

Министерство просвещения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический
университет»
Кафедра педагогики и психологии детства

Л. К. Пикулева, Ю. В. Батенова, О. Г. Филиппова

ОСНОВЫ
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие

Москва, 2023

УДК 159:9:316.614.5

ББК 88.5

П32

Рецензенты:

Шумакова О. А., доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой психологии (ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ);

Тишевской И. А., кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей психологии (ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»)

Пикулева Л. К., Батенова Ю. В., Филиппова О. Г.

П32 Основы перинатальной психологии: учебное пособие / Л. К. Пикулева, Ю. В. Батенова О. Г. Филиппова. – Москва: Издательство «ПЕРО», 2023. – 190 с.

ISBN 978-5-00218-776-8

Учебный курс «Основы перинатальной психологии» является самостоятельным разделом учебно-методического пособия «Психология развития детей дошкольного возраста: от зачатия до семи лет». Данный курс позволит читателям освоить научные знания в области закономерностей психического развития ребёнка, начиная от момента зачатия. В пособии кратко изложены: история развития перинатальной психологии; основные проблемы, теоретические и прикладные задачи перинатальной психологии; основные понятия и периодизация развития; характеристика этапов ранних периодов онтогенеза; факторы, влияющие на перинатальное развитие; материнство и его изучение в перинатальной психологии; отцовство как психологический феномен; психологическая подготовка родителей к рождению ребёнка.

Пособие утверждено кафедрой педагогики и психологии детства, одобрено учебно-методической комиссией факультета дошкольного образования Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета.

Адресовано будущим педагогам дошкольного образования: психологам, воспитателям, логопедам, дефектологам, методистам, педагогам дополнительного образования, а также представляет интерес для родителей, преподавателей, аспирантов и студентов педагогических и медицинских колледжей и вузов.

Учебное пособие выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 23-28-10173, <https://rscf.ru/project/23-28-10173/>

© Пикулева Л. К., 2023

© Батенова Ю. В., 2023

© Филиппова О. Г., 2023

ISBN 978-5-00218-776-8

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГИЮ	7
1.1. Перинатальная психология как наука	7
1.2. История развития перинатальной психологии	17
1.3. Основные проблемы, теоретические и прикладные задачи перинатальной психологии	20
Задания, контрольные вопросы, терминологический минимум	33
ГЛАВА 2. РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ И БАЗОВЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В РАННИЕ ПЕРИОДЫ ОНТОГЕНЕЗА	36
2.1. Основные понятия и периодизация развития	36
2.2. Характеристика этапов развития в ранние периоды онтогенеза..	42
2.3. Факторы, влияющие на перинатальное развитие	63
Задания, контрольные вопросы, терминологический минимум	86
ГЛАВА 3. ПОДГОТОВКА К РОДИТЕЛЬСТВУ (МАТЕРИНСТВУ И ОТЦОВСТВУ)	89
3.1. Материнство и его изучение в перинатальной психологии	91
3.2. Отцовство как психологический феномен	127
3.3. Организационные основы психологической подготовки родителей к рождению ребёнка	134
Задания, контрольные вопросы, терминологический минимум	151
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	153
ПРИЛОЖЕНИЯ	160

ВВЕДЕНИЕ

Учебный курс «Основы перинатальной психологии» является самостоятельным разделом учебно-методического пособия «Психология развития детей дошкольного возраста: от зачатия до семи лет».

Его своеобразие состоит в том, что он находится на стыке различных научных дисциплин: перинатологии (в содержании которой преобладают медицинские аспекты рассмотрения проблем перинатального развития) и возрастной психологии (содержанием которой является изучение основных особенностей развития психики в разных периодах онтогенеза человека).

Актуальность образования в области перинатальной психологии в настоящее время высока. Это связано с большой востребованностью у населения перинатальной психологической помощи, отмечается заметный рост интереса к вопросам перинатальной психологии и психотерапии, к практическим работам в этой области. В то же время проведенные исследования показали недостаточный уровень знаний не только широких слоев населения, но и профессионалов (педагогов-психологов, воспитателей дошкольных образовательных организаций, педагогов-консультантов, медицинских работников и др.).

Знания в области перинатальной психологии стали востребованы в связи с научными психологическими исследованиями, которые доказывают, что активная профилактика нервно-психических расстройств, прежде всего, должна быть обращена к перинатальному периоду, что у плода рано развиваются психические функции и с ним можно устанавливать обратную связь. Считается, что плод может получать информацию «на клеточном уровне». В XX в. был проведен ряд исследований, доказавших реальность воспитания и обучения в пренатальном периоде. Обучение потенциальных родителей (до зачатия и в период беременности) помогают формировать благоприятные типы

взаимодействия родителей (особенно матери) с младенцами и детьми младшего возраста.

В лечебно-профилактических учреждениях организуются «Школы материнства», «Школы молодой матери», которые используют в обучении родителей комплексный подход, включающий освещение вопросов медицины, психологии, педагогики, культуры, искусства, философии, социальные вопросы. «Новая школа материнства» должна основываться на осознании глубинного исторического опыта нашей страны, на достижениях отечественной дошкольной психологии и педагогики, на изучении европейского опыта. К занятиям в таких школах должны привлекаться все специалисты, в том числе и «бабушки», владеющие житейским опытом народной психологии и педагогики.

Содержание данного курса разработано в соответствии с основными методологическими и теоретико-психологическими положениями, принятыми в отечественной и зарубежной науке.

Цель курса: формирование готовности к практической и исследовательской деятельности в области перинатальной психологии и психологии родительства.

Задачи:

– сформировать представления о перинатальном периоде, как раннем периоде онтогенеза, обусловленном психологической симбиотической связью в диаде «мать – плод», «мать – новорожденный»;

– способствовать пониманию значения гуманистических семейных ценностей: ценность ребенка и ценность материнства для сохранения и развития современной цивилизации, а также роли матери в становлении базовых форм отношений ребенка с миром;

– сформировать осознание необходимости соблюдения правовых и этических принципов работы педагога-психолога в научно-исследовательской, педагогической и консультативной сферах деятельности по работе с женщинами, ориентированными на материнство;

– воспитать активную жизненную позицию по профилактике жестокого отношения к детям и социального сиротства;

– сформировать установку на психолого-просветительскую деятельность, популяризацию психологических знаний по проблемам здорового образа жизни, родительства и раннего развития ребенка;

– способствовать применению сформированных компетенций в профессиональной деятельности и собственной семейной жизни;

Пособие состоит из трех глав. В первой главе «Введение в перинатальную психологию» рассматриваются исторические предпосылки возникновения перинатальной психологии как науки, ее связь с другими научными областями и, исходя из этого, дается краткая характеристика предмета перинатальной психологии исходя из современных научных исследований.

Во второй главе «Развитие психики и базовых личностных образований в ранние периоды онтогенеза» раскрываются основные медицинские и психологические подходы к выделению стадий и подпериодов пренатального и перинатального развития, дается их краткая характеристика с обоснованием факторов развития в каждом из них.

В третьей главе «Подготовка к родительству (материнству и отцовству)» анализируются теоретические подходы к психологии родительства, материнские и отцовские функции и их роль в раннем онтогенезе, биологические и социально-культурные основы материнства и отцовства.

Каждая глава, как отдельный модуль, начинается с краткого изложения ее содержания, включает задания для самостоятельной работы, контрольные вопросы и задания для самопроверки, основные научные термины и понятия.

Пособие содержит, список рекомендуемой литературы и приложение, состоящее из дополнительных информационных материалов к каждой главе. Рисунки, таблицы и приложения нумеруются по разделам (к каждой главе отдельно) с указанием номера главы и порядкового номера самого информационного материала.

ГЛАВА 1.

ВВЕДЕНИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГИЮ

1.1. Перинатальная психология как наука

Определение и связь с другими науками. Перинатальная психология с одной стороны представляет собой важный раздел перинатологии (греч. *peri* – вокруг, около; лат. *natus* – рождение, *logos* – наука, учение), изучающий психологические основы перинатальных проблем (рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 – Перинатальная психология в структуре перинатологии

С другой стороны, Перинатальная психология является разделом возрастной психологии, так как изучает развитие психики и базовых личностных образований в ранние периоды онтогенеза (рисунок 1.2).



Рисунок 1.2 – Перинатальная психология в структуре возрастной психологии

Перинатальная психология, таким образом, находится на стыке различных областей науки, прежде всего психологии и медицины, а также она связана с множеством других образовательных областей.

Таблица 1.1

Связь перинатальной психологии с другими науками

Название науки или областей науки	Характеристика взаимосвязи предметов перинатальной психологии и областей других наук
Философия	Пренатальная стадия жизни является первой экологической позицией человеческого бытия, где ребенок находится в плодотворном диалоге со своей матерью и ее биологическим и психологическим окружением. В 2005 г. на Гейдельбергской рабочей конференции «Любовь, беременность, конфликт и решение – исследования психодинамики конфликта беременности» была принята «Хартия прав ребенка до и после рождения».
Общая психология	Психическое, эмоциональное, интеллектуальное развитие ребенка во время беременности и родов объясняют тонкими механизмами психической жизни человека на первых этапах его развития: пути получения и процесс восприятия информации от матери и окружающего мира, закрепления этой информации в памяти неродившегося ребенка, наличие и проявление чувств, разнообразных эмоций, их длительность и интенсивность, характер и содержание.
Психология развития	Перинатальная психология позволяет исследовать глубинные области человеческой психики и проследить возникновение человеческой личности на самом раннем развитии, до рождения
Медицина	Современные достижения в области медицины дают возможность изучать условия жизни в матке и реакции плода на различные стимулы. Современная перинатальная психология позволяет исследовать глубинные области человеческой психики и проследить возникновение человеческой личности на самом раннем развитии, еще до рождения.
Перинатальная	Разработка методов диагностики, лечения, и

психиатрия	профилактики психических расстройств детей от зачатия до первых месяцев жизни после рождения в контексте взаимодействия ребенка с матерью и ее психического состояния. Диагностикой психотерапией должен заниматься перинатальный психолог, умеющий выявить нервно-психические нарушения, и замотивировать женщину на прохождение психотерапии
Акушерство и неонатология	Обоснование и разработка технологии по дородовой охране матери и ребенка с биологической, психологической и социальной точек зрения для организации первичной профилактики психических и/или соматических расстройств и заболеваний.
Физиология	Мать и ребенок представляют собой единый нейрогуморальный организм и каждый из них в равной степени страдает от неблагоприятного влияния внешнего мира, которое записывается в долговременной памяти, оказывая воздействие на всю последующую жизнь ребенка. Рассмотрение пренейта (неродившегося ребенка) и мать в виде одной системы «мать – плацента – плод». При стрессе надпочечники матери выбрасывают в кровь катехоламины (гормоны стресса), а во время положительных эмоций, которые, проникая через плацентарный барьер, непосредственно воздействуют на плод.
Педагогика	Беременность влияет на формирование личности, которая, как писал В. Н. Мясищев, является динамичным, подверженным многочисленным внешним социальным воздействиям, изменяющимся формированием. Ожидание ребенка является субъективно значимой ситуацией для семьи (положительной или отрицательной), вносит в ее жизнь много изменений.
Перинатальная педагогика	Основная цель – пропаганда пренатального обучения, понимание его и как передачу знаний и навыков, и как образование, направленное на развитие потенциала человека в контексте его взаимоотношений с миром. Воспитание и обучение в пренатальном периоде происходит в основном за счет «впитывания информации». Воспитание и обучение в пренатальном периоде происходит в основном за счет «впитывания информации». «Пренатальная

педагогика представляет собой комплексное воздействие через эстетические впечатления на беременную, плод, семейную систему в целом, с целью оптимизации внутриутробного развития ребенка»

Можно констатировать, что перинатальная психология как комплексная наука, базируется на знаниях многих образовательных областей различных наук и до сих пор не сформированы целостные представления о многих механизмах различных психологических аспектов как репродуктивной функции человека, так и закономерностей психического развития на ранних стадиях онтогенеза. Этому препятствует отсутствие общего биопсихосоциального подхода.

Следовательно, предмет перинатальной психологии следует рассматривать на стыке двух наук – перинатологии и возрастной психологии с учетом ее связи с другими науками.

Направления перинатальной психологии, ее предмет.

Динамику взглядов на перинатальную психологию отечественных исследователей можно проследить по попыткам дефиниций, предпринимаемым в разные годы.

Таблица 1.2

Взгляды на перинатальную психологию отечественных исследователей

Научные взгляды на перинатальную психологию	Автор	Дата
Новая область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития человека на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь личности Она призвана выявлять и научно обосновывать тонкие процессы восприятия пренейтом информации от матери и окружающего мира, закрепления этой информации в памяти, становления у него психических функций.	Г.И. Брехман	1997

Область психологии ребенка антенатального и перинатального периода, грудного и раннего возраста, а также психологии беременной, роженицы и кормящей матери. Предметом изучения являются закономерности и оптимальные условия для формирования и развития ребенка	Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская	2000
Научное поле совместных медицинских и психологических исследований основополагающих вопросов жизни, «может служить “психосоматической” моделью, демонстрирующей неразрывность психологического и физического процессов в континууме человеческой жизни с самого ее начала»	П. Федор-Фрайберг	2005
Новое научное направление, которое преследует цель изучения психической жизни плода, ее влияния на формирование личности	Н.А. Жаркин	2001
Система знаний», объединившая, аккумулировавшая в себя то, что жизненно необходимо для рождения потомства высокого качества, человека будущего	Н.П. Коваленко-Маджуга	2001
Самостоятельное направление, занимающееся проблемами беременности, родов, послеродового периода в психолого-педагогическом и физиологическом аспектах	Г.Г. Филиппова	2002
Изучает переживания плода перед родами, во время них, в первые часы и дни жизни ребенка	Ж.В. Цареградская	2003
Изучение развития ребенка и его взаимосвязей с родителями (в первую очередь с матерью) в период подготовки родителей к зачатию до завершения основных возрастных стадий сепарации ребенка от матери	Г.Г. Филиппова	2003
Перинатальная психология, рассматривая систему “мать – дитя – отец” как целостную физико-эмоциональную (духовную) систему, выстраивает закономерности развития ребенка только в связи с генетической и личностной потенцией родителей	В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко	2004
Область психологии, изучающая систему “мать – отец – дитя” при обстоятельствах вынашивания, рождения и вскармливания ребенка. В этот период особенно ярко проявляется сила симбиотической связи ребенка и	Н.П. Коваленко	2004

родителей (особенно матери), благодаря которой обеспечиваются условия развития младенца		
Новая область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития психики на ранних этапах:	Н.Г. Иглина О.В. Магденко, Д.В. Конах	2006
Область психологии, которая занимается проблемами зачатия, вынашивания, рождения ребенка и ранним периодом его развития	Г.Г. Филиппова	2007
Область исследования, изучающая развитие ребенка и его взаимосвязи с родителями (в первую очередь с матерью) в период подготовки родителей к зачатию до завершения основных стадий сепарации (отделения) ребенка от матери	К.Н. Белогой	2008
Наука, изучающая развитие психики человека на ранних этапах онтогенеза, а также структуру, содержание и онтогенез репродуктивной сферы родителей. Задача перинатальных психологов – решение проблем, связанных с <i>основными этапами репродуктивного цикла</i> (зачатие, беременность, роды, формирование диады, раннее развитие ребенка, сепарация), – три месяца до зачатия и три года после родов	Т.С. Чебан-Соколова	2014
Раздел медицинской (клинической) психологии, изучающий значение психических факторов, которые связаны с проблемами зачатия, с развитием осложнений, возникающих во время беременности, родов, раннего послеродового периода; перинатальная психология занимается разработкой психологических профилактических и коррекционных средств воздействия на систему «мать – дитя» («мать – пренейт»).	И.В. Добряков	2015
Это психология репродуктивной сферы человека	Г.Г. Филиппова	2020
Область психологической науки, изучающая обусловленные взаимодействием с матерью закономерности психического развития человека на самых ранних этапах его онтогенеза от зачатия до первых месяцев жизни после рождения.	М.Е. Блох	2020

Приведенные определения перинатальной психологии отражают ее основные разделы, отличающиеся задачами, встающими перед психологом на разных этапах репродуктивного процесса (рисунок 1.3.).

Следует отметить, что специфика решаемых теоретических и практических задач определяет раздел работы перинатального психолога, связанный с особенностями родителей и ситуаций, в которых они оказались, именно поэтому современная перинатальная психология включает психологию родительства как раздел.

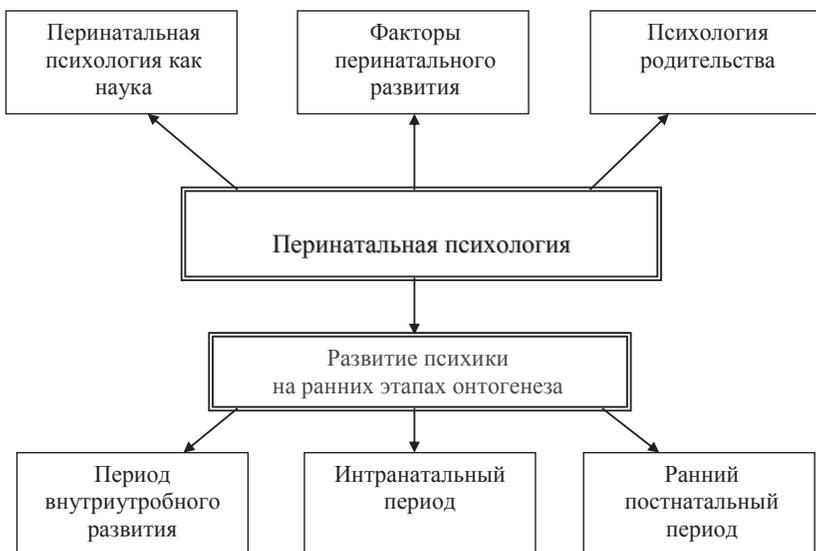


Рисунок 1.3 – Структура перинатальной психологии

Перинатальная психология как область психологической науки исследует:

- особенности динамики психологического развития системы «мать – дитя»;
- закономерности развития человека на самых ранних этапах онтогенеза;
- проблемы взаимоотношений «родители – дитя»;

- факторы перинатального развития;
- влияние этапов перинатального развития на последующую жизнь человека.

Основные научные подходы в изучении перинатальных явлений

Эклектически-дилетантский подход. Обоснование теории перинатальной психологии лицами, не имеющими никакого отношения к психологии. Характеризуется ограниченным представлением о перинатальной психологии, эффективность оценивается по собственным впечатлениям и отзывам беременных (как правило положительным).

Медико-редукционистский подход. Характеризуется поверхностным подходом врачей-акушеров к пониманию психологии, проблемы объясняются только биологическими причинами.

Психолого-редукционистский подход. Отличается наличием стройной теоретической базы, но в противоположность медико-редукционистскому подходу считается, что течение репродуктивного процесса определяется по большей части психологическим состоянием партнёров, и поэтому при появлении проблем необходима прежде всего психокоррекция. Биологическим, физиологическим, медицинским трудностям уделяется мало (или вообще никакого) внимания.

Интегративный биопсихосоциальный подход. Сочетание биологических, психологических и социальных построений в единой теоретической модели, направленной на более полное понимание закономерностей и взаимосвязей процессов, связанных с репродукцией. В России получили распространение биопсихосоциальные модели, предложенные независимо друг от друга Г. Г. Филипповой и И. В. Добряковым.

Ресурсный подход является продолжением развития перинатальной психологии и психотерапии в сотрудничестве с акушерством. Концептуальные позиции: объект исследования –

ресурсы семейной системы, предмет исследования – ресурсы репродуктивной системы (авторская модель Коваленко Н.П.).

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

В перинатальной психологии выделяют две базовых аксиомы:

- наличие психической жизни плода;
- наличие долговременной памяти у плода и новорожденного.

Задачи перинатальной психологии

Основные задачи перинатальной психологии формулируются следующим образом.

1. Определение роли психологических (в том числе, семейных) факторов в процессах зачатия, беременности и родов; формировании диады «мать–дитя»; развитии ребенка младенческого и раннего возраста.

2. Исследование влияния различных болезней женщины на ее отношение к зачатию, беременности, родам; формирование диады «мать–дитя»; психическое развитие пренейта /ребенка.

3. Разработка методов психологического исследования, адекватных для решения задач перинатальной психологии.

4. Создание методов раннего психологического вмешательства, направленного на оптимизацию течения перинатального периода и семейного функционирования на этапах зачатия, ожидания ребенка и в послеродовом периоде.

5. Разработка методов психологической и психотерапевтической помощи в ситуациях перинатальной утраты и рождения больного ребенка.

6. Решение психологических проблем, возникающих в связи с применением современных технологий борьбы с бесплодием (экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство и пр.).

Отличительные особенности перинатальной психологии

Перинатальная психология развивается, поэтому имеет как постоянные специфические признаки, так и признаки переходящие являющиеся приметой настоящего времени:

- диадический характер объекта (системы «беременная–плод» или «мать–дитя»);

- семейный характер проблем, которые она предназначена решать;

- низкий уровень осведомлённости пациентов, нуждающихся в перинатальной психологической и психотерапевтической помощи, о возможности её получения;

- необходимость активного выявления нуждающихся в перинатальной психологической и психотерапевтической помощи, формирования у них мотивации на её получение;

- ятрогенный, психологический и дидактогенный характер ряда нарушений, являющихся показанием к применению перинатальной психокоррекции и психотерапии;

- недостаточная разработанность правовых основ по оказанию психологической и психотерапевтической помощи в случае перинатальных потерь;

- последовательная смена задач перинатальной психокоррекции и психотерапии, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи, этапами реализации репродуктивной функции;

- необходимость тесного сотрудничества перинатального психолога, психотерапевта с другими специалистами (акушерами-гинекологами, неонатологами, неврологами и др.);

- предпочтение краткосрочных психокоррекционных и психотерапевтических методик;

- дефицит специфического психологического инструментария и методических разработок в области перинатальной психологии и психотерапии;

- недостаточное количество грамотных перинатальных психологов и психотерапевтов;

- профилактическая направленность ПП и психотерапии.

Таким образом, перинатальная психология – это наука, изучающая закономерности психического развития человека, обусловленные взаимодействием с матерью, на самых ранних этапах онтогенеза от зачатия до первых месяцев жизни после рождения, и их влияние на последующую жизнь человека.

1.2. История развития перинатальной психологии

Истоки перинатальной психологии

Истоки перинатальной психологии уходят в глубину веков и берет свое начало в народной перинатальной практике и житейской психологии (Приложение 1.1).

Исследуя перинатальную психологию Ю. Шмурак указывала, что современная пренатальная практика, стремящаяся обеспечивать оптимальные условия внутриутробного развития ребенка, опирается на теории беременности и внутриутробного развития человека, основанные на фактологии эмпирико-аналитических наук; феноменологию беременности, полученную средствами гуманитарных наук, а также на спонтанное мировоззрение; обобщения, автономно возникающие в самой перинатальной практике.

Разные народы относились к положению женщины, ожидавшей рождения ребенка с особым вниманием, и это свидетельствует, что создание определенных правил жизнедеятельности для таких женщин и взаимодействия с ними относятся к древнейшим видам социокультурной деятельности человека. Люди понимали, что человеческий детеныш при рождении – самый беспомощный из всех живых существ. Он долго нуждается в помощи взрослых, в их

поддержке, уходе, а затем в специальном обучении и воспитании, без чего он не может приспособиться к жизни и стать самостоятельным. Часто, в силу сложных ситуаций беременность могла прерываться, что приводило к гибели плода, и сам процесс родов мог закончиться летальным исходом.

Именно помощь взрослого в рождении ребенка, передача от поколения к поколению необходимых знаний о поведении будущей матери, социальная и психологическая поддержка женщины во время беременности и формирования необходимых для дальнейшего ухода за ребенком умений явилось прообразом психологической деятельности определенных, ставшей впоследствии делом специально подготовленных людей.

Таким образом, корни перинатальной практики уходят в глубокую древность. Потребность человечества в таком виде деятельности была обусловлена необходимостью сохранить род, как писал Д. Б. Эльконин, общество без детских популяций – умирающее общество.

Можно лишь догадываться, каковы были истоки перинатальной практики в далекой древности. Судить об этом можно по результатам этнографических исследований жизнедеятельности тех народов, которые еще не интегрировались в мировую цивилизацию и у которых сохранился образ жизни, предполагающий следование традициям родо-племенного общества. Перинатальный период воспринимался людьми как база формирования будущей личности, на которой создается образ человека для конкретного общества.

Во всех народных культурах зарождение новой жизни считалось великим таинством, поэтому период беременности имел много предписаний и запретов. Так постепенно формировалась своеобразная «эмбриональная психология и педагогика», которая была направлена на установление прочных основ матери и ребенка, являющиеся залогом воспитания здорового ребенка. У всех народов нормальное воспроизводство связывалось с требованиями внимательного и бережного отношения к рождению, сохранению и воспитанию нового поколения. Житейские знания основывались на

рациональном подходе и интуитивных представлениях о природе человека, бессознательных механизмах работы его психики. Перинатальная практика и житейская психология помогает понять, что формирование характера человека начинается еще в утробе матери.

Развитие перинатальной психологии как области научных знаний.

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

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

Последующие конгрессы ISPPM проходили каждые три года: в г. Иерусалиме (Израиль) под девизом «Неожиданная встреча с неродившимся ребенком» (1989), в г. Кракове (Польша)

«Неродившийся ребенок в семье» (1992), в г. Гейдельберге (Германия) – «Время, чтобы родиться» (1995).

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

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

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

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

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

1.3. Основные проблемы, теоретические и прикладные задачи перинатальной психологии

Научные направления в перинатальной психологии

К перинатальному развитию в психологии обращались с позиций разных направлений.

Психоанализ: классическая схема развития личности, дифференциации потребностей и смены объекта влечения З. Фрейда, который подчеркивал роль матери и отца в становлении базовых личностных образований и личностных конфликтов. З. Фрейд считал, что «младенец, при условии включения заботы, которую он получает от матери, представляет психическую систему». Только в системе «мать-дитя» запускается процесс, названный Э. Фроммом «индивидуализацией» и приводящий к развитию самосознания.

В 1941 г. Э. Фромм писал: «Относительно быстрый переход от внутриутробного к собственному существованию, обрыв пуповины обозначают начало независимости ребенка от тела матери. Но эту независимость можно понимать лишь в грубом смысле разделения двух тел. В функциональном смысле младенец остается частью тела матери. Она его кормит, ухаживает за ним, оберегает его. Постепенно ребенок приходит к сознанию того, что его мать и другие объекты – это нечто отдельное от него. Одним из факторов этого процесса является психическое и общее физическое развитие ребенка, его способность схватывать объекты – физически и умственно – и овладевать ими. Ребенок осваивает окружающий мир через посредство собственной деятельности. Процесс индивидуализации ускоряется воспитанием. При этом возникает ряд фрустраций, запретов, и роль матери меняется: выясняется, что цели матери не всегда совпадают с желаниями ребенка, иногда мать превращается во враждебную и опасную силу. Этот антагонизм, который является неизбежной частью процесса воспитания, становится важным фактором, обостряющим осознание различия между «Я» и «Ты»».

Д. Винникотт, подчеркивая неразрывность психической деятельности матери и ребенка, писал: «Нет такого создания, как младенец» (1960).

О том, что лишь через несколько месяцев после рождения младенец вообще начинает воспринимать других людей как других и становится способным реагировать на них улыбкой, что лишь через годы перестает он смешивать себя с миром, в 1932 г. писал Жан Пиаже.

Эпигенетическая концепция развития личности Э. Эриксона: роль матери в становлении базовых форм отношений ребенка с миром; базовая вера и надежда.

Трансперсональная психология: «перинатальные матрицы» С Грофа. Ему принадлежит теория перинатальных матриц, согласно которой перинатальные события у человека фиксируются в виде четырех основных матриц, соответствующих процессу беременности, родов и послеродового периода.

Первая перинатальная матрица: "*Матрица наивности*". Эта матрица соответствует периоду беременности до момента начала родов. Она формирует жизненный потенциал человека, его потенциальные возможности, способность к адаптации. Так у желанных детей при здоровой беременности базовый психический потенциал выше.

Вторая перинатальная матрица: "*Матрица жертвы*". Формируется с момента начала родовой деятельности до момента полного или почти полного раскрытия шейки матки. Ребёнок испытывает силы давления схваток, некоторую гипоксию, а "*выход*" из матки закрыт. Если нагрузка на ребёнка слишком высока, есть опасность гипоксии, то он может несколько затормозить свои роды, чтобы успеть скомпенсироваться. С этой точки зрения родостимуляция нарушает естественный процесс взаимодействия матери и плода и формирует патологическую матрицу жертвы. Боязнь родов провоцирует выброс матерью стресс гормонов и тогда матрица жертвы также формируется патологическая. При плановом кесаревом сечении эта матрица сформироваться не может, при экстренном – формируется.

Третья перинатальная матрица: "*Матрица борьбы*". Формируется с конца периода раскрытия до момента рождения ребёнка. Характеризует активность человека в моменты жизни, когда от его активной, или выжидательной позиции ничего не зависит. Если мать вела себя в потужном периоде правильно, помогала ребёнку, если он чувствовал, что в период борьбы он не одинок, то в дальнейшей жизни его поведение будет адекватным ситуации.

Четвёртая перинатальная матрица: *"Матрица свободы"*. Начинается с момента рождения и завершается в период семи дней после рождения, либо в первый месяц, или пересматривается всю жизнь человека. Если ребёнок по разным причинам разлучён с матерью после рождения, то во взрослом возрасте свободу и независимость он может расценивать как обузу. Есть мнение, что полноценным грудным вскармливанием до года, а также хорошим уходом и любовью можно компенсировать негативные перинатальные матрицы (Приложение 1.2).

Теория привязанности: классические исследования Х. Харлоу, Дж. Боулби и М. Эйнсворт. Развитие психических и моторных функций детей Дж. Боулби связывал с развитием способов достижения близости к матери. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям. Таким образом, потребность в близости – базовая потребность ребенка.

Еще в возрасте до года ребенок умеет определять такое расстояние до матери, на котором он способен дать ей знак о своих потребностях хныканьем и получить помощь, то есть расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности.

Если мать оказывается или кажется ребенку недоступной, активизируется деятельность малыша, направленная на восстановление близости. Страх потерять мать может вызывать панику. Если потребность в близости часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. Только при развитом чувстве безопасности ребенок постепенно увеличивает расстояние, на которое спокойно отпускает мать. Дж. Боулби подчеркивал важность ощущения безопасности и развития «его» ребенка. Если «ухаживающая персона» признает и пытается удовлетворить потребность младенца в комфорте и в безопасности, у ребенка снижается уровень базальной тревоги, растет уверенность в своих силах, и его деятельность направляется на познание окружающего мира. В противном случае – уровень тревоги

высок, растет, а деятельность ребенка направлена на попытки обеспечения безопасности.

Теоретические положения Дж. Боулби были блестяще подтверждены экспериментами М. Эйнсворт (1978). Наблюдая детей первых месяцев жизни, она пыталась определить, каким образом особенности взаимоотношений с матерью проявляются в процессе кормления грудью, в плаче ребенка и в игровых моментах. Начав свои исследования в Англии, она затем вместе с мужем переехала в Африку, где он получил работу. Продолжив эксперименты на новом месте, М. Эйнсворт была поражена тем, что исследования английских и африканских детей и их мам дали одинаковый результат. В России при проведении подобных исследований были получены аналогичные данные. В результате исследований установлено, что взаимоотношения матери и ребенка складываются в течение первых трех месяцев жизни и определяют качество их привязанности к концу года и в последующем. Благоприятно на развитие ребенка влияют матери, движения которых синхронны движениям младенца во время общения с ним, эмоции экспрессивны, контакты с ребенком разнообразны. Общение же детей с матерями ригидными, редко берущими их на руки, сдерживающими свои эмоции («матери с деревянными лицами»), напротив, не способствует развитию психических функций ребенка. То же можно сказать и об общении детей с матерями, отличающимися непоследовательным, непредсказуемым поведением.

Экспериментальным путем М. Эйнсворт удалось выделить три типа поведения детей, формирующихся под влиянием общения с матерью.

Тип А. Избегающая привязанность – встречается примерно в 21,5% случаев. Характеризуется тем, что на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта. Он не идет на контакт даже тогда, когда мать начинает с ним заигрывать.

Тип В. Безопасная привязанность – встречается чаще других (66%). Характеризуется тем, что в присутствии матери ребенок

чувствует себя комфортно. Если она уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.

Тип С. Амбивалентная привязанность – встречается примерно в 12,5% случаев. Даже в присутствии матери ребенок остается тревожным. При ее уходе тревога возрастает. Когда она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается.

Теория социального научения: теоретические основы и их приложение к раннему развитию диадических отношений (Р. Сирс, С. Тревартен, А. Фогель, Д. Штерн и др.). Другим, также широко распространенным в западных странах является направление перинатальной психологии, исследующее взаимоотношения в диаде «мать-дитя», которое является по сути этологическим. При таком подходе связь мать-дитя трактуется как форма запечатления.

То, как происходило общение матери с новорожденным ребенком в первые часы жизни, оказывает большое влияние на их последующее взаимодействие. Согласно теории социального научения, мать и ребенок находятся в состоянии непрерывного обучения, реагируя на поведение друг друга. Таким образом, их взаимодействие является взаимно вызванным стимул-реактивным поведением.

Теоретические подходы в репродуктивной психологии

Исследования репродуктивной психологии начали проводиться в России в 90-е годы XX века в рамках перинатальной психологии и психологии материнства. За это время был пройден большой путь от изучения психологических особенностей беременности и ранних отношений матери с ребенком до исследования психологических механизмов регуляции репродуктивной функции у женщин и мужчин, психологических факторов нарушений репродуктивного здоровья и практических разработок по психологической помощи семье на всех этапах репродуктивного цикла.

В основе направления лежали исследования, задуманные и реализованные Г. Г. Филипповой и ее учениками в области нескольких проблемных областей отечественной психологии: психологии раннего развития, психологии родительства (материнства и отцовства), психологии детско-родительских отношений, психологии беременности. В психологической практике основанием для такого объединения стал опыт ведения курсов для будущих родителей по подготовке к родам и родительству, консультирование детско-родительских отношений, тренинги для родителей и др. На определенном этапе разработки, все эти научные и практические направления, достаточно близкие и тесно между собой связанные, объединились в единое направление исследований, которое получило название «перинатальная психология».

В настоящее время все более актуальным становится изучение психологической готовности и неготовности к родительству, психологии родительства (материнства и отцовства), психологии беременности.

Как результат – появился запрос на психологическую помощь при нарушениях течения беременности, бесплодии и невынашивании беременности, а несколько позже и при нарушениях репродуктивной функции у мужчин. Активное развитие вспомогательных репродуктивных технологий в медицине также способствовало обращению к вопросам нарушений репродуктивного здоровья и к возможности оказания психологической помощи пациентам репродуктивных клиник.

Развитие теоретических подходов в перинатальной психологии, психологии родительства и других смежных областях психологии позволило выделить и обосновать новый предмет науки и практики – психологию репродуктивной сферы человека (Филиппова, 2015). Теоретической основой этого подхода является теория функциональных систем и учение о доминанте, в сочетании с классическими и современными подходами в психоанализе и перинатальной психологии. С опорой на учение о функциональных системах П. К. Анохина и доминанте А. А. Ухтомского

репродуктивная функция человека рассматривается как сложная функциональная система, при этом описано системное строение репродуктивной сферы и выделены этапы репродуктивного цикла. Репродуктивная сфера определяется в исследованиях как организация всех систем жизнедеятельности человека для осуществления репродуктивной функции.

В репродуктивной сфере выделяются психологическая и физиологическая составляющие, обосновывается их взаимосвязь. В этом подходе, с опорой на результаты конкретно-эмпирических исследований, физиологические нарушения репродуктивного здоровья рассматриваются как психосоматическое проявление нарушений в репродуктивной сфере женщин и мужчин. Сформулированы положения репродуктивной психосоматики, обоснованы ее специфические особенности и отличия от психосоматических соотношений в других сферах жизнедеятельности.

Поиск причин нарушений в реализации репродуктивной функции позволил разработать представление о психологической неготовности к родительству и ее связи с проблемами в ранних детско-родительских отношениях. Сравнение психологических особенностей женщин с диагнозом «бесплодие», «невынашивание беременности», женщин, оттягивающих рождение детей до позднего репродуктивного возраста, а также тех, кто сознательно отказывается от рождения детей, выявило сходство в их психологической неготовности к родительству. Это положение находит свое подтверждение при изучении нарушений раннего развития ребенка, которое в ряде случаев также связано с разными формами искажений детско-родительских отношений. Эти искажения возникают в результате психологической неготовности родителей к рождению и воспитанию детей. Таким образом, была обоснована теоретическая и практическая связь проблематики перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы. Еще одним достижением этого периода стало понимание психосоматической природы нарушений

репродуктивного здоровья как женщин, так и мужчин, что привело к появлению термина «репродуктивная психосоматика».

