% испытуемых высокая вероятность невроза.

Опросник Басса-Дарки.

Термин "агрессия" чрезвычайно часто употребляется сегодня в самом широком контексте и поэтому нуждается в серьезном "очищении" от целого ряда наслоений и отдельных смыслов.

Различные авторы в своих исследованиях по-разному определяют агрессию и агрессивность:

- как врожденную реакцию человека для "защиты занимаемой территории" (Лоренд, Ардри);
- как стремление к господству (Моррисон);
- реакцию личности на враждебную человеку окружающую действительность (Хорци, Фромм).

Очень широкое распространение получили теории, связывающие агрессию и фрустрацию (Маллер, Дуб, Доллард).

Под агрессивностью можно понимать свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъектно-субъектных отношений. Вероятно, деструктивный компонент человеческой активности является необходимым в созидательной деятельности, так как потребности индивидуального развития с неизбежностью формируют в людях способность к устранению и разрушению препятствий, преодолению того, что противодействует этому процессу.

Агрессивность имеет качественные и количественные характеристики. Как и всякое свойство, она имеет различную степень выраженности: от почти полного отсутствия до ее предельного развития. Каждая личность должна обладать определенной степенью агрессивности. Отсутствие ее приводит к пассивности, ведомости, конформности и т.д. Чрезмерное развитие ее начинает определять весь облик личности, которая может стать конфликтной, неспособной на сознательную кооперацию и т.д. Сама по себе агрессивность не делает субъекта сознательно опасным, так как, с одной стороны, существующая связь между агрессивностью и агрессией не

является жесткой, а, с другой, сам акт агрессии может не принимать сознательно опасные и неодобряемые формы. В житейском сознании агрессивность является синонимом "злонамеренной активности". Однако само по себе деструктивное поведение "злонамеренностью" не обладает, таковой его делает мотив деятельности, те ценности, ради достижения и обладания которыми активность разворачивается. Внешние практические действия могут быть сходны, но их мотивационные компоненты прямо противоположны.

Исходя из этого, можно разделить агрессивные проявления на два основных типа: первый – мотивационная агрессия, как самооценность, второй – инструментальная, как средство (подразумевая при этом, что и та, и другая могут проявляться как под контролем сознания, так и вне него, и сопряжены с эмоциональными переживаниями (гнев, враждебность). Практических психологов в большей степени должна интересовать мотивационная агрессия как прямое проявление реализации присущих личности деструктивных тенденций. Определив уровень таких деструктивных тенденций, можно с большой степенью вероятности прогнозировать возможность проявления открытой мотивационной агрессии. Одной из подобных диагностических процедур является опросник Басса-Дарки.

А. Бассе, воспринявший ряд положений своих предшественников, разделил понятия агрессии и враждебности и определил последнюю как: "...реакцию, развивающую негативные чувства и негативные оценки людей и событий". Создавая свой опросник, дифференцирующий проявления агрессии и враждебности, А. Бассе и А. Дарки выделили следующие виды реакций:

1. Физическая агрессия – использование физической силы против другого лица.
2. Косвенная агрессия – агрессия, окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная.

3. Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

4. Негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.

5. Обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия.

6. Подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред.

7. Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).

8. Чувство вины – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

Опросник состоит из 75 утверждений, на которые испытуемый отвечает "да" или "нет".

Индекс враждебности включает в себя 5 и 6 шкалы, а индекс агрессивности (как прямой, так и мотивационной) включает в себя шкалы 1, 3, 7.

Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная 21 плюс-минус 4, а враждебности – 6,5-7 плюс-минус 3. При этом обращается внимание на возможность достижения определенной величины, показывающей степень проявления агрессивности.

После проведения методики Басса-Дарки результаты были следующие:

Таблица 4 – Результаты по опроснику Басса-Дарки

Шкала	Низкий показатель	Средний показатель	Высокий показатель
Физическая агрессия	38%	50%	12%
Косвенная агрессия	20%	76%	4%
Раздражительность	16%	60%	24%
Негативизм	24%	38%	38%

Обида	26%	64%	10%
Подозрительность	22%	66%	12%
Вербальная агрессия	6%	58%	36%
Чувство вины	6%	52%	42%
Общая агрессия	6%	88%	6%
Враждебность	18%	82%	0%

Некоторые оригиналы работ приведены в ПРИЛОЖЕНИИ В.

3.2 Результаты психодиагностического исследования, направленного на выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин

В результате проведения вышеперечисленных методик, были получены следующая картина результатов всех испытуемых.

Таблица 5 – Сводная таблица результатов исследования

Испыту- емый	Шкала депрес- сии	Тест Айзенка				Методика Спилбер- гера		Невроз	Опросник Басса-Дарки									
		1	2	3	4	Сит.	Лич.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Без д.	с	с	н	с	у	в	-	с	н	н	с	с	в	с	с	с	с
2.	Без д.	с	н	с	с	н	у	-	н	с	н	н	н	н	н	н	с	н
3.	Без д.	н	н	н	н	н	у	-	н	с	с	с	н	с	с	с	с	с
4.	Без д.	с	н	с	н	н	у	-	с	с	с	н	н	с	с	с	с	н
5.	Без д.	с	с	н	н	у	у	-	с	с	в	в	н	с	с	с	с	с
8.	Без д.	с	с	с	с	у	в	-	с	с	с	с	н	с	с	в	с	с
9.	Без д.	с	н	н	с	у	у	-	н	с	н	в	с	с	в	с	с	с
10.	Без д.	с	с	н	в	у	у	-	с	н	с	с	в	с	в	с	с	с
15.	Без д.	с	с	с	с	у	в	-	н	с	с	с	в	с	с	в	с	с
16.	Без д.	н	н	с	н	у	у	-	н	н	с	в	с	н	в	с	с	н
20.	Без д.	н	н	н	н	н	н	-	с	с	с	с	с	с	с	с	с	с
25.	Без д.	н	н	н	н	у	у	-	с	с	с	н	с	с	в	с	с	с
27.	Без д.	н	н	с	с	у	у	-	с	с	с	в	н	с	с	с	с	с
30.	Без д.	в	с	с	с	в	у	-	з	с	в	с	с	с	в	с	в	с
32.	Без д.	н	н	с	с	у	н	-	н	н	с	с	н	с	с	н	н	н
34.	Без д.	с	с	н	с	у	у	-	с	с	с	с	с	с	в	с	с	с
36.	Без д.	н	н	с	с	у	у	-	с	с	н	с	с	с	с	с	с	с
38.	Без д.	н	с	с	с	в	у	-	с	с	с	в	с	с	в	с	с	с
39.	Без д.	н	н	с	с	н	н	-	с	н	с	н	с	с	н	с	с	с
40.	Без д.	в	н	н	н	в	в	-	с	с	с	с	с	с	с	с	с	с
42.	Без д.	в	н	с	с	у	в	-	с	с	с	в	с	с	с	в	с	с
44.	Без д.	в	с	н	в	в	у	-	с	с	с	н	в	с	с	в	с	с

45.	Без д.	с	н	н	с	у	у	-	с	н	н	н	н	н	н	с	с	н
46.	Без д.	с	с	с	с	у	в	-	с	с	с	в	с	с	в	в	с	с
49.	Без д.	с	с	в	н	у	н	-	с	с	с	н	в	с	в	с	с	с

Пояснение к таблице: 1 – по методике «шкала депрессии»: «Без д.» – отсутствие депрессии; «Депр.» – наличие легкой депрессии. 2 – тест Айзенка: «1» – тревожность; «2» – фрустрация; «3» – агрессивность; «4» – ригидность; «в» – высокие показатели, «с» – средние, «н» – низкие. 3 – методика Д. Спилбергера: «в» – высокий уровень тревожности, «у» – умеренный, «н» – низкий. 4 – методика по определению невроза: «-» – отсутствие, «+» – вероятность невроза. 5 – опросник Басса-Дарки: «1» – шкала физическая агрессия, «2» – косвенная агрессия, «3» – раздражение, «4» – негативизм, «5» – обида, «6» – подозрительность, «7» – вербальная агрессия, «8» – чувство вины, «9» – общая агрессивность, «10» – враждебность; «в» – высокие показатели, «с» – средние, «н» – низкие. Выделены испытуемые, которым требуется специализированная помощь.