Эти явления в современной науке и практике послужили основанием для нового этапа интеграции всех направлений, которые занимаются разными аспектами рождения и развития человека с одной стороны – и тем, как это рождение и развитие обеспечивается женщинами и мужчинами, родителями ребенка – с другой стороны. Сформировалась устойчивая связь нескольких областей психологии и смежных наук, ориентированных на проблемы воспроизводства – рождения и воспитания детей, и репродуктивной функции женщин и мужчин – как способности к рождению и воспитанию детей. Это три основных области, тесно пересекающиеся между собой: перинатальная психология, объединяющая в себе вопросы раннего развития ребенка и родительского (материнского и отцовского) отношения и поведения; психология родительства, изучающая материнство и отцовство как часть личностной сферы взрослого человека; психология репродуктивной сферы, охватывающая психологические и психосоматические вопросы реализации репродуктивной функции.

В результате пересечения означенных проблем в современной психологии появилось новое направление – репродуктивная психология, в которую включены все психологические аспекты репродуктивного здоровья. В этом направлении выделяется две взаимосвязанные составляющие репродуктивного здоровья: физиологическая – как способность зачать, выносить и родить здорового ребенка, и психологическая – как способность вырастить и воспитать здорового физически и психически ребенка и подготовить его к реализации репродуктивной функции в будущем. При таком подходе репродуктивная функция рассматривается как рождение и воспитание детей, которые сами смогут продолжить род – то есть смогут сами родить и воспитать здоровое потомство.

В результате такой интеграции произошло логичное объединение тех направлений психологии, которые, с одной стороны занимались разными этапами реализации репродуктивной функции

(то есть разными этапами репродуктивного цикла – от онтогенеза репродуктивной функции до ее реализации у взрослых женщин и мужчин), а с другой стороны – разными психологическими аспектами репродуктивной функции (психофизиологическими, ценностно-смысловыми, тендерными, поведенческими, психосоматическими и т. п.).

В проведенных в этом направлении исследованиях и практическом опыте работы психологов с разными аспектами репродуктивной функции семьи было выявлено, что существует непосредственная связь психологических и психосоматических проблем, возникающих на различных этапах репродуктивного цикла, с проблемами раннего развития и детско-родительских отношений.

В таком аспекте логика развития направления от перинатальной к репродуктивной психологии отражает общую логику взаимосвязи раннего развития со всей последующей жизнью человека. Более того, она отражает связь между проблемами прошлых и будущих поколений – как циклической трансляции закономерностей от рождения до рождения. Действительно, перинатальная психология, занимающаяся проблемами раннего развития человека, оказывается своеобразным ядром, в котором заложены ростки и векторы всех остальных направлений репродуктивной психологии. Однако, расширяя свои границы, она порождает и более широкие круг междисциплинарных проблем в области науки и практики, новые теоретические подходы и методы работы, которые уже не укладываются в ее узкие границы. Поэтому сама она остается с одной стороны центральной, а с другой стороны составной частью своего «порождения» – репродуктивной психологии, которая занимается всеми аспектами репродуктивной функции человека.

Современное состояние обозначенных направлений свидетельствует о том, что появился новый объект изучения и практического приложения в современной психологической науке – это психологические аспекты репродуктивной функции человека – в котором каждое направление выделяет свой предмет, но для полноты

его понимания стремится к интеграции со смежными направлениями, также выделяющими в этом объекте свои частные предметы.

Это означает, что проблема репродукции стала общим профессиональным полем для психологов, а репродуктивный цикл – как все, что связано с воспроизводством в широком смысле – общим для этой области объектом науки и практики. В таком случае для этой области психологии общим предметом становятся психологические аспекты реализации репродуктивной функции, и каждое направление выделяет в качестве конкретно-научного предмета один из этих аспектов. Это позволяет говорить о выделении нового междисциплинарного (объединяющего разные области психологии) направления в современной психологии, пересекающегося также со смежными науками – медициной, психосоматикой, философией, педагогикой.

Таким образом, за прошедшие два десятилетия исследований тематика и потенциальные направления исследований прошли ряд этапов своего развития от работы с беременными и диадой – до системного подхода к психологическим проблемам репродуктивной функции семьи. Репродуктивная психология объединяет все психологические аспекты репродуктивной функции – от общего онтогенеза, включающего онтогенез репродуктивной сферы – до реализации репродуктивной функции и нарушений физиологической и психологической составляющих репродуктивного здоровья. Это направление охватывает все этапы репродуктивного цикла, в нем объединяется проблематика перинатальной психологии, психологии материнства и отцовства, психологии репродуктивной сферы и психологии нарушений репродуктивного здоровья.

В настоящее время в репродуктивной психологии разработаны теоретико-методологические основы представлений о психологической составляющей репродуктивной функции человека, опирающиеся на эволюционно-системный подход, учение о функциональных системах, психосоматический подход, классические и современные теории раннего развития. В этой области уже сложился свой категориальный аппарат, ориентированный на

комплексность знаний, междисциплинарные связи и применение интегративного подхода в практической психологической работе.

Одним из направлений современной репродуктивной психологии является проблематика, связанная с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Выявлены психологические факторы возникновения психосоматических осложнений репродуктивного здоровья, дана характеристика основных типов психосоматических нарушений в репродуктивной сфере. Получены новые данные о влиянии раннего онтогенеза на формирование психосоматических осложнений в репродуктивной сфере.

Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими (прежде всего, гормональными) изменениями, психологическими и социальными факторами получили название *материнской доминанты*. Материнская доминанта включает физиологический компонент и психологический компонент. Они соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими с женщиной, направленными на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребёнка.

Гестационная доминанта (лат.: gestatio – беременность, dominans – господствующий) обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития пренейта. *Психологический компонент гестационной доминанты* представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся при возникновении беременности и формирующих у беременной женщины поведенческие стереотипы, направленные на сохранение гестации и на создание условий для развития пренейта. Особенности психологического компонента гестационной доминанты проявляются в связанных с беременностью изменениях системы отношений женщины.

Было выделено пять вариантов его формирования: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный.

Оптимальный вариант является благоприятным как для течения беременности и родов, так и для формирования бондинга после родов, для развития младенца.

Женщины, обнаруживающие признаки эйфорического, гипогестогнозического, тревожного, эйфорического вариантов психологического компонента гестационной доминанты, нуждаются в наблюдении, так как у них могут отмечаться нервно-психические и соматические расстройства.

Варианты психологического компонента гестационной доминанты могут изменяться в течение беременности в зависимости от срока гестации, соматического состояния женщины, ситуации в семье, отношений, складывающихся с врачом и т.п. Это обуславливает возможность корректировать психологический компонент гестационной доминанты, ставит перед специалистами задачу проведения скринингового психологического обследования беременных для раннего выявления нуждающихся в медицинской и психологической помощи, ориентирует специалиста, в чем она должна выражаться.

Психологические аспекты перинатальной безопасности

В последние годы растет интерес специалистов (психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов, педиатров и др.) к практическому применению теоретических разработок перинатальной психологии. Однако до сих пор осведомленность пациентов, нуждающихся в перинатальной психотерапии, о возможности ее получения находится на низком уровне. Подготовка к беременности и родам в настоящее время заключается в основном в укреплении здоровья будущих родителей и улучшении материально-бытовых условий семьи.

Вместе с тем существует много психологических факторов, которые могут сказаться на перинатальном развитии ребенка и

повлиять на его состояние. Это, прежде всего, психологическая готовность женщины к предстоящей беременности, мотивы зачатия ребенка, гестационная доминанта, психоэмоциональное состояние беременной женщины, перинатальное общение и взаимодействие с ребенком. Для обеспечения перинатальной безопасности с целью здорового развития ребенка необходимо более активное взаимодействие всех заинтересованных специалистов с будущими родителями.

Вопросы психологической безопасности жизнедеятельности человека активно обсуждаются в практической психологии достаточно давно. В последнее время особо пристальное внимание уделяется решению этой проблемы в связи с ребенком и его жизнедеятельностью. Это, прежде всего вопросы, связанные с психологической безопасностью образовательной среды, всех участников образовательного процесса: ребенка, педагогов, родителей. На сегодня особую актуальность приобрело направление психологических исследований, посвященных психологическим аспектам перинатальной безопасности.

Сегодня в России в направлениях перинатальной психологии активно развиваются концепции психофизиологии материнской доминанты (А. С. Батуев, В. В. Васильева), перинатальной психотерапии (И. В. Добряков), психологии материнства и психологии репродуктивной сферы (Г. Г. Филиппова), девиантного материнства (В. И. Брутман), трансперсонального направления перинатальной психологии (Г. И. Брехман, Ш. С. Ташаев), практическое приложение перинатальной психологии и коррекции беременности (Н. П. Коваленко), подготовки к родительству (М. Е. Ланцбург).

Задания, контрольные вопросы

Темы рефератов

1. История развития перинатальной психологии в России
2. История развития перинатальной психологии за рубежом
3. Вклад педагогов в развитие перинатальной психологии

4. Вклад Российской Ассоциации Перинатальной Психологии и Медицины в развитие перинатальной психологии
5. История родильного искусства
6. Доминанты материнства
7. Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы
8. Основные концепции перинатального развития
9. Основные проблемы репродуктивной психологии
10. Взаимосвязь перинатальной психологии и педагогики
11. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать–дети»
12. Биопсихосоциальный подход в перинатальной психологии
13. Теория перинатальных матриц в перинатальной психологии
14. Теория привязанности в перинатальной психологии

Контрольные вопросы

1. Что изучают перинатология и перинатальная психология?
2. Назовите истоки перинатальной психологии.
3. Что является предметом и объектом изучения перинатальной психологии?
4. Опишите вклад С. Грофа в развитие перинатальной психологии.
5. Кто из отечественных психологов внес вклад в развитие перинатальной психологии? Приведите примеры.
6. Опишите историю развития перинатальной психологии.
7. В чем прослеживается связь перинатальной психологии с другими науками?
8. Назовите отечественных психологов, активно занимающихся развитием перинатальной психологии в наше время.
9. В чем заключается методология Б. Г. Ананьева в изучении и развитии человека?
10. Опишите деятельность психолога-перинатолога.
11. Раскройте суть связи перинатальной психологии и перинатальной психотерапии.

12. Перечислите методы перинатальной психотерапии, средства воздействия на клиента.

Терминологический минимум

Гестационная доминанта; перинатальная безопасность; перинатальная педагогика; перинатальная практика; перинатальная психология; перинатальное развитие; перинатальные матрицы перинатология; пренатальный; психология беременности; психология зачатия; психология родительства; репродуктивная функция; репродуктивная психология.

ГЛАВА 2.

РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ И БАЗОВЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В РАННИЕ ПЕРИОДЫ ОНТОГЕНЕЗА

2.1. Основные понятия и периодизация развития

Онтогенез (*ontos* «сущий» + *genesis* «зарождение») – индивидуальное развитие организма, совокупность последовательных морфологических и биохимических преобразований, претерпеваемых организмом от оплодотворения (при половом размножении) или от момента отделения от материнской особи (при бесполом размножении) до конца жизни.

Периодизация психического развития – это выделение в целостном жизненном цикле человека последовательности стадий (периодов) развития. Научно обоснованная периодизация должна отражать внутренние закономерности самого процесса развития (Л. С. Выготский) и отвечать следующим требованиям:

- 1) описывать качественное своеобразие каждого периода развития и его отличия от других периодов;
- 2) определять структурную связь между психическими процессами и функциями в рамках одного периода;
- 3) устанавливать инвариантную последовательность стадий развития;
- 4) периодизация должна иметь такую структуру, где каждый последующий период основан на предшествующем, включает и развивает его достижения.

Современные периодизации детского развития, как правило, не включают период пренатального развития.

При изучении развития организма в онтогенезе необходимо использовать следующие понятия.

Натальный (*natalis* – относящийся к рождению, день рождения) – имеющий отношение к рождению, родам.

Понятие «перинатальный» переводится следующим образом: (*peri* – вокруг, около, возле + *Natalis* – относящийся к рождению).

Перинатальное развитие – это период, предшествующий рождению ребенка, совпадающий с ним и непосредственно следующий за ним.

Перинатальный период в медицине – это период от 28 (22) недели беременности (антенатальный), включающий период родов (интранатальный) и заканчивающийся через 168 часов (7 дней, неделя) после рождения (постнатальный).

Пренатальный (prae – перед и natalis относящийся к рождению) – предродовой. Обычно термин "пренатальный" применяют к поздним стадиям эмбрионального развития млекопитающих.

Пренатальный период человека – это период развития организма с момента зачатия до момента рождения. Длительность пренатального периода – примерно 266 дней, считая с момента зачатия.

Таким образом, **пренатальное, или внутриутробное, развитие – это процесс созревания, в ходе которого в жестко заданной и генетически закрепленной последовательности происходит превращение оплодотворенной яйцеклетки в новорожденного младенца.**

Но, в перинатальной педагогике сроки перинатального периода расширяются, и перинатальное воспитание определяется как целенаправленное воздействие на ребенка до рождения, во время родов и после них. На практике оно охватывает период жизни младенца от зачатия вплоть до 3 лет жизни.

Это дает основание при изучении перинатальной психологии объединять перинатальный период с пренатальным, и интегрировано рассматривать все этапы развития организма с момента зачатия до окончания периода новорожденности.

Периодизация психического развития – выделение в целостном жизненном цикле человека последовательности стадий (периодов) психического развития. Научно обоснованная периодизация должна отражать внутренние закономерности самого процесса развития (Л.С. Выготский) и отвечать следующим требованиям:

- 1) описывать качественное своеобразие каждого периода развития и его отличия от других периодов;
- 2) определять структурную связь между психическими процессами и функциями в рамках одного периода;
- 3) устанавливать инвариантную последовательность стадий развития;
- 4) периодизация должна иметь такую структуру, где каждый последующий период основан на предшествующем, включает и развивает его достижения.

Отличительными особенностями многих периодизаций психического развития являются их односторонний характер (отрыв развития личности от развития интеллекта) и натуралистический подход к психическому развитию в онтогенезе, что находит выражение в игнорировании исторически изменчивого характера периодов развития. Примерами таких периодизаций являются периодизация развития интеллекта Ж. Пиаже, психосексуального развития З. Фрейда, развития личности Э. Эриксона, сенсомоторного развития А. Гезелла, морального развития Л. Кольберга.

Широкое распространение получили также периодизации по педагогическому принципу, где критериями выступают ступени обучения и воспитания в социально-образовательной системе. Современные периодизации детского развития, как правило, не включают период пренатального развития.

Периодизация развития интеллекта Ж. Пиаже рассматривает когнитивное развитие как последовательность стадий: стадию сенсомоторного интеллекта (от 0 до 2 лет), стадию дооперационального интеллекта (от 2 до 7 лет), стадию конкретных операций (от 7 до 11 – 12 лет) и стадию формально-логических операций (от 12 до 17 лет).

Периодизация Э. Эриксона включает последовательность из 8 стадий, на каждой из которых в зависимости от успешности разрешения психосоциального кризиса происходит формирование личностного качества либо в его позитивном значении, либо как

патологического свойства, вследствие чего потенциал развития личности на данной стадии оказывается нереализованным.

Первая стадия предполагает разрешение кризиса путем выбора между доверием и недоверием личности к миру (0–1 год), вторая стадия – формирование автономии против стыда и сомнения (2–3 года), третья стадия – инициативности против чувства вины (4–6-7 лет), четвертая стадия – умения и компетентности против чувства неполноценности (8–13 лет), пятая – формирование личностной идентичности против смешения идентичности (14 –19 лет), шестая – близости и любви против изоляции и отвержения (19–35 лет), седьмая – производительности против стагнации и застоя (35–60 лет) и восьмая – целостности и мудрости личности против дезинтеграции и распада (старше 60-ти лет).

В отечественной психологии принципы периодизации были разработаны Л.С. Выготским, исходя из представления о диалектическом социально детерминированном характере психического развития в онтогенезе. Единицей анализа онтогенетического развития и основанием для выделения периодов развития, согласно Л.С. Выготскому, является психологический возраст. Соответственно, устанавливаются два критерия построения периодизации:

1) структурный – возрастные новообразования, тот «новый тип строения личности и ее деятельности, которые возникают на данной возрастной стадии впервые и которые определяют сознание ребенка и его отношение к среде... и весь ход его развития в данный период»;

2) динамический – закономерное чередование стабильных (литических) и критических периодов. Идеи Л.С. Выготского получили развитие в концепции Д.Б. Эльконина, положившего в основу периодизации следующие критерии: социальная ситуация развития, ведущая деятельность, возрастные новообразования.

Все типы деятельности Д.Б. Эльконин подразделяет на 2 группы:

1) деятельности в системе «ребенок – общественный взрослый», в которых происходит интенсивная ориентация ребенка в основных

смыслах человеческой деятельности и освоение задач, мотивов, норм и отношений и обеспечивается преимущественное опережающее развитие мотивационно-потребностной сферы;

2) деятельности в системе «ребенок – общественный предмет», в которых происходит усвоение общественно выработанных способов действий с предметами и эталонов, и, соответственно, преимущественное развитие интеллектуальной, операционно-технической сферы.

В основе психического развития лежит периодически возникающее противоречие между операционно-техническими возможностями личности, с одной стороны, и задачами и мотивами деятельности – с другой. Разрешение этого противоречия осуществляется через изменение социальной ситуации развития и переход к соответствующей деятельности, обеспечивающей необходимое ускоренное развитие либо мотивационно-потребностной, либо интеллектуально-познавательной сфер личности. Противоречия порождают кризисы, как необходимые переломные точки развития. Психическое развитие имеет спиралевидный характер с закономерно повторяющейся сменой периодов развития, в которых ведущей деятельностью попеременно становятся деятельности в системе «ребенок – общественный взрослый» и в системе «ребенок – общественный предмет».

Согласно Д.Б. Эльконину, периодизация психического развития в детском возрасте включает три эпохи, каждая из которых состоит из двух связанных между собой периодов, причем в первом происходит преимущественное развитие мотивационно-потребностной сферы, а во втором – интеллектуально-познавательной. Эпохи разделены между собой кризисами перестройки отношения личность – общество, а периоды – кризисами самосознания.

Эпоха раннего детства начинается кризисом новорожденности (0–2 мес.) и включает *младенчество*, ведущей деятельностью которого является ситуативно-личностное общение, кризис первого года и *ранний возраст*, где ведущей является предметная деятельность. Эпоха детства, отделенная от эпохи раннего детства

кризисом трех лет, включает *дошкольный возраст* (ведущая деятельность – сюжетно-ролевая игра), кризис семи лет и *младший школьный возраст* (ведущей является учебная деятельность). Кризис 11–12 лет разделяет эпохи детства и подростничества, в котором младший *подростковый* возраст с интимно-личным общением как ведущей деятельностью сменяется старшим подростковым возрастом (*юношеский*), где ведущей становится учебно-профессиональная деятельность.

По мнению Д.Б. Эльконина, указанная схема периодизации соответствует детскому и подростковому возрасту, а для периодизации зрелых возрастов необходимо разработать иную схему при сохранении общих принципов периодизации.

Этапы развития в ранние периоды онтогенеза

1. Пренатальный период (внутриутробное развитие)

Оплодотворение.

Зачатие или предимплантация (от 1 часа до 7 суток) характеризуется образованием ***зародыша*** (зиготы).

Имплантация (от 6 дней – ранняя имплантация, до 12 дней – поздняя имплантация). Имплантация считается критическим периодом, зависит от ситуации удачи. Прикрепившийся зародыш называется ***эмбрионом***.

Антенатальный период

Эмбриональный этап (до 12 недель), внутри – неофетальная стадия (от 3 до 6 недель), которая считается критической, так как формируются зачатки органов

Фетальный (плодный) этап:

– ранняя стадия (до 22 недель), с 22 недель эмбрион называется ***плодом***.

– поздняя стадия или собственно *перинатальный период* (с 22-недель до родов), внутри – критическая стадия (от 22 до 24 недель) формирования функциональных систем.

На этом внутриутробное развитие, то есть *пренатальный период* заканчивается.

2. Интранатальный период (роды)

Продолжается от схваток до выхода плода. В среднем 12 часов, у первородок до 18 часов

Родившийся называется *новорожденным*.

3. Постнатальный период

Неонатальный период или новорожденность:

– ранний неонатальный. Первая неделя жизни – от перевязки пуповины до 7 суток;

– поздний неонатальный. Первый месяц жизни – от 7 суток по 28 день. Ребенок, прошедший неонатальный период называется *младенцем*.

Постнеонатальный период или младенчество (по 365 день)

Данный период не рассматривается, так как является предметом детской психологии.

2.2. Характеристика этапов развития в ранние периоды онтогенеза

1. Пренатальный период (Внутриутробное развитие)

Оплодотворение. Оплодотворение – это процесс соединения двух гамет, в результате чего образуется оплодотворенное яйцо зигота (или зародыш), прикрепленный к стенке матки. Этот процесс включает два этапа: зачатие и имплантацию.

Зачатие (от рус. *зачать*, то есть начать) – возникновение беременности – «процесс, обусловленный актом оплодотворения», после которого «начинается развитие нового организма в теле

матери, и следовательно наступает беременность» (продолжается от 1 часа до 7 суток) характеризуется образованием зародыша (зиготы).

Этап зачатия состоит из трех фаз:

- дистантного взаимодействия и сближения гамет;
- контактного взаимодействия с активацией яйцеклетки;
- проникновения сперматозоида в яйцеклетку с последующей сингамией (слиянием).

Условия необходимые для зачатия:

- концентрация сперматозоидов в эякуляте, не менее 60 млн в 1 мл;
- проходимость женских половых путей;
- нормальная температура тела женщины;
- слабощелочная среда в женских половых путях.

Но оплодотворенное яйцо должно быть имплантировано в матке, иначе процесс оплодотворения не состоится и беременность не наступит.

Имплантация – это прикрепление плодного яйца (зиготы) к стенке матки.

Для того чтобы имплантация состоялась, важно наличие нескольких условий:

- толщина эндометрия не должна превышать 13 мм;
- достаточная концентрация прогестерона;
- наличие необходимых питательных веществ в маточной стенке.

В большинстве случаев этот процесс начинается на 6-7 сутки после оплодотворения яйцеклетки. Однако у некоторых женщин данное явление возможно и позже. Учитывая такие особенности, врачи называют усредненное значение – 7-10 суток. Более поздняя имплантация эмбриона – редкость. Имплантация считается критическим периодом, зависит от ситуации удачи. После удавшейся имплантации оплодотворение считается состоявшимся. Прикрепившийся зародыш называется эмбрионом. Беременность наступила.

Если проходит больше времени, а плодное яйцо не успевает достигнуть маточной полости и внедриться в ее стенку, наступает гибель будущего зародыша. Это называется несостоявшейся имплантацией.

Аntenатальный период. Антенатальный период начинается с момента оплодотворения яйцеклетки и заканчивается в 40 недель, когда плод по родовым путям выходит наружу. Антенатальный период включает несколько стадий, во временные промежутки которых происходит развитие и усовершенствование разных систем развивающегося организма. Каждой стадии свойственны индивидуальные особенности развития, происходящие биохимические процессы и функции нейрогуморальной регуляции.

Течение всего антенатального периода должно сопровождаться ограничениями, чтобы организм смог правильно развиваться. Ограничения должны быть в приеме лекарственных средств, употреблении алкоголя, наркотиков и никотина. Женщина должна вести здоровый образ жизни, много двигаться и хорошо питаться. Антенатальный и неонатальный периоды взаимосвязаны, и патологии, происходящие в течение внутриутробного развития, проявляются в виде врожденных заболеваний сразу после рождения малыша.

В антенатальном периоде выделяют два этапа: эмбриональный и фетальный (плодный):

Эмбриональный этап развития. В первые 21 день проходит период прогенеза, когда у эмбриона происходит закладка всех тканей, формирование частей тела и внутренних органов. Женщина зачастую еще не догадывается о произошедшем зачатии, а у зародыша уже происходит первичное становление функций всего человеческого организма.

Эмбриональный период длится до 12 недель. Его характеристика связана с образованием плаценты и превращений зародышевых листков. Пока плацента формируется, зародыш получает необходимое питание из внутренних резервов. Особенность

этого этапа в том, что происходит закладка почти всех внутренних органов будущего человека.

У зародыша, образовавшегося путем деления клеток зиготы, первоначально имеется 3 зародышевых листка.

Первый из них – эктодермический, отвечающий за формирование центральной и периферической нервной системы, гипофиза, кожного и волосяного покрова, ногтей, эмали зубов, молочных и потовых желез. Он формирует чувствительные слои эпителия, имеющиеся у носа, ушей и глаз.

Второй слой – мезодермический, из него образуются мышцы, хрящевая ткань, кровеносные сосуды. Он формирует половые органы, почки и селезенку.

Энтодермический зародышевый листок постепенно превращается в желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути, мочевой пузырь. Он формирует лимфатическую систему и миндалины, щитовидную железу, поджелудочную железу и печень.

В результате таких преобразований к концу эмбрионального периода у зародыша появляется голова, внутри которой формируются полушария головного мозга и органы зрения.

Внутри эмбрионального периода выделяется неопатальная стадия (от 3 до 6 недель), которая считается критической, так как она связана с окончанием процессов формирования внутренних органов, за исключением центральной нервной и эндокринной систем. Начинается активный рост плаценты, которая жизненно необходима эмбриону, и от ее характеристик будет зависеть, как организм будет питаться и расти.

На этапе с 4 по 11 недели происходят важные процессы в формировании будущего плода. Если в этот период времени что-то помешает развитию эмбриона, то произойдет сбой в биохимических процессах. И это станет фактором образования врожденных пороков и заболеваний, которые могут стать причиной непроизвольного аборта или рождением больного малыша.

К концу этого периода сердце эмбриона начинает сокращаться, и сердцебиение можно услышать на специальной аппаратуре. К

концу эмбрионального периода большинство органов сформированы, и теперь природе нужно запустить формирование биохимических процессов, которые свяжут организм в единое целое.

Поэтому в дальнейшем изменения будут происходить более медленно. Все силы материнской эндокринной системы будут направлены на поддержание развития, роста здорового тела и мозга будущего ребенка.

Если эмбрион в возрасте 3 недель достигает не более 2 мм в длину, то к концу 8-й недели его размер составляет уже 2,5 см, а вес – приблизительно 4–6 г. Эмбрион уже может двигаться, хотя из-за его небольшого размера мать еще не ощущает слабых движений эмбриона.

Начиная с 9-й недели и до рождения ребенка продолжается *период плода*, иногда называемый «фазой роста и завершения».

Фетальный (плодный) этап. На этом этапе главную роль играет плацента. Если она хорошо сформировалась, сохраняет целостность, то плоду ничто не угрожает.

Отслоение плаценты от внутренней стенки матки становится причиной развития патологий, которые могут окончиться гибелью плода. Неблагоприятное воздействие на формирующийся мозг плода в этот период времени оказывают алкоголь, никотин и наркотики. Если плацентарный период будет протекать без нарушений, то плод будет правильно развиваться и набирать вес.

Фетальный этап беременности начинается с 12 недели и делится на раннюю и позднюю стадии:

– ранняя стадия (до 22 недель), с 22 недель эмбрион называется плодом.

– поздняя стадия (с 22- недель до родов) внутри – критическая стадия (от 22 до 24 недель) формирования функциональных систем.

Начиная с 18 по 24 недели, идет формирование важнейших ферментативных систем плода. Если в этот момент на него будет оказано патологическое влияние среды, то могут нарушиться характер и направленность процессов обмена, что приведет к необратимым патологиям.

На этом этапе появляются признаки, указывающие на зрелость сформированного плода. Он готовится к переходу в этап неонатальный. Периоды развития младенца на этом не заканчиваются, а начинается развитие и постепенное превращение в самостоятельного человека.

Перинатальный период (буквально «околородовой период») – период, начинающийся с полных 22 недель, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов (7 суток) после рождения. Продолжительность перинатального периода может быть разной. Например, у ребенка, рожденного в сроке 22 недель, он значительно короче, чем у рожденного в 38 недель.

Самый длительный перинатальный период получается у женщин с перенесенной беременностью. Перинатальный период таким образом взаимосвязан с антенатальным, интранатальным и ранним неонатальным периодами.

Антенатальный период – это период активного внутриутробного развития. В период с 22 недель до родов происходит постепенное формирование органов и систем плода, созревание функциональных систем и подготовка к внеутробной жизни. В этот период крайне важно достаточное поступление необходимых питательных веществ, витаминов (в частности фолиевой кислоты), микроэлементов (особенно кальция и йода), отсутствие токсических влияний (курение, алкоголь, наркотические препараты) и инфекций.

Недостаточность питания, хроническая гипоксия (кислородная недостаточность), интоксикации ведут к задержке роста и развития плода (ЗРП), формированию пороков развития (при недостатке фолиевой кислоты повышен риск формирования дефектов нервной трубки плода), повышается риск преждевременных родов.

Нелеченные инфекции (кариес, ОРВИ, кольпит и так далее), перенесенные матерью, несут риск внутриутробного инфицирования плода (от пузырчатки новорожденных до врожденного сепсиса).

Обследование в антенатальном периоде включает общие анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, обследование на ВИЧ и

гепатиты В и С, ЭКГ, осмотры терапевта, ЛОР-врача, стоматолога в указанные сроки. Другие обследования (исследование на инфекции, гормональный профиль и другие) производятся по показаниям.

УЗИ-скрининг плода производится трижды за беременность (11-16 недель, 16-22 недели, 30-34 недели), биохимический скрининг на хромосомные патологии, кардиотокографическое исследование (сердцебиение и шевеления плода, сократительная активность матки) с 34 недель. Также выполняется аускультация сердцебиения, измерения высоты стояния дна матки каждую явку к участковому акушеру-гинекологу. Подсчет шевелений плода женщина производит самостоятельно.

На стадии плода возникает *поведение* – активность плода, выражающаяся в хорошо координированных паттернах движений, что, с точки зрения психологии является важным для развития плода.

Активное поведение плода способствует нормальному развитию суставов, органов чувств, предотвращает «прилипание» к стенке матки, позволяет занять более удобное положение в утробе матери. С 17-й по 24-ю неделю активность плода падает, что, по-видимому, обусловлено формированием в этот период тех высших центров головного мозга, которые координируют поведение, ранее контролируемое среднимозговыми структурами. После 24-й недели наблюдаются более тонкие движения, включая экспрессивную лицевую мимику.

К последнему, третьему триместру большинство систем плода функционируют достаточно надежно, что дает шанс на выживание вне материнского организма преждевременно рожденному ребенку.

Возраст, начиная с которого ребенок способен выжить, называется *возрастом жизнеспособности*, он наступает в интервале между 22-й и 26-й неделями беременности. Однако так рано родившийся ребенок выжить может только при условии интенсивной поддержки и особого ухода, и в дальнейшем он с большой долей вероятности столкнется с серьезными проблемами в физическом и психическом развитии.

На протяжении последних трех месяцев головной мозг продолжает быстро развиваться: увеличивается в размерах кора головного мозга, совершенствуется неврологическая организация, и плод проводит больше времени в бодрствующем состоянии. К 20-й неделе вариации сердечного ритма указывают на то, что плод все время спит, однако к 28-й неделе плод бодрствует уже примерно 11 % времени, а незадолго до рождения – 16 %. При переходе на 9-й месяц пренатального развития у плода устанавливаются циклы сна и бодрствования. В 30 недель у плода регистрируются быстрые движения глаз, это та фаза сна, которая у взрослых сопровождается сновидениями.

В третьем триместре также растет восприимчивость плода к внешней стимуляции. Примерно на 24-й неделе плод впервые ощущает боль. Поэтому после этого времени при любых пренатальных хирургических операциях должны применяться анестезирующие средства. К 25-й неделе плод реагирует на раздающиеся рядом звуки посредством телодвижений. На последних неделях беременности плод начинает различать тон и ритм голоса матери.

Исследования Берка, в ходе которых изучались реакции плода, показали, что паттерны активности плода позволяют предсказать темперамент младенца, проявляющийся между 3-м и 6-м месяцами жизни после рождения. Те плоды, которые чередовали спокойное и активное поведение, обычно становились спокойными младенцами с предсказуемыми ритмами сна – бодрствования. И наоборот, те плоды, которые были склонны к долговременным периодам активности, в младенчестве чаще становились детьми с трудным темпераментом, демонстрируя суетливость, отвержение нового опыта, нерегулярность циклов питания и засыпания, высокую активность.

В течение последнего месяца беременности у плода образуется подкожный жировой слой, помогающий осуществлять температурную регуляцию; из организма матери начинают

передаваться антитела для защиты плода от болезней и поддержки его собственной развивающейся иммунной системы.

К концу 9-го месяца плод достигает веса, обычно превышающего 3 кг, и вырастает чуть более 50 см. По мере того как он заполняет матку, его движения постепенно становятся менее частыми, чему способствует также развитие головного мозга, которое позволяет организму затормаживать свои импульсы. Темп прибавления веса у плода снижается, в последние недели большинство плодов принимают положение вниз головой, клетки плаценты начинают дегенерировать – ребенок готов к рождению.

2. Интранатальный период или роды

Роды у человека – естественный физиологический процесс завершающий беременность человека и заключающийся в появлении схваток, отхождении околоплодных вод, раскрытии шейки матки, конфигурации головки, продвижении плода по родовому каналу и в его выходе вместе с последом.

Роды естественный физиологический рефлекторный процесс, начинающийся с момента регулярной родовой деятельности (появлением регулярных схваток) и заканчивающийся рождением ребенка. Плод может быть извлечен из матки искусственно путем операции кесарева сечения.

Роженицей называется беременная, находящаяся в родах, а **родильницей** – женщина, которая уже (только что, недавно) родила.

У первородящих роды длятся до 18 часов, в среднем 10-12 часов. У повторнородящих длительность родов несколько сокращается, но это определяется индивидуально. Родившийся называется **новорожденным**.

Интранатальный период, несмотря на относительно малую длительность, весьма важен. Именно в этот период есть риск родовой травмы матери и плода, особенно при наличии предрасполагающих факторов (большая или малая к сроку масса плода, несоответствие размеров таза матери и головки плода, стремительные или затяжные роды, обвитие пуповины вокруг шеи плода).

Отдельно учитываются риски при оперативном родоразрешении. Однако даже во время физиологических родов плод испытывает интенсивное воздействие и вследствие этого активизируются адаптационные механизмы систем дыхания, кровоснабжения, эндокринной и кроветворной систем.

В период родов производится контроль сердцебиения плода (с помощью акушерского стетоскопа или аппарата КТГ), оценивается динамика схваток и раскрытия шейки матки, характер и количество вод.

Интранатальный период, состоит из двух стадий.

Первая стадия (начало родов): плод периодически сжимается маточными спазмами, но шейка матки еще закрыта, выхода нет. Ребенок испытывает при этом неодолимое чувство возрастающей тревоги, связанной с надвигающейся смертельной опасностью, усугубляющейся тем, что определить источник опасности невозможно. Символическое выражение – бесконечное и безнадежное заточение в помещении без выхода, порождающее чувства беспомощности, неполноценности, отчаяния.

Вторая стадия: сокращения матки продолжают, но в отличие от предыдущей стадии шейка матки уже открыта. Это позволяет плоду постоянно продвигаться по родовому каналу, что сопровождается сильнейшими механическими сдавливаниями, удушьем, часто непосредственным контактом с такими биологическими материалами, как кровь, моча, слизь, кал. Однако ребенок уже не обречен на пассивность, он отчаянно борется за выживание. Ситуация при этом не кажется безнадежной, а сам ее участник не беспомощен. Он принимает активное участие в происходящем, чувствует, что страдание имеет определенную направленность и цель. В постнатальном периоде фиксация на переживаниях этой матрицы может проявляться в повышенной активности, в склонности к авантюрам, страху и агрессии, к извращенной сексуальности.

С рождением последа роды считают закончившимися и начинается послеродовой период (первые 2-4 часа – ранний послеродовой период).

Роды требуют от женщины максимального физического и психического напряжения. Роды являются событием, влекущим перемены в жизни матери и вообще в жизни родителей даже большие, нежели в жизни ребенка. К моменту появления ребенка на свет здоровая женщина, если о ней достаточно заботились, обладает знаниями, которые не почерпнуть из книг или курсов дородовой подготовки, прекрасно знает нужды ребенка и готова действовать, т. е. у нее формируется *родовая доминанта*.

У женщин, переживающих стрессовые ситуации в конце беременности, формирование доминанты родов нарушается, и ребенок получает в процессе родов сильнейшую физическую и психическую травму. О Ранк придавал ей большое значение и называл *«родовой травмой»* (не в акушерском, а в психическом смысле) и *«первичным шоком»*. Роды по О. Ранку приводят к переживанию утраты первичного объекта любви (матери). Испытав это, человек на протяжении всего детства, а иногда и во взрослом состоянии пытается вновь обрести его.

Создание рожаящей женщине максимально комфортных условий способствует физиологическому родоразрешению, что снижает количество и интенсивность негативных переживаний как у матери, так и у ребенка. Таким образом, оптимальную организацию процесса родов, грамотное родовспоможение, включающее психологическую помощь роженице, можно считать профилактическими мероприятиями, направленными на предотвращение соматических и нервно-психических расстройств у матери и ребенка.

Психологически благоприятная обстановка на протяжении всего периода родов возникает при полном доверии и понимании между женщиной и медперсоналом. Важно стремиться создать женщине максимальный комфорт. Целесообразно использование индивидуальных родовых залов, позволяющее предотвратить обмен

роженницами информацией псевдомедицинского или негативного характера, индуцирование отрицательных эмоций.

Роды – это естественный нормальный процесс, но даже при нормально протекавшей физиологической беременности у вполне здоровой женщины во время родов могут возникнуть осложнения, нестандартные ситуации, требующие медицинского вмешательства.