Из полученных выше результатов исследования, можно выделить особо западающие показатели эмоционального состояния беременных женщин. Нужно уделять внимание уровню тревожности, негативизму, чувству вины и раздражительности будущих матерей.

У женщин на третьем триместре беременности отмечается возрастание тревожности, основной причиной которой оказывается ожидание неблагоприятных событий в родах и после них.

Повышение негативизма и раздражительности к близким неадаптивно, так как предполагается некоторое перераспределение материнских функций практически сразу после рождения ребенка, а вот повышение зависимости и необходимость всестороннего патронажа увеличиваются и становятся более продолжительными. Таким образом, появление двух альтернативных тенденций (стремление к контакту и агрессия) на последних сроках беременности ведет к смене объектов этого поведения: стремление к контакту после родов переходит на ребенка, а агрессия на членов группы. В рассматриваемый период агрессия пока еще обнаруживает себя как тенденция к беспокойству, повышению активности, периодической раздражительности к неуместному обращению со стороны других. Состояние беременной требует достижения тонкого баланса между тенденцией к

зависимости и стремлением к контакту, с одной стороны, и тенденцией к агрессии - с другой.

Так же нужно отметить такую особенность как чувство вины. Просмотрев литературные источники по данной теме, такая особенность ранее не выделялась авторами. Мы выделили это состояние и предполагаем, что оно связано с тревогой за исход беременности, женщина может винить себя за патологии беременности, вследствие своего где-то не правильного образа жизни, как во время беременности, так и до ее наступления.

Выделенные эмоциональные особенности протекания беременности нужно корректировать с целью избегания вытекающих отсюда патологий в развитии ребенка и течения родов. Как можно заметить, в сводной таблице выделены более 50% испытуемых. Это те женщины, которые нуждаются, чтобы с ними работали специалисты. Для этого мы планируем создание в Павлодаре на базе медицинского центра «Гармония» создание специального отделения, целью которого будет создание для женщин условий для благоприятного протекания и исхода беременности. Одно из первых мест будет занимать психологическая работа с клиентами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социальная ситуация комфорта протекания беременности очень важна для нормального физического и психического развития ребенка. Показателем существования такой социальной ситуации служит положительный эмоциональный фон. Особенностью протекания беременности у многих женщин являются отрицательные эмоции. В результате уже в утробе у малыша возникает негативное отношение к реальному миру.

Целью данной работы явилось выявление особенностей эмоционального состояния беременных женщин.

Данная цель требовала решения следующих задач:

1. Осуществить анализ медицинской, психологической и психолого-педагогической литературы по теме.
2. Выявить особенности эмоционального состояния беременных женщин.
3. Провести анализ полученных результатов.
4. Разработать рекомендации беременным женщинам для максимально комфортного протекания беременности и родов.

Анализ результатов исследований показал, что у женщин на третьем триместре беременности отмечается возрастание тревожности, основной причиной которой оказывается ожидание неблагоприятных событий в родах и после них.

Повышение негативизма и раздражительности к близким неадаптивно, так как предполагается некоторое перераспределение материнских функций практически сразу после рождения ребенка, а вот повышение зависимости и необходимость всестороннего патронажа увеличиваются и становятся более продолжительными. Таким образом, появление двух альтернативных тенденций (стремление к контакту и агрессия) на последних сроках беременности ведет к смене объектов этого поведения: стремление к контакту после родов переходит на ребенка, а агрессия на членов группы. В рассматриваемый период агрессия пока еще обнаруживает себя как

тенденция к беспокойству, повышению активности, периодической раздражительности к неуместному обращению со стороны других. Состояние беременной требует достижения тонкого баланса между тенденцией к зависимости и стремлением к контакту, с одной стороны, и тенденцией к агрессии - с другой.

Так же нужно отметить такую особенность как чувство вины. Просмотрев литературные источники по данной теме, такая особенность ранее не выделялась авторами. Мы выделили это состояние и предполагаем, что оно связано с тревогой за исход беременности, женщина может винить себя за патологии беременности, вследствие своего где-то не правильного образа жизни, как во время беременности, так и до ее наступления.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза о том, что эмоциональное состояние беременных женщин имеет определенные особенности, которые необходимо корректировать, тогда исход беременности будет улучшен, подтверждена.

Более 50% исследуемых женщин показали результаты, которые требуют вмешательства специалистов и специальной коррекционной работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дик-Рид Г. Роды без страха. М. 1996.
2. Фанти С. Микropsихоанализ. М.1999.
3. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери. М. 1998.
4. Никитин Б. П., Никитина Л. А. Резервы здоровья наших детей. М. 1990.
5. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциально-гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей // Журнал практической психологии и психоанализа. №1. 2004.
6. Гроф С. За пределами мозга. Издательство Трансперсонального Института 1993.
7. Гроф С. Области человеческого бессознательного. Издательство Трансперсонального Института 1994.
8. Гроф С. Холотропное сознание. М. 1996.
9. Винникотт Д. В. Разговор с родителями. М. 1995.
10. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. М. 1999.
11. Леус Т.В. Материнство – опыт трех поколений. Психологическое сопровождение беременной женщины. М. 2000.
12. Брусилковский А. И. Жизнь до рождения. М. 1991.
13. Филиппова Г.Г. Психология материнства: концептуальная модель. М. 1999.
14. Оден М. Возрожденные роды. М. 1994.
15. Чичерина Н. Воспитание до рождения // Материнство. 1999. №10.
16. Бертран А. Воспитание до рождения. С-Пб. 1998.
17. Сборник статей конференции «Перинатальная психология в родовспоможении» сб.: АМСУ; 20-22 марта 1997.
18. Скобло Г.В., Дубовик О.Ю. Система «мать-дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. №2.
19. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка. М.; Воронеж, 1997.
20. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии//Вопросы психологии. 2001.№2.
21. Лосева В., Луньков А. Страхи вокруг беременности // Психологическая консультация. 1998. №1.
22. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. 2000. №2.
23. Шмурак Ю. И. Перинатальная общность // Человек 1993. №6.

24. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. М. 2002.
25. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. №5.
26. Брутман И. В., Варга А. Я., Радионова М. С., Юсупова О. В. Девиантное материнское поведение // Московский психотерапевтический журнал. №4. 1996.
27. Минюрова С.А., Тетерлева Е.А. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства//Вопросы психологии. 2003. №4.
28. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1994. №5.
29. Филиппова Г. Г. Отношение беременной к шевелению ребенка: прогностические возможности. Материалы конференции по психотерапии. 1998.
30. Радионова М. С. Автореферат. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка. Институт психологии РАО.
31. Колпакова М.Ю. Особенности психологической работы с матерями-«отказницами» // Московский психотерапевтический журнал. 1999. №1.
32. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка. М. 1994.
33. Выготский Л.С. Собр. Соч.: В 6 т. Т.4. М.: Педагогика. 1982.
34. Брутман В.И., Панкратова М.Г., Ениколопов С.И. Женщины, отказывающиеся от своих новорожденных детей // Вопросы психологии. 1994. №5.
35. Шмурак Ю. Опыт развивающего пренатального воздействия // Народное образование. 1995. №6.
36. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Предпосылки девиантного материнского поведения. // Психологический журнал, 2000. № 2.
37. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. СПб. 1997.
38. Шмурак Ю.И. Воспитание до рождения: теоретические размышления. Опыт развивающего пренатального воздействия. Материалы конференции по психотерапии. 1998.
39. Боровикова Н.В. Адаптация к новому образу «Я» у беременных женщин// Вестник Балтийской академии. 1998. №15.
40. Коваленко Н. П. Автореферат "Психологические особенности коррекции эмоционального состояния женщины в период беременности и родов". СПб. 1998.