Только веские причины дают право врачу вмешиваться в процессы течения беременности и родов (назначать дату родов, управлять процессом, применять седативные препараты, осуществлять анестезиологическое пособие, кесарево сечение и т. д.).

В настоящее время появилось много альтернативных форм ведения родов, и этот процесс продолжается. Среди них немало таких, которые, рекламируя «естественные роды», любое медицинское вмешательство объявляют вредным. Настроенные таким образом беременные женщины и их мужья начинают возражать против даже необходимых вмешательств, что нередко угрожает здоровью матери и ребенка. Это никак нельзя считать естественным. При принятии решения о проведении домашних родов важно продумать возможность получения при необходимости неотложной медицинской помощи.

Партнерские роды. В родах женщина не должна чувствовать себя одинокой. Поэтому естественными являются партнерские роды, которые приобретают все больше сторонников. Это соответствует рекомендации ВОЗ, согласно которой во время родов не только вполне допустимо, но и желательно присутствие кого-нибудь из близких. Однако четкой технологии организации процесса партнерских родов до сих не разработано.

В результате наблюдается резко контрастная картина последствий партнерских родов: семейная ситуация пар, участвовавших в них, варьируется от резкого ухудшения отношений до прямо противоположного эффекта гармонизации взаимоотношений. Высказываются как позитивные, так и негативные мнения о целесообразности и последствиях участия мужчины в процессе рождения его ребенка. Наряду с положительными

субъективными отзывами мужчин – участников родов есть немало таких, которые носят ярко выраженную негативную окраску. Описываются страх, ощущение собственного бессилия и ненужности в данной ситуации. Следствием присутствия на родах, по мнению некоторых мужчин, является дальнейшее нарушение семейно-брачных, интимных отношений, депрессия, противоречивое отношение к ребенку.

Поведение мужчины, участвующего в партнерских родах, может быть разным, и во многом оно зависит от качества дородовой подготовки. **Выделяют три варианта поведения мужчин в партнерских родах.**

1. Активно-адекватное поведение, характеризующееся активным участием. Оно проявляется тем, что мужчина уверенно помогает жене принять наиболее удобную позу, умело осуществляет некоторые обезболивающие манипуляции, выполняет рекомендации медицинского персонала, играя роль своеобразного «посредника» между ними и роженицей. Он, как правило, бурно радуется появлению ребенка, не мешая при этом медицинскому персоналу.

2. Пассивно-созерцательное поведение характеризует мужчин, смутно представляющих себе, чем и как они могут помочь роженице, а поэтому практически не участвующих в процессе родов. Они находятся как бы в стороне, наблюдая за действиями жены, медицинского персонала, но при этом не мешая и не вмешиваясь в процесс. При появлении новорожденного бурной радости мужчины, как правило, не выражают, но эмоциональное отношение к ребенку в целом теплое. Нередко более интенсивно они выражают свою радость, благодарность супруге и медицинскому персоналу через час после окончания родов.

3. Агрессивно-наступательное поведение проявляется попытками мужчин активно и бесцеремонно вмешиваться в действия медицинских работников, требовать у них подробного отчета и объяснения любой манипуляции, «командовать» действиями жены, не помогая ей. Подобное поведение может быть результатом очень высокой тревоги мужчины, отсутствия дородовой подготовки или

дидактогении. Агрессивно-наступательное поведение мужчины в родах может мешать их течению, нервировать роженицу, провоцировать конфликты с персоналом. Поэтому важно принять меры, чтобы не допускать такого мужчину в родильный зал во время потужного периода. После благополучного рождения ребенка мужчина может вернуться к супруге и с ней порадоваться новорожденному. При этом, как правило, тревога и агрессивность сменяются радостью и благодарностью.

Большинство специалистов соглашается, что женщина не должна оставаться одна во время родов и что при этом лучшим партнером для нее, как правило, является муж, хорошо подготовленный к этому процессу. Решение об участии мужа в родах должно обсуждаться и приниматься обоими супругами, не должно быть спонтанным, необдуманым.

Грамотно подготовленные и правильно проводимые партнерские роды обеспечивают благоприятный эмоциональный фон, снижают количество осложнений.

Во время второго периода – периода изгнания, продолжающегося от двадцати минут в случае повторных родов до двух часов, если женщина рожает впервые, начинается активная работа роженицы.

Возможность мужчины в этом периоде родов быть полезным минимальна. У особо впечатлительных мужчин в результате присутствия на родах в периоде изгнания могут возникнуть функциональные сексуальные расстройства.

Важно, чтобы женщина полностью доверяла врачу, который помогает ей в родах. Если это условие соблюдается, то она, полагаясь на его знания и опыт, спокойно обсуждает и принимает его решение о каком-нибудь необходимом медицинском вмешательстве.

Рождение ребенка сопровождается кризисом. **Кризис рождения** – промежуточный период между внутриутробным и внеутробным развитием. Рождение младенца, переход его из первичной экологической ниши матки в большой мир является для ребенка сильнейшим стрессом. **Акт рождения** – это освобождение и в то же

время безвозвратный отказ от прошлого. Поэтому на пороге освобождения ребенок ощущает приближение катастрофы огромного размаха.

Мучительный процесс борьбы за рождение достигает своей кульминации, за пиком боли и напряжения следует внезапное облегчение и релаксация. Однако радость освобождения сочетается с тревогой: после внутриутробной темноты, постоянной температуры ребенок впервые сталкивается с ярким светом, холодом, новыми тактильными ощущениями, надо дышать. Происходящее отсечение пуповины прекращает телесную связь с матерью, и младенец становится анатомически, но не психологически независимым.

Причины кризиса новорожденности:

– *физиологические* (рождаясь, ребенок физически отделяется от матери. Он попадает в совершенно иные условия: холод, яркая освещенность, воздушная среда, требующая другого типа дыхания, необходимость смены типа питания);

– *психологические* (психика новорожденного ребенка представляет собой набор врожденных безусловных рефлексов, которые помогают ребенку в первые часы его жизни).

Психоаналитики говорят, что это первая травма, которую переживает ребенок, и она настолько сильна, что вся последующая жизнь проходит под знаком этой травмы. Если бы с новорожденным существом не было взрослого человека, то через несколько часов это существо должно было погибнуть. Переход к новому типу функционирования обеспечивается только взрослым. Взрослый охраняет ребенка от яркого света, защищает его от холода, оберегает от шума, обеспечивает питанием и т. д. Ребенок наиболее беспомощен в момент своего рождения. У него нет ни единой сложившейся формы поведения.

К моменту рождения у ребенка нет ни одного заранее сформированного поведенческого акта. Все складывается при жизни. В этом и заключается биологическая сущность беспомощности. Терморегуляция отсутствует

В процессе рождения в организме ребенка происходит **мощный выброс катехоламинов**. В результате этого их содержание в крови новорожденных во много раз больше, чем у взрослого человека. Это обеспечивает поддержание гомеостаза младенца после рождения и **состояние бодрствования в течение первых 40 минут внеутробной жизни**. Этот период является критическим и характеризуется особой восприимчивостью ребенка к внешним факторам. В это время идет **активное запечатление объектов окружающей среды, получение первичного постнатального опыта**.

Импринтинг представляет собой наследственно запрограммированную способность организма моментально и стойко фиксировать (запечатлеть) в качестве опыта то или иное переживание при стимуле достаточной интенсивности.

В момент родов, в первые несколько часов после родов опыт, переживаемый и новорожденным, и женщиной, абсолютно уникален, а потому, запечатлеваясь, создает определенные поведенческие модели, используемые во взрослом состоянии в виде поведенческих реакций. Механизмы импринтинга, реализующиеся во время родов и в первые часы после рождения ребенка путем прикосновений, вербальных и невербальных звуковых сигналов, установления контакта глаза в глаза, пантомимики, улыбки, играют огромную роль в формировании взаимоотношений ребенка и родителей.

Поэтому очень важно, чтобы среди первых запечатленных предметов окружающей среды оказалась мать, а также отец, что возможно при партнерских родах. Если родителей на грамотно проводимых занятиях по дородовой подготовке обучили ежедневно общаться с пренейтом, то при звуках знакомых слов, произносимых узнаваемыми голосами, при ощущении нежных прикосновений матери и отца, сочетаемых с установлением контакта глаза в глаза, при последующем непосредственном контакте с теплой кожей матери новорожденный испытывает положительные эмоции. Это приводит к снижению сепарационной тревоги, способствует его адаптации к новым внеутробным условиям существования.

Импринтинг способствует сохранению диадного единства матери и ребенка, иными словами, формированию бондинга. (англ. bond – связывать, соединять). И. В. Добряков рассматривает это понятие и утверждает, что бондингом называется **интуитивная и незримая связь между ребенком и матерью, возникающая после рождения, благодаря которой они сохраняют общие границы и продолжают оставаться единым целым».**

3. Постнатальный период

Постнатальный период включает неонатальный период или новорожденность и постнеонатальный период или младенчество.

Ранний неонатальный период – это период от момента перевязки пуповины до полных 7-ми суток жизни. Это период адаптации малыша к условиям внеутробной жизни: начинается самостоятельное дыхание, изменяется кровообращение, начинает функционировать собственное кроветворение, а также регуляция теплообмена и терморегуляции.

Физиологические состояния в раннем неонатальном периоде:

– физиологическая потеря массы тела (не более 5-8% от исходной массы),- физиологическое шелушение кожи,- конъюгационная желтуха,

– половой криз (набухание грудных желез у детей обоих полов и выделения из половой щели у девочек).

С момента рождения ребенок начинает питаться энтеральным путем (получая пищу через рот) и адаптироваться к этому помогает раннее прикладывание к груди и вскармливание по требованию малыша. У ребенка формируются навыки сосания. В роддоме есть специалист по грудному вскармливанию, который поможет молодой маме приобрести необходимые навыки.

В этот период все функциональные системы ребенка неустойчивы и подвержены внешним воздействиям, также именно в эти сроки выявляются пороки развития, фетопатии (специфические поражения плода – алкогольная, диабетическая и т.д.), наследственные заболевания, гемолитическая болезнь

новорожденных, инфицирование, последствия гипоксии или вдыхания околоплодных вод.

Выкладывание ребенка на живот матери помогает быстро заселить кожу малыша флорой с кожи матери и таким образом помочь ему уберечься от многих заболеваний. Это также имеет значение в формировании эмоционального контакта матери и ребенка.

В раннем неонатальном периоде наблюдение осуществляет врач-неонатолог. Производятся общий осмотр, выслушивание дыхания и сердечных тонов, проверка рефлексов и подвижности суставов, общий анализ крови, биохимический анализ крови, обследование на генетически наследуемые заболевания, проверка слуха и прививки. Все манипуляции производятся с согласия матери. (Приложение 2.1).

Кризис рождения продолжается. Он впервые был выделен и описан Л. С. Выготским. В момент родов ребёнок физически отделяется от матери, но не отделяется биологически из-за ряда причин. Ребёнок ещё долгое время остаётся неспособным выполнять основные жизненные функции и является биологически несамостоятельным существом.

Существование ребёнка в период новорождённости занимает как бы среднее положение между внутриутробным развитием и последующими периодами постнатального детства. Это звено представляет собой в истинном смысле переходный этап от одного типа развития к другому.

Основные особенности:

- перестройка физиологических механизмов: дыхания, питания, выделения, терморегуляции;
- воздействие на нервную систему ребёнка огромного количества раздражителей в условиях недостаточной зрелости ЦНС;
- ограниченность репертуара врождённых безусловных рефлексов ребёнка;
- потеря иммунитета матери и крайняя уязвимость в отношении внешних факторов.

У новорожденного отсутствуют поведенческие акты, но *есть врожденные рефлексы*. Однако эти рефлексы не служат основой для формирования человеческих форм поведения. Они должны отмереть для того, чтобы сформировался акт хватания или ходьба.

Один из них — рефлекс «поиска груди»: если ребенка погладить по щеке около уголка рта, он повернет голову в сторону поглаживающей руки. Если ребенок очень голоден, то в ответ на такое раздражение он повернет голову в обе стороны несколько раз, при этом он открывает рот и вытягивает губы.

Рефлексы новорожденного – это рефлексы, которыми обладает потеря иммунитета матери и крайняя уязвимость в отношении внешних факторов.

У новорожденного отсутствуют поведенческие акты, но *есть врожденные рефлексы*. Однако эти рефлексы не служат основой для формирования человеческих форм поведения. Они должны отмереть для того, чтобы сформировался акт хватания или ходьба.

Один из них – рефлекс «поиска груди»: если ребенка погладить по щеке около уголка рта, он повернет голову новорожденный ребенок и большинство из которых исчезает к концу 2-4-го месяца его жизни. Помимо *рефлекса «поиска груди»* и *сосательного рефлекса*, смысл которого понятен, имеются следующие.

Рефлекс шагания – если ребенка держать вертикально так, чтобы его ступни касались твердой поверхности, и передвигать его над ней, то он производит движения, похожие на шагание.

Рефлекс Моро – если голове ребенка придать некоторое ускорение, например, слегка ударить по подушке под его головой, он быстро разводит руки в стороны и растопыривает пальцы. Создается впечатление, что в этой ситуации, напоминающей внезапное падение, ребенок проявляет готовность за что-то ухватиться.

Шейно-тонический рефлекс – если голову лежащего на спине ребенка повернуть в сторону, он принимает позу, похожую на позу фехтовальщика.

Хватательный рефлекс – ребенок так крепко хватается за любой предмет, коснувшийся ладони его руки, что он может, ухватившись за что-либо, держаться на весу целую минуту.

Помимо этих имеется множество других рефлексов, которые управляют поведением новорожденного.

Таким образом, период времени, когда ребенок отделен от матери физически, но связан с ней физиологически, и составляет период новорожденности. Этот период характеризуется катастрофическим изменением условий жизни, помноженным на беспомощность ребенка. Все это могло бы привести к гибели ребенка, если бы не сложилась особая **социальная ситуация его развития**, которая характеризуется противоречием между полной беспомощностью ребёнка и его зависимостью от близкого взрослого, с одной стороны, и отсутствием готовых форм общения, с другой. Врождённый фонд реакций ребёнка очень беден, все его потребности удовлетворяются через взрослого. Вопрос о генезисе общения с близким взрослым – вопрос жизни и смерти. С самого начала возникает ситуация объективно необходимых отношений между ребенком и взрослым. Таким образом, все условия жизни ребенка сразу же социально опосредованы.

Отсюда основная задача периода позднего неонатального развития (первый месяц жизни – от 7 суток по 28 день) – формирование у ребёнка потребности в общении и соответствующих для этого средств.

Новорожденный начинает свою жизнь с крика, который в первые дни носит безусловнорефлекторный характер. *Первый крик* – результат спазмы голосовой щели. Спазма сопровождает первые дыхательные рефлексы. Некоторые ученые считают, что первый крик – это и первое проявление отрицательной эмоции: спазмы вызывают чувство стеснения. В данном случае невозможно различить мышечную реакцию и эмоциональное отношение – у новорожденного еще нет никакого жизненного опыта. Однако можно утверждать, что уже в первые дни жизни ребенок криком отвечает на неприятные ощущения, связанные с потребностью в пище, сне, тепле:

основанием для крика служат голод, мокрые пеленки и т. д. При нормальном воспитании оглушительное «уа» новорожденного незаметно переходит в менее бурное выражение отрицательной эмоции – плач. *Плач* становится естественным выражением всякого рода страдания, идет ли речь о физической боли или (конечно, намного позднее) о душевной горе.

Улыбка, выражающая положительные эмоции, появляется позднее, чем крик. Первые достаточно определенные проявления положительной эмоции в виде улыбки удавалось наблюдать в конце первого – начале второго месяца жизни, причем улыбка возникала либо при зрительном сосредоточении на предмете, либо в ответ на обращенные к ребенку ласковые слова и улыбку взрослого. Из этого можно сделать вывод, что для возникновения положительной эмоции недостаточно одного только удовлетворения органических потребностей. Оно лишь снимает отрицательные эмоции и создает условия, при которых ребенок может испытать радостное переживание. Но само такое переживание вызвано получением впечатлений, и особенно впечатлений, связанных со взрослым.

Так как на ребёнка действует огромное количество стимулов после рождения, ЦНС ускоренно развивается и находит отражение в преобладании сна и сновидных состояний (*сон* – защитное реагирование). Эти особенности являются переходным характером кризиса новорождённости и обнаруживаются в моментах инволюции развития (например, потеря веса в первые две недели жизни, вследствие несформированности пищевого поведения).

Физиологический критерий завершения кризиса – начало прибавления в весе, а также появление зрительного и слухового сосредоточения, возможность появления условных рефлексов на зрительные.

Психологический критерий разрешения кризиса новорождённости происходит к концу первого месяца жизни и это связано с комплексом оживления. Появление данного комплекса означает формирование у ребёнка первой социальной потребности –

потребности общения со взрослым и представляет первую форму такого общения.

Первый объект, который ребенок выделяет из окружающей действительности, – человеческое лицо. Может быть, это происходит потому, что это раздражитель, который чаще всего находится с ребенком в самые важные моменты удовлетворения его органических потребностей.

Именно из реакции сосредоточения на лице матери состоит **комплекс оживления**. **Комплекс оживления** – это эмоционально-положительная реакция, которая сопровождается движениями и звуками. До этого движения ребенка были хаотичны, нескоординированы. В комплексе зарождается координация движений. Комплекс оживления – это первый акт поведения, акт выделения взрослого. Это и первый акт общения. Комплекс оживления – это не просто реакция, это попытка воздействовать на взрослого. **Комплекс оживления – основное новообразование критического периода**. Оно знаменует собой конец новорожденности и начало новой стадии развития – младенчества. Поэтому появление комплекса оживления представляет собой самый важный психологический критерий конца кризиса новорожденности.

Ребенок, прошедший неонатальный период называется младенцем.

2.3. Факторы, влияющие на перинатальное развитие

Физиология и психология беременности.

Продолжительность беременности при нормальном ее течении составляет 10 лунных месяцев, или **280 дней**. В развитии пренейта выделяют эмбриональный, или зародышевый (первые восемь недель), плодный, или фетальный (последующие недели) периоды. В течение этого времени происходят значительные изменения в женском организме, развиваются системы и органы пренейта, а также органы, обеспечивающие их совместную жизнедеятельность. Все это сопровождается значительными **изменениями психики женщины**,

постепенным становлением и развитием психических функций пренейта. Чтобы происходили эти сложнейшие процессы развития пренейта, организм беременной женщины и ее психика подвергаются серьезной перестройке. Значительные изменения касаются прежде всего функционирования эндокринной системы, центральной нервной системы, обменных процессов. При этом прекращаются месячные. Для здоровой женщины с регулярным циклом задержка месячных является весьма вероятным признаком наступления беременности. Отражением гормональных изменений являются также усиление пигментации сосков, увеличение размера молочных желез, нередко появление молозива. На коже груди и живота могут появиться так называемые растяжки беременных.

Рефлексивное принятие своего нового образа «я в положении» называют **«аффектом осознания себя беременной»**. Она считает, что с момента осознания и внутреннего принятия себя беременной у женщины обнаруживается симптом противоречивого отношения к беременности. Даже желанная беременность всегда вызывает у женщины **противоречивые эмоции**: радость и печаль, оптимизм и страх.

Изменения психического функционирования и поведения женщины во время беременности связаны с процессами адаптации ее организма и личности к новому физиологическому состоянию.

В начале беременности важными **изменениями функционирования центральной нервной системы** женщины при этом у беременных отмечается некоторая заторможенность, повышается потребность во сне. Подобные изменения носят адаптивный характер, так как приводят к благотворным для диады снижению активности женщины (в том числе сексуальной), к увеличению времени, отводимого на отдых и сон, к ограничению контактов беременной с внешней средой. Женщине необходимо время, чтобы привыкнуть к изменениям форм тела, а также к нередко встречающимся в разных сочетаниях слабости по утрам, тошноте, сонливости, к болям в пояснице и в животе, к судорогам в ногах, к учащению мочеиспусканий (тахииурии), склонности к запорам и пр.

Физиологические изменения, связанные с беременностью, влияют на *эмоции женщины*: с одной стороны, женщина испытывает радость, удовлетворение и чувство гордости в связи с состоявшимся материнством, с другой – страх взросления, опасения осложнений течения беременности и родов, сомнения в своей материнской компетенции и состоятельности.

Первые месяцы беременности характеризуются становлением *гестационной доминанты*. Отношение женщины к предстоящему материнству еще амбивалентно, настроение ее без видимых причин может колебаться от подавленности до уровня эйфории. Во втором и третьем триместре гестационная доминанта уже сформирована. При нормальном течении беременности у женщины преобладают положительные эмоции, фон настроения относительно стабилен.

К основным неблагоприятным значимым биологическим факторам следует отнести:

- особенности конституции женщины: рост менее 150 см и масса на 25% выше или ниже нормы;
- возраст женщины до 18 лет многие исследователи справедливо считают фактором повышенного риска возникновения нервно-психических нарушений у беременных;
- возраст беременной женщины старше 35 лет, коррелирует с большей тревожностью;
- возраст мужчины старше 40 лет;
- состояние соматического здоровья женщины и мужчины в момент зачатия;
- состояние соматического (и гинекологического, в частности) здоровья женщины на момент зачатия и во время беременности;
- состояние психического здоровья женщины во время беременности.

К наиболее часто встречающимся факторам, которые можно считать и биологическими, и социальными, относятся:

- наличие у женщины и мужчины профессиональных вредностей;

- наличие у женщины и мужчины любых форм химической зависимости (курение табака, алкоголизация, наркотизация);
- неблагоприятные социально-бытовые условия, недоедание;
- неблагоприятная климатическая и экологическая среда обитания;
- отсутствие возможности у женщины медицинского наблюдения, обследования и консультаций.

К основным неблагоприятным психосоциальным факторам можно отнести:

- незапланированную беременность;
- нежелательность беременности (как на сознательном уровне, так и на бессознательном) женщиной, мужчиной, ее значимыми близкими родственниками;
- дисгармоничные супружеские отношения;
- дисгармоничные отношения с близкими родственниками;
- желанная по неконструктивным мотивам беременность;
- наступление беременности в неблагоприятную стадию формирования супружеского холона (вне брака, на стадиях конфронтации, экзистенциального личностного кризиса);
- течение беременности на фоне значительных повседневных перегрузок;
- хроническая психотравмирующая ситуация, на фоне которой протекает беременность, угрожающая нарушением границ, утратой значимых ценностей, здоровья, жизни;
- критические события во время беременности, которые можно датировать и локализовать во времени и в пространстве;
- стресс и связанная с ним психическая травма.

Важно отметить, что сам факт беременности может восприниматься женщиной как психическая травма.

Выделяют *критические периоды пренатального онтогенеза*, во время которых пренейт становится особо восприимчив к воздействию патогенных факторов. В эти периоды возрастает риск возникновения нарушений физиологических и нервно-психических

процессов у будущей матери, что может оказать влияние, и подчас необратимое, на реализацию генетического потенциала пренейта.

К критическим периодам относятся:

- первые 5–6 дней после зачатия. За это время оплодотворенная яйцеклетка должна пройти маточную трубу и закрепиться в матке. При нарушении процесса прохождения, при неудачном месте имплантации или недостаточно качественном закреплении в слизистой матки возможно прерывание беременности (выкидыш);

- период с 4-й по 6-ю неделю беременности, во время которого устанавливаются симбиотические отношения женщины и пренейта, согласуются зрелая физиология организма взрослой женщины и находящаяся в периоде развития и становления физиология пренейта;

- период с 20-й по 24-ю неделю беременности, во время которого идет становление основных систем организма пренейта, приобретающих к концу 24-й недели свойства, характерные аналогичным органам и системам новорожденного.

Было установлено, что на формирование эмоциональной сферы ребенка наибольшее влияние оказывают факторы, воздействующие на него в течение 4-го, 5-го и 6-го месяцев внутриутробного развития.

Ребенок живет практически одной жизнью с матерью. Поэтому сильные нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у будущей матери могут оказать влияние, подчас необратимое, на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой.

Испытываемые матерью эмоции испытывает и плод, так как плацентарный барьер пропускает выделяемые при этом эндорфины и катехоламины. Эмоции, превалирующие во время беременности (особенно такие, как страх, агрессия), отмечались после рождения и у ребенка.

Таким образом, состояние беременной женщины, особенно в критические периоды развития органов и систем плода, может существенно влиять на его развитие в целом, на особенности

формирующихся психических функций будущего ребенка, а значит, и определять во многом его постнатальное развитие и здоровье.

Психологический компонент гестационной доминанты

В процессе изучения особенностей протекания физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины И.А. Аршавский предложил понятие гестационной доминанты (лат. gestatio – беременность, dominans – господствующий).

Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма беременной женщины на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГА) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся при возникновении беременности и формирующих у беременной женщины поведенческие стереотипы, направленные на сохранение гестации и на создание условий для развития будущего ребенка. Особенности ПКГД проявляются в отношениях женщины к своей беременности, к ее будущему ребенку.

Было выделено 5 типов ПКГД:

1. Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, супружеский холон зрелый, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания здорового ребенка.

2. Гипотестогнозический - (греч. hypo – приставка, означающая слабую выраженность; лат. gestatio – беременность; греч. gnosis – знание) тип ПКГД встречается у женщин двух возрастных групп: младшей и старшей. Представительницы этих двух групп весьма отличаются друг от друга.

Женщины младшей возрастной группы характеризуются некоторой инфантильностью. Беременность у большинства из них незапланированная. Многие из них учатся в институте и не желают брать академический отпуск («чтобы не отстать от группы»), продолжают заниматься с прежней интенсивностью, сдавать экзамены. Они, как и до беременности, посещают дискотеки, занимаются спортом, ходят в походы, как правило, не ограничивают себя в употреблении сигарет и спиртного. Таким образом, беременность они воспринимают как досадную помеху, которую стараются не замечать, чтобы не нарушать свои жизненные планы. Эти женщины стараются как можно дольше «не замечать» беременность, не задумываются о предстоящих родах, материнских обязанностях. В женскую консультацию они обращаются на 4-5-м месяце беременности, посещают ее нерегулярно, игнорируют рекомендации врачей.

Старшая возрастная группа включает зрелых женщин, также не желающих менять свой жизненный стереотип. Большинство из них имеют высшее образование. Они планировали беременность, так как справедливо опасались, что с возрастом риск возникновения осложнений течения беременности и родов повышается. Однако эти женщины как и представительницы первой группы, не склонны менять жизненный стереотип. Многие из них имеют хорошую профессию, увлечены работой, некоторые занимают руководящие посты. У них не хватает времени, да и желания встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения.

К посещению курсов дородовой подготовки большинство женщин этой группы относятся скептически, что сказывается на течении беременности и родов. У многих после выписки отмечается повышенный уровень тревожности. Обязанности по уходу за малышом тягостны, женщины стараются переложить их на кого-нибудь из родственников (мужа, мать), как можно быстрее вернуться к прежнему образу жизни.

3. Эйфорический (греч. *ei* – хорошо; *phero* – переносить) тип ПКГД часто отмечается у женщин с истерическими чертами

личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания и трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки ими посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются, не все рекомендации выполняют или делают это формально.

4. Тревожный ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т. п.). В других случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью.

5. Депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, в резко сниженном фоне настроения беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь, не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничужения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения.

Определение типа ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации вынашивания и рождения ребёнка, понять,

как складывались отношения в семье в связи с его рождением, каким образом формировался стиль семейного воспитания.

Острый психоэмоциональный стресс, перенесенный в ранние сроки беременности, увеличивает развитие угрозы прерывания беременности в 3-11 раз, риск появления тяжелых форм гестозов – в 5 раз, неправильного предлежания плаценты – в 2 раза. Риск хронической внутриутробной гипоксии плода увеличивается в 3-4 раза, формирования синдрома задержки развития плода – в 3 раза, преждевременных родов – в 8-10 раз.

Наиболее тяжелые последствия для матери и плода возникают, если беременные женщины переносят острый стресс в первой половине беременности. Через организм матери плод опосредованно испытывает пренатальный стресс.

Если женщина здорова, любима, беременна желанным ребенком, у нее оптимальный тип гестацонной доминанты, она не испытывает острых стрессов, то плод находится в состоянии комфорта, безопасности и хорошо развивается.

Направления деятельности перинатальных психологов:

- подготовка к родительству обоих супругов;
- подготовка к беременности и материнству;
- юное и возрастное материнство;
- нежелательная беременность;
- психологическая работа с бесплодием и суррогатным материнством;
- перинатальные потери;
- сопровождение в родах и послеродовой период;
- психологическое консультирование пациентов при применении ЭКО и др.

Одно из первичных условий благоприятного течения и разрешения беременности заключается в том, что ребенка должны желать оба родителя. Супруги должны договариваться в планировании беременности. Обоюдное согласие зачать ребенка служит первым толчком формирования у него здоровой психики. Ученые всего мира давно уже доказали, что, находясь в утробе

матери, младенец уже умеет чувствовать. И, конечно же, ему передаются эмоции матери. И тогда появляется вопрос, если ребенок может подвергаться влиянию матери, то можно ли его воспитывать внутриутробно? Перинатальная психология утверждает, что не только можно, но и необходимо. Зарождение позитивного или негативного восприятия мира, отношения к окружающим начинается именно в период внутриутробного развития. Восприятие окружающего мира посредством общения через маму и переживание малышом периода родов, а также информация, которую он получает в начале своей жизни, откладывается на подсознательном уровне и оказывает мощное влияние на всю последующую жизнь ребенка. И чем естественнее будет относиться будущая мама к своей беременности, тем здоровее будет ребенок.

Беременность и роды непременно влекут за собой перемены в отношении женщины к себе и к окружающим. При зачатии два организма матери и ребенка начинают жить общей жизнью, образуя диаду. Весь организм женщины кардинально перестраивается, чтобы оптимально обеспечить жизнедеятельность вдвоем. Беременность, независимо от того желанная она или нет, как и рождение ребенка, сопровождаются большими нагрузками на все системы организма женщины, что может повлиять на состояние её здоровья, на развитие ребенка, привести к повышению тревожности, к появлению страхов, депрессивных переживаний. Происходит изменение и социального статуса супругов, которые становятся матерью и отцом. Таким образом, появление в семье нового члена неизбежно приводит к перестройке семейной системы и меняет супружеские отношения. Супружество – это не только, когда все хорошо, а когда пара объединяется друг с другом в любых сложностях.

В разные периоды жизни *желание иметь ребенка* определяется разными мотивами. Все зависит от семьи, от ее развития. Существует различные способы развития семьи. В любой семье могут возникать кризисы. Кризис – это нормальная и естественная ступень развития любой семейной системы. Бывает, что рождается ребенок в период кризиса в семье, и возможно, зачастую это попытка разрешить

семейные проблемы. Но, из-за такой попытки разрешить проблем с помощью беременности и родов, родители ставят новорожденного в неблагоприятные условия развития. Или из-за семейных кризисов беременность не наступает.

Перинатальные психологи помогают найти причины бесплодия. Эти причины могут быть разными и индивидуальными. Одной из причин, являются страхи.

Существует группа страхов, которая препятствует появлению беременности:

- страхи из-за проблемы социального статуса будущих родителей;
- страх изменения привычного образа жизни;
- страх изменения отношений, когда появится ребенок;
- страх быть плохой матерью;
- страх сопротивляться семейной истории (обязательно надо родить, а я пока не хочу, но...);
- косметические страхи;
- экзистенциальные страхи (невозможность предугадать родится ли ребенок здоровым);
- страх родов.

С этими видами страхов перинатальные психологи работают с помощью разных методов психотерапии. Это и гештальт – терапия, это арт-терапия, сказко - терапия и др.

Конечно же, беременность это не то состояние, которое надо лечить. Однако, беременность, являясь кризисом адаптации, может актуализировать психологические проблемы и провоцировать психические (чаще невротические) расстройства.

Можно утверждать, что состояние беременности это, как правило, амбивалентное состояние. Для будущей матери период беременности – время существования разнонаправленных потребностей и поиск гармоничного их примирения. Наблюдая за беременными женщинами, можно заметить, что беременность часто переживается ими как болезнь. По многочисленным жалобам на соматические симптомы молодые мамы обращаются к врачам.

Бывают случаи, что некоторых мамочек госпитализируют по акушерским показаниям в отделение патологии беременности для того, чтобы снизить невротическую тревожность.

Поэтому важной задачей психотерапии во время беременности является адаптация, в частности адаптация к новому образу своего тела. Иногда беременность – это чуть ли не первая возможность тела предъявить свое существование, которое нельзя не заметить. Принятие своей телесности является важным процессом в формировании материнской сферы – это становление женской зрелости, которая является развитием материнских чувств во взаимодействии с собственным ребенком. Принять свое тело во время беременности – это важный аспект женщины.

Но, чрезмерный контроль своего тела или ребенка внутри во время беременности, считается одной из причин токсикоза. (Причина токсикоза может быть как физическая – это заболевания ЖКТ и др., так и психологическая – все индивидуально). Ведь малыш в состоянии уже внутриутробно почувствовать является ли он желанным для родителей, и способен воспринимать мамино настроение и общение с окружающими её людьми. **Он должен еще в животе получить эмоциональный опыт.**

Для этого перинатальные психологи применяют различные психотерапевтические техники.

Это может быть индивидуальная психотерапия для беременной мамы и отдельно для «беременного» папы, могут быть арт-техники, рисунки себя как мамы в «новом мире», рисунки будущего ребенка, это может быть и прослушивание спокойной музыки, чтение сказок, занятие специальными дыхательными телесными техниками, плавание, посещение курсов «Я мама», а также курсов по грудному вскармливанию и др.

Все это может помочь сформировать положительное отношение к ребенку еще во внутриутробном периоде, а также может помочь научиться переживать различные эмоции к ребенку.

Работа перинатальных психологов очень ответственна и обширна. Даже если беременность только запланированная – это уже

шаг вперед, и женщине нужно время, чтобы осознать и принять этот шаг.

Тот факт, насколько желанным и любимым был плод в период своего внутриутробного развития, влияет на общее состояние психики будущего ребенка. Так, если забеременевшая женщина чувствует себя ущемленной, подавленной и брошенной, то и плод родится заранее запрограммированным на неудачу и отвержение со стороны окружающих людей. Очень важно понимать, что психика нежеланного ребенка травмируется еще в период зарождения. Существует немало медико-психологических концепций, объясняющих причинно-следственную связь между дородовым «взаимодействием» с плодом и последующим его развитием.

До 70-х годов прошлого века плоду отводилась исключительно пассивная роль в своем развитии, то есть считалось, что он не способен сам проявлять активность и отвечать на воздействие внешних факторов. Считалось, что на его развитие влияют только условия жизни.

Но, благодаря развитию новой пренатальной психологии и медицины, появилась возможность рассмотрения плода как еще не родившегося ребёнка (пренейта), то есть носителя психики и, следовательно, активного участника процесса собственного внутриутробного развития и рождения.

В результате многих исследований установлено, что ребенок является человеком с момента зачатия.

Пренейт – это обозначение, призванное подчеркнуть субъектный, личностный характер формирующейся психики ребенка.

Анализируя имеющиеся исследования (Г.И. Брехман Т.А. Мальшева, Ш.С Ташаев), нетрудно отследить определенные выводы о том, что:

1. Положение тела пренейта в утробе тесно связано с психологическим состоянием мамы и эмоциональной реакцией на это состояние самого пренейта.

2. Длительная стрессовая ситуация матери для пренейта может явиться причиной устойчивого патологического предлежания и сохраняться до самых родов.

3. При устранении причин стресса аномальное предлежание пренейта может измениться. И, наоборот, в тех случаях, где причина стресса неустранима, в родах сохраняется лицевое или тазовое предлежание пренейта;

4. В памяти взрослого человека сохраняется информация о положении его в утробе, что может свидетельствовать о продолжении влияния патологии беременности и родов на постнатальную жизнь человека.

В ходе одного исследования американским психологом Р. Кайлом беременных женщин просили читать вслух рассказ доктора Сьюза «Кот в колпаке» дважды в день на протяжении последних полутора месяцев беременности. К моменту рождения каждый ребенок, будучи на стадии плода, слушал этот рассказ в общей сложности не менее 3 ч. Затем новорожденным позволяли сосать пустышку, соединенную с магнитофоном так, чтобы сосущий младенец мог включать или выключать проигрывание записи. Исследователи обнаружили, что новорожденные сосали пустышку, чтобы включить запись материнского чтения рассказа «Кот в колпаке», но не хотели слушать записи других рассказов, читаемых матерью. По-видимому, новорожденные узнавали ритмический строй рассказа, запомнившегося им до рождения.

Из сказанного вытекает, что при работе с беременными и оценке УЗ-картины пренейта, следует учитывать эмоциональную составляющую, и более тщательно собирать анамнез у мамы с учетом ее психологического состояния, реального положения в семье и взаимоотношений с ближайшим окружением. На наш взгляд, это поможет сократить количество осложнений в родах, вызванных неправильным предлежанием ребёнка, и, кроме того, сократит количество психологических проблем у детей (по статистике: у 80% детей отмечается гиперактивность, у 50% – различные проявления агрессии).

В целях создания оптимальной для пренейта развивающей среды следует руководствоваться столь яростно критикуемым принципом невролога Гленна Домана: Развиваем (обращаемся к) те морфологические (анатомические) мозговые структуры, которые к данному моменту развития уже функционируют (реагируют на раздражители). То есть бессмысленно подсвечивать пренейта оранжевым светом (и, тем более, рисовать. Рисование – это для маминого хорошего настроения что, конечно, важно для развития пренейта) на 20-й неделе беременности, поскольку зрительный анализатор ещё не сформировался. Слух пренейта на 20 неделе беременности способен различать ритмы сердцебиения, а музыку и сказки – ещё нет.

В процессе беременности происходят значительные изменения в женском организме, развиваются системы и органы пренейта, а также органы, обеспечивающие их совместную жизнедеятельность. Что сопровождается постепенным, последовательным становлением и развитием психических функций пренейта.

С 20-й по 24-ю неделю беременности идёт становление основных систем организма пренейта, приобретающих к концу 24-й недели свойства, характерные аналогичным органам и системам новорожденного. Развитие различных структур головного мозга также идёт в строго детерминированной генетической последовательности. Срок беременности принято считать в акушерских неделях – от первого дня последней менструации (при регулярном менструальном цикле 28 дней). Срок в акушерских неделях больше возраста самого пренейта (от оплодотворения яйцеклетки) на две недели.

На 8-й неделе копчико-теменной размер (КТР) пренейта 1,5 см. Работает сердце, можно даже снять электрокардиограмму. Начинает работать вестибулярный аппарат, обеспечивающий балансирование, удержание равновесия во время ходьбы. Поэтому пренейт, мама которого на 9-й неделе беременности не выполняет ежедневно упражнений для развития вестибулярного аппарата, становится педагогически запущенным. На 9-й неделе КТР пренейта составляет

2-2,5 см. Руки и ноги шевелятся. Развивается тактильная чувствительность. Вначале отмечается реакция пренейта на прикосновение в области рта. Нащупать пренейта в этом возрасте никому не удастся, но уже пора начинать «игру в толкание» по Рене ван де Карру и гаптономию по Катрин Дольто: периодически надавливайте в низ живота и медленно разговариваете с пренейтом. Чем он слушает – неизвестно, но регулярное общение с обеими родителями в этом возрасте заметно улучшает его будущий взрослый характер.

Следует остановиться на учении о гаптономии подробнее.

Гаптономия (в некоторых источниках «аптономия», от греч. *hapsis* – трогать) – наука об эмоциональном и тактильном контакте между ребенком и его родителями до, и сразу после его рождения.

Факт получения информации ребенком до рождения (пренейтом), возможности ее запоминать и обучаться была доказана в XX в. рядом проведенных исследований. При систематическом и целенаправленном раздражении анализаторов происходит активизация нейронов, стимулируется процесс образования межнейронных связей. Т. Верни утверждает, что «плод видит, слышит, ощущает вкус, приобретает опыт и даже обучается *in utero*».

Не вызывает сомнений факт, что эмоции, испытываемые беременной, оказывают прямое влияние на пренейта.

Гаптономия, осуществляясь через тактильное воздействие и эмоциональное, аффективное общение, позволяет создать и развить психоэмоциональную связь между отцом, матерью и ребенком.

Основоположителем гаптономии принято считать нидерландского врача-педиатра Франца Вельдмана. Это человек с нелегкой судьбой – во времена 2-ой мировой войны он прошел через концентрационный лагерь – он считал, что в мире так много зла оттого, что маленькие дети не получают достаточного количества любви. Франц Вельдман подчеркивал важность участия отца в общении с ребенком и полагал, что устанавливать контакт необходимо еще до его рождения.

Метод гаптономии Франца Вельдмана заключается в том, что касаясь руками живота матери, отец может сообщить ребенку о своем существовании и завязать с ним первый контакт. Опыты, проводимые в 1980-х гг доказали, что часто пренейт узнает прикосновения руки отца, выделяя их среди прочих, он даже может приблизиться к ним.

Франсуаза Дольто – французский психоаналитик, одна из ключевых фигур в области детского психоанализа – поддерживала идеи гаптономии. Она полагала, что пренейт находится в бессознательном общении с матерью, что ее эмоции запечатлеваются в его психике. В своих исследованиях она доказала, что речь, обращенная к грудничку, может обладать терапевтическим эффектом.

Сегодня эта мысль получила дальнейшее развитие в работах ее дочери, Катрин Дольто-Толич. Вслед за основоположниками гаптономии, она подчеркивает, что прикосновения не призваны вызвать лишь тактильное ощущение, они должны быть наполнены эмоциональным содержанием. В своих работах Катрин Дольто говорит о том, как важно поддерживать контакт между ребенком и родителями во время родов и непосредственно после них. При резком разлучении с родителями у новорожденного происходит «разрыв идентичности», что отражается на его взрослой жизни.

Гаптономия – не способ решения амбиций родителей по родовому «образованию» малыша. Её цель – развитие у детей чувства базовой безопасности, благодаря установлению эмоционального контакта между родителями и ребенком.

Почему родовый опыт и опыт рождения столь важен? Сильные эмоции, которые возникают у пренейта в той или иной ситуации, аффекты, оказывают влияние на формирование психики человека. Аффекты, сформированные в раннем детстве и даже до рождения, могут «запускаться» во взрослом возрасте при столкновении с отдельными элементами ситуации, вызвавшей конкретную эмоцию. Это неосознаваемая, большей частью неконтролируемая реакция.

Гаптономия позволяет установить связь с малышом, интуитивно почувствовать его. Такая связь помогает ребенку получить положительный дородовой опыт, успешно пройти через опыт родов и первого контакта.

Практическая методика гаптономии состоит в том, чтобы практиковать общение с ребенком в одно и то же время, в течение 15-20 минут. Родители должны выбрать способ воздействия – они могут спеть песенку, рассказать сказку, погладить или похлопать живот в такт звучанию голоса. Общение обязательно нужно проводить ежедневно. Примерно через две недели ребенок привыкает к «сеансу» и сам вызывает «на связь».

Существуют противоречивые мнения по поводу внутриутробного стимулирования, так называемого «обучения» ребенка.

Следует строго разделять гаптономию, оказывающую, несомненно, положительный эффект, и избыточное стимулирование. В погоне за ранним умственным развитием детей родители начинают проводить усиленное «обучение» с помощью регулярного раздражения слухового, тактильного и зрительного (яркий свет) анализаторов. Помните, что такое обучение может принести больше вреда, чем пользы и вызвать у ребенка стресс.

Возвращаясь к этапам внутриутробного развития, отметим, что к началу 10-й недели продолжается бурное развитие органов и систем, а плацента все еще не сформировалась, поэтому пренейт особенно чувствителен к различным вредностям, а голова как раз начинает быстро расти. В головном мозге можно различить все основные отделы, количество извилин уже почти соответствует их числу у новорожденного. К концу 10-й недели мышцы начинают работать. В результате руки могут сгибаться в локтях, а ноги в коленях. Пренейт уже **способен реагировать на прикосновение к любому участку тела**. Во втором триместре у плода устанавливается собственный режим сна и бодрствования. По активности малыша в животе можно понять, когда он спит, а когда просыпается и играет. Проблема в том, что его режим, скорее всего, не будет совпадать с маминым. Малыш активен по ночам, а днем, когда мама ходит и «укачивает» его, он

засыпает. Поделаться с этим ничего нельзя, придется дожидаться родов. Но даже после рождения некоторые дети продолжают «путать день с ночью».

С 12-й на лице пренейта появляются губы, он может открывать рот и заглатывать околоплодную жидкость. Развиваются проводящие пути центральной нервной системы, возрастает двигательная активность. Именно для этого пренейту необходимо ежедневное общение с родителями. На 13-й неделе пренейт может поворачивать голову, совершает движения ногами и руками, сжимает кулачки, однако женщина этих движений пока не чувствует. У него хорошо развит язык. Он может пытаться делать сосательные движения. К 14-й неделе глаза у пренейта еще больше сближаются и уже не кажутся слишком большими, так как появляются веки. До самого рождения они будут сомкнуты. У пренейта уже хорошо развита кожная чувствительность. Формируется хватательный рефлекс. Частота сердечных сокращений достигает 130–150 ударов в минуту. К концу 14-й недели беременности средняя длина пренейта достигает 8,5 см, а весит он 25 г. Уже на 15-й неделе беременности у пренейта формируется хватательный рефлекс. Уже **развиты основные органы, ответственные за восприятие различных ощущений и их представительства в головном мозге. Вначале появляются вкусовые ощущения, позднее – обоняние, слух, чувство равновесия. В последнюю очередь появляются зрительные ощущения.** Совершенствование и специализация сенсорных систем продолжают не только до родов, но и после. У пренейта отмечаются хорошо выраженные двигательные реакции на изменение эмоционального состояния матери. Длина пренейта составляет около 10 см, а вес почти 50 г.

К 16-й неделе идет **бурное развитие коры головного мозга**, хорошо различимы его борозды и извилины. Пренейт уже начинает координировать движения рук, способен крутить головой, откидывать ее, сосать палец. Некоторые женщины способны на этом сроке впервые за эту беременность почувствовать шевеление пренейта, отличив его от иных ощущений в животе. У будущего

ребенка двигаются не только руки и ноги, но и диафрагма. Когда происходит судорожное сокращение диафрагмы, малыш икает. К 17-й неделе формирование головного и спинного мозга продолжается. Совершает первые дыхательные движения грудная клетка. На 18-й неделе у пренейта наблюдается выраженная реакция на звуковой раздражитель. Пренейт длиной 15–17 см весит примерно 120 г. Его активные движения в виде нежных мягких касаний или бульканья могут ощущать уже не только опытные женщины, готовящиеся родить повторно, но и, при благоприятных обстоятельствах, беременные впервые. Когда появляются шевеления, женщина старается (и успешно!) понять, какие эмоции пренейта они отражают, что он хочет ей поведать. Это очень важное событие – ощущение первых шевелений, вызывающих исключительно положительные эмоции. Еще до рождения у малыша появляется игрушка, с которой придется расстаться после появления на свет. Это – пуповина, шнур, через который проходят сосуды, соединяющие организмы мамы и ребенка. Плод периодически дотрагивается до пуповины, хватает ее. Это иногда можно увидеть во время пренатального УЗИ. Конечно, это скорее произвольные действия и отработка хватательного рефлекса, чем настоящая игра.

К 19-й неделе периоды двигательной активности пренейта в течение примерно 20 минут чередуются сорокаминутными периодами покоя. За сутки он совершает до 150 движений конечностями. Он хорошо слышит и дифференцирует звуки. К 20-й неделе у пренейта появляется мимика. То есть появился полноценный собеседник, сенсорные каналы которого обязательно нужно стимулировать (разговаривать с ним, прикасаться к нему через брюшную стенку), и учиться различать его ответы. Регулярное общение с пренейтом благотворно для будущих отца и матери, улучшает семейную атмосферу, чем намного предпочтительнее рекламируемых шоу и прочих шумных забав! На 23-й неделе пренейт хорошо слышит и при резком звуке вздрагивает. Если звуки повторяются длительное время, наступает привыкание к ним и вздрагивания прекращаются. Повторные сочетания звонка с резким

звук через некоторое время приводят к тому, что на один звонок плод будет реагировать соответствующим движением. Это свидетельствует о том, что пренейт способен запоминать звуки, у него можно выработать условный рефлекс. Постоянно он слышит шум тока крови в брюшной аорте, стук биения сердца женщины. Каждая мать знает: чтобы успокоить новорожденного, нужно взять его на руки и прижать к груди (новорожденные быстро перестают плакать, когда слышат запись звуков работающего сердца, сделанную через жидкую среду).

На 24-й неделе активность пренейта часто увеличивается во время дневного отдыха женщины. Однако шевелений в ночные часы и ранним утром отмечается меньше. Он может спать 1,5–2 часа подряд, поэтому отсутствие движений в течение этого времени не должно беспокоить. На 26-й неделе слуховой аппарат пренейта хорошо сформирован, он способен дифференцировать звуки, поразному реагировать на голоса, интонации. Считается, что с 26 недель пренейт при рождении сможет сделать первый вздох и закричать. Длина его тела 30 см, а вес составляет 600–700 г. На 28-й неделе пренейт реагирует на яркий оранжевый свет, направленный на обнаженный живот беременной, т. е. его глаза способны различать свет и темноту. Теперь мы имеем возможность развивать все его сенсорные системы во время общения. На 29-й неделе пренейт очень активен, его органы чувств работают все более интенсивно. В течение дня он слышит более ста различных звуков, но так как они доносятся через жидкую среду, лучше воспринимает низкие тона. На 30-й неделе пренейту могут сниться сны. Он хорошо ощущает прикосновения через брюшную стенку женщины, может отвечать на них.

На 32-й неделе легкие пренейта полностью сформировались. Работает периферическая и центральная нервная система. На 34-й неделе пренейт при росте 40 см весит около 1600 г. Большинство внутренних органов работают, а легкие начинают активную подготовку к дыханию после рождения. К исходу 38-й недели пренейт хорошо развит и уже готов к рождению. Он уже настолько

велик, что занимает практически все пространство матки. Особенно быстро растёт голова, поэтому не ленитесь регулярно, всесторонне отвечать на все сигналы пренейта. К девятому месяцу голова пренейта достигает 60 % размера головы взрослого. Диаметр головы 9 см, рост 45 см, вес около 2,5 кг. Беременность доношена.

На 39-й неделе весит примерно 2,8 кг. В день прибавляет в весе по 30 г. 40-я неделя: В легких сформировавшиеся альвеолы, покрытые сурфактантом, готовы раскрыться при первом крике. При окончательном созревании легких плода в околоплодную жидкость начинает выделяться стимулятор простагландинов, что провоцирует начало родовой деятельности. Увеличиваются надпочечники. ***Во время родов они будут усиленно вырабатывать адреналин и норадреналин, стимулирующие активность пренейта в родах, а первые 40 минут после родов обеспечивающие особую обучаемость новорождённого. Никогда больше ни до, ни после рождения человек столь высокой обучаемостью не обладает.***

К моменту рождения длина пренейта составляет примерно 48–56 см, а весит он около 3000–4000 г, диаметр головы 9 см. У большинства женщин страх перед предстоящими родами в это время усиливается. Многих пугает снижение двигательной активности ребенка. Поэтому необходима постоянная поддержка со стороны мужа, общение со столь же напряжённым, тревожным и настороженным пренейтом, своим ростом стеснившего себя в матке и лишившего себя «свободы передвижения».

Физическое состояние матери во время беременности, безусловно, оказывает сильное влияние на плод. Многие ученые указывают на то, что продолжительный материнский стресс увеличивает риск преждевременных или трудных родов. В моменты переживаний и эмоциональных стрессов плод начинает быстрее двигаться, как бы выражая явное недовольство поведением и самочувствием матери. Эмоции, переживаемые матерью чреватые не только близкими, но и отдаленными последствиями.

Принято считать, что плацента отфильтровывает все вредные вещества, содержащиеся в крови матери, и предотвращает их

попадание в кровь плода. Однако, это далеко не так. Некоторые из вредных веществ плацента, действительно, не пропускает, но многие преодолевают этот барьер и наносят серьезный ущерб плоду. К ним относятся болезни, наркотики, химические вещества и радиация (так называемые тератогены).

Тератоген – средовой (внешний) фактор, действующий на эмбрион или плод и вызывающий нарушение его строения или функционирования, не вызывая при этом изменения наследственных структур. Эффект тератогенного воздействия зависит от ряда условий:

В большинстве своем болезнетворные микробы слишком велики, чтобы проникнуть через плаценту в кровь плода и поразить его. Исключение составляют возбудители ветряной оспы, гепатита, полиомиелита, а так же еще более серьезные инфекции: краснуха и сифилис. Если следовать врачебным советам и рекомендациям, вовремя вакцинироваться и избегать вредных воздействий, то вероятность рождения ребенка с патологиями существенно сокращается.

NB! Предупреждение врожденных дефектов

- ✓ Обратитесь в генетическую консультацию, если у ваших близких родственников встречались генетические нарушения.
- ✓ Планируйте рождение ребенка в возрасте от 20 до 35 лет.
- ✓ Вероятность избежать дефектов при рождении больше, если возраст отца не превышает 45 лет.
- ✓ Перерыв между родами, позволяющий организму женщины полностью восстановиться, составляет как минимум 2 года.
- ✓ Убедитесь до наступления беременности, что у вас есть иммунитет к краснухе.
- ✓ Соблюдайте режим здорового питания и не садитесь на диету для похудения.
- ✓ Проверьте резус-фактор.

Задания, контрольные вопросы

1. Контрольные вопросы

2. Чем отличаются понятия «развитие организма» и «рост»?
3. Как сочетаются пренатальный период и перинатальный период?
4. Можно ли использовать в качестве синонимов понятия «перинатальное развитие» и «внутриутробное развитие»?
5. Почему возникает несостоявшаяся имплантация?
6. Как связаны антенатальный и неонатальный периоды?
7. Какое значение для развития плода имеет плацента?
8. Назовите критические стадии внутриутробного развития, чем они характеризуются?
9. Для чего и когда проводят УЗИ-скрининг плода?
10. Почему активное поведение плода является важным показателем развития плода? Связано ли это с темпераментом ребенка?
11. Каковы психологические причины родовых травм?
12. Почему необходима психологически благоприятная обстановка на протяжении всего периода родов?
13. Каковы могут быть последствия партнерских родов?
14. Почему акт рождения сопровождается кризисом?
15. Какую роль играют механизмы импринтинга в первые часы после рождения?
16. Как связан импринтинг и бондинг?
17. В чем заключается метод гаптономии Франца Вельдмана?
18. Какую роль играют врожденные рефлексy?
19. В чем заключается особая социальная ситуация развития ребенка сразу после рождения?
20. Когда у ребенка проявляется потребность в общении? С чем это связано?
21. Почему комплекс оживления считают основным новообразованием периода новорожденности?
22. Раскройте роль гестационной доминанты.
23. Почему страхи могут быть причиной бесплодия?
24. В чем заключается отношение к плоду как к пренейту?
25. Как создается оптимальная развивающая среда для пренейта?

26. Можно ли считать метод гаптономии технологией взаимодействия с прейнетом?

27. Можно ли использовать метод гаптономии для усиленного «обучения» пренейта с помощью регулярного раздражения слухового, тактильного и зрительного анализаторов?

28. Как влияют тератогенные факторы на развитие ребенка?

Темы рефератов

1. История родильного искусства
2. Подготовка к зачатию
3. Зачатие и предимплантация
4. Имплантация
5. Антенатальный период. Критические стадии.
6. Интранатальный период. Роды.
7. Постнатальный период. Характеристика неонатального периода.
8. Понятие «Травма рождения» (у ребенка) и последствия
9. Понятие «Травма родов» (у женщины) и последствия
10. Тератогенные факторы развития в пренатальном периоде развития
11. Значение и использование метода гаптономии
12. Кризис новорожденности
13. Причинно-следственная связь дородового «взаимодействия» с плодом и последующим развитием ребенка
14. Эмоциональные переживания пренейта в утробе матери
15. Возникновение психики в дородовой период
16. Грудное вскармливание как развитие отношений матери и ребенка
17. Роль неонатального периода в развитии личности
18. Пренатальный опыт и его влияние на ранний постнатальный онтогенез и развитие базовых личностных образований
19. Послеродовый период как период острой адаптации
20. Влияние стресса на течение беременности

Терминологический минимум

Аntenатальный период; бондинг; внутриутробное развитие; возраст жизнеспособности; врожденные рефлексы; гаптономия; гестационная доминанта; гештальт младенчества; зародыш; зачатие; зигота; имплантация яйцеклетки; импринтинг; индивидуальное развитие организма; интранатальный период или роды; комплекс оживления; кризис новорожденности; критические периоды внутриутробного развития; неонатальный период; натальный; натальный этап; новообразования периода новорожденности; новорожденный; младенец; оплодотворение; перинатальный период; плод беременности; поздний неонатальный период; пороки развития; постнатальный период развития; пренейт; ранний онтогенез; репродуктивная функция; *роды*; социальная ситуация развития; тератоген; тератогенное действие; тератогенез; тератогенные факторы; фетальный период; шкала Апгар; эмбрион; эмбриональный период.

ГЛАВА 3.

ПОДГОТОВКА К РОДИТЕЛЬСТВУ (МАТЕРИНСТВУ И ОТЦОВСТВУ)

Представления о родительстве. Феномен родительства, при его изучении, в основном соотносится с системой семьи. В своих исследованиях Р. В. Овчарова определяет данное понятие следующим образом: «Семья – это исторически-конкретная система взаимоотношений между супругами, родителями и детьми; малая группа, члены которой связаны между собой брачными или родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью». Из этого определения вытекает то, что конечной целью и смыслом родительства является рождение и воспитание детей. И поэтому систему родительства можно включить как подсистему семьи, но при этом рассматривать как самостоятельное образование.

И. С. Кон определяет родительство как систему связанных между собой явлений, включающих:

- а) родительские чувства, любовь, привязанность к детям;
- б) нормативные предписания культуры и специфические родительские роли;
- в) обусловленное тем и другим реальное поведение, стиль воспитания, отношение родителей к детям

Феномен родительства представляет собой относительно независимую систему, но при этом следует его рассматривать в качестве подсистемы семьи. Родительство можно рассматривать на двух уровнях: на уровне индивида (матери и /или отца и) и как наиндивидуальное целое. Оба этих уровня одновременно являются этапами формирования родительства.

На феномен родительства влияют различные факторы с разных сторон, которые раскрывают сложную структуру его организации.

1. Влияние личностных качеств отца и матери на родительство;
2. Отношение родителей к системе семьи;
3. Раскрытие семьи по отношению к социуму;

Факторы, влияющие на формирование родительства, упорядочены по иерархии и представлены на нескольких уровнях: макросистема – уровень влияний социума; мезосистема – уровень влияния родительской семьи; микросистема – уровень собственной семьи.

5. Феномен родительства – явление динамическое, включающее процесс становления и развития.

Наиболее разработан феномен родительства и его структура у Р. В. Овчаровой. Она рассматривает родительство как интегральное психологическое образование личности (матери и/или отца). По ее мнению, этот феномен включает в себя совокупность ценностных ориентации родителя, ожиданий и установок, родительских позиций, отношений и чувств, родительской ответственности и стиля семейного воспитания. Каждый компонент содержит эмоциональные, когнитивные и поведенческие составляющие. Связь компонентов родительства осуществляется через взаимообусловленность составляющих их когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспектов.

Когнитивный компонент – это осознание родителями родственной связи с детьми, представление о себе как о родителе, представления об идеальном родителе, образ супруга(и) как родителя общего ребенка, знание родительских функций, образ ребенка;

Эмоциональный – это субъективное ощущение человека себя как родителя, родительские чувства, отношение к ребенку, отношение к себе как к родителю, отношение к супругу как к родителю общего ребенка;

Поведенческий – это навыки, деятельность и умения родителя по уходу, материальному обеспечению, воспитанию и обучению ребенка, взаимоотношения с супругом как с родителем общего ребенка, стиль семейного воспитания.

Материнство и отцовство в науке чаще всего рассматривается в системе родительства. путем его воспроизведения в воображении.

3.1. Материнство и его изучение в перинатальной психологии

Понятие о материнстве. Материнство является одной из наиболее важных, основополагающих человеческих ценностей, поэтому роль матери и материнского воспитания в развитии человека оценивалась в течение многих веков. (Приложение 3.1) Материнство с философских позиций рассматривается в качестве важнейшей основы общекультурного развития человечества, поскольку женщина является хранительницей не только домашнего очага, но и моральных ценностей, традиций, обрядов, национальной культуры в целом. Ядро культуры, представленное ценностными приоритетами, воспитывается и формируется матерью, корректируется обществом и передается подрастающим поколениям. Материнство юридически закреплено у всех народов.

Материнство изучается в русле различных наук: истории, культурологи, медицины, физиологии, социологии, психологии. Каждая наука изучает и определяет материнство, исходя из своих целей и задач.

Различные направления в психологии имеют свой предмет исследования и в зависимости от этого оцениваются и интерпретируются функции матери, обсуждаются материнские качества и характеристики материнского поведения, а также их культурные, социальные, эволюционные, физиологические и психологические аспекты. Исследования разных культурных вариантов материнства в современном обществе свидетельствуют о влиянии имеющихся моделей семьи, детства и ценностей, принятых в данной культуре, на материнское поведение и переживания женщины. Большой интерес представляет приведенное в этих работах сравнение распределения материнских функций в разных культурах, материнского поведения и отношения к ребенку, которые обеспечивают формирование необходимых в данной культуре личностных качеств (например, особенности эмоциональной сферы,

качества привязанности, особенностей переживания успеха и неудачи в достижении цели).

В зарубежной психологии существуют две основные концепции определения сути материнско-детских отношений:

1) концепция фиксированных материнских отношений, в которой в центре анализа стоит ребенок, его личность, родители же выступают в роли носителей исторических и культурно закреплённых норм, а также объектов потребностей и желаний ребенка (А. Адлер, З. Фрейд, К.Хорни);

2) концепция, устанавливающая связи между факторами воспитания и развития ребенка, где основным положением является предположение об отражении личности ребенка в личность матери (А.Болдуин, М.Земская, Х. Рихтер, Е. Шефер).

В отечественной психологии исследования носят в основном прикладной характер и касаются преимущественно следующих аспектов исследования материнства:

1) исследования ведущей роли взрослого (матери) в психическом развитии ребенка (Божович Л.И., Выготский Л.С., Дубровина И.В., Лисина М.И., Мухина В.С., Эльконин Д.Б.);

2) исследования стилей и типов детско-родительских отношений (Буянов М.И.);

3) исследования личностных особенностей матери и их представленности в детско-родительских отношениях (Захаров А.И., Исенина Е.И., Спиваковская А.С.).

В исследованиях зарубежных и отечественных психологов отмечена ведущая роль матери в формировании психологического склада ребенка. Таким образом, материнство – одна из социальных женских ролей, поэтому даже если потребность быть матерью и заложена в женской природе, общественные нормы и ценности оказывают определяющее влияние на проявления материнского отношения. Понятие «нормы материнского отношения» не является постоянным, так как содержание материнских установок меняется от эпохи к эпохе. Той или иной социальной установке соответствует определенный образ ребенка. Отклоняющиеся проявления

материнского отношения существовали всегда, но они могли носить более скрытые или открытые формы и сопровождаться большим или меньшим чувством вины в зависимости от общественного отношения к этим актам

В настоящее время единого определения понятия «материнство» нет в силу его многоаспектности и выполнения матерью разнообразных функций.

Функции матери в развитии ребенка достаточно сложны и многообразны. Они состоят в удовлетворении всех физиологических потребностей ребенка, обеспечении эмоционального благополучия, развитии привязанности, базовых структур отношения к миру, общения, основных личностных качеств и самой структуры деятельности. Далеко не все эти функции осознаются матерью. Даже науке многие из них стали известны только в последние десятилетия, и нет оснований считать, что их познание уже закончено. Однако мать успешно выполняет эти функции много тысячелетий. Культурой они также хорошо освоены и представлены в своде правил, норм, в обрядах, поверьях, обычаях.

Некоторые из материнских функций, такие, как удовлетворение органических потребностей ребенка, формирование у него некоторых личностных качеств, в достаточной мере осознаются матерью и обществом. Другие существуют в общественном сознании и сознании матери в преобразованной форме, представления об их значении для ребенка в разной степени приближаются к биологическим и социокультурным задачам его развития. Так, поддержание эмоционального благополучия, развитие привязанности и ее культурных особенностей, развитие общения обеспечены способами взаимодействия с ребенком, включающими установление режима кормления, способов пеленания, количеством и качеством тактильного контакта, способами и сроками отнятия от груди, формами перераспределения материнских функций, манерой жалеть, поощрять и наказывать ребенка. Все это вполне определенно интерпретируется в аспекте будущих качеств характера ребенка, его физических и личностных особенностей.

Для целостного психологического исследования материнства Г. Г. Филиппова выделяет две взаимосвязанные группы материнских функций.

1. Видотипичные, то есть обеспечивающие структуру деятельности и мотивационные основы развития ребенка как представителя своего вида, функции, направленные на формирование содержательных особенностей мотивационно-потребностной сферы ребенка как члена своей конкретной культуры. К видотипичным функциям матери относятся следующие:

- обеспечение стимульной среды для пре- и постнатального развития когнитивных и эмоциональных процессов;

- обеспечение условий (в форме разделения деятельности с ребёнком) для развития видотипичной структуры деятельности;

- обеспечение условий для возникновения прижизненно формирующихся видотипичных потребностей: потребности в эмоциональном взаимодействии со взрослым, в получении положительных эмоций от взрослого, включения взрослого в чувственно-практическую деятельность, потребность в оценке взрослым своей активности и её результатов, познавательная потребность и др., а также формирование привязанности;

- обеспечение условий для освоения видотипичных средств отражения в форме формирования потребности в общении, как системообразующих для сферы общения;

- обеспечение условий для развития мотивационных механизмов.

2. Конкретно-культурные функции направлены на создание условий не только существования, но и развития ребенка:

- обеспечение матерью предметной среды и условий чувственно-практической, игровой деятельности и общения, которые способствуют образованию культурных особенностей когнитивной сферы и моторики;

- обеспечение условий для формирования культурной модели привязанности;

– обеспечение условий для формирования культурных особенностей социально-комфортной среды;

– организация условий (предметной, игровой среды, общения) для формирования культурных особенностей стиля мотивации достижения;

– обеспечение условий для формирования у ребёнка основных культурных моделей: ценностно-смысловых ориентаций, семьи, материнства и детства и др.

Таким образом, с психологической точки зрения **материнство рассматривается как социально-психологическое и биологическое состояние женщины-матери, возникающее под влиянием ее биологических и социальных отношений с ребенком.** Это глубоко эмоциональное состояние. Оно определяется ощущением кровного родства с ребенком, выполнением репродуктивной, защитной (биологической, психологической и социальной), а также воспитательной функцией по отношению к нему. Женщиной оно переживается как любовь, забота, защита ребенка, как способность к самопожертвованию. Это самое высокое духовное чувство: чем выше духовность женщины, тем богаче и разностороннее материнство. Данная трактовка материнства предполагает, что роль матери является ничем не заменимой в первоначальном воспитании и социализации детей.

Готовность женщины к материнству в перинатальной психологии рассматривается в качестве основы успешного протекания всех этапов перинатального развития ребенка, возникновения оптимальной гестационной доминанты и формирования гармонического типа семейного воспитания здорового ребенка.

Психологическая готовность к материнству – это специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-субъектная ориентация в отношении к еще неродившемуся ребенку. Она формируется под влиянием неразделимых биологических и социальных факторов и, с одной

стороны, имеет инстинктивную основу, а с другой – выступает как особое личностное образование.

Основными составляющими структуры психологической готовности к материнству являются:

- особенности коммуникативного опыта, полученного в детстве;
- переживания женщиной беременности, в том числе отношение к еще неродившемуся ребенку;
- ориентация на стратегию воспитания и ухода за младенцем.

В перинатальной психологии выделяются *три уровня психологической готовности к материнству*:

Низкий уровень. У женщин часто отмечается наличие колебаний в принятии решения иметь ребенка, негативных ощущений и переживаний в период беременности. Матери скупно и формально отвечали на вопросы, касающиеся их отношения к неродившемуся ребенку (многие не переживали чувства общности с ребенком, не придумывали имя, не представляли себе малыша). Преимущественно ориентировались на соблюдение жесткого режима, были сторонниками «строгого» воспитания. Также мамы чаще указывали на отсутствие в детстве привязанности к матери и строгое отношение родителей, редко играли с куклами; отдавали предпочтение детям старше трех лет.

Высокий уровень. Эти женщины не испытывали колебаний в принятии решения иметь ребенка, радовались, узнав о беременности. Они отмечали преобладание положительных ощущений и переживаний в период беременности, охотно и развернуто отвечали на вопросы, касающиеся их отношения к своему ребенку (разговаривали с ним, прислушивались к шевелению, реагировали на него какими-либо действиями). Ориентировались на соблюдение мягкого режима (кормление по потребности ребенка, чаще брать его на руки и т. п.). Все они имели в детстве благоприятный коммуникативный опыт: привязанность к матери, отмечали ласковое отношение родителей, любили играть с куклами. Все отметили, что любят детей младенческого возраста.

Средний уровень. их ответы были частично сходны с ответами первой группы и частично – со второй. У них наблюдалась противоречивая установка на воспитание (они не собирались часто брать ребенка на руки, не были сторонниками кормления по часам и т. д.). Половина женщин из 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.

В основе психологической готовности к материнству лежит инстинкт материнства. **Материнский инстинкт – основополагающий в жизни и направлен на вынашивание потомства, заботу о нём.** Отцовский инстинкт менее устойчив, более сексуально детерминирован и ориентирован главным образом на защиту матери и потомства. Как материнский, так и отцовский инстинкт – это преломление инстинкта самосохранения в виде продолжения рода.

Факторы, способствующие созреванию и проявлению инстинкта материнства:

1. Прообраз материнства (выраженность материнства у прародителей и родителей).

2. Желание иметь детей, установка на них.

3. Положительный отклик на беременность.

4. Нежность к зарождающейся жизни.

5. Чувство жалости и сострадания к ребёнку.

6. Чувство близости с ним.

7. Эмоциональная отзывчивость матери.

Наиболее важными факторами, говорящими о характере переживания женщиной своей беременности, являются *желанность – нежеланность ребенка и особенности протекания беременности.* Наиболее благоприятны для будущего материнского поведения желанность ребенка, наличие субъектного отношения матери к еще не родившемуся ребенку, которое проявляется в любви к нему

мысленной или вербальной адресованное, стремлении интерпретировать движения плода как акты общения.

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, своих привязанностях, родителях, их стиле воспитания. Важным является опыт, приобретаемый в играх с куклами, в «дочки-матери», о характере которого можно судить по воспоминаниям о любимых игрушках, по наличию предпочтения к детям того или иного возраста.

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

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

особенно первой, ускоряется созревание личности женщины, у нее появляется чувство ответственности за будущего ребенка, зреет инстинкт материнства.

Беременность как первый этап материнства,

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

Взгляды психоаналитиков на беременность

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

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

Отношения с матерью важны при нормальном полоролевом развитии дочери, когда возникает идентификация с матерью, и этот процесс значительно усиливается с наступлением беременности. В переживаниях беременной оживают переживания ее матери по отношению к своему избраннику, телу и ребенку. Если мать не получала удовлетворения от своего тела, беременность доставляла

дискомфорт и страдания, было желание быстрее освобождения от бремени, то и у беременной дочери может проявиться депрессия и повышенная тревожность, а также физиологические осложнения беременности в виде токсикозов, угроз выкидыша.

Переживание беременности матерью влияет на переживание беременности дочерью. Это связано с тем, что чувства самой матери влияли на развитие дочери поэтапно, в процессе их взаимодействия, начиная с беременности матери до пубертатного возраста дочери. Так, на этапе младенчества решающим для развития девочки было отношение матери к ее телесным проявлениям. Насильственный, полный контроль: установление режима питания, сна, дефекации, отсутствие телесного контакта – впоследствии формирует сложное отношение девочки-девушки к своему телу и порождает потребность в контроле и оценивании извне. Из-за этого беременная больше озабочена медицинскими параметрами, сомневается в нормальности своего состояния, не умеет ясно описывать его, опираясь в большей степени на суждение и мнение врача, а не на собственное самоощущение.

В период пубертатного развития необходимым становится отделение девочки от матери, ее индивидуализация. Девушка взрослеет, изменяются формы ее тела. Но если мать не довольна собой как женщиной, то она не позволит дочери отделиться от себя, потому что внутреннего ребенка она тоже не отделила. Взрослая дочь и внутренний ребенок у нее соединены и создают симбиотические отношения, которые позволяют матери прожить через дочь свою жизнь заново. Такая мать контролирует телесные проявления дочери, особенно сексуальные, подавляя индивидуальность, наказывая ее за проявление самостоятельности. При таком развитии отношений внутренний образ наказывающей матери актуализирует у беременной негативные чувства при сексуальных отношениях с партнером, приведшие к беременности, что влечет за собой неприятие ребенка не только во внутриутробном состоянии, но и после рождения.

Во время беременности самоощущение женщины меняется, и «формой ядерного субъективного существования» выступает

категоризация, опирающаяся в первую очередь на эмоционально-оценочные конструкты (исследования А. Ш. Тхостова). Собственное тело воспринимается в связи с зародившейся жизнью в утробе. Особую роль играет встреча с врачом при постановке на учет по беременности, так как пережитые от этого эмоции создают определенное отношение к беременности, усиливая радость или усугубляя негативность и создавая особую форму субъективности в виде эмоционального переживания.

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

Акмеологическое объяснение беременности.

Психоаналитическую позицию продолжают описывать современные отечественные психологи. Так, Н. В. Боровикова (1998) рассматривает беременность как акме женщины, исследуя ее акмеологический потенциал. Взгляд на мотивацию сохранения беременности дан шире (в психоанализе ограничение подсознательными мотивами) – включены социальные мотивы, определяемые культурой и историческим временем: сохранение отношений с партнером, соответствие социальным ожиданиям. Описывается синдром беременности, симптомы которого имеют универсальный характер и включают в себя все многообразие психологических новообразований, характерных для беременной женщины. Сюда относятся: аффект осознания себя беременной,

симптом принятия решения, симптом нового «Я», симптом эмоциональной лабильности, симптом противоречивого отношения к беременности, симптом принятия новой жизни в себе, симптом перинатальной дисморфофобии, симптом завышенных притязаний по отношению к другим. Н. В. Боровикова считает, что синдром беременности переживается женщиной на бессознательном уровне и именно этот факт является основным источником негативных переживаний самой беременной и, как следствие, отрицательных влияний на плод. Знание о самой себе и о сопровождающих беременность соматических и психических состояниях, наоборот, создает благоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности, способствует личному взрослению женщины, укреплению и обогащению ее психики новым уровнем психологических самооценок.

Влияние эмоций на беременность. Активное изучение эмоционального состояния беременных связано с тем, что эмоции, которые испытывает женщина, напрямую влияют на протекание беременности и родов, на отношение к ребенку до и после его рождения, на отношение к себе самой. А. Н. Захаров, Н. П. Коваленко отводят влиянию эмоций особое значение, считая, что эта сфера наиболее изменчива.

К благоприятным качествам, формирующим положительные эмоции во время беременности, относятся отсутствие страха и тревожности, адекватная самооценка; уравновешенность; высокий уровень самопринятия, что проявляется в естественности поведения и открытости опыту, в отношении к другим как к себе. Также формированию позитивных эмоций способствуют благоприятная семейная обстановка, поддержка со стороны мужа, родителей. Издревле рекомендовали беременным созерцание красивых вещей, природы, картин, маленьких детей, способствующее повысить благоприятный эмоциональный фон. Во время беременности женщина требует повышенного внимания, тепла, заботы и поддержки, в первую очередь – психологической. Психологическая поддержка – это прежде всего поддержка эмоциональная, т. е.

способность супругов сочувствовать, сопереживать проблемам друг друга и помогать в преодолении трудностей. Закономерно и совершенно нормально появление тревожности, которое отмечают у большинства женщин во время беременности. Беременной нравится (более или менее осознанно) ее состояние, ей хочется быть предметом внимания и заботы, в то же время она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции – инфантильности и взросления. В результате женщины, как правило, становятся более ответственными, бережнее относятся к своему здоровью.

По данным исследований М. А. Кочневой, П. Я. Кинтария, Г. А. Лескова, эмоциональное состояние женщины изменяется в течение каждого триместра беременности.

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

Второй триместр характеризуется противоречивостью эмоциональных состояний: у одних происходит нормализация психического состояния, повышение работоспособности, у других повышается уровень невротизации, отмечаются расстройства настроения с легким субдепрессивным компонентом, расстройства тревожного ряда. Ощущается большая зависимость от процесса развития ребенка; женщина принимает беременность; появляется интерес к ребенку и материнству. При этом может иметь место углубление в себя; развивается чувство собственной значимости; различные чувства вызывает изменение внешности; появляется ощущение, что время летит быстро.

В третьем триместре женщина фокусируется на родах; опасается родоразрешения, неизвестности; может испытывать различные чувства относительно своей внешности; возрастает зависимость от других; присутствует желание защиты; возможно снижение полового влечения; появляется ощущение, что время тянется долго. Тревога играет не только негативную роль, она может способствовать лучшей адаптации женщины к ее новому состоянию: если беременная быстро справляется с негативными эмоциями, резкое учащение пульса (до 130–140 уд/мин) непродолжительно, то ее ребенок будет эмоционально устойчив и будет хорошо контролировать себя. Если же уровень тревоги продолжает повышаться, это приводит к негативным последствиям. Могут нарушаться сон, аппетит, нарастает неуверенность в себе, будущее представляется в мрачных тонах. Отношение женщины к себе, к окружающим нередко становится неадекватным. Неверно оцениваются и отношения окружающих к ней, т. е. происходят личностные изменения. При этом тревога перестает играть адаптивную роль, а напротив, ухудшает течение беременности, может стать причиной осложнения в родах, так как становится доминирующей эмоцией.

Имеется несколько классификаций переживания беременности. Г. Г. Филиппова выделила стили переживания беременности, акцентировав внимание на отношении к шевелению плода (таблица 3.1).

Таблица 3.1

Стили переживания беременности (Филиппова Г. Г.)

Стиль переживания беременности	Первый триместр	Второй триместр	Третий триместр
Адекватный	Возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов	Эмоциональное состояние в основном благополучное, адаптация к беременности	Повышение тревожности со снижением к последним неделям, активность

			ориентирована на подготовку к послеродовому периоду
Тревожный	Эмоциональное состояние повышено или тревожное или депрессивное	Отсутствие стабилизации, повторение тревожных или депрессивных эпизодов	Тревожность усиливается, активность связана со страхами за исход беременности и родов
Эйфорический	Неадекватная эйфорическая окраска, некритическое недифференцированное отношение к возможным проблемам беременности	Обычно к концу беременности появляются осложнения	
Игнорирующий	Динамика эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тона	Активность повышается и направлена на содержания, не связанные с ребенком	
Амбивалентный	Характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности		
Отвергающий	Переживание беременности как наказание, помехи	К концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний	

И. В. Добряков определил психологические компоненты гестационной доминанты (ПКГД) и их влияние на типы семейного воспитания (таблица 3.2).

У авторов определяются два идентичных понятия – тревожный и эйфорический. Также выделены особенности переживания беременности по триместрам в соответствующих стилях переживания беременности.

Таблица 3.2

Психологические типы гестационной доминанты
(Добряков И. В.)

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

<p>Депрессивный</p>	<p>Отвержение или игнорирование ребенка</p>
<p>Резко сниженный фон настроения, мечтавшая о ребенке женщина утверждает, что не хочет его, не верит в способность выносить и родить здорового дитя, боится умереть в родах. Возникают дисморфомонические идеи: беременность изуродовала тело, муж ее оставит, часто плачет. В тяжелых случаях появляются идеи самоуничтожения, суицидальность, кошмарные сны. Это патологический тип, требующий консультации психиатра или психотерапевта.</p>	

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

Сильные эмоциональные переживания порождают болезненные ощущения у женщин, осложняют взаимоотношения с окружающими и процесс вынашивания беременности. В последующем это грозит развитием патологичных или деструктивных детско-родительских отношений. Сильные переживания в начале беременности формируют затяжные роды плодом мужского пола, преждевременные – женского. Плохой сон во время беременности провоцирует обвитие пуповины вокруг шеи при рождении мальчиков, быстрые стремительные роды – для девочек.

Особенности переживания беременности:

– переживания по поводу еще не родившегося ребенка, отношение к нему. В период от зачатия до рождения ребенка, когда в организме и психике женщины происходят глобальные

преобразования, формируется отношение матери к своему еще не родившемуся ребенку через взаимодействия с ним, наличие или отсутствие общения, желанность или нежеланность ребенка, особенности протекания беременности и субъективное переживание женщиной беременности;

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

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

Выделяют *два уровня психологической готовности к материнству.*

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

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

любящей, понимающей матери. В тех случаях, когда наблюдается отрицательная динамика, течение беременности и родов осложняется, в послеродовой период наблюдаются трудности в установлении контакта с ребенком и низкая мотивация самой заботиться о нем.

Влияние стресса на беременность

Состояние эмоциональной неудовлетворенности образует стрессовый комплекс в виде повышенной раздражительности, нарушений сна, частых испугов и семейных переживаний. Такие психологические факторы, как тревожность, мнительность, впечатлительность, эгоцентризм и страх боли, способствуют появлению эмоционального стресса при беременности, которая в итоге воспринимается как негативное психоэмоциональное состояние, которое осложняет протекание беременности и родов и подготовку к роли матери. В первом триместре для женщины ее новое состояние может быть неожиданным: вызвать радость, недоумение или огорчение. То есть беременность связана с новым социальным статусом женщины и может вызвать состояние психологической дезадаптации. Основным фактором, влияющим на разнообразие реакций женщин на беременность, являются семьи, в которых они живут. Многое зависит от того, как отнесутся к беременности те, на кого можно рассчитывать, кто может поддержать. Большое значение имеют возраст и состояние здоровья самой женщины.

Мотивы сохранения беременности

Мотивы сохранения беременности главным образом зависят от личностных установок женщины и социальных нормативов общества, определяемых культурно-историческим временем, в котором она живет.

1. Беременность ради ребенка (6 %) – наиболее позитивный мотив, отражающий психологическую потребность женщины в материнстве и готовность к нему. Он характерен для социально зрелых, лично состоявшихся, а также одиноких женщин в возрасте.

2. Беременность от любимого человека (3 %) – мотив способствует созданию высокого уровня адаптивности женщины к

беременности. Будущий ребенок выступает как частица любимого человека, символ «светлого» прошлого или настоящего, который женщина хочет пронести через всю жизнь.

3. Беременность как соответствие социальным ожиданиям (24%) - мотив обычно присущ молодым девушкам из обеспеченных семей или вышедшим замуж по расчету, когда пожилые родители не имеют внуков (т. е. такие женщины рожают ребенка не для себя, а для своих родителей). Следует отдельно выделить беременность для мужчины. При этом ребенок рождается не столько в соответствии со своим желанием, сколько по просьбе мужа или значимого мужчины.

4. Беременность как протест (12 %) – это беременность «назло» значимому мужчине или родителям. Свойственно молодым девушкам. Беременность носит характер вызова, противостояния миру взрослых, и является для женщины драматической и часто тяжело травмирует ее психику. Будущий ребенок используется в качестве объективного аргумента, объясняющего невозможность возврата к прежним отношениям.

5. Беременность ради сохранения отношений (16 %) – женщина решается на рождение ребенка, чтобы внести новое в близкие отношения с мужчиной и удержать его рядом.

6. Беременность как отказ от прошлого (8 %) – в этом случае беременность может расцениваться самой женщиной как желание почувствовать себя личностью, обрести женскую индивидуальность, зачеркнуть свое прошлое. Часто символизирует начало нового этапа в жизни и наиболее часто встречается у женщин с «туманным и бурным» прошлым.

7. Беременность как уход от настоящего (5 %) – преобладает у одиноких женщин, потерявших надежду на личное счастье. Они пытаются уйти от собственных проблем в своего ребенка, «заменить» свою жизнь его жизнью.

8. Беременность ради сохранения собственного здоровья (26%) – мотив обусловлен боязнью причинения вреда своему здоровью абортom или потерей возможности деторождения в будущем.

Кроме того, можно выделить получивший в последнее время распространение мотив рождения ребенка для получения материальной выгоды.

Ю. Шмурак выделила следующую **типологию матерей**, отражающую меру сознательного и бессознательного принятия ребенка:

- 1) идеальная (сознательное и бессознательное принятие ребенка);
- 2) холодная (сознательное отвержение и бессознательное принятие);
- 3) амбивалентная (сочетание сознательного принятия ребенка с бессознательным его отвержением);
- 4) катастрофическая (сознательное и бессознательное отвержение).

Раннее материнство

Несмотря на общее снижение количества рождающихся детей, юные девушки сейчас рожают больше, чем раньше. Многие из них становятся матерями-одиночками, но некоторые вступают в брак, создают семью с таким же юным супругом. В 18 веке в Европе считалось, что дети 13-16 лет уже готовы к вступлению во взрослую жизнь и могут обеспечить себя и свою семью. Но индустриальная революция в начале 19 века породила новые технологии, освоение которых требовало более длительного обучения. В это же время социальные и культурные процессы ведут к тому, что период между наступлением половой и экономической зрелости увеличивается. (Приложение 3.1).

По физическому и эмоциональному развитию подростки уже соотносятся со взрослыми, но экономически они остаются полностью зависимыми от семьи или других взрослых. Известный факт, что у подавляющего большинства подростков физическое развитие опережает психическое, и эта разница составляет 6, а в некоторых случаях 10 лет. В связи с этим, и возникают проблемы, которые отмечают многие исследователи. Они связаны с появлением

неплановых беременностей, аборт в раннем возрасте, брошенных детей, суицидальных мыслей и действий самих подростков.

До последнего времени матери-подростки никогда не выделялись в отдельную категорию социально незащищенных, никогда не выступали в качестве объекта специального внимания и воздействия с целью поддержки и реабилитации со стороны государственных органов. Эта проблематика приобрела особую актуальность в конце XX – начале XXI века.

В современном мире, когда темпы общественного и технического развития приобрели невиданный размах, особую, с точки зрения социальной успешности, роль начинает играть уровень и качество образования, а также наличие так называемой активной жизненной позиции. А их, в силу ряда обстоятельств, юным мамам трудно сформировать. Рост количества беременностей и родов среди несовершеннолетних наблюдается во всем мире.

Вступление в половые отношения в подростковом возрасте, как правило, происходит по следующим обстоятельствам: скука, алкогольное опьянение, материальная выгода, желание привлечь к себе внимание и удержать партнера, для самоутверждения, как средство доказать свою взрослость, насилие. Чаще всего ранние половые связи приводят к следующим последствиям:

- ранняя беременность, которая чаще всего заканчивается абортом со всеми его негативными последствиями;
- браки, заключенные между юношами и девушками, не достигшими половой зрелости, нередко бывают бесплодными, дети, рождающиеся у таких родителей – слабыми;
- воспалительные заболевания половых путей и опасность заражения болезнями, передающимися половым путем;
- гинекологические заболевания как следствие аборта, беременности и родов в подростковом возрасте;
- трудноразрешимые социальные и морально-этические проблемы, связанные с ранним материнством;

– ранняя половая жизнь опасна тем, что приводит к нарушению гормональной регуляции репродуктивной системы, которая в этом возрасте только налаживается.

Наблюдатели полагают, что традиционный уклад и бедность вынуждают девушек-подростков выходить замуж в раннем возрасте. Если в свое время раннее вступление в брак было характерной особенностью для сельской местности, то сегодня подобные случаи можно встретить и в городе

Статистику ранних браков вести крайне трудно, так как в большинстве случаев 15–16-летние невесты не регистрируются в ЗАГСе, а выполнение обряда бракосочетания берет на себя духовенство. И лишь когда в семье рождается ребенок, и на него нужно оформить свидетельство о рождении, молодые родители приходят в ЗАГС. Обратная сторона раннего замужества – это частые разводы. Ранние браки, особенно для девочек, могут быть эмоционально и физически вредны. Выходя замуж в 15-16 лет, девушка еще не готова к половой жизни, к материнству, не сложилась психика, характер, несмотря на то, что девушка может выглядеть взрослой. Поэтому семейная жизнь превращается для нее в сплошной стресс, и впоследствии всего этого она может либо родить ребенка неполноценным, либо потерять его.

По мнению социологов, ранние браки лишают девушек одного из основных прав – права на образование, которое необходимо для полноценного вступления во взрослую жизнь. Когда сегодняшний подросток стремится замуж (жениться), иногда даже не дожидаясь разрешенного возраста – это для многих родителей, проблема.

Ранний брак – это брак, заключенный до наступления брачного возраста по специальному разрешению административных органов.

Причины ранних браков.

Но сегодня зачастую браки, заключенные в 18-20 лет, тоже считаются ранними. Одна из причин ранних браков – стремление уйти от родителей. В тех семьях, где родители муштруют выросших детей, следят за ними, не уважают их достоинство, да если просто нет

понимания, нет чувства дома – из таких семей подростки уходят. Им самым простым выходом кажется ранний брак (причем в силу наших традиций чаще это делают девушки, потому что, как правило, жена уходит жить к мужу, но если мальчик может уйти жить в семью жены – то и он может жениться, чтобы спастись от родительского диктата).

Следующая причина – выросшие дети уходят от тяжелого климата в семье, от постоянных родительских распрей, когда даже в самом убранном и обустроенном доме постоянно ощущается неуют.

Последствия раннего материнства. Раннее материнство опасно для женщины и может отрицательно сказаться и на ребенке. На уровень психологической готовности к материнству влияют различные факторы, в том числе степень психофизиологической зрелости. Большое значение играет возраст женщины, так как для женщин различных возрастных групп характерны физиологические и психологические особенности, влияющие на готовность к материнству. Учёные утверждают, что возраст от 16 до 18 лет не является благоприятным для рождения ребёнка ни в физиологическом, ни в психологическом плане. Современной наукой установлено, что, несмотря на акселерацию – ускорение темпа индивидуального развития – физическая, интеллектуальная и социальная зрелость, необходимая для рождения и воспитания ребёнка, в 16–18 лет не наступает.

С. О. Кашапова исследуя психоэмоциональные и личностные особенности у девушек в возрасте от 16 до 18 лет, ожидающих рождение ребёнка, делает вывод о том, что для беременных этого возраста характерны неадекватная самооценка, внутренняя конфликтность, инфантилизм. При сравнении полученных результатов с данными становления материнской сферы у женщин оптимального детородного возраста, автор отмечает искажённое формирование материнской сферы девушек, не достигших 19 лет, которые ожидают рождение ребёнка. У девушек 18-ти лет ещё не завершено развитие организма. В частности, незрелость костей таза является причиной преждевременных родов, врождённых уродств.

Большое значение в этом возрасте имеют проблемы морально-социального порядка, а также проблемы личного характера.

Девочка чувствует всеобщее осуждение, у неё понижается самооценка, она отдаляется от окружающих, усиливается чувство одиночества, ненужности. Возникают и проблемы в отношении с ребёнком. Девочки 16–18 лет ощущают внутреннюю растерянность, а пережитые трудности могут стать причиной жестокого отношения к ребёнку. Таким образом, девушка в возрасте 16 - 18 лет не готова стать матерью. Такая ранняя беременность не желательна не только ввиду медицинского риска для матери и ребёнка, но и из-за морально-социального климата, отнюдь не благоприятного для дальнейшего развития молодой мамы и её малыша.

Становясь матерью в подростковом возрасте, юная женщина в силу социальной и психической незрелости не в состоянии осознать всей значимости произошедших в жизни перемен и той ответственности, которая ложится на ее плечи с рождением ребенка. Ее положение усугубляется правовой незащищенностью, несовершенством действующего законодательства в части, касающейся прав несовершеннолетней женщины, ставшей матерью. Часто именно это обстоятельство является решающим в определении судьбы родившегося ребенка. Ведь, пожалуй, единственное право, приравнивающее ее к совершеннолетним одиноким матерям – это право передать ребенка в государственное детское учреждение на воспитание и полное государственное содержание в соответствии с п. 4 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г., который в этой части действует и по сей день. На этот шаг юная мать нередко идет вынужденно – от безысходности и отчаянья. И объясняется данный шаг, прежде всего, отсутствием у нее самостоятельных средств к существованию, своего дома, условий для нормального воспитания ребенка (Приложение 3.1).

Обычно юные матери преждевременно прекращают занятия в школе; они, как правило, работают на самых низкооплачиваемых местах и испытывают большую неудовлетворенность своей работой. Они чаще попадают в зависимость от государственной поддержки.

Юные матери должны продолжать свое собственное личностное и социальное развитие, в то же время, пытаясь адаптироваться к круглосуточным потребностям грудного ребенка. Часто забеременевшие девушки-подростки сталкиваются с сильным неодобрением своей семьи или уже находятся в конфликте со своими родителями к моменту беременности. Однако если они не выходят замуж, то у них часто нет выбора, и им приходится во время беременности и после родов продолжать жить дома, находясь в зависимом положении. Поэтому, с целью избежать подобной ситуации, у некоторых девушек-подростков возникает мотивация вступить в брак и обзавестись собственным хозяйством. Но замужество не всегда является наилучшим решением проблем юной матери.

Некоторые исследователи считают, что, несмотря на то, что раннее материнство мешает взрослению, во многих случаях оно предпочтительнее раннего материнства в сочетании с ранним замужеством. По статистическим данным, вступление в брак в старшем подростковом возрасте чаще приводит к прекращению учебы в школе, чем подростковая беременность. Кроме того, те, кто вступает в брак в юном возрасте, разводятся чаще, чем те, кто сначала рождает ребенка, а замуж выходит позднее.

Дети родителей-тинэйджеров также находятся в невыгодном положении по сравнению с детьми родителей более зрелого возраста. Они могут страдать от того, что их родителям не хватает опыта выполнения взрослых обязанностей и заботы о других. Поскольку юные родители испытывают стресс и фрустрацию, они чаще пренебрегают своими детьми или жестоко обращаются с ними. Дети юных родителей чаще отстают в развитии и когнитивном росте. Если в семье одновременно присутствуют такие факторы, как нищета, разногласия между супругами и плохое образование родителей, то шансы возникновения этих проблем у ребенка увеличиваются.

Тем не менее, некоторые юные родители отлично справляются с воспитанием своих детей, в то время как продолжают взрослеть сами. Для этого им почти всегда необходима помощь. Важнейшей

социальной задачей остается помощь юным родителям и их детям, направленная на то, чтобы они успешно развивались и стали продуктивными членами общества.

Потребностно-мотивационный аспект раннего материнства

Материнская сфера входит в состав репродуктивной сферы (вместе с половой). Половая и родительская потребностно-мотивационные сферы объединяются в общую репродуктивную сферу – по характеру лежащих в их основе потребностей и – по функции, которая обеспечена деятельностью субъекта по удовлетворению этих потребностей. При нынешней сексуальной информированности и достаточной свободе есть родители, которые всеми силами регламентируют интимную жизнь детей, хотя весь интерес детей к этой жизни определяется банальным любопытством. И, оказывается, до сих пор имеется тенденция регистрации брака для того, чтобы получить право на интимную жизнь. Понятно, что как только любопытство удовлетворено, брак становится не нужным и легко расторгается.

Подросткам, которые серьезно готовятся к совместной семейной жизни, бывает нелегко сохранить прочность своего брака, ведь если в ранние браки убегают дети из откровенно проблемных семей, то понятно, какую модель, даже бессознательно, они могут реализовывать в своих семьях, потому что другой модели для них нет.

Потребностно-мотивационная сфера раннего материнства подразумевает потребность в материнстве и включает потребностно-эмоциональный и ценностно-смысловой компоненты. Потребность в материнстве – комплексная потребность. Г. Г. Филиппова выделяет следующие основные мотивы раннего материнства:

- достичь желаемого социального и возрастного статуса (я – взрослая, самостоятельная женщина, занимающая определённое положение в обществе, имеющая право на соответствующее отношение к себе в семье и обществе);
- удовлетворение модели «полноценной жизни»;
- стремление продолжить себя, свой род;

- реализация своих возможностей (воспитать ребёнка);
- решение своих жизненных проблем (заключить или укрепить брак, доказать себе и другим, что я способна родить и быть матерью);
- любовь к детям (самый сложный мотив, в котором сочетается удовольствие от общения с ребёнком).

Различные обстоятельства создают совершенно индивидуальные, неповторимые условия мотивации рождения ребёнка для молодой женщины. Потребность в детях – центральное звено потребности в материнстве. Желание иметь детей может возникнуть неожиданно, может быть выражено неявно. Известно, что и у мужчин, и у женщин желание иметь детей напрямую зависит от их детских переживаний, отношений с родителями, модели той семьи, в которой они выросли.

Социальная работа по предотвращению раннего материнства.

Чтобы предотвратить появление раннего материнства, работу с юными беременными необходимо начинать задолго до того, как они станут мамами. И эту деятельность можно разделить на 2 части. Первая часть – это разъяснительная работа среди подростков по вопросам контрацепции, последствий аборт, планирования семьи, консультирование по вопросам интимных отношений. Вторая – выявление и работа с юными беременными, а именно: психологическая и физическая подготовка к предстоящему материнству; помощь в решении кризисных социальных ситуаций, связанных с беременностью; подготовка к безопасным родам; обучение уходу за новорожденными и т.д.

Таким образом, комплексная деятельность по оказанию различных видов помощи несовершеннолетним матерям и их детям поможет решить проблему социальной адаптации этой категории населения к современным условиям. Результаты исследования показывают, что без поддержки государственных и общественных структур молодые мамы не могут самостоятельно обеспечить себя и своего малыша всем необходимым для полноценной жизни.

Важное значение при работе по предотвращению раннего материнства имеет половое воспитание, то есть комплекс

воспитательных и просветительных воздействий на ребёнка, направленных на приобщение его к принятой в обществе системе половых ролей и взаимоотношений между полами в общественной и личной жизни. Половое воспитание в широком смысле совпадает с процессом половой социализации. В узком смысле понимается как подготовка ребёнка к сексуальной жизни. Половое воспитание современных детей и подростков осуществляется стихийно, необходимая информация черпается ими из неравноценных и противоречивых источников. Важным фактором выступают родители, однако эта роль ими, как правило, недостаточно осознаётся. Главной задачей родители видят в предотвращении нежелательных последствий сексуального опыта, тем самым расценивая сексуальность как враждебную силу, требующую подавления. Взрослеющих детей такой подход не устраивает, и они обращаются к другим источникам, важнейшим из которых выступают более сведущие сверстники и старшие товарищи. Именно этим путём из поколения в поколение передаются ложные стереотипы, предрассудки и мифы о мужской и женской сексуальности.

Важный канал полового воспитания – средства массовой информации, которые могут обеспечить высокий профессиональный уровень, массовость, наглядность, возможность индивидуального выбора. Но широкое использование этого канала в целях полового воспитания затруднительно: не все материалы приемлемы для массовой публикации и демонстрации, особенно в многонациональной стране; трудно также достичь попадания информации по точному адресу – детям и подросткам определённого пола, возраста. По мнению специалистов, наиболее эффективно половое воспитание может быть осуществлено в рамках соответствующих просветительных программ в образовательных учреждениях.

Для того, чтобы эффективная помощь оказывалась молодой маме на протяжении всего периода адаптации её к материнству, необходимо психотерапевтическую работу с женщиной. Это имеет

значение не только для специалистов, работающих с душевной сферой, но и для сотрудников общемедицинской сети, которые наблюдают женщин на разных этапах обращения в стационарах, женских консультациях, роддомах, центрах планирования семьи и т.п. Женщина должна быть знакома с теми глубинными изменениями, которые происходят в её организме во время беременности, как в физиологическом, так и в психологическом плане, для того, чтобы она смогла сделать всё от неё зависящее для нормального протекания беременности, чтобы сама будущая мама чувствовала себя эмоционально комфортно. Большое значение имеет то, каковы знания будущей матери о психическом и физическом развитии ребёнка. Филиппова Г.Г. считает, всё чаще родители в преддверии рождения ребёнка оказываются неосведомлёнными об элементарных особенностях его развития и своих функций в уходе за ним и общении.

Помимо осознания низкого уровня родительской компетентности, молодые мамы осознают нехватку эмоциональных переживаний, неготовность к возникновению материнских чувств. Женщина должна знать операции ухода, кормления, общения, охраны, физического воспитания ребёнка (гимнастические упражнения, правильный режим и гигиенические правила, подвижные игры, влияние естественных сил природы на ребёнка (воздух, солнце и вода), а также воспитательные средства, применяемые родителями. Особенностью операции ухода являются, помимо их инструментальной стороны, стиль осуществления, соответствующий физическим особенностям ребёнка – в первую очередь, сила прикосновений, расположение рук при держании, пальцев при обработке ребёнка и др. Умелость движений зависит от уверенности и компетентности матери. Особую группу составляют операции общения. Исследования показали, что именно общение со взрослыми определяет внутренний план действий ребёнка, сферу его эмоциональных переживаний, познавательную активность детей, произвольность и волю, самооценку и самосознание, общение со

сверстниками. несовершеннолетний материнство мотив предотвращения

Таким образом, ранним материнством принято считать несовершеннолетних девушек, ждущих ребенка. Так же, данное явление может называться подростковой беременностью.

Девиантное материнство.

Девиантное материнство – это отклоняющееся поведение матери, проявляющееся в эмоциональном и физическом отвержении ребенка и выражающееся в различных формах (гипоопека, авторитаризм, гиперопека, физическое и психическое насилие, отказ от ребенка), которые имеют большое влияние на формирование дефицита в психическом и физическом развитии ребенка.

Г.Г. Филиппова девиантное материнство понимает как совокупность проблем, выражающихся в отказах матерей от новорожденных, проявлении в их отношении пренебрежения, насилия, а также нарушениях материнско-детских отношений, следствием которых является снижение эмоционального благополучия ребенка и отклонения в его психическом развитии в разном возрасте

Р. В. Овчарова определяет девиантное материнство как скрытый инфантицид, под которым понимает отказ матери от ребенка В.И. Брутман, А. Я. Варга, И.Ю. Хамитова, Т.А. Николаева также придерживаются такого понимания девиантного материнства

М. А. Хромова, В. С. Киле, Е. В. Черная в качестве девиантного рассматривают юное материнство, обуславливая свою точку зрения личностной незрелостью юной девушки, которая оказывается не готовой принять роль матери, другой формой девиантного материнства, по их мнению, является отказ от ребенка

М. А. Беляева в своих исследованиях говорит о девиантном родительстве, определение которого в частности можно применить к девиантному материнству. Девиантное родительство, по мнению автора, проявляются в нежелании или неспособности (физического, психического, психологического, педагогического, экономического

характера) выполнять отдельным индивидом в отношении родных, приемных или усыновленных детей родительские функции, предусмотренные социальными, культурными и правовыми нормами.

Многообразие подходов к определению феномена девиантного материнства порождает множественность взглядов на причины его возникновения.

Условно, можно выделить три группы факторов: социально-экономические, семейные, личностные особенности родителей.

Социально-экономические факторы, в первую очередь проявляются в стремлении женщины занять значимое, иногда влиятельное, положение в обществе и ее ориентация на достижение экономической независимости, построение успешной карьеры, самореализацию себя в профессиональной сфере

Семейные факторы проявляются в особенностях отношений между женщиной и ее матерью. В исследованиях А.Е. Борисова и Е.М. Ижванова было выявлено, что в возрасте 27-32 лет специфика взаимоотношений с собственной матерью особенно активно влияет на особенности материнской сферы женщины и наиболее значима для материнского поведения женщины. Важно заметить, что именно этот возрастной период в настоящее время приходится на рождение женщиной первого ребенка.

Более широкий спектр семейных отношений и их связь с материнским поведением женщины были исследованы в работах В.И. Брутмана, А.Я. Варги и И.Ю. Хамитовой, посвященных изучению влияния семейных факторов на возникновение девиантного материнства. В результате проведенной работы группа ученых выяснили особенности семей женщин, которые отказались от своих детей. Семейная история таких женщин характеризуется отсутствием мужа вовсе либо присутствует факт развода с ним, в связи с чем, имеет место воспитание в неполной семье. Отношения в семье чаще дистантные или конфликтные как между самой женщиной и ее матерью и бабушкой, так и между ними, более теплыми являются отношения с отцом. Следует отметить, что чаще всего женщина-отказница идентифицирует себя именно с ним, а не с матерью,

которая описывается ею как холодная, такая же в ее представлениях и бабушка. Тем не менее, эмоциональная зависимость отказницы от матери присутствует, выражается она в переживаниях женщины по поводу своего несоответствия ожиданиям матери. Еще одной особенностью детско-родительских отношений является нечеткость границ. Анализируя особенности семейной ситуации матери и бабушки отказницы, можно заметить, что уже в поколении бабушки имел место факт отказа от ребенка, развода с мужем. Относительно отсутствия насилия или его наличия в семье бабушки можно сказать, что оно не играет решающей роли в возникновении девиантного материнского поведения. Таким образом, девиантное материнское поведение женщины имеет предпосылки в нарушении материнско-детских отношений женщины и ее матери, при которых женщина не получила достаточно теплоты и заботы, однако потребность в них продолжает существовать и отрицательно сказывается на самореализации женщины в роли матери.

Немаловажное значение имеют особенности отношений в семье, в которой непосредственно воспитывается ребенок. В таком случае следует упомянуть о феномене эмоционального отвержения ребенка родителями, в частности матерью. Эмоциональный компонент родительства становится особенно значимым в современном обществе, так как в настоящее время родители менее ориентированы видеть в своем ребенке будущего кормильца или работника семьи, что было достаточно распространено, например, в традиционных обществах.

Эмоциональное отношение родителей проявляется в любви к детям, их принятии и признании их самооценности. В свою очередь эмоциональное отвержение может выражаться в негативном оценивании ребенка, стремлении дистанцироваться от него, игнорировании его положительных качеств и подчеркивании или приписывании отрицательных, в жестоком к нему обращении и других формах. Возможные проявления эмоционального отвержения можно распределить по четырем группам.

1. Условное принятие: ребенку фактически запрещается быть самим собой, родители навязывают ему интересы, которые сами считают важными, игнорируя при этом истинные наклонности ребенка, они желают, чтобы ребенок соответствовал их представлению о нем, ребенок в свою очередь понимает, что может достичь расположения родителей, только соответствуя их ожиданиям. Эмоциональное отвержение ребенка при сохранении с ним симбиотической связи: ребенок воспринимается родителями как несамостоятельный, родители ориентированы оберегать его от возможных трудных ситуаций, особенно к такому поведению склонны матери, своими действиями они способствуют закреплению у ребенка детских качеств, игнорируют его взросление, считают его неумелым, не доверяют ему.

2. Отвержение ребенка на основе доминирующей гиперпротекции: родители склонны акцентировать внимание на отрицательных качествах ребенка, которые они могут приписывать, основываясь на сходстве ребенка с кем-то из родителей или других родственников, или его половой принадлежностью, в отношении к ребенку преобладает авторитарный стиль воспитания, характерно использование запугиваний, угроз, строгих наказаний, что также сопровождается игнорированием его успехов.

3. Отвержение на основе гипопротекции: ребенок является предоставленным самому себе, родители игнорируют не только его успехи, но и любые другие проявления, безразличны к нему, для них он помеха, ребенок при этом воспринимает себя отвергнутым, ненужным.

4. Отвержение на основе жестокого обращения: родители не принимают ребенка и демонстрируют по отношению к нему раздражение, злость, зачастую родители обращаются к нему, если необходимо выполнить какую-то работу, качественное исполнение которой не гарантирует ребенку хорошее отношение родителей, в результате он дезориентирован, так как не видит возможных способов добиться расположения родителей.

Личностные особенности родителей, выступающие как фактор девиантного материнства, обуславливают возникновение эмоционального отвержения ребенка, т.е. личностные и семейные факторы девиантного материнства имеют тесную взаимосвязь. Среди наиболее значимых в плане развития девиантного материнства, выделяются такие личностные особенности родителей как прагматичность, самоуверенность, эгоцентризм, уровень притязаний личности.

Кроме этого важным является представления родителей об идеальном ребенке, сравнение его со своим ребенком: согласованность образов идеального ребенка у супругов, негативное отношение родителей к несоответствию реального ребенка образу идеального. Уровень заинтересованности родителей в узнавании особенностей личности ребенка, а также их представления о ролях и обязанностях каждого члена семьи, которые во многом обуславливаются опытом отношений родителей с их родителями. Особенности переживания беременности: нежелательность, принятие.

Таким образом, эмоциональное отвержение ребенка родителями является возможной предпосылкой для появления девиантных форм родительского, в частности материнского, поведения. Среди других причин возникновения девиантного материнского поведения, относящихся к личностным особенностям женщин важным является низкий уровень психологической готовности женщины к материнству.

Среди причин возникновения девиантного материнского поведения, относящихся непосредственно к личности женщины, ученые также отмечают особенности ее эмоционального состояния во время беременности и в постнатальный период. Так же важным первоначальным признаком возможного девиантного материнства является эмоциональное самочувствие женщины во время беременности. Таким образом, эмоциональное отношение женщин к своей беременности и будущему ребенку при определенных условиях может способствовать возникновению у них девиаций

В целом 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, отсутствует отец, 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; она 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, незначительным и далеким от нее самой.

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

В отдельных случаях наблюдается **инфантицид** – (детоубийство) – **умышленное лишение жизни ребёнка.** Детоубийство включает в себя убийство матерью ребёнка после рождения (неонатацид). (Приложение 3.2).

Следует отметить и такое явление как **чайлдфри** (англ. childfree – свободный от детей – добровольно бездетный) – **субкультура и идеология, характеризующаяся сознательным желанием не иметь детей.** Речь не идёт о людях, которые откладывают рождение детей на более поздний срок или не имеют твёрдой позиции в данном вопросе. (Приложение 3.3)

3.2. Отцовство как психологический феномен

Психология отцовства – одна из наименее исследованных областей психологии. Феномен отцовства как самостоятельный предмет исследования в трудах отечественных психологов появился относительно недавно.

В настоящее время существует большое количество исследований роли матери, влияния материнства на развитие личности ребенка. Вопрос о роли отца в развитии ребенка, его воспитании и социализации, различные аспекты этой роли мало изучены, хотя являются актуальными и практически значимыми.

Понятие «отцовство» вошло в научный оборот только в конце 80-х годов XX века. Первоначальная тематика работ в основном была связана с проблемами семьи и материнства тогда как материнство и отцовство являются составляющими феномена «родительство». Понятие отцовства включалось в данные исследования лишь фрагментарно. Большинство же исследований проводилось в рамках детской психологии.

Отцовство – это факт биологического или юридического происхождения ребенка от определенного мужчины.

Для полноты социального статуса ребенку необходим отец, точно так же, как и мать. Группа, состоящая из женщины и ее потомства, социологически неполноценна и незаконна. Это сводится к универсальному социальному закону, именуемому принципом законнорожденности.

Брак и вытекающее из него отцовство – это первоочередные механизмы, формирующие мужскую значимость. Отцовство отводит мужчин от насилия, управляя их агрессивными наклонностями и привязывая поведение к фундаментальным целям общества – преимущественно к защите семьи и ее обеспечению.

Нередко отцовство воспринимается не как особое психологическое явление, а как лишь дополнение к материнству. Биологически же и мужчины, и женщины становятся отцами и матерями с момента появления на свет их ребенка. Но

психологическое становление родительства не связано автоматически с рождением детей. Мать – состояние естественное, отцовство же – состояние приобретенное

Одним из первых, кто четко разделил родительское отношение на отцовское и материнское, был Э. Фромм. Материнскую любовь он описал, как безусловную по своей природе. Мать любит своего ребенка, потому что он просто есть, что это ее дитя, а не потому, что ребенок выполняет какие-то ее условия, оправдывает какие-то ее надежды и ожидания. Это идеальная материнская любовь, как требует того материнское начало, которое представлено в личности женщины.

Любовь отца напротив, основана на определенных условиях, она руководствуется принципом «Я люблю тебя, потому что ты оправдываешь мои надежды, потому что ты исполняешь свой долг, потому что ты похож на меня». В такой «обусловленной» отцовской любви Э. Фромм выделяет, как отрицательную, так и положительную стороны. Отрицательная сторона состоит в том, что любовь отца необходимо заслужить, иначе ее можно потерять, не оправдав надежд. В самой природе отцовской любви заложено, что послушание становится главной добродетелью, а непослушание – главным грехом, расплата за который – лишение отцовской любви. Тем важнее положительная ее сторона. Если любовь возникает на определенных условиях, ее можно завоевать, приложив все усилия. В отличие от материнской любви, любовью отца можно управлять

Как часть личностной сферы отцовство является необходимым условием полноценного развития личности. Только в соприкосновении с ребенком полностью созревают мужские черты личности – потребность и способность защищать, принимать на себя ответственность, энергия, душевная сила. Если у женщины материнская любовь проявляется благодаря первичной материнской заботе, то у мужчин забота о ребенке является продуктом родительской любви, поэтому переживание отцовской любви приводит к развитию таких качеств, как исполнительность и ответственность.

Отцовство формирует основу самого насущного требования общества – социализации мужчин, связывая их обязательствами со своими детьми. Это обязательство является наиболее важным, решающим общественным фактором в общем благосостоянии детей, которое в свою очередь определяет будущее этого общества. Во-первых, оно обеспечивает родительскую защиту в физическом смысле. Во-вторых, оно дает ребенку финансовый и прочие материальные источники. В-третьих, оно обеспечивает детей «передачей культуры», осуществлять которую отец определенно способен. Родительский вклад также дает детям ежедневную «подпитку»: пищей, игрой, сказкой на ночь и т. д.

Потребность в отцовстве предопределяет поведение отца в направлении защиты и заботы о жене и детях. Еще не появившийся, ожидаемый или новорожденный ребенок уже дает отцу возможность почувствовать наличие «отцовского инстинкта», ощутить себя защитником, продемонстрировать родительскую любовь и привязанность.

Активная отцовская позиция говорит о принятии мужчиной ответственности за воспитание ребенка и семью в целом. Часто проявление ответственности выражается в стремлении чрезмерно опекать ребенка, навязывать свою волю, ограничивать свободу самовыражения.

Однако мужчины-отцы опасаются быть поглощенными семьей. В случаях высокой ценностной значимости семейной жизни и высокой оценки родительской компетентности возрастает и ценность сохранения собственной индивидуальности отцов. Причем высокая родительская компетентность мужчин-отцов связана с реализацией отношений доминирования, т. е. быть компетентным родителем для мужчины означает передачу своего жизненного опыта с позиции «сверху».

Наличие отца имеет важнейшее значение для развития ребенка с момента рождения. Отцы поощряют процесс отделения ребенка от матери, ускоряя тем самым процесс социализации. Отец – это олицетворение дисциплины и порядка. Ребенок, растущий без

отцовского авторитета, как правило, недисциплинирован, асоциален, агрессивен в отношении взрослых и детей. «Отец – наиболее естественный источник познаний о мире, труде и технике, он способствует ориентировке на будущую профессию и создает социально полезные цели и идеалы».

Лишь отец способен сформировать у ребенка способность к инициативе и противостоянию групповому давлению. Чем больше ребенок привязан к матери (по сравнению с отцом), тем менее активно он может противостоять агрессии окружающих. Чем меньше ребенок привязан к отцу, тем ниже самооценка ребенка, тем меньше он придает значение духовным и социальным ценностям по сравнению с материальными и индивидуалистическими.

Любовь отца дает ребенку ощущение особого эмоционально-психологического благополучия, которое не может в полной мере обеспечить одинокая женщина-мать. Любовь отца учит сына и дочь тому, как может проявлять любовь мужчина к детям, к жене и к окружающим.

Для ребенка ценны теплые отношения с отцом: «Ребенок, воспитанный в присутствии нежного мужчины, в зрелом возрасте будет обращаться с людьми лучше, чем мальчик, выросший без отца. Такой мальчик может впоследствии компенсировать свои потери, но у него будет невыгодным старт».

Любящий отец нередко более эффективный воспитатель, чем женщина. Отец меньше опекает детей, предоставляет им больше самостоятельности, воспитывая в ребенке самодисциплину. Отцовская любовь обеспечивает пример родительского поведения детей в будущем, формирование жизненной позиции вообще и полоролевых позиций, в частности. Позитивные отношения с отцом связаны с такими качествами у детей, как неторопливость, сдержанность, эмоциональная уравновешенность, безмятежность, спокойствие, оптимизм, высокий самоконтроль, хорошее понимание социальных нормативов, более успешное овладение требованиями окружающей среды.

Типы представлений об отцовстве:

- *«ответственный отец»* – испытуемые, вошедшие в первый кластер, считают, что основным качеством отца является ответственность. Ответственность – это осознанная необходимость выполнения принятых обязательств, она равнозначна чувству долга. Взять на себя ответственность может зрелая личность;

- *«обучающий отец»* – во второй кластер объединились молодые люди, которые считают, что отец должен быть готовым к родительству и уметь обучать ребенка. Готовность к родительству предполагает способность взять ответственность за воспитание всесторонне развитой личности;

- *«сотрудничающий отец»* – молодые люди, которые объединились в третий кластер, полагают, что отец должен быть ответственным и готовым к родительству, обучающим и любящим; он обладает практичностью и бескорыстен. Отец должен интересоваться детьми, уважать их, сотрудничать с ними и при этом быть всегда в хорошем настроении;

- *«доминирующий отец»* – в четвертый кластер объединились молодые люди, считающие что отец – это сильная личность, которая должна гордиться ребенком, иногда отец может кричать на ребенка и при этом не боится извиниться перед ребенком, если не прав;

- *«честолюбивый отец»* – пятый кластер объединился по параметрам: уважающий детей, должен интересоваться детьми и гордиться ими;

- *«доверяющий отец»* – параметры, по которым объединение произошло в шестой кластер, характеризуют отца следующим образом: доверяющий, любящий и уважающий детей, готовый к родительству, не боящийся извиниться, всегда помогающий и обучающий;

- *«альтруистичный отец»* – седьмой кластер объединил молодых людей, представляющих отца любящим, прощающим, не боящимся извиниться, ответственным и воспитывающим;

- *«властный отец»* – испытуемые, попавшие в восьмой кластер, характеризуют отца как сильного, строгого, благоразумного,

практичного. Отец должен быть справедливым и прощающим, уважающим детей, в тоже время он иногда кричит, но не боится извиниться. Он часто хвалит ребенка, опекает его, всегда отдохнувший и слушающий ребенка;

- *«воспитывающий отец»* – девятый кластер объединил молодых людей с представлениями об отце как сильном, благо-разумном, практичном и ответственном, доверяющем детям, всегда понимающем и уважающем детей. Он всегда счастливый, радостный, добрый, доволен детьми. Отец должен быть воспитывающим, опытным родителем, но в то же время может чего-то не знать.

Представления юношей из неполных семей об отцовстве связаны с родительским отношением к миру, взаимоотношениями отца и матери, отношением к родителям, лицам противоположного пола, семье и сфере семейной жизни как ценности. При позитивном отношении родителей к окружающему миру такие юноши представляют себя в качестве отца демократичным; при негативном отношении к отцу и матери – жестоким, нонконформным, подозрительным и недружелюбным.

Молодые люди, выросшие в семье без отца, в основном отрицательно относятся к матери и отсутствующему отцу. Это влияет на их взгляды, а образ отца представлен такими качествами, как недоверие к людям, повышенная тревожность, стремление к самоутверждению, это эгоистичный человек, ставящий свои интересы превыше всего, стремящийся к самореализации в сферах профессиональной и образования, при этом придающий большое значение семье как основе в жизни.

Молодые люди из полной семьи положительно относятся и к матери, и к отцу. Отношения в семьях благополучны, юноши представляют отца как личность, для которой имеют большое значение все аспекты человеческих взаимоотношений, стремящуюся реализовать себя во всех жизненных сферах. Для него главное – это благополучие семьи, решению проблем которой отдается много сил и времени, что ведет к заинтересованности в профессиональной деятельности, которая гарантирует материальное благополучие. Это

авторитетный лидер, упорный и настойчивый, настроенный к окружающим положительным образом.

В представлении молодых людей **из полных семей** отец – это сильная и ответственная личность, которая уважает детей, способна сотрудничать с ними, помогать и обучать.

Юноши **из неполных семей** считают, что отец должен гордиться своими детьми, быть любящим, добрым, интересоваться ими, уметь прощать. Он должен быть готовым к родительству, справедливым и благоразумным человеком. Он не должен стыдиться своих детей.

На представления юношей об отцовстве влияет их возраст, наличие или отсутствие отца в семье и реальные отношения в родительской семье. Представление о том, что отец нужен, для того чтобы ребенок появился на свет, глубоко ошибочно. Чтобы развеять его, необходимо поднимать социальную престижность и ответственность отцовства, изменяя устоявшиеся консервативные стереотипы. Роль мужчины в семье в современных условиях вовсе не уменьшилась. Изменения роли отца носит скорее качественный характер. И дело обстоит так, что ребенку нужен отец в той же мере, как и отцу нужен ребенок.

Выводы:

- для большинства мужчин желание иметь детей является естественной потребностью;
- отцовство необходимо рассматривать как важный элемент семейной системы;
- отцовство предполагает дальнейшее развитие личности и достижение нового уровня самореализации.

Психологическая готовность к отцовству определяется сформированностью:

- всех аспектов личности, предполагающих выполнение возложенных обязанностей и принятых обязательств;
- представлений об отцовстве, т. е. знаний функций отца в семье и его роли в воспитании ребенка;

– оценки собственной готовности стать отцом, т. е. готовности принять на себя ответственность за жизнь и благополучие другого человека, ребенка.

Таким образом, *отцовство – это интегральное психологическое образование личности отца, включающее осознание родственной связи с детьми и чувства, испытываемые к своим детям, принятие и исполнение родительской роли, а также чувства, способствующие самореализации, самоутверждению и саморазвитию личности отца.*

3.3. Организационные основы психологической подготовки родителей к рождению ребёнка

Организация и работа психотерапевтического кабинета в женской консультации

В настоящее время в нашей стране, руководствуясь «Положением о психотерапевтическом кабинете», в составе территориальной поликлиники (приложения 7 и 9 к Приказу Минздравмедпрома России от 30 октября 1995 г. № 294), при женских консультациях открываются психотерапевтические кабинеты. В кабинете психотерапевта (медицинского психолога) женской консультации могут работать:

- медицинский психолог – специалист с высшим психологическим образованием, получивший дополнительную подготовку в учреждении или на факультетах последипломного образования по медицинской психологии и перинатальной психологии, и психотерапии;

- врач-психотерапевт, прошедший в учреждении последипломного образования цикл тематического усовершенствования «Перинатальная психология, психопатология и психотерапия».

Эти специалисты должны владеть методами психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, предусмотренными

программой тематического усовершенствования. Они подчиняются главному врачу женской консультации и его заместителю. В их обязанности входит:

- проводить беседы и занятия с персоналом женской консультации по основам перинатальной психологии, особенностям общения с беременными женщинами и их родственниками, деонтологии, консультировать их по конкретным случаям;

- оказывать помощь сотрудникам женской консультации в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем;

- с целью психопрофилактики принимать участие в работе курсов дородовой подготовки беременных, занятиях школы молодой матери;

- проводить скрининговое обследование беременных женщин с целью выявления группы риска по возникновению нервно-психических расстройств;

- работать с выявленными пациентками и членами их семей;

- консультировать пациенток, направляемых акушером-гинекологом в связи с выявленными у них нарушениями течения беременности, для выработки у пациенток адекватного к этому отношения;

- осуществлять консультативную работу по оценке и купированию неотложных нервно-психических расстройств;

- совместно с акушером-гинекологом разрабатывать план психокоррекционной работы с пациенткой, учитывающий ее индивидуальные особенности;

- проводить индивидуальные сеансы с пациентками, включающие углубленную психодиагностику, психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию;

- совместно с акушером-гинекологом оценивать эффективность проводимых психопрофилактических, психокоррекционных и лечебных мероприятий;

- повышать свою квалификацию в области медицинской и перинатальной психологии, психотерапии на циклах

усовершенствования в учреждениях и на факультетах последипломного образования не реже одного раза в 5 лет;

- внедрять в практику современные методы психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, психотерапии.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 27 сентября 1997 г. № 43 клинические психологи (а значит, и перинатальные психологи) имеют те же льготы, что и врачи, по оплате труда, продолжительности оплачиваемого отпуска, по аттестации на квалификационные категории.

Для обеспечения работы психотерапевтического кабинета в женской консультации должны быть выделены помещения для индивидуального приема пациенток, членов их семей, проведения сеансов релаксации, арт-терапии, групповых занятий.

Основными задачами работы психотерапевтического кабинета женской консультации являются:

- психопрофилактическая работа с беременными женщинами и членами их семей;

- психодиагностическая работа с целью выявления группы риска, формирование мотивации на получение психологической и психокоррекционной помощи;

- психологическая и психокоррекционная и при необходимости психотерапевтическая помощь беременным женщинам и членам их семей (психотерапия осуществляется врачом-психотерапевтом);

- повышение знаний персонала женской консультации в области психопрофилактики, деонтологии, психосоматики, перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии.

Кабинет должен иметь помещение для организации индивидуального приема (площадь 14–20 м²), кабинет для групповых занятий дородовой подготовкой, релаксационных сеансов, семейных консультаций и пр. (площадь 22–35 м²). Помещения должны хорошо проветриваться, иметь мягкое, рассеянное освещение, быть звукоизолированными. Оформление помещений (облицовка стен, ковровые покрытия, приборы бокового освещения, комнатные

растения, картины и пр.) должно способствовать решению терапевтических задач. В набор мебели могут входить письменный стол, журнальный столик, мягкие кресла с высокой спинкой и подголовниками, шкаф для одежды, книжная полка. Кабинет должен быть оборудован музыкальным центром, видеомagneфоном, стереофоническими наушниками, телевизором, компьютером с программным обеспечением и принтером, диктофоном, секундомером, аппаратом измерения давления, набором цветных карандашей, мелков, красок, бумаги для арт-терапии, набором диагностических психологических методик.

Организация приема пациенток в психотерапевтическом кабинете женской консультации

Первичный прием перинатальным психологом женщины может происходить при постановке на учет на сроках беременности до 20–22 недель. При этом ей может быть предложена диагностическая беседа, которая длится не менее 30 минут. Основной целью этого приема является формирование мотивации и запроса на психологическое сопровождение во время беременности, обучение на курсах дородовой подготовки.

В задачи этого приема входит:

1. Установление комплаенса.
2. Сбор анамнеза.
3. Первичная скрининг-диагностика.
4. Информирование о системе работы психологического кабинета женской консультации. Разработка индивидуального алгоритма прохождения курса «Школа молодых родителей».

Первый личный контакт психолога и пациентки очень важен для установления комплаенса. Поэтому беседа с консультантом должна проходить в атмосфере эмпатического принятия. Женщине разъясняются цели направления ее к психологу, роль психологического компонента в протекании беременности, необходимость разделения ответственности между ней самой и специалистами, наблюдающими беременность. В ходе сбора анамнеза выясняются социально-психологический портрет

пациентки, основные моменты ее соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, ее матримониальный статус, стадия зрелости супружеского холона (система супружеских и детско-родительских отношений), количество и возраст детей, мотивы беременности, отношение семьи к беременности, особенности ее протекания. Выясняются также мотивация и запрос на психологическое сопровождение беременности, планы относительно подготовки к родам, первого года жизни ребенка, выхода на работу.

Из психологических методик хорошо зарекомендовал себя проективный метод «Семейная социограмма». Он прост, не требует специальной обработки и дает наглядное представление о внутренней картине семьи у беременной. При проведении у супружеской пары тест выявляет схожее восприятие или несоответствия в восприятии семьи обоими супругами, демонстрирует место, отводимое будущему ребенку.

В случае если беременная встала на диспансерный учет после 12 недель, ей можно предложить методику ТООБ (тест отношений беременной).

По результатам беседы в случае относительно благополучной медико-психосоциальной картины женщину знакомят с системой психологического сопровождения беременной в женской консультации и планируют приблизительные даты следующих визитов к психологу, ближайшие даты лекций в Школе молодых родителей. Если психолог считает, что требуется углубленная диагностика, он назначает дополнительную консультацию.

Повторную встречу рекомендуется провести на сроках беременности 24–27 недель.

Второй триместр беременности является периодом относительной стабилизации гормонального состояния беременной, организм достаточно адаптируется к беременности. Беременность становится заметной стороннему наблюдателю. Заканчиваются все законодательно определенные сроки для искусственного прерывания беременности. В норме женщина принимает факт своей беременности и перспективу дальнейшего материнства.

Сроки 24–27 недель выбраны нами потому, что в соответствии с Приказом Минздрава России «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» от 28 декабря 2000 г. № 457 в целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным на сроке 20–24 недели проводится пренатальная диагностика в виде скринингового УЗИ либо других методов диагностики.

Беременные знают об этом. Кроме того, этот тип исследования часто для краткости нетактично называется медицинскими работниками «на пороки».

У большинства беременных любой группы риска значительно возрастает тревога в ожидании результатов скрининга. Поэтому обращение к психологу может быть срочным по инициативе женщины или направлению врача акушера-гинеколога с целью снижения субъективного чувства тревоги. Результаты тестирования на этом сроке будут с большой вероятностью невалидны.

Еще одним важным динамическим критерием выбора этих сроков беременности для психологического исследования является тот факт, что после 18–22 недель все беременные отчетливо ощущают шевеления плода. Как показывает в своих работах профессор Г. Г. Филиппова, переживание первого шевеления и дальнейшее отношение к нему являются важным прогностическим фактором для формирования дальнейшего отношения к ребенку. Поэтому в ходе беседы следует уделить внимание обсуждению отношения женщины к шевелению пренейта. Ультразвуковое исследование, во время которого женщина с большой вероятностью видела на мониторе своего ребенка и, возможно, узнала его пол, а также ощущение шевелений – все это способствует большей персонификации ребенка и, соответственно, приближает к реальности те фантазии о материнстве, которые были у женщины до этого.

Таким образом, скрининг-диагностика во втором триместре может занимать до 30 минут и должна охватить следующие аспекты:

1. Психологическое тестирование.

2. Интервью о текущем эмоциональном состоянии, семейной ситуации, выявление жалоб, неблагополучных ситуаций.

3. Интервью, посвященное оценке переживания шевелений.

4. Уточнение индивидуального алгоритма прохождения курса психопрофилактики.

Третья встреча может быть запланирована на сроке 35–37 недель. К этому сроку женщина уже заканчивает прохождение курса дородовой подготовки, выбирает родовспомогательное учреждение, готовит дом к появлению ребенка. Доминанта беременности подходит к концу, но еще не переходит в доминанту родов. Поэтому на этом сроке психолог имеет возможность оценить эмоциональное состояние женщины накануне родов, готовность ее и семьи к родам и настрой на материнство. В то же время оставшиеся 2–4 недели можно использовать для коррекции в случае выявления неблагоприятной картины.

Психопрофилактическая работа психотерапевтического кабинета женской консультации

Специалисты психотерапевтического кабинета (перинатальный психолог, психотерапевт) должны координировать психопрофилактическую работу в женской консультации, которая строится по нескольким направлениям:

1. Работа по созданию перинатального комплаенса.

2. Работа по профилактике ятрогений, психологений, дидактогений и гестогений.

3. Психопрофилактическая работа, связанная с выявлением среди беременных групп риска по нервно-психическим расстройствам.

4. Дородовая подготовка беременных.

Работа по созданию перинатального комплаенса

Специалисты в области перинатальной психологии и психотерапии знают, насколько успешность в их работе зависит от готовности пациенток выполнять рекомендации специалистов, от их взаимопонимания и доверия.

С другой стороны, опытный, тонкий клиницист Д. В. Винникотт отмечал, что «если бы доктор, или медсестра, или какой-либо другой помощник не вмешивались бы в естественные, тончайшие процессы отношений матери и младенца, нарушений в развитии, возможно, не последовало бы». Уважение друг к другу, умение выслушать, понять, договориться во многом определяют особенности сотрудничества, способствуют или препятствуют успешности оказываемой помощи. В связи с этим в последнее время в перинатологии отмечается повышенный интерес к этической оценке патернализма акушеро-гинекологов, перинатальных психологов по отношению к пациенткам и их родственникам.

Значительно более эффективным является вариант партнерского взаимодействия, формирующего у пациенток желание сотрудничать. При таком варианте взаимодействия пациентка и ее родственники ожидают обсуждения и согласования с врачом всех предпринимаемых действий, оставляя право решения за собой.

Взаимодействия врача с пациенткой и ее родственниками, строящиеся на платформе сотрудничества и партнерства, получили название «комплаенс», показатель степени их сотрудничества называется комплаентностью (англ. *compliance* – согласие). Было доказано, что формирование комплаенса способствует росту доверия пациенток к врачу, психологу, готовности следовать их рекомендациям, снижению тревоги. Качество комплаенса может существенно влиять и на эффективность фармакотерапии.

В перинатальной психологии в основном предпринимались исследования особенностей комплаенса в постнатальном периоде. Изучались особенности формирования комплаенса в системе «мать – дитя»). Была показана роль комплаенса в лечении маленьких детей с нарушениями засыпания и с ночными пробуждениями, доказано его значение в повышении эффективности медикаментозного лечения детей с ADHD (синдромом дефицита внимания и гиперактивности).

Работ, посвященных комплаенсу в антенатальном и интранатальном периодах явно недостаточно. Между тем нельзя сказать, что исследований в этой области совсем не проводилось.

Научный и практический интерес перинатальных психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов давно вызывает характер взаимоотношений беременной женщины с членами семьи, с медицинским персоналом. Многие психологи и психотерапевты в работе с беременными женщинами, имеющими невротические расстройства, ставят перед собой задачи создания доверительных отношений с пациентками и членами их семей, формирования максимального соответствия взглядов медицинского персонала, беременной и ее близких на связанные с гестацией перемены в состоянии женщины, в семейных отношениях, на необходимость тех или иных медицинских обследований, наблюдения, вмешательств, на подготовку и ведение родов. Таким образом, отдельные вопросы формирования перинатального комплаенса решаются. Однако, как правило, цельного системного подхода в работе с беременными женщинами, их семьями и медицинским персоналом не существует. Введение в обиход специалистов-перинатологов данного термина может восполнить этот пробел, способствовать лучшему пониманию причин, возникающих в процессе беременности и родов нарушений, помочь психологам и психотерапевтам верно выбрать психотерапевтические мишени, адекватные формы психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Исследования показывают, что при неблагоприятном течении беременности, как правило, удается обнаружить нарушения формирования комплаенса или даже нонкомплаенс. Причиной этого чаще всего являются психологически необоснованные стратегии работы медицинского персонала, а иногда и психологов, с пациентками и членами их семей, грубые нарушения деонтологии. Также формированию комплаенса могут препятствовать некоторые личностные особенности как медицинского персонала, психологов, так и пациенток. Неблагоприятные формы перинатального комплаенса (так называемый «низкий комплаенс») часто приходилось наблюдать в работе с беременными женщинами, имеющими гипогестозический, тревожный, депрессивный, эйфорический варианты ПКГД.

В акушерско-гинекологической практике формирование комплаенса особенно важно, так как в связи с возникшей беременностью характер взаимоотношений женщины с родственниками нередко неоднозначен, а многие акушеры-гинекологи строят отношения с ней с позиций патернализма: их рекомендации категоричны, не объясняются и не обсуждаются.

Одной из важнейших психопрофилактических задач перинатального психолога является проведение бесед с персоналом о том, что так называемый низкий комплаенс затрудняет взаимопонимание с пациенткой и работу с ней, может быть одной из причин появления осложнений течения беременности. Осознание необходимости формирования перинатального комплаенса на самых ранних этапах гестации и целенаправленная в этом направлении работа структурируют деятельность перинатальных психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов, являются профилактикой осложнений беременности и родов, предупреждают возникновение ятрогений и дидактогений.

Работа по профилактике ятрогений, психологогений, дидактогений и гестогений

С целью организации профилактики ятрогений, дидактогений, гестогений специалист психотерапевтического кабинета должен информировать персонал женских консультаций об их сути, причинах и механизмах возникновения. Он должен способствовать повышению их знаний в области деонтологии, психологии общения, перинатальной психологии. Необходимо обсуждать программы дородовой подготовки, координировать содержание и проведение занятий, осуществляемых разными специалистами, помогать сотрудникам женской консультации в грамотном составлении учебных групп дородовой подготовки, обеспечить им возможность супервизии.

Во время беременности у женщины, как правило, повышается тревога за состояние своего здоровья, так как она чувствует свою ответственность за новую жизнь – жизнь будущего ребенка. Это делает беременную более внушаемой, ранимой. К сожалению, не

всегда эти особенности психики беременных принимаются во внимание специалистами, с которыми она вынуждена встречаться в связи с гестацией. Это обуславливает легкость возникновения или усиления имеющихся у женщин нервно-психических расстройств.

К *ятрогениям* (греч. *iatros* – медик; *genes* – порождаемый) относятся нарушения, появившиеся в результате высказываний или/и действий медицинских работников, неблагоприятно воздействующих на психику беременных женщин. Чаще всего встречаются ятрогении, связанные с циничностью и грубостью медицинского персонала, с недостатком внимания к пациенткам, с игнорированием их психологических особенностей, с плохой организацией консультативных приемов, обслуживания беременных женщин.

Женщина, ожидающая рождения желанного ребенка, особенно если это должно произойти впервые, ощущает себя особой, уникальной. Ее ранит, когда преднамеренно или невольно, нередко в довольно грубой форме, медицинские работники дают понять, что общение с ней – рутинная работа, а сама будущая мать – одна из многих. Длительные ожидания в коридоре профилактических осмотров, подчас в одной очереди с гинекологическими больными, переносятся мучительно. Безапелляционность высказываний по поводу выявивших нарушения результатов осмотра, анализов может вызвать стресс у беременной, если не проведена должная психологическая подготовка.

Наряду с ятрогениями отмечаются и *дидактогении* (греч. *didaktos* – поучение; *genes* – порождаемый). К этой группе нарушений следует относить расстройства, возникающие у беременных не в связи с проведением профилактических или лечебных медицинских мероприятий, а в процессе и в связи с их обучением на курсах по подготовке к родам. Если курсы организованы правильно, то женщина обязательно получает на них информацию о том, что с ней и ее будущим ребенком происходит в разные периоды беременности, что и как будет происходить во время и после родов. Уже одно только получение грамотно поданной информации приводит к снижению тревоги, повышению уверенности в своих силах. Дефицит

информации, ее отрывочность, малодоступность (например, изобилие непонятных медицинских терминов, теорий), а также натуралистические описания подробностей биомеханизма родов, возможных осложнений, напротив, приводят к усилению тревоги. Недостаточно учитывается при обучении разный уровень образования женщин, их способность усвоить предлагаемый материал.

Неудачно составленные программы занятий приводят к чрезмерному повышению тревоги у одних женщин, к необоснованному эйфорическому отношению к предстоящим родам у других.

Некоторые программы дородовой подготовки женщин, используя повышенную внушаемость беременных, приводят их к мысли о необходимости строго придерживаться не всегда научно обоснованных особого образа жизни, особых диет и применения очень дорогих пищевых добавок. Существуют программы, искусственно повышающие религиозность женщин, делающие их суеверными.

В процессе занятий к дидактогениям может приводить прямое или косвенное внушение женщинам, что роды могут пройти благополучно только в случае строгого исполнения рекомендаций. Жестко оговариваются:

- место (например, в домашних условиях или только в определенном родильном доме);
- способ родоразрешения (например, роды в воду, категорическое отрицание стимуляции, оперативных вмешательств);
- лица, в присутствии которых женщина будет рожать (муж, знакомая акушерка);
- только совместное пребывание с ребенком после родов и т. п.

Подобные рекомендации иногда конструктивны, иногда нет, но если они не предполагают иных вариантов, малейшее отклонение от плана (а ситуация может требовать этого) вызывает у женщины стресс. Грамотное проведение дородовой подготовки позволяет во многом снизить риск осложнений течения беременности и родов.

Ятрогении и дидактогении нередко связаны с отсутствием дифференцированного подхода при формировании групп дородовой подготовки, в результате чего вместе оказываются беременные женщины, состоящие в счастливом браке и не имеющие мужа, здоровые и имеющие осложнения в течении беременности, имеющие скрытые или явные невротические симптомы и т. д. При этом нередко также явления *гестогений* (лат. *gestatio* – беременность; греч. *genes* – порождаемый), возникающих при неблагоприятном влиянии беременных женщин друг на друга. Поэтому одной из форм психопрофилактической работы является скрининг-диагностика, проводимая с целью грамотного формирования групп дородовой подготовки и выявления женщин, нуждающихся перед направлением в такие группы в консультации психолога, а возможно, и в психокоррекционной или психотерапевтической помощи.

Целями нетрадиционного пренатального воспитания являются:

1) подготовка к естественному рождению с целью смягчения критического разрыва для матери и ребенка (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.);

2) развитие способности матери получать информацию о состоянии и поведении ребенка во время беременности (при помощи техник из арсенала различных духовных практик – через медитации, упражнения, музыку, манипуляции с освещением и т. п. – стимулируется имажинация будущего ребенка);

3) целенаправленное формирование способности матери изменять свое эмоциональное состояние и передавать его ребенку;

4) создание тесного контакта будущей матери с другими беременными и пренатальным наставником.

Методы подготовки беременных к родам в женских консультациях делятся на четыре группы.

1. *Учреждения, где отсутствует единая методика*, а подготовка сводится к ответам врача или акушерки на вопросы, возникающие у беременной или советы почитать соответствующую популярную литературу по беременности и родам. К сожалению, подобной системой «охвачена» подавляющая часть всех беременных, состоящих на учете в женских консультациях города. Результатом такой «подготовки» являются эмоциональные и психологические срывы женщин во время родов, высокий процент аномалий сократительной деятельности матки, приводящих к повышению частоты операции кесарева сечения и перинатальных потерь. Отсутствие установки на грудное вскармливание приводит к резкому укорочению периода лактации, следствием чего является повышенная заболеваемость детей первого года жизни.

2. *Система физиопсихопрофилактической подготовки (ФПП)*. Она состоит из четырех лекционных занятий, включающих краткие сведения об анатомии женских половых органов, физиологии и гигиене беременности, родов, послеродового периода, о поведении женщины в первом периоде родов, характере дыхания во время потуг. Данная система, некогда охватывающая до 90 % беременных, в настоящее время сохранилась лишь в нескольких женских консультациях. Посещаемость занятий составляет 2 – 3 % от общего числа беременных. Повторнорожающие женщины, как правило, занятия не посещают. Данный метод подготовки в настоящее время практически потерял свою актуальность в силу устаревшего методического подхода, не обеспечивает снижения невротических расстройств у беременных, также, как и в первом варианте приводит к значительным репродуктивным потерям.

3. *Комплексная подготовка по программе «Возрожденные роды»*, разработанная в США и внедряемая в женских консультациях. В программе делается акцент на сведения о физиологических механизмах беременности и родов. Занятия сопровождаются показом прекрасно изготовленных иллюстраций, наглядных материалов (планшеты, муляжи, видеофильмы). Целью программы является проведение физического и гигиенического тренинга. Осуществляется

она силами инструкторов физической культуры, прошедших специальные подготовительные курсы. Такая подготовка в большей степени, чем предыдущие, отвечает современным требованиям и имеет неплохие результаты. Однако данная программа, имеет один существенный недостаток – отсутствие должной психологической помощи на уровне, обеспечивающем формирование родительской культуры.

4. Подготовка семейных пар к появлению у них ребенка, которая предусматривает работу с группой беременных и их мужьями по трем программам: образовательной, воспитательной и оздоровительной.

Образовательная программа преследует цель информировать будущих родителей о физиологических механизмах деторождения, особенностях режима, питания, выполнения правил гигиены во время беременности, родов и послеродовом периоде, правилах ухода за ребенком, принципах грудного вскармливания на тематических занятиях используются наглядные материалы: книги по искусству и рукоделию, видеофильмы студийного и собственного производства, муляжи, плакаты.

Воспитательная программа предусматривает воспитание чувства материнства, родительства посредством формирования духовной связи между родителями и нерожденным ребенком. Делаются попытки с помощью психотерапевтических методов уменьшить невротические проявления, ориентировать на адекватную реакцию в ответ на стрессовые раздражители. С этой целью применяются методики личностного ориентирования. Кроме того, проводится индивидуальная и групповая работа духовного наставника. Помимо обязательной программы организуются концерты духовной музыки, посещение церкви, детского сада. Все это помогает беременным наладить двустороннюю связь с младенцем, понять его состояние, полюбить его сердцем. Образовательная и воспитательная программы предусматривают в первую очередь создание внешних и внутренних условий для гармоничного формирования перинатальных матриц плода.

Оздоровительная программа предусматривает оценку состояния здоровья, прогнозирование акушерских осложнений и собственно оздоровительные мероприятия. С этой целью используются компьютерная психодиагностическая система на основе ММР1, акупунктурная диагностика. Проводятся занятия по оздоровительной гимнастике с элементами массажа в гимнастическом зале и в бассейне с выполнением специальных дыхательных и мышечно-релаксирующих упражнений. По окончании основной трехмесячной программы беременные с удовольствием посещают оздоровительные занятия до родов. По объему часов каждый раздел занимает примерно равное количество времени.

Предварительные результаты свидетельствуют о том, что физическое и психическое развитие детей от родителей, прошедших дородовую подготовку по данной программе имеет тенденцию к опережению. Она позволяет обеспечить устойчивое психоэмоциональное состояние женщин, повысить частоту мягких и сладостных родов, улучшить качественные показатели службы родовспоможения.

Итак, одной из важных задач в работе с семьей является формирование и развитие перинатальной культуры, или культуры родительской (в самом широком смысле этого слова), которая поможет вырастить поколение духовно содержательное, относящееся к рождению ребенка как к естественному и радостному событию в своей жизни, а не как к процессу, требующему медицинского вмешательства.

Пренатальная педагогика делает свои первые шаги, заявляя о себе как самостоятельной области знаний. Существует множество различных программ образования нерожденного ребенка. Многие из них включают различные виды релаксаций, звуковую и цветовую терапии, рефлексотерапию, гипокситерапию (кратковременное помещение в условия пониженного содержания кислорода). Активно практикуется музыкальное воспитание плода до рождения: например, музыкальные ритмические упражнения «Панэв-ритмия». Разработаны даже специальные пояса для беременных, в которые

вмонтированы пленки с записями, которые по утверждению изобретателей, дают возможность рожать эмоционально уравновешенных детей с высоким уровнем коэффициента интеллектуального развития.

Задачи психологической помощи родителям:

1. Воспитание родительской ответственности.

2. Формирование социально-психологических навыков оказания поддержки в семье, регулирования отношений семьи с социумом.

3. Повышение психолого-педагогической компетентности. Ознакомление с информацией о внутриутробном развитии ребенка и психологическом значении процесса родов для ребенка, матери и отца. Приобретение знаний по вопросам развития и обучения ребенка раннего возраста, воспитании, в том числе половом воспитании.

4. Приобретение навыков саморегуляции, т. е. овладение различными техниками произвольного регулирования функционального состояния организма и душевного состояния личности.

Диагностика **готовности к материнству и родам** может проводиться в группе или при индивидуальной встрече на основании специальных тестов, рисунков, исследования отношения к изменениям, происходящим в период беременности, показателям глубины расслабления.

В некоторых исследованиях отмечено, что дети, которые воспитываются внутриутробно, отличаются более крепким здоровьем, общительностью и творческими способностями, быстрее схватывают новую информацию и лучше переносят школьные нагрузки. Среди них меньше невротиков. Пары, которые налаживают контакт с ребенком до рождения, позитивнее воспринимают приобретение новых социальных ролей. Женщины более подготовлены к материнской роли, легче налаживают контакт с младенцем.

Таким образом, **специальные пренатальные занятия значительно укрепляют эмоциональную связь матери и отца (если он принимает в них участие) с ребенком.** Формирование общественного мнения на основе достижений перинатальной психологии может поднять ответственность общества в целом и

каждого его члена в отдельности за жизнь и здоровье (психическое и физическое) каждого зачатого человека.

Задания, контрольные вопросы

Темы рефератов

1. Потребность в отцовстве как социокультурная проблема.
2. Психологическая готовность к материнству
3. Девиантное материнское поведение.
4. Организационные основы поддержки государством семьи, материнства и детства
5. Работа психологической службы с семьей в период ожидания ребенка.
6. Социальные и психологические проблемы раннего брака.
7. Типы представлений юношей об отцовстве
8. Работа в перинатальной службе по созданию перинатального комплаенса
9. Психопрофилактическая работа психотерапевтического кабинета женской консультации
10. Партнерские роды.
11. Неблагоприятные формы перинатального комплаенса

Контрольные вопросы

1. От чего зависит создание перинатальной комплаентности?
2. Опишите деятельность психолога-перинатолога.
3. Назовите требования к оснащению психотерапевтического кабинета женской консультации
4. Перечислите методы перинатальной психотерапии, средства воздействия на клиента.
5. Назовите причины возникновения девиантного материнского поведения
6. Каким образом отцовство формирует основу самого насущного требования общества – социализации мужчин?
7. Почему отцовство является необходимым условием полноценного развития личности мужчины?

Терминологический минимум

Беременность; гестогении; гестационная доминанта; девиантное материнство; дидактогении; инфантицид; комплаенс; комплаентность; материнство; материнский инстинкт; методика ТОБ; нетрадиционное пренатальное воспитание; отцовство; перинатальная безопасность; перинатальная педагогика; перинатальная практика; психологическая готовность к материнству; психологическая готовность к отцовству; психология родительства; психотерапевтический кабинет женской консультации; семья; семья в ожидании ребенка; психотерапия семьи; диагностика беременных; раннее материнство; ранний брак; система «мать – дитя; скрытый инфантицид; ятрогении.

Список литературы

1. Абрамченко В.В. Перинатальная психология: теория, методология, опыт / В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко. – Петрозаводск: «ИнтелТек». 2004. 350 с.
2. Батенова Ю.В., Долгова В.И. Представления мужчин об отцовстве в зависимости от родительского опыта // Перспективы науки и образования. 2021. № 1 (49). С. 427-439.
3. Батуев А.С. Возникновение психики в дородовый период / А.С. Батуев // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 6. С. 51-56.
4. Батуев А.С. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать - дитя» / А.С. Батуев, Л.В. Соколова // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 3. Вып. 2. СПб. 2006. С. 85-102.
5. Белобрыкина О.А. Влияние социального окружения на развитие самооценки дошкольников / О.А. Белобрыкина // Вопросы психологии. 2010. № 4. С.31-38.
6. Белогурова Ю.Г. Представление о материнстве в западноевропейской и русской философской мысли / Ю.Г. Белогурова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия “Философия”. 2014. № 1 (11). С. 45-51.
7. Берк Лаура Е. Развитие ребенка. – СПб.: Питер. 2006. С. 152-194.
8. Бичарова, М.М. Идеология чайлдфри и ее влияние на современную систему семейных ценностей / М.М. Бичарова, О.В. Морозова // Глобальный научный потенциал. 2016. № 12(69). С. 7-10.
9. Борисенко Ю.В. Становление психологической готовности к отцовству: психолого-педагогический контекст и технологии сопровождения: автореферат дис. ... доктора психол. наук. – Кемерово, 2018. – 45 с.
10. Боровикова Н.В. Условия и факторы продуктивного развития Я-концепции беременной женщины: автореферат дис. ... кандидата психол. наук. – Москва, 1998. – 23 с.
11. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонения / Г.М. Бреслав // М.: Педагогика. 2010. 140 с.
12. Брехман Г.И. Пути многоуровневого взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка / Г.И. Брехман // сб. Перинатальная психология и медицина. 2001. Ч.2. С. 164-180.
13. Васина А.Н. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода. Учебное пособие / А.Н. Васина // УРАО. 2007. 321 с.

14. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери / Д. В. Винникотт. – Москва, 1998. 76 с.
15. Грон Е.А. Генетические и психологические аспекты невынашивания беременности: диссертация ... кандидата медицинских наук. Москва. 2004. 155 с.
16. Давыдов В.В. и др. Возрастная и педагогическая психология: учеб. для студентов пед. ин-тов / В.В. Давыдов, Т.В. Драгунова, Л.Б. Ительсон и др.; под ред. А.В. Петровского. Москва: Просвещение. 1979. 287 с.
17. Денисова И.В. Сделай меня точно. Как репродуктивные технологии меняют мир / И.В. Денисова // Индивидуум. 2021. 240 с.
18. Добряков И.В. Перинатальная психология: [монография] / И.В. Добряков // Москва, 2010. 271 с.
19. Добряков И.В. Позитивный подход в психотерапии семьи, ожидающей ребенка / И.В. Добряков // 1-я Всемирная конференция по позитивной психотерапии: тезисы докл. СПб. 1997. С. 52.
20. Елисеева Т.В. Образ материнства в эпоху средневековья / Т.В. Елисеева // Colloquium-journal. 2019. № 18-5(42). С. 42-43.
21. Завгородняя И.В. Перинатальное консультирование и психотерапия: от истории к современности / И.В. Завгородняя // II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Федора Ефимовича Василюка: сборник материалов [электронное издание] / под ред. Е.В. Букшиной, В.А. Земцовой. – Москва: ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2020. С. 93-97.
22. Завгородняя И.В. Репродуктивная психология и психосоматика : учебно-методическое пособие для студентов / И.В. Завгородняя. // Воронеж: Издательский дом ВГУ. 2021. 64 с.
23. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм / А. И. Захаров // СПб. : Союз, 1998. 132 с.
24. Захарова Е.Ю. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка / Е.Ю. Захарова // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5 2003. С.38-46.
25. Исенина Е.И. О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери / Е.И. Исенина // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5 2003. С.49-64.
26. Кайл Р. Тайны психики ребенка. – СПб. : ПРАЙМ-Еврознак. 2002. С. 60-77.
27. Кашапова С. О. Психоэмоциональные и личностные особенности у девушек-подростков, ожидающих ребенка. – М.: Изд-во МГУ им. М. В. Ломоносова, 2001. – 528 с.

28. Кинтария П.Я. Изучение функционального состояния ЦНС и психоэмоционального статуса родильницы // Акушерство и гинекология. – 1984. № 3. С. 67–68.
29. Клосовский Б.Н. Передача заболеваний от матери ребенку в эмбриогенезе по принципу «орган к органу» и вопросы профилактики // В кн.: Антенатальная охрана плода. Москва, 1968. С. 202-206.
30. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов: медико-социальные проблемы : автореферат дис. ... доктора психологических наук : 19.00.04, 19.00.05 / С.-Петербург. гос. ун-т. - Санкт-Петербург, 2002. 44 с.
31. Кон И.С. Отцовство как компонент мужской идентичности / И.С. Кон // 2006.
32. Кочнева М.А. Особенности и роль психических реакций беременных женщин в развитии осложненной беременности и родов: Дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1992. 191 с.
33. Крайг Г. Психология развития: [учебное пособие]. – СПб.: Питер, 2004. 939 с.
34. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциального гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей / М.Е. Ланцбург // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. С. 22-38.
35. Левильен Е.Ю. Некоторые аспекты традиций родовспоможения в Европе / Е.Ю. Левильен // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. С. 46-49.
36. Лесков Г.А., Пискунова Т.В., Жабина Т.П. Оценка уровня невротизации и психопатизации у женщин в отделении патологии репродуктивной функции женщины. – С-Пб., 1992. С. 104–106.
37. Лонский Я.А. Трансгуманизм как новое религиозно-политическое движение современности / Я.А. Лонский // Современные философские исследования (Прежнее название: «Вестник МГОУ. Серия: Философские науки»). 2021; (2). С. 42-50.
38. Макешина Ю. Мифологемы и мифообразы материнства в дискурсах и нарративах современной философии и культуре / Ю. Макешина // Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії. 2018. № 73. С. 96-104.
39. Маяцкая О.Б. Образ матери в православии: социально-философский анализ / О.Б. Маяцкая // Евразийский юридический журнал. 2018. № 10 (125). С. 514-516.
40. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18-28.

41. Мещерякова С.Ю. Изучение психологической готовности к материнству как фактора развития последующих взаимоотношений ребенка и матери / С.Ю. Мещерякова, Н.Н. Авдеева, Н.И. Ганошенко // Соросовские лауреаты: Философия. Психология. Социология. Москва: Владос, 1996.
42. Мид М. Культура и мир детства / М. Мид // Москва: «Наука», 1988. 429 с.
43. Могилевская Е.В. Перинатальная психология. Психология материнства и родительства / Е.В. Могилевская, О.С. Васильева. – Ростов-на-Дону : Изд-во Южного федерального ун-та, 2011. 273 с.
44. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов // СПб., 2003. 285 с.
45. Николаева Т.А. Феномен девиантного материнства в современном социуме: мифы и реальность / Т.А. Николаева // Science Time. 2015. № 4 (16). С. 552–556.
46. Никонова Е.В., Тишевой И.А. Взаимосвязь самооффективности матери и успешности материнства / Е.В. Никонова, И.А. Тишевой // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т. 17. № S2. С. 172-173.
47. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства : Учеб. пособие / Р. В. Овчарова // Москва : Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. 317 с.
48. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен : учебное пособие : учебно-методическое пособие / Р. В. Овчарова // Москва: Изд.-во МПСИ, 2006. 486 с.
49. Перинатальная психология и психиатрия: учебное пособие для студентов медицинских вузов России: [в 2 т.] / под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. Москва: Академия, 2009. Т. 2. 2009. 249 с.
50. Печникова Е.Ю. Особенности стиля переживания беременности и онтогенеза материнской сферы при акушерской патологии / Е.Ю. Печникова // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. С. 121-137.
51. Пьянкова Л.А., Чухланцева А.А. Материнство в современном обществе: вывозы XXI века / Л.А. Пьянкова, А.А. Чухланцева // Science Time. 2016. №5 (29).
52. Попова Ю.Н. Психологические особенности личности современных женщин с различными репродуктивными установками: дисс. ... к.психол. н. Томск, 2005.
53. Рабжаева М.В. Историко-социальный анализ практик семейной политики в России XX века / М.В. Рабжаева // Социологические исследования. 2004. № 6. С. 89-97.
54. Рамих В. А. Материнство как социокультурный феномен: дисс. ... д. филос. н. Ростов-на-Дону: Ростовский гос. ун-т, 1997. 236 с.

55. Саенко Л.А. Девиантное поведение в современном родителстве / Л.А. Саенко, Г.С. Гукасова // Дискуссия. 2012. № 9 (27). С. 144-147.
56. Сидоров П.И. Основы перинатальной психологии и психотерапии : учеб. пособие / П.И. Сидоров, В.Г. Толстов, В.В. Толстов // Архангельск : Изд. центр СГМУ, 2006. 507 с.
57. Сталь Л.Н. Печать и женское коммунистическое движение. – Москва; Ленинград: Гос. изд-во, 1927. 157 с.
58. Субочева А.Р. Проблемы современного ценностного отношения к материнству в России / Субочева А.Р., Каргина Н.В. // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2017. №1.
59. Сюллеро Э. История и социология женского труда / Пер. с фр. Р.Ф. Каллистратовой и И.С. Кливанской. – Москва : Прогресс, 1973. 237 с.
60. Тишевой И.А. Психологические аспекты пищевого взаимодействия матери и младенца / И.А. Тишевой, Р.Ж. Мухамедрахимов // Вестник Санкт-Петербургского университета (Серия 12. Психология. Социология. Педагогика). 2011. № 2. С.88-93.
61. Третьякова О. Понимание потребителей на детском рынке. Тенденции современного материнства [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ipsos.com/ru-ru/ponimanie-potrebitelei-na-detskom-rynke-tendencii-sovremennogo-materinstva> (дата обращения: 01.10.2023).
62. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учеб. пособие / Г.Г. Филиппова // Москва: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 238 с.
63. Филиппова, Г.Г. Нарушения репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г.Г. Филиппова // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. С. 83-108.
64. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология родительства - новая область исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Журнал практического психолога. 2003. №4-5. 2003. С. 3-22.
65. Филиппова Г.Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности / Г.Г. Филиппова, И.Н. Черткова, И.М. Сапарова, М.В. Атнонов, О.А. Соколова, А.В. Рябухи, Ю.В. Пашкова, Ю.А. Николаева // Журнал практического психолога / Тематический выпуск: Перинатальная психология и психология родительства, 2003. № 4-5. С.64-82.
66. Цеткин К. Женский вопрос: Пер. с нем. / Клара Цеткин. – Гомель: Гомельский рабочий, 1925. 70 с.
67. Чиркова Т.И. Содержание подготовки психологов к работе с родителями детей раннего возраста / Т.И. Чиркова // Журнал практического психолога. 2003. №4-5. 2003. С. 208-222.

68. Шамарина Е.В. Культурный смысл материнства в Западноевропейской и отечественной философской мысли: автореферат дис. ... кандидата философских наук. – Барнаул, 2008. 26 с.
69. Шмурак Ю.И. Пренатальная общность // Человек. 1993. № 6. с. 24–37.
70. Щукина Е.Г. Особенности психологического сопровождения современных матерей: монография / Е.Г. Щукина // Архангельск: Изд-во Северного гос. мед. ун-та, 2009. 195 с.

Документы, регламентирующие работу перинатальных психологов

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 июня 2007 года № 389 “О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях”. Приложение № 1 к Приказу Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 г. № 389 “Положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации”. [Электронный ресурс]. <https://base.garant.ru/4184921/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения 01.10.2023)
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 июня 2007 года № 389 “О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях”. Приложение № 2 к Приказу Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 г. № 389 “Положение об организации деятельности социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации”. [Электронный ресурс]. <https://base.garant.ru/4184921/f7ee959fd36b5699076b35abf4f52c5c/> (дата обращения 01.10.2023)
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (выдержки) (ред. от 22.10.2014)”. [Электронный ресурс]. <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (дата обращения 01.10.2023)
4. Методическое письмо Минздравсоцразвития России № 15–4/10/2–6796 от 13 июля 2011 г. “Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий” Ранняя выписка. [Электронный ресурс]. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4093361/> (дата обращения 01.10.2023)
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральной службы государственной статистики от 20

февраля 2012 г. № 144/42 “О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации и постановления Государственного комитета Российской Федерации по статистике от 4 декабря 1992 г. N 318/190 О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения”. Обзор документа. [Электронный ресурс]. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70058046/> (дата обращения 01.10.2023)

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Приложение № 47 Правила организации деятельности Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. [Электронный ресурс]. <https://base.garant.ru/74840123/d92c0dbe13bf34fa34ccc3081337ebbe/> (дата обращения 01.10.2023)

Приложения

Приложение 1.1

Народные обычаи и требования по отношению к женщине, ожидающей ребенка.

(Из исследований по перинатальной психологии П. И. Сидорова, Ж. В. Цареградской)

Издревле существовали определенные рациональные и иррациональные элементы, составлявшие строгую систему требований поведения беременной женщины в обществе и бытовой жизни, которая передавалась из поколения в поколение. Запреты, установленные на время беременности, были направлены на создание благоприятных условий физического и психического состояния женщины.

Так, во время полевых работ беременная не принимала в них участия из-за приметы, связанной с плохим урожаем, тем самым освобождаясь от тяжелой физической работы, которая могла повредить ей и ребенку.

Беременным запрещали присутствовать на похоронах, при ссорах и брани, не поощрялась их раздражительность, злобливость, взбалмошность, скандальность и упрямство – то, что ставило под угрозу благополучие будущего ребенка. Традиционные правила для беременной свидетельствовали о заботе формирования психического и физического здоровья будущего ребенка, о развитии у него необходимых положительных черт характера. Поэтому поощрялось то, что благоприятно действует на здоровье и настроение беременной – созерцание прекрасных видов, пейзажей, маленьких детей.

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

На Русском Севере с древности существовало представление о том, что ребенок зарождается в три дня. Женщина тщательно скрывала от всех зарождение ребенка. Когда же она чувствовала, что ребенок шевелится, то с

этого дня начинала читать каждую ночь молитву: «Рождество Богородицы, жена Мироносица, зародила невидимо и разроди невидимо. Милостливая Пресвятая Богородица, не оставь, не покинь меня, грешную, потерпи моим грехам».

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

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

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

Образ беременной в русской народной культуре связан с представлениями о добре и благополучии. До сих пор повсеместно считается, что встреча с беременной предвещает удачу. Хорошей приметой считается, если в доме переночует беременная – в нем не будут переводиться деньги или в семье произойдет приятное событие. Это же поверье распространяется и на молодоженов. Пожилые люди, знающие его, стараются оставить на ночлег гостей-молодоженов или беременную женщину. Если женщине снится во сне, что она беременна, то это к успеху.

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

Существовали всеми признанные правила:

- нельзя отказывать беременной в просьбе что бы то ни было купить;
- нельзя обойти беременную подарком на праздники. Если шли в гости в дом, где есть беременная, то обязательно несли ей гостинец или подарок;
- нельзя оскорблять и ругать беременную даже за глаза, устраивать в ее присутствии скандалы или ссоры, браниться и выяснять отношения и тем более драться, чтобы не испортить характер ребенка;

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

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

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

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

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

Приложение 1.2

Перинатальные матрицы С. Грофа

Перинатальная психология исходит из двух основных утверждений: наличия у плода психической жизни, а также наличие долговременной памяти у плода и новорожденного.

Предполагается, что долговременная память плода распространяется на события, происходящие во время беременности, родов и в послеродовом

периоде. Эти события влияют на формирование подсознания и на формирование психических и поведенческих реакций взрослого человека.

Особенно сильно перинатальные события влияют на поведение человека в критических ситуациях (стресс, развод, служебные трудности, аварии и т.п.).

Кроме того, перинатальный период оказывает влияние на отношение человека к службе в армии, войне, сексу, азартным играм, а также ответственен за тягу человека к экстремальным видам спорта, и вообще ко всему «острому».

Основателем теоретической базы считается С. Гроф, который предложил теорию «перинатальных матриц». Кратко его основные положения заключаются в следующем: у человека перинатальные события фиксируются в виде клише (штампов) – стойких функциональных структур, являющихся базовыми для его психических и физических реакций и соответствующих процессу беременности, родов и послеродового периода.

Они и называются базовыми перинатальными матрицами. С. Гроф выделяет четыре основных матрицы.

1. Матрица наивности (амниотическая Вселенная).

Биологическую основу этой матрицы составляет симбиотический союз плода с материнским организмом во время его внутриутробного существования. Если не возникает каких-либо помех, такая жизнь близка к идеальной. Однако различные факторы физической, химической, биологической и физиологической природы могут отрицательно повлиять на это состояние.

На более поздних стадиях ситуация может стать менее благоприятной также из-за размера плода, механического сжатия или неудовлетворительной работы плаценты. Для формирования матрицы наивности необходимо наличие сформированной коры головного мозга у плода. Таким образом, ее формирование относят к 22–24-ой неделе беременности. Некоторыми авторами предполагается наличие клеточной и волновой памяти, а, следовательно, матрица наивности может начать формироваться сразу после зачатия и даже до него.

Эта матрица формирует жизненный потенциал человека, его потенциальные возможности, способность к адаптации. У желанных детей, детей желанного пола, при здоровой беременности базовый психический потенциал выше, и это наблюдение было сделано человечеством очень давно.

2. Матрица жертвы.

Формируется с момента начала родовой деятельности до момента полного или почти полного раскрытия шейки матки, что примерно соответствует первому периоду родов. Ребенок испытывает силы давления

схваток, некоторую гипоксию, а "выход" из матки закрыт. При этом ребенок частично сам регулирует свои роды выбросом собственных гормонов в кровотоки матери через плаценту. Если нагрузка на ребенка слишком высока и есть опасность гипоксии, то он может несколько затормозить свои роды, чтобы успеть адаптироваться.

С этой точки зрения стимуляция родов нарушает естественный процесс взаимодействия матери и плода, формируя патологическую матрицу жертвы. С другой стороны, страх матери перед родами провоцирует выброс матерью гормонов стресса, происходит спазм сосудов плаценты, гипоксия плода, что также формирует патологическую матрицу жертвы.

Активация этой матрицы при действии неблагоприятных факторов на протяжении последующей жизни человека может приводить к выявлению в памяти ситуаций, угрожающих выживанию или целостности тела человека. Возможны переживания нахождения в замкнутом пространстве, чувство загнанности в ловушку, безвыходной ситуации, которой не видится конца, чувство вины и неполноценности, бессмысленность и абсурдность человеческого существования, неприятные телесные проявления (ощущение гнета и давления, сердечная недостаточность, жар и озноб, потливость, затрудненное дыхание).

При плановом кесаревом сечении эта матрица сформироваться не может, в то время как при экстренном кесаревом сечении она формируется.

3. Матрица борьбы.

Она формируется с конца периода раскрытия до момента рождения ребенка, что примерно соответствует второму периоду родов. Она характеризует активность человека в моменты жизни, когда от его активной или выжидательной позиции нечто зависит. Если мать вела себя в потужном периоде правильно, помогала ребенку, если он чувствовал, что в период борьбы он не одинок, то в дальнейшей жизни его поведение будет адекватным ситуации. При кесаревом сечении, как плановом, так и экстренном, матрица, видимо, не формируется, хотя это считается спорным. Скорее всего, она соответствует моменту извлечения ребенка из матки в процессе операции.

4. Матрица свободы.

Эта матрица начинает формироваться с момента рождения. Ее формирование заканчивается либо в период первых семи дней после рождения, либо в первый месяц после рождения. Считают, что эта матрица может пересматриваться всю жизнь человека, т.е. человек всю жизнь пересматривает свое отношение к свободе и собственным возможностям, учитывая обстоятельства своего появления на свет. У исследователей нет единства по вопросу продолжительности формирования 4-ой матрицы.

Если ребенок по некоторым причинам разлучен с матерью после рождения, то во взрослом возрасте свободу и независимость он может расценивать как обузу и мечтать о возвращении в матрицу невинности.

Считается, что полноценным грудным вскармливанием до года, хорошим уходом и любовью можно компенсировать негативные перинатальные матрицы (например, если было кесарево сечение, если ребенок попал сразу после рождения в детскую больницу и был разлучен с матерью и т.п.).

Если ребенок может подвергаться влиянию матери, то возникает важный практический вопрос о возможности его внутриутробного воспитания. Перинатальная психология утверждает, что это не только возможно, но и необходимо.

Для этого существуют программы пренатального (дородового) воспитания, в которых подчеркивается значимость достаточного количества положительных эмоций, испытываемых матерью.

Во все времена беременным рекомендовали смотреть на красивое вокруг (природа, море), не расстраиваться по пустякам. Очень хорошо, если будущая мать будет рисовать (даже не умея этого делать) и в рисунке будет передавать свои ожидания, тревоги и мечты. Кроме того, большой положительный эффект имеет рукоделие. К положительным эмоциям относится и так называемая «мышечная радость», которую испытывает ребенок при занятиях мамой физкультурой и спортом, при продолжительных прогулках.

Конечно, все положения о матрицах в значительной степени являются гипотезой, но некоторые подтверждения эта гипотеза получила при изучении пациенток, перенесших кесарево сечение. Последнее приводит к тому, что рождающийся посредством кесарева сечения ребенок не проходит 3-ю и 4-ю матрицы. Значит, эти матрицы не могут проявиться в последующей жизни.

Вместе с тем известно, что опытные акушеры уже давно стремятся (в случае отсутствия страдания плода) при операции кесарева сечения сдерживать стремительное извлечение новорожденного, ибо это через ретикулярную формацию способствует включению дыхательной системы, точнее, первого вдоха новорожденного.

В последнее время появились новые наблюдения, расширяющие положение о роли перинатальных матриц. Есть подтвержденное психотерапией мнение о возможности активации матриц как механизма усилия естественных эволюционно выработанных способов физиологической защиты и выздоровления организма.

Если признавать наличие у плода и новорожденного возможности зафиксировать информацию о перинатальном периоде на всю жизнь, то тут же встает вопрос о путях передачи этой информации от беременной к плоду и

обратно. Согласно современным представлениям существуют несколько основных путей такой передачи. Считают, что передача информации может осуществляться через маточно-плацентарный кровоток (через плаценту передаются гормоны, уровень которых частично управляется эмоциями). Есть гипотеза (волновой путь), что яйцеклетка, находящаяся в благоприятных условиях, может принять не любой сперматозоид, а только тот, который совпадает с ней по характеристикам электромагнитного излучения, а оплодотворенная яйцеклетка также извещает материнский организм о своем появлении на волновом уровне. Вода также может являться энергоинформационным проводником и мать плоду может передавать некую информацию просто через жидкостные среды организма (водный путь).

Раньше всего у плода появляется осязание. Примерно в 7–12 недель плод может чувствовать тактильные раздражители. Слуховой и вестибулярный аппараты плода формируются к 22-м неделям беременности. Находясь в утробе матери, дети тоже слышат. Однако, им мешает шум материнского кишечника, сосудов матки, стук сердца. Поэтому внешние звуки доходят до них плохо. Но мать они слышат хорошо, т.к. акустические вибрации доходят до них через организм матери. Доказано, что дети, матери которых пели во время беременности, имеют лучший характер, легче обучаемы, способнее к иностранным языкам, усидчивее, а недоношенные, у которых в кювезе играет хорошая музыка, лучше прибавляют в весе. Вдобавок поющие матери легче рожают, так как у них нормализуется дыхание, они научаются регулировать выдох. Внутриутробно ребенок ощущает вкус, так как с 18-ти недель пьет околоплодные воды, а их вкус несколько меняется, в зависимости от пищи матери. При обилии сладкой пищи воды сладкие. Обоняние же появляется достаточно поздно, и некоторые доношенные новорожденные не слышат запаха молока матери несколько дней после рождения, а дети в возрасте 10-ти дней уже отличают свою мать по запаху.

Шкала АПГАР: расшифровка баллов новорожденных в таблице

Шкалой Апгар пользуются акушеры, а также врачи-неонатологи, чтобы определить состояние новорожденного в первые минуты после его появления на свет. Результаты такого обследования вносятся в детскую медицинскую карту и учитываются педиатрами, а также узкими специалистами в первый год жизни младенца.

История

Оценку всех новорожденных разработала врач-анестезиолог из Америки Вирджиния Апгар более 60 лет назад, поэтому шкала и носит ее имя. Целью создания такого обследования была возможность быстрой оценки состояния малышей сразу после родов. Метод оказался очень удобным и простым, что позволило ему войти в акушерскую практику. В наши дни шкалой Апгар пользуются тысячи врачей в разных уголках мира.



Показатели

По шкале Апгар оценивают такие критерии:

1. Цвет кожи ребенка (Appearance). Такой показатель весьма информативен, прост и позволяет выявить нарушения кровообращения. Если тело младенца полностью бледное или отмечена синюшность по всей его поверхности, ставят 0 баллов. Бледная окраска нередко выявляется при гемолитической болезни. При розовой окраске тела, но синюшности рук и ног ребенку выставляется 1 балл. Если кожа тела карапуза полностью розовая, это 2 балла. Поскольку у большинства малышей цвет кожи красный, а синюшность конечностей выявляется очень часто, этот параметр наиболее часто занижает общую сумму по Апгар (детям редко ставят 2 балла).

2. Частота сердцебиений (Pulse). Нормой пульса для новорожденных является 120-140 ударов за минуту. При отсутствии сердцебиений оценка будет 0 баллов. Если пульс меньше 100 ударов в минуту, крохе ставят 1 балл. При ЧСС у новорожденного выше 100 ударов выставляют 2 балла.

3. Наличие рефлексов и реакции на стимуляцию (Grimace). Для их определения младенцу отсасывают из носа слизь и смотрят на его реакцию либо проверяют другие рефлексы. Отсутствие рефлекторных движений оценивают в 0 баллов, а за слабые рефлексы, представленные гримасой и

движением, малютке выставляют 1 балл. Если ребенок в ответ на раздражение активно двигается, громко кричит, чихает, кашляет, это оценивают в 2 балла.

4. Состояние мышечного тонуса (Activity). В норме у новорожденного тонус мышц повышен, а кроха активно хаотично двигает ножками и ручками. Если мышечного тонуса нет, а конечности малютки свисают, параметр оценивают в 0 баллов. При слабом тонусе и небольшом сгибании конечностей ребенку ставят 1 балл, а активность и наличие выраженного тонуса дает право выставить 2 балла по этому признаку.

5. Дыхание и крик ребенка (Respiration). Возрастной нормой частоты дыхательных движений для только что родившегося младенца является 40-45 за минуту. Если младенец громко закричит, это помогает ему дышать интенсивнее и является признаком хороших адаптационных возможностей карапуза. При отсутствии дыхания ребенок получает 0 баллов. Если дыхание нерегулярное и поверхностное, а крик слабый, это 1 балл. При нормальном дыхании и громком крике у ребенка будет оценка 2 балла. Если у ребенка асфиксия, именно этот параметр понижает сумму баллов по Апгар.

По шкале Апгар оценивают состояние новорожденного по 5 показателям.

Как уже было отмечено выше, врач оценивает каждый из показателей по 3-балльной системе: 0 – если признак отсутствует, 1 – если он выражен слабо, 2 – если все в норме и признак выражен ярко. Все выставленные баллы складывают и получают общую оценку.

Расшифровка суммы баллов у новорожденных

0, 1 или 2 балла	Это критический показатель. Ребенок с такой оценкой при родах нуждается в срочной реанимации. В дальнейшем его нужно комплексно обследовать и наблюдать у специалистов.
3 или 4 балла	Это удовлетворительный показатель со средними отклонениями от нормы. Его довольно часто определяют у недоношенного малыша. При такой оценке младенец нуждается в пристальном внимании врачей.
5 или 6 баллов	Это удовлетворительный показатель, при котором имеются небольшие отклонения от нормы. Ребенок с такой оценкой тоже нуждается в повышенном внимании со стороны медиков.
7, 8 или 9 баллов	Это оптимальное значение для малыша при рождении. Оно радует и врачей, и новоиспеченных родителей.
10 баллов	Это наилучший показатель (максимальная оценка), который часто получает здоровый малыш за рубежом, но у отечественных врачей он не в ходу из-за нашего менталитета. Медики опасаются ставить максимум, чтобы не «сгладить» или считают, что идеального состояния у большинства младенцев в наши дни не бывает.

Алгоритм обследования

Оценку состояния младенца выполняют дважды – проводят один тест на первой минуте жизни, а затем повторный осмотр на пятой минуте. Сумму баллов записывают через черточку (как дроби), например, 7/8 будет означать, что сразу после родов у крохи было 7 баллов, а через 5 минут стало 8 баллов. Если же показатель будет 0/4, то это значит 0 баллов при родах и 4 балла на пятой минуте после рождения. Если необходимо, выполняется и третье обследование на десятой минуте.

Наиболее распространенной суммой по Апгар для здоровых детей является 8 баллов. У таких младенцев отмечают нормы (2 балла) по трем параметрам и небольшое снижение (1 балл) по двум показателям, например, из-за синюшности конечностей и пульса ниже 100. Максимальные 10 баллов детям выставляют очень редко.

В большинстве случаев вторая/третья оценка бывает выше первой, что характеризуется, как положительная динамика. Это связано с адаптацией новорожденного к новым условиям жизни. У него учащается пульс, нормализуется дыхание, розовеет кожа, более активно проявляется защитный рефлекс и другие реакции. Однако встречается и понижение, например, 9/8 или 8/7. В таком случае медицинское наблюдение за ребенком усиливают.

Примеры оценок по Апгар и их значений:

8/9, 9/9 или 9/10	Младенец пребывает в очень хорошем состоянии и отлично себя чувствует. Пристальное наблюдение акушерского персонала после родов ему не требуется.
8/8	Младенец находится в нормальном состоянии, хорошо себя чувствует и быстро адаптируется к жизни вне материнской утробы.
5/7, 6/7 или 7/8	Состояние здоровья младенца среднее. Младенец сразу после родов ослаблен, но адаптируется к новым условиям хорошо. Ему не нужно внимательное медицинское наблюдение со стороны медперсонала.
7/7	Младенец находится в удовлетворительном состоянии. Ему не нужен дополнительный присмотр акушерского персонала.
5/5 или 6/6	Состояние младенца удовлетворительное, но требует внимательного мониторинга в послеродовом периоде.
4/5 или 5/6	Младенец находится в состоянии ниже среднего, но имеется тенденция к его улучшению. За крохой следует внимательно наблюдать в течение первой недели жизни.
4/4 или 3/4	Состояние ребенка плохое. Ему нужна помощь акушеров и более тщательное наблюдение в первые недели после родов. Обычно такие оценки требуют третьего обследования на десятой минуте жизни.

2/3 или 3/3	Младенец находится в критическом состоянии. В большинстве случаев ему следует выполнить срочную реанимацию.
1/2 или 2/2	Существует угроза жизни младенца, поэтому требуется провести реанимационные мероприятия.
0,1, 0/2 или 1/1	Жизнь младенца находится под угрозой. Нужна срочная реанимация и детальное обследование.

Нормой по шкале Апгар являются баллы от 5/7 и выше.

Рассказывая родителям о значении шкалы Апгар, следует отметить, что сумма баллов не всегда показывает реальную картину здоровья младенца. Не стоит забывать, что баллы выставляет человек (хоть он и медработник), основываясь на своем субъективном мнении и опыте.

Такую оценку также нельзя назвать диагнозом. Это лишь вспомогательный метод для педиатра и акушера, с помощью которого в считанные секунды определяется жизнеспособность малютки.

Высокими цифрами по Апгар не нужно гордиться, а низкие не должны стать поводом для дополнительной тревоги. Основная задача данного метода – помочь врачам своевременно оказать младенцу помощь.

Разница между 4-5 баллов и 8-9 баллов достаточно большая, но если младенец получил 7 или 8 баллов, это не должно расстроить маму, ведь показатель 9/9 не значит, что младенец более здоровый и крепкий, чем кроха с оценкой 8/8 или 7/7. Это может означать, что младенец с 9 баллами кричал сильнее, а его рефлексы были более выраженными, а у малютки с 8 баллами могла отмечаться синеватая окраска кожи из-за затяжных родов.

Цифры Апгар лишь выступают сигналом для акушерского персонала, указывающим, какие мероприятия нужны младенцу в родильном зале и в послеродовом отделении. После общего осмотра всем новорожденным проводят и другие обследования (анализ крови, анализ мочи, УЗИ и прочие тесты), в результате чего определяется тактика по дальнейшему медицинскому сопровождению младенца.

В любом случае показатель по шкале Апгар ниже 5 означает, что новорожденному требуется внимание медперсонала намного больше, чем малышу с оценками 7 и выше баллов. Однако если на первой минуте кроха получил 4-5 баллов, а на пятой его состояние можно оценить в 7 или 8 баллов, то младенца переводят в категорию деток, которым не требуется пристальное медицинское наблюдение.

Отметим, что дети после кесарева зачастую получают более высокие оценки по Апгар, поскольку естественный способ рождения более сложный для

младенца и часто сопровождается гипоксией. По этой причине дети часто получают оценки 8 и 9.

Что касается многоплодной беременности, то у близнецов оценки Апгар преимущественно низкие. В большинстве случаев такие дети появляются на свет раньше, а у недоношенных показатели развития хуже, чем у родившихся в срок младенцев.

Низкая оценка Апгар выставляется и при родовых травмах, например, если ее следствием стал тяжелый спастический тетрапарез. Последствия таких травм бывают разными, но сказать точно, что ребенок будет инвалидом, в первые минуты после рождения сложно. Выставив младенцу низкие баллы, оказывают нужную помощь и назначают лечение.

Врачи считают метод Апгар очень важным, ведь по такой шкале можно быстро определить, требуется ли крохе реанимация в первые минуты после появления на свет. Использование шкалы Апгар, по словам акушеров, помогает не растеряться и сразу же сориентироваться в дальнейшей тактике действий. Это особенно важно для начинающих медиков, у которых опыт еще небольшой.

Педиатры, которые наблюдают ребенка после выписки из роддома, также отзываются о шкале Апгар положительно. При первом осмотре карапуза они всегда смотрят выписку и обращают внимание на баллы, учитывая состояние младенца при родах.

Что касается родителей, то одни изучают информацию о пребывании в роддоме и знают о шкале Апгар, поэтому не переживают из-за оценок 7 или 8. Другие же сталкиваются с такими цифрами уже после родов и могут воспринять их неправильно. Например, некоторые мамы расстраиваются, что показатель всего лишь 8, а не все 10 баллов. Кто-то связывает баллы по Апгар с умственными способностями крохи, что совсем неверно.

Есть матери, которые переживают, что оценка не меняется, например 7/7 или 8/8, считая, что вторая сумма непременно должна быть выше (воспринимая это, как улучшение состояния малыша). Чтобы избежать ненужных волнений, стоит больше узнать о шкале Апгар во время беременности.

Приложение 3.1

История вопроса правового положения несовершеннолетних родителей

Исторически беременность в юном возрасте была вариантом (в некоторых обществах – эталоном) нормы, в XVIII - XIX вв. она стала

предметом регуляции со стороны общества и родителей. В нашей стране раннее материнство существует уже более 4-х столетий, так как ранние браки на территории Беларуси 400 лет назад были повсеместным явлением. А основным и главным содержанием браков было рождение детей.

Вообще же на Руси издавна очень трепетно относились к беременной женщине. Благодаря накопленному опыту, народности средней полосы России и Русского Севера обеспечивали своё выживание и здоровье, пишет автор. Наиболее распространённым, если не сказать всенародным мнением было то, что беременную необходимо «поберечи».

Как только домашние начинали догадываться о том, что женщина беременна, вокруг неё сразу же все смягчались: переставали упрекать, если она вздумает «приотдохнуть», старались её не расстраивать, не ругать, особенно наблюдали, чтобы она не «встряхнулась» и «не была зашиблена».

Явная и даже нарочитая заботливость домашних, начиная с момента, когда беременность становилась заметной, постоянно нарастала по мере приближения родов и достигала наивысшей точки непосредственно перед ними.

Все желания беременной исполнялись беспрекословно. Принимались во внимание все её странности, брезгливость, прихоти. Если ей хотелось съесть или надеть что-нибудь особенное, покупали без разговоров. В иных местах отказать ей в такой прихоти считалось за грех, потому что этого «требуется душа младенца».

Беременную женщину старались предохранить от испуга или других нервных переживаний и расстройств. Именно поэтому её не отпускали одну в лес, отстраняли от участия в похоронах, не позволяли смотреть, как забивают скот, уберегали от ссор, старались не раздражать, чтобы не испортился характер ребёнка.

По древней русской традиции нельзя таить обиду на беременную. Если беременная просит прощения, было грехом не извинить её. Существовал обычай «прощёных дней», когда все родственники за 1-2 месяца до родов приходили просить прощения у беременной и она в свою очередь просила прощения у них. Считалось, что непрощённая, не снятая с души обида могла привести к несчастью во время родов.

Однако, здесь необходимо уточнить, что некоторые исследователи связывают понятие «подросток» с формированием индустриального общества. В 18 веке в Европе считалось, что дети 13-16 лет уже готовы к вступлению во взрослую жизнь и могут обеспечить себя и свою семью. Но индустриальная революция в начале 19 века породила новые технологии, освоение которых требовало более длительного обучения. Все это приводит к появлению

массовой группы населения – учащихся. В это же время социальные и культурные процессы ведут к тому, что период между наступлением половой и экономической зрелости увеличивается. По физическому и эмоциональному развитию подростки уже соотносятся со взрослыми, но экономически они остаются полностью зависимыми от семьи или других взрослых.

В Европе и Америке подростковое материнство стало рассматриваться психологами и социальными работниками как отдельная проблема в 1960-1970-е гг. К этому же периоду относится начало второго демографического перехода, одним из аспектов которого является увеличение возраста рождения первого ребенка. В когорте женщин, родившихся в 1960-е гг., в США средний возраст рождения ими первенца составил 24,5 лет (наиболее низкий по сравнению с Северной и Центральной Европой), а в Нидерландах – почти 29 лет (наиболее высокий). Однако для юга Европы и стран бывшего соцлагеря откладывание рождения ребенка является сравнительно недавней тенденцией.

До 1960-х гг. проблемой была внебрачная беременность, а с 1970-х гг. фокус общественного внимания переместился на возраст матери. Это произошло уже после пика подростковой рождаемости, поэтому необходимо рассмотреть иные причины выделения подростковой беременности как особой проблемы, помимо ее распространенности.

Для человека любого возраста вступление в брак не только путь к созданию семьи, но и приобретение новых прав и обязанностей, осознание себя субъектом брачно-семейных отношений. Вместе с тем только с момента регистрации брака права и обязанности супругов становятся объектом охраны со стороны государства. Сказанное относится и к несовершеннолетним, которые с момента заключения брака приобретают дееспособность в полном объеме и самостоятельно осуществляют права и исполняют обязанности, предусмотренные как семейным, так и гражданским правом. Согласно общему правилу для заключения брака необходимо достижение брачного возраста. Брачный возраст устанавливается в 18 лет. Законодательством может быть предусмотрено снижение брачного возраста, но не более чем на три года.

Снижение брачного возраста производится по заявлению лиц, вступающих в брак. При этом согласия родителей, попечителей несовершеннолетних на заключение брака не требуется.

Случаи снижения брачного возраста по указанным основаниям в законе определяются как «отдельные – исключительные». Столь усиленный акцент на исключительность ситуации появился в те времена, когда утверждалось, что в нашем обществе нет социальных условий для таких явлений, как раннее материнство и супружество, а встречавшиеся огласке не предавались, чтобы не будоражить общественное мнение и не подрывать моральные устои молодежи.

В действительности регистрация брака в связи с рождением ребенка не такая уж редкость. Ориентация на возможность досрочной регистрации брака только в отдельных исключительных случаях – искусственное препятствие на пути молодых людей к созданию семьи, оформлению брака.

Если несовершеннолетняя мать состоит в браке, ей легче защищать как свои интересы, так и интересы ребенка. Но когда брак не зарегистрирован, правовое положение несовершеннолетней матери осложняется. Одним из наиболее важных при этом становится вопрос об установлении отцовства и взыскании алиментов. Происхождение ребенка от матери устанавливается на основании факта рождения, удостоверенного медицинской справкой о рождении. Происхождение ребенка от отца, не состоящего в браке с матерью ребенка, устанавливается на основании совместного заявления отца и матери ребенка о регистрации установления отцовства, поданного в органы, регистрирующие акты гражданского состояния, или решения суда об установлении отцовства.

Для определения возрастных границ в законодательстве предусмотрена следующая градация: лицо с момента рождения до достижения им восемнадцати лет считается несовершеннолетним; ребенок до достижения им четырнадцати лет считается малолетним; несовершеннолетний в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет считается подростком.

Приложение 3.2

Инфантицид

Практика детоубийства в древних культурах

Детоубийство широко практиковалось во многих древних культурах как средство регулирования рождаемости. Наиболее ранние примеры систематического инфантицида относятся ещё к каменному веку. По оценкам американского антрополога Джозефа Бёрдселла, процент детоубийств от общего числа рождений в период неолита составлял от 15 % до 50 %. Тогда же впервые проявляется тенденция к избирательному уничтожению младенцев женского пола: по оценкам исследователей, в период палеолита убивалось около 50 % новорождённых девочек. Часто детей просто оставляли в безлюдных местах, где они умирали от истощения и гипотермии.

Избирательное детоубийство девочек было широко распространено в странах Азии, в частности, в Индии, Китае и Японии. Во времена династии Сун в некоторых областях Китая стандартным числом детей в семье было трое сыновей и две дочери (в бедных семьях — двое сыновей и одна дочь), остальных убивали. В Японии подобный обычай бытовал под названием

«мабики», буквально означавшим «выпалывание лишних растений из чрезмерно разросшегося сада». В средневековой Индии систематически убивались незаконнорождённые девочки. Кроме того, бедные семьи Индии часто избавлялись от «лишних» младенцев, выбрасывая их в Ганг под видом жертвоприношения. Британские власти вели активную борьбу с этой традицией, но законодательно она была запрещена лишь в XIX веке.

Детские жертвоприношения были распространены во многих древних культурах. Традиция принесения детей в жертву существовала у майя, ацтеков, инка, а также, вероятно, тольтеков и древних теотиуаканцев. В Старом Свете детские жертвоприношения были особенно распространены на Ближнем Востоке, в частности, в Вавилонии, Финикии, Карфагене. Древние греки считали детские жертвоприношения варварством, однако практика убийства новорождённых детей (особенно незаконнорождённых) была в Элладе нередка. Чаще всего детей просто оставляли в пустынных местах без присмотра, где они умирали от голода и холода. Решение, как правило, принимал отец семейства, хотя в Спарте его выносил совет старейшин. Подобная традиция существовала и в Риме. Страбон с удивлением писал о том, что в Египте принято выкармливать и воспитывать всех детей, в том числе и незаконнорождённых. Одним из первых римский обычай убивать детей осудил греко-еврейский философ Филон Александрийский. Иудейская религия строго запрещала детоубийство и гневно порицала детские жертвоприношения, связывая их с крайними проявлениями языческого варварства и отпадения от истинного Бога. Ислам и христианство также однозначно запрещают детоубийство.

Убийства нежеланных или незаконнорождённых детей были распространены у древних народов Европы. Хотя Тацит утверждает, что германцы считали «постыдным» убивать нежеланных детей, судя по всему, такая практика всё же существовала. По мнению Джона Босуэлла, германцы обычно оставляли обречённых на смерть детей в лесу. Он сообщает об обычае, согласно которому новорождённый ребёнок мог быть убит только до того, как он впервые вкусил пищи. Джон Лаббок описывал останки принесённых в жертву детей, обнаруженные в Британии. Повесть временных лет сообщает о принесении в жертву варяга Феодора и его сына, отрока Иоанна, причём изначально планировалось жертвоприношение одного только Иоанна, подростка («Бросим жребий на отрока и девицу, на кого падет он, того и зарежем в жертву богам»). Следы обычая убивать незаконнорождённых детей обнаруживаются в Калевале: в последней руне Вяйнямёйнен советует убить ребёнка чудесно забеременевшей девицы Марьятты, однако полумесячный ребёнок вступает с ним в спор, и после этого Вяйнямёйнен отступает.

У некоторых племён дети могли убиваться из суеверных соображений — например, когда рождение ребёнка сопровождалось «дурными знаками» или когда его подозревали в одержимости злым духом. В Африке очень часто убивались близнецы, в частности у тсвана, игбо, готтентотов и других народов^[16]. Кикуюю практиковали ритуальное убийство близнецов. Похожий обычай был зафиксирован Джорджем Кеннаном у коряков: один из близнецов обязательно убивался.

Инфантицид обычно оправдывался тем, что новорождённый ещё не является полноценным человеком. Так, австралийский вождь, убивший подряд 15 своих детей, заявлял: «новорождённый не человеческое существо, его душа ещё не пришла в него». Новорождённый с анатомическим уродством убивался зачастую не потому, что он явится негодным членом общины, а потому, что он сплошь и рядом рассматривался как продукт зачатия от демонического существа. Точно так же один из двойни мог рассматриваться как продукт подобного же вмешательства при зачатии, что служило оправданием для убийства одного из близнецов.

В XVIII веке убийство ребёнка было обычным методом, используемым многими самоубийцами, например Кристиной Йохансдоттер в 1740 году в Швеции. Согласно вероучению церкви, самоубийство является грехом и путём в ад; однако казнённый человек, который признался и раскаялся в своём преступлении, должен попасть в рай. Дети обычно были идеальными жертвами: они не могли оказать серьёзного сопротивления, а также, что важно, сами считались свободными от греха. В Швеции в XVIII веке желание совершить самоубийство было вторым самым распространённым мотивом детоубийства. На первом месте стояли незамужние женщины, удушавшие новорождённых.

В настоящее время инфантицид остаётся привычной практикой среди некоторых коренных племён Амазонии, Австралии, Африки. Отмечен рост числа детоубийств в Пакистане, что связывают с нищетой населения.

К сожалению, детоубийства являются большой проблемой и в России: каждый день убивают одного-двух детей и это только официально зарегистрированные случаи. Убивают детей в основном родители, родственники, друзья семьи. Среди убитых детей в России значительную долю занимают новорождённые.

По данным М. А. Золотова, способы умерщвления новорождённых по степени применения таковы: удушение руками, петлёй, перекрытие рта и носа, сдавление грудной клетки (32 %), утопление (24 %), оставление на холоде, без пищи, с неперевязанной пуповиной, неизвлечённой слизью изо рта (25,8 %), отравление (2 %), причинение повреждений твёрдым тупым предметом (5 %), острым предметом (3,5 %), иные способы (воздействие высокой температуры,

создание условий для нанесения повреждений животными, насекомыми, расчленение и др.) – 7,7 %.

В некоторых странах наблюдается практика избирательного убийства по гендерному признаку детей. В сельских областях Индии распространены убийства девочек. В некоторых областях Китая мальчиков растёт значительно больше, чем девочек. Чаще всего младенцы женского пола abortируются (селективный аборт), но встречаются и случаи убийства новорождённых девочек. Иногда с этим связывают политику одного ребёнка и иные культурные особенности: родители предпочитают иметь в качестве своего единственного ребёнка мальчика, а не девочку. Этот феномен получил название «пропавшие женщины Азии».

Убийства детей их родителями

Особую группу детоубийств составляют убийства детей собственными родителями (филициды). Причинами филицидов часто оказываются психические расстройства родителей, ненависть к нежеланным детям, реже – супружеская месть или желание избавить ребёнка от реальных либо мнимых страданий.

Предотвращение

В качестве мер по предотвращению детоубийств матерями называют облегчение доступа к контрацептивам, что поможет избежать нежелательных беременностей и убийства родившихся в результате детей (кроме того, это способствует снижению числа abortов) а также своевременное отслеживание психических заболеваний и, в частности, послеродовой депрессии у матерей. В некоторых странах существуют так называемые бэби-боксы, которые в разных проектах называются по-разному (окна жизни и пр.), где мать, не желающая или не имеющая возможности воспитывать ребёнка, может оставить его анонимно.

Особняком стоят меры по предотвращению детоубийств, направленные на устранение причин возникновения желания убийства детей матерями, а именно усиление мер социальной помощи беременным и молодым матерям, а также их пропаганда.

Феномен «Чайлдфри» и «Чайлдхейт»

«Отказ от детей обесценивает брак»: истории чайлдфри и мнения экспертов

В данной статье представлены истории тех, кто не желает иметь детей, а также мнения психолога, детского омбудсмана и православного священнослужителя.

Кто эти люди, что называют себя чайлдфри? Мы размышляем о том, что такое дети: досадная помеха или бесценный дар жизни.

«Мы хотим учиться, строить карьеру и путешествовать»

22-летний житель Казани Руслан начал становиться чайлдфри еще в подростковом возрасте. Тогда в его большой и дружной семье случилось пополнение – старшая сестра вышла замуж и родила племянницу. На глазах у мальчика разворачивались самые непростые моменты в жизни малышки: колики, прорезывание молочных зубов, первые шаги.

«Моя сестра с мужем жили с нами. Мне тогда было еще 13-14 лет, когда родилась племянница. Часто я приходил со школы и меня просили посидеть с ней. Помочь, чтобы сестра успела сделать дела по дому. Не могу сказать, что меня это сильно напрягало, но особого интереса сидеть с грудным ребенком у меня не было», – рассказал в беседе с корреспондентом агентства Руслан.

Почти сразу после появления на свет малышки сестра развелась с мужем, вспоминает Руслан. Экс-супруг практически перестал помогать с ребенком, бабушки и дедушки почти все время работали – единственным помощником молодой маме стал ее младший брат. Раз за разом ему приходилось оставаться с племянницей. Руслану едва хватало времени на то, чтобы успеть сделать все уроки, а о долгих прогулках с друзьями вовсе пришлось забыть. Дело закончилось тем, что ему пришлось уйти из школы после 9 класса и поступить в колледж на заочное обучение. Когда сестра вышла на работу, сидеть с ее ребенком пришлось именно ему, вспоминает молодой человек.

Постоянные просьбы сестры посидеть с малышкой и трудности, связанные с ее воспитанием, наложили сильный отпечаток на дальнейшую жизнь молодого человека

«Так продолжалось около года. Потом ребенка отдали в детский сад, и я смог вздохнуть с облегчением. Я вплотную занялся учебой, перевелся на очную форму обучения. Появилось время на то, чтобы гулять с друзьями, даже встретил девушку. Мы с ней дружим до сих пор», – рассказал Руслан.

Увы, постоянные просьбы посидеть с малышкой и трудности, связанные с ее воспитанием, наложили сильный отпечаток на дальнейшую жизнь молодого человека. Теперь Руслан говорит, что вдоволь нанячился с маленькими детьми, о своих даже не собирается задумываться. О нежелании воспитывать в семье детей молодой человек рассказал и своей девушке.

«Изначально нежелание иметь детей моя девушка восприняла в штыки. Говорила, что дети – это прекрасно, мечтала родить. Со временем мне удалось убедить ее в обратном. Сейчас мы живем вместе, планируем будущее без детей. Мы хотим учиться, строить карьеру, путешествовать, переехать за границу. Своих убеждений мы никому не навязываем, у нас даже есть друзья, которые успели обзавестись семьей и ребенком. Это жизнь, каждый ее проживает по-своему. И да, племянницу я очень люблю, особенно сейчас, когда она подросла, и мне с ней стало интересно», – подытожил молодой казанец.

Стал чайлдфри после тяжелого развода

Но не все чайлдфри, к слову, ведут бездетный образ жизни. Кто-то приходит к этому, воспитывая одного и даже нескольких детей. Алексей – житель Казани сорока лет. Высокий статный мужчина открыл свой бизнес, занимается спортом, путешествует – ведет активный образ жизни. Но не все так гладко, как кажется на первый взгляд. Пообщавшись с ним, корреспондент агентства узнала, что за плечами у Алексея тяжелый развод, в семье у него остался сын.

«Я очень сильно скучал по сыну, но бывшая жена мне не давала с ним видиться».

«Когда я женился, мне едва исполнилось 20 лет. Знаете, тогда кажется, что у тебя все впереди – ты полон мечтаний, желаний, планируешь будущее. Все это хотелось разделить со своей единственной и любимой», – начал рассказывать свою историю бизнесмен.

Почти сразу как пара вернулась после медового месяца, супруга сообщила Алексею радостную новость – совсем скоро в их семье появится малыш. Девять месяцев чета готовилась к появлению ребенка: выбирали ему имя, спорили, как будут воспитывать, укладывать спать, кормить, играть...

«Радость от появления ребенка улетучилась уже во время выписки из роддома. Жену как будто подменили. Мне показалось, что она на меня была за что-то в обиде или даже зла. Но я все списал тогда на усталость и на то, что она еще не отошла после родов. Однако дома лучше не стало, меня все время игнорировали, жена все время занималась только ребенком. Она стала от меня отдаляться», – рассказал Алексей.

Бесконечный детский плач и бессонные ночи в конечном счете подорвали психологическое состояние молодой мамы. В семье начали постоянно

вспыхивать ссоры. Чтобы хоть как-то избежать очередных столкновений с женой, Алексей стал задерживаться на работе.

«Не стоит думать, что я не помогал жене. Наоборот, я пытался. Но она не подпускала меня к нему. Единственным помощником была моя теща, но из-за того, что она жила в другом городе, навещала нас редко. Моим родителям жена не доверяла сына тоже. В итоге у нее произошел нервный срыв. Позже я узнал, что это называется “послеродовая депрессия”. Если бы я тогда знал об этом, я бы попытался ей помочь, отправил бы к специалисту, решили бы проблему», – добавил Алексей.

Поняв, что так больше не может продолжаться, постоянные ссоры на глазах у ребенка ни к чему хорошему не приведут, Алексей решил подать на развод. Бракоразводный процесс сильно затянулся, и, как вспоминает наш собеседник, именно в этот момент некогда любимая супруга показала свое истинное лицо.

«Я очень сильно скучал по сыну, но бывшая жена мне не давала с ним видеться. Говорила, что все встречи будут только через суд. Несколько раз мы судились, я оспаривал решение. Но жена продолжала скрывать от меня ребенка. При этом алименты я платил исправно. Так продолжалось несколько лет, в итоге я просто решил сдаться. Оставил все как есть и начал жить дальше, один», – уточнил Алексей.

Увидеться с сыном Алексею удалось тогда, когда мальчику исполнилось 12 лет. По его словам, ребенок стал совершенно чужим. Сегодня, оборачиваясь на свое прошлое, бизнесмен с уверенностью заявляет, что жениться и воспитывать детей он больше не хочет.

«А зачем? Еще раз оступиться? Слушать, что я неправильно все делаю и что я плохой отец... Да, я плохой отец, признаюсь честно. Поэтому, лучше я буду чайлдфри, чем буду ломать жизнь еще одному ребенку», – закончил свой рассказ Алексей.

«Чайлдфри – это люди, которые не смогли создать семью»

Новый виток обсуждений темы чайлдфри начал нарастать в начале сентября, когда в СМИ появилась информация о том, что в Госдуму внесли законопроект о запрете пропаганды «свободной жизни от детей». По мнению инициаторов законопроекта, активисты чайлдфри нацелены на то, чтобы подорвать семейные ценности и снизить рождаемость в стране.

«Самыми ярыми противниками запрета пропаганды чайлдфри являются люди, не сумевшие создать семью с детьми. Заметим – не те, кто не хотел, а те, кто не смог»

Информационное поле разделилось – одни считали, что чайлдфри не делают ничего противозаконного, другие начали обвинять их в подмене

ценностей и понятий. К примеру, по мнению детского омбудсмена **Ирины Вольнец**, чайлдфри – это те люди, у которых по каким-либо причинам не смогла сложиться личная жизнь и теперь они пытаются таким образом убежать от проблем.

«Самая большая ложь – это ложь самому себе. Каждый из нас в глубине души знает правду. Самые сильные эмоции вызывает то, что нас по-настоящему волнует. Поэтому самыми яркими противниками запрета пропаганды чайлдфри являются люди, не сумевшие создать семью с детьми. Заметим – не те, кто не хотел, а те, кто не смог. Однако в целях самосохранения психика устроена таким образом, что после неудачи люди склонны убеждать себя в обратном. И все-таки однажды действие самообмана заканчивается, и человек остается со своей болью наедине. Вот откуда такая ненависть к тем, кто называет вещи своими именами и будит души от забывтья», – высказалась детский омбудсмен.

Чайлдфри и чайлдхейт: в чем разница?

Между тем на фоне чайлдфри набирает популярность еще более радикальное движение – чайлдхейт. И если первые отказываются от детей из-за того, что просто не хотят брать на себя ответственность, то вторые их ненавидят и всячески демонстрируют это. Хейт-группы в соцсетях, травля родителей и их детей, оскорбления – порой кажется, что эти люди буквально пьшут от злости.

«Мне довелось однажды столкнуться с чайлдхейтом. Было ощущение, что меня окунули в грязь и от нее никак не отмыться. Детей они называют "личинками", молодых мам – "свиноматками", "овуляхами" и прочими оскорблениями. Несколько раз они писали мне в соцсетях, что бросят окуроч в коляску или что они будут радоваться, если мне на голову и на моего ребенка упадет кирпич. У них даже есть свои закрытые группы в соцсетях. Они выкладывают там фотографии маленьких детей и пишут про них гадости», – рассказала агентству молодая мама из Казани Алина.

«Если хотите поговорить о чайлдфри, обращайтесь к специалистам»

Очень часто сторонники бездетной жизни оказываются на приеме в кабинете у психологов. Пациенты, как правило, обращаются с одной проблемой, и во время беседы выясняется, что помимо всего прочего они не хотят иметь детей, рассказала практикующий психолог Ирэн Боброва.

«Зачастую с подобной проблемой ко мне обращаются взрослые люди, которые в детстве получили психологическую травму. Все это сказывается на дальнейшей жизни, и человек отказывается становиться родителем. Сразу возникает немало вопросов об их взаимоотношениях с родителями, ведь все мы родом из детства. В данном случае большую роль играет и подростковый

возраст, когда у человека закладываются цели, установки и ценности, в том числе и семейные», – пояснила психолог.

Нередко чайлдфри становятся те, кто вырос в неполных семьях. Такие люди берут пример со своих родителей, вырастают одиночками и уже боятся брать на себя ответственность, добавила Боброва.

«В любом человеке заложен ген отцовства и материнства. Вопрос – почему родительство их пугает? Возможно, некоторые относят себя к чайлдфри, чтобы не показать свою боль из-за неудач в личной жизни, у кого-то просто не получается забеременеть из-за состояния здоровья, и они из-за этого очень несчастны. Зачем показывать свою боль, ведь проще сказать, что вот я – чайлдфри!» – рассуждает практикующий психолог.

Чайлдхейтеры, устраивающие травлю детям, – это уже психологически нездоровые люди, считает Ирэн Боброва.

«Я сталкивалась с такими. Это те люди, которые считают, что раз мне плохо, то я сделаю другим еще хуже, чтобы моя боль не казалась такой сильной. Они совершают своего рода самоповреждение, когда душевную боль заменяют физической. Такие люди могут издеваться над животными. Это психически нездоровые люди, им нужно обращаться за помощью к профильным специалистам», – высказалась Боброва.

На вопрос, действительно ли нужно запретить в стране пропаганду чайлдфри, практикующий психолог ответила коротко: любое движение или пропаганда должны быть нацелены на развитие общества, на гуманизм, а не на разрушение. Можно ли отнести к ним чайлдфри – ответ очевиден.

«Очень удобно назвать себя чайлдфри и снять с себя ответственность. Если они хотят об этом поговорить, то пусть обращаются к специалистам», – подытожила практикующий психолог.

Чайлдфри подменяют ценности и рискуют подорвать здоровье

«Дети всегда были благословением Божиим в древности, таким благословением они остаются и в наше время. И не важно, как смотрит на это современный мир. Ведь союз мужчины и женщины – это Божественное установление. "Плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю, и обладайте ею". Это и есть Божия заповедь и благословение. Господь вверяет землю именно тем, кто будет "плодиться и размножаться"», – напоминает настоятель Свято-Троицкого храма села Кошаково иерей **Ярослав Петрущенко**.

По мнению священнослужителя, чайлдфри – феномен, который идет против человеческой природы. При этом активистов движения стоит отделить от тех, кто не может иметь детей из-за бесплодия, и тех, кто дал Богу обет безбрачия, например монахов.

«Мы живем в парадоксальное время, когда многодетность уже не является необходимостью. Как во времена крестьянства и купечества нужны были помощники. Содержание детей связано с большими затратами – именно этим оправдывают свое нежелание рожать детей современные люди. В то время как современная техника, обилие продуктов, возможности развития могут существенно облегчить труд молодой мамы. И мы видим, что причина нежелания рожать детей кроется не в том, что для этого нет условий. Здесь идет подмена ценностей», – рассуждает отец Ярослав.

Отец Ярослав: «Стоит отметить, что чайлдфри не отказываются от сексуальных отношений. Они используют разные виды контрацепции, в том числе аборт, что может отразиться на здоровье, довести до бесплодия»

Разница чайлдфри с чайлдхейтерами состоит в том, что первые могут нагуляться, захотеть создать семью и родить детей, вторые – нет, и более того, они активно ведут свою пропаганду, считает настоятель храма.

«Стоит отметить, что чайлдфри и им подобные не отказываются от сексуальных отношений. Они используют разные виды контрацепции, в том числе аборт, что может отразиться на здоровье, довести до бесплодия. Вот и получается: что просили, то и получили. Намеренный отказ от рождения детей из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом. Это в полной мере можно отнести к идее чайлдфри», – сказал отец Ярослав.

Очевидно, что отказ от рождения детей Церковь считает грехом. Идея не должна распространяться в обществе, особенно среди православных.

«"Любовь долготерпит, милосердствует, любовь не завидует, любовь не превозносится, не гордится, не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла, не радуется неправде, а сорадуется истине; все покрывает, всему верит, всего надеется, все переносит". Что же касается отношения православных к чайлдфри вне Церкви, то тут нам следует вспомнить слова апостола Павла: "Внешних же судит Бог"», – процитировал слова святого настоятель Свято-Троицкого храма иерей Ярослав.

Чайлдфри: когда ребенку нет места в жизни женщины

Автор: врач Туфанова Ольга Сергеевна

Статью проверил доктор медицинских наук Голубев Михаил Аркадьевич

«Не хочу плодить нищету», «сначала сделаю карьеру, а потом рожу детей», «хочу сначала пожить для себя» — все чаще можно слышать от женщин поводы, по которым рождение ребёнка они откладывают и откладывают надолго. Некоторые и вообще воспринимают детей как

препятствие для нормальной свободной жизни. «Для чего вставать по ночам, портить фигуру, жертвовать здоровьем? Может, дети – это вообще не мое».

Чайлдфри – так называют женщин, которые по каким-либо причинам не хотят иметь детей, либо не решили до конца, нужны ли они им вообще. Кто они? Счастливые независимые женщины, свободные от стереотипов, или несчастные феминистки, маскирующие таким образом неудачи в личной жизни? Подробности выясняем вместе с MedAboutMe.

Течение «чайлдфри»: истоки культуры

Статистические данные США таковы: на сегодняшний день около 25% женщин в этой стране сознательно не хотят иметь детей. Сюда не входят те, кто бездетен в силу медицинских обстоятельств: после операции, воспалительного заболевания, врожденной или генетической особенности. Речь идет лишь о добровольном отказе с точки зрения физиологии они вполне могут родить, но не хотят.

Именно США считается страной, где зародилось течение, объединяющее женщин «чайлдфри». Оно появилось в 70-х годах прошлого столетия и громко заявило о себе в 90-х годах. Родоначальницей можно считать Лесли Лафэйетт, которая сформировала одну из первых современных групп чайлдфри, the Childfree Network. Основные идеи этого движения быстро подхватили дамы развитых европейских стран, и, словно чума, течение быстро охватило всю Европу.

Многие женщины, в тайне не видящие себя в роли будущей матери, но находящиеся под прессом общественного мнения, под давлением родителей, мужей, религии испытали облегчение: наконец-то они могут найти единомышленниц, тех, кто разделяет их взгляды относительно добровольной бездетности.

Течение «чайлдфри» в России

Россия — это страна, где основной религией является православие. Оно одобряет традиционные семейные ценности: полный дом детей и женщину, у которой период кормления грудью плавно перетекает в следующую беременность. Семья, где нет ребёнка, считается в какой-то мере ущербной, женщина должна молиться о том, чтобы Бог дал ей плодородие. В культуре, которая в течение столетий была ведущей и остается ей до сих пор, нет места для «чайлдфри». По этой причине почти 50 лет это движение до нас не доходило.

Однако уже в 2014 году согласно данным статистики около 6% жительниц России заявило, что в принципе не хотят иметь детей. В Москве этот процент еще выше и составляет 17. Причина в том, что в центральных городах-мегаполисах в принципе сложнее растить ребёнка. К этому приводят

необходимость много и интенсивно работать, множество вариантов для интеллектуального и карьерного развития и способов отдыха, отсутствие помощников в виде бабушек, которые зачастую остаются в родных регионах. Ребёнок нередко воспринимается как обуза, фактор, мешающий полноценной жизни, превращающий успешную молодую женщину-карьеристку в расплывчатую домашнюю «клубу», измазанную детским пюре.

Но в небольших городах, селах, деревнях о таком течении, как «чайлдфри» слышала лишь малая часть женщин. По этой причине рождение 3 и более детей для них естественно.

Женщина «чайлдфри» — кто она?

На сегодняшний день в социальных сетях по всему миру создаются сотни сообществ, объединяющих женщин «чайлдфри». Их главный девиз — «Для полного счастья достаточно двоих», имеется в виду бездетная семейная пара. Они противопоставляют себя сообществам, созданным для общения и обсуждения проблем молодых мам, их забот, интересов, так как считают их не приемлемыми для себя.

Женщины «чайлдфри» часто отличаются более высоким уровнем приобретенного интеллекта, нежели те, что рожают большое количество детей. Причина в том, что у них есть время и возможность получить высшее образование, часто даже не одно, работать по выбранной профессии, повышать уровень квалификации, посещать семинары и тренинги, читать книги и получать новую информацию в интернете. На все это у мам, особенно тех, кто рождает первого ребёнка в возрасте до 20 лет, просто нет возможности. Однако исходный уровень умственных способностей у них может быть аналогичным.

Сами женщины «чайлдфри» говорят, что добровольная бездетность — выбор разумного человека. При этом они могут иметь супруга или постоянного полового партнера и вести вполне активную личную жизнь. Однако они крайне серьезно подходят к выбору средств контрацепции, так как понимают, что аборт без медицинских показаний тоже нельзя назвать выбором разумного человека.

Среди женщин «чайлдфри» мало верующих людей, так как православная вера приветствует многодетность и традиционные семейные ценности. К «свободным от детей» часто примыкают представители ЛГБТ сообществ, объединяющих лица с различной гендерной идентичностью. Сюда входят лесбиянки и трансгендерные женщины, иногда они приходят к выводу, что воспитывать ребёнка в семье, состоящей из 2-х мам, — не лучший вариант для самого ребёнка. К тому же, зачастую свою энергию они направляют на то, чтобы отстаивать свои права, участвовать в митингах, парадах, решать медицинские и социальные проблемы: им просто не до детей.

Учитывая все вышеуказанные факты, женщины «чайлдфри» обычно более финансово состоятельны и независимы. Они, как правило, проживают в крупных городах, передвигаются на хороших автомобилях, ухаживают за собой, выглядят стильно и модно, регулярно посещают фитнес-залы и салоны красоты.

«Чайлдфри» бывают разные

Всех людей (и мужчин, и женщин), которые вдохновлены этим течением, можно разделить на условные группы. Взгляды на факт появления ребёнка в собственной жизни у них несколько отличаются.

- Реджекторы. Это люди, которым неприятно все, что связано с беременностью, родами, кормлением грудью и уходом за маленьким ребёнком. Они видят в этом ущербность, мазохизм, ограниченность и даже чувствуют брезгливость. Иногда под действием взглядов единомышленников они решаются на операции, которые приводят к бесплодию.

- Аффексьонадо. В отличие от предыдущей группы, эти люди не испытывают неприязни к детям. Они с охотой могут поиграть с племянниками, сходить в парк с дочкой подруги. Однако потом они уйдут домой и с облегчением улягутся с пачкой чипсов на мягкий диван. Они считают, что собственные дети будут мешать им жить так, как они хотят. У них нет желания ехать на юг и носиться по пляжу за чадом, которое будет норовить свалиться в бассейн, потрогать собаку или попасть под автобус. Они хотят спокойно отдохнуть, да и вообще, жить.

- Постоянные «отказники». «Куплю машину, а потом рожу», «куплю квартиру, а потом рожу», «надо сначала поменять однушку на трёшку, а потом рожать», «буду зачинать ребёнка, как вернусь с горнолыжного курорта, а то путевка пропадет». Это может длиться бесконечно. В итоге в возрасте 40 лет женщина узнает от гинеколога, что рожать ей уже нельзя — слишком велик риск. Это приносит ей облегчение, ведь теперь она имеет вполне объективное оправдание, почему не родила. Иногда все-таки они прибегают к усыновлению взрослого ребёнка, правда отношения с ним могут вызвать множество трудностей.

- Волнообразные «отказники». От предыдущей группы их отличает то, что иногда в их жизни наступает период, когда они действительно пытаются зачать ребёнка. Однако то ли подсознательное нежелание, то ли избегание интимного общения в период овуляции не доводят их до беременности. Иногда она все-таки возникает, но они могут испугаться и пойдут на аборт, чтобы дожидаться более удобного момента. Но в итоге он так и не наступит.

Последние две категории – это не совсем «чайлдфри», ведь эти люди в принципе рассматривают вариант беременности и рождения ребёнка. Однако в

глубине души не стремятся к ней в полной мере, считая, что «еще не время», «я еще успею» и др.

«Чайлдфри»: мнение гинекологов

Мнение гинекологов, как и вообще всех людей, о таких женщинах неодинаково. Принято полагать, что рождение и воспитание детей – женское предназначение, а половые органы даны именно для этого. Конечно, сейчас мало кто считает, что интимная жизнь должна иметь место лишь для зачатия ребёнка. Женщины научились получать удовольствие и являются инициаторами этого наравне с мужчинами, чего не было еще в позапрошлом веке.

Однако тот факт, что с точки зрения физиологии женщине «надо бы родить и покормить грудью» выглядит очень убедительно. Многочисленные исследования доказывают более низкий риск развития новообразований яичников и матки, рака молочной железы. К тому же, истинных «чайлдфри» в действительности не так и много, и большая часть из тех, кто себя таковыми считает по молодости, к 40 годам меняет свое мнение. Они смотрят на своих подруг с повзрослевшими детьми, которые возвращаются на работу, делают, порой, весьма успешную карьеру и при этом состоялись как матери, и ими овладевает сомнение. А может, действительно это не так и страшно?

Но гинекологи предупреждают: первые роды в возрасте после 35 лет несут в себе ряд сложностей и опасностей.

Во-первых, у женщины уже имеются хронические болезни, требующие, порой, регулярный прием лекарств, не всегда разрешенных при беременности.

Во-вторых, у возрастной первородящей выше шанс родить ребёнка с синдромом Дауна, другими аномалиями развития и генетическими поломками.

В-третьих, вероятность кесарева сечения при рождении ребёнка после 40 лет составляет около 47%, причем заживление рубца на матке происходит дольше, а внешний вид шва на животе часто оставляет желать лучшего из-за снижения тонуса мышц брюшной стенки и кожи.

В-четвертых, для женщины, привыкшей жить для себя и решившей родить в 40, жизнь с новорожденным часто превращается в ад. В этом возрасте тяжелее вставать ночью, кормить грудью, поэтому нередко такие дамы сознательно отказываются от грудного вскармливания в пользу молочных смесей. Прогулки с коляской и укачивание младенца для женщины, привыкшей руководить и приказывать, являются тяжелым испытанием. Она не вполне комфортно чувствует себя в новой роли. Это не может не сказываться на отношении к малышу: порой у нее проскальзывают мысли – зачем я вообще это сделала? Ведь жила же нормально?

Каждый вправе сам распоряжаться своей судьбой. Рожать или не рожать – дело личное и решать его должны двое. Количество детей должно определяться здоровьем родителей, материальной обеспеченностью и собственными взглядами на семейные традиции. Однако мнение специалистов однозначно: первый ребёнок должен быть рожден женщиной в возрасте от 18 до 30 лет. Стерилизация по желанию проводится лишь женщинам после 35 лет, уже имеющим 2-х детей. За прочие решения нужно нести ответственность.

В этом году из одной социальной сети нашей страны была удалена крупная группа, призывающая женщин не рожать детей. Там публиковались оскорбительные фотографии, скрины переписок и общения в противоположных по взгляду группах, пропагандирующих материнство, которые активно высмеивались. Многодетные матери подвергались нападкам и насмешкам.

Причина в том, что иногда, попадая в подобные общества, молодая женщина, которая не приняла для себя четкого решения относительно рождения ребёнка, примыкает к активистам подобных группировок