41. Равич Р. Мы ждем тебя, малыш! М. 1991.
42. Сталькова И. Л. Материнство. М. 1987.
43. Текавич Б. Что должна женщина знать о себе. Наука. 1990.
44. Соколова О. А. Возможность влияния эмоциональных событий в жизни матери во время беременности на формирование доминирующих эмоциональных состояний ребенка. Материалы конференции по психотерапии. 1998.
45. Авдеева Н.Н., Мецеракова С.Ю., Ражников В.Г. Психология вашего младенца: у истоков общения и творчества. М. 1996.
46. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. – СПб. 1998.
47. Самоукина Н.В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // вопросы психологии. 2000. №3.
48. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии. 2000. №3.
49. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. СПб. 2000.
50. Мухамедхаримов Р.Ж. Формы поведения матери и младенца // Вопросы психологии. 1994. №6.
51. Перинатальная психология в родовспоможении: Сб. материалов конференции. СПб. 1997.
52. Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сб. материалов конференции. СПб. 1999.
53. Принц В. Беременность и роды. М. 1998.
54. Рыжков В. Практическая психология женских кризисов. СПб. 1998.
55. Бертин А. Воспитание в утробе матери. СПб. 1991.
56. Мухамедхаримов Р.Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев групп риска // Вопросы психологии. 1998. №2.
57. Ряплова Е.А. Беременность и материнство в системе ценностей современной женщины. Доклад на научно-практической конференции, 2001.
58. Ряплова Е.А., Лыскина Н.И. Исследование потребности женщин в психологическом сопровождении беременности. Практическая психология. т.2 . 2000.
59. Кочнева М.А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов: Дис... канд. мед. наук, М. 1992.
60. Александрина Е.В., Денисов А.Г. Коррекция психологического состояния перед родами в условиях акушерского стационара. Сб. трудов ВМА т. 53. вып. 4. стр. 15. Волгоград. 1997.

61. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. СПб.: Сотис, 2001.
62. Варга Д. Дела семейные. М. 1986.
63. Гриском К. Рождение в море. М. 1993.
64. Мид М. Культура и мир детства. М. 1988.
65. Никитин Б. П. Детство без болезней. СПб. 1996.
66. Психологические тесты / Под. ред. А.А.Карелина: В 2 т. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС. 2002.
67. Перну Л. Я жду ребенка. М. 1998.
68. Шапошникова Т.Е. Психологические аспекты готовности к материнству // Психотерапия. №6. 2004.
69. Маркони М. Девятимесячный сон. М. 1993.
70. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института психотерапии. 2002.
71. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи. М. 1988.
72. Бойко В.В. Молодая семья. М. 1985.
73. Курило Л.Ф. Право родиться // Человек. 1995. №4.
74. Хейли Дж., Эриксон М. Стратегия семейной психотерапии. М. 2000.
75. Овчарова Р.В. Психология родительства. М. 2005.
76. Кон И.С. Этнография родительства. М. 2000.
77. Рамих В.А. Материнство как социокультурный феномен. Ростов-на-Дону. 1997.
78. Самоукина Н.В. Психология материнства // Прикладная психология. 1998. №6.
79. Соколова В.Н, Юзефович Г.Я. Отцы и дети в меняющемся мире. М. 1991.
80. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб, 1999.
81. Никитин Б. Первый год - первый день. М. Знание. 1994.
82. Безрукова ОН. Влияние социально-психологических факторов на социальное здоровье беременной женщины: Дис... канд. псих. наук, СПб, 1998.
83. Комова М.Е. // Сборник матер. конф. "Перинатальная психология в родовспоможении". СПб, 1997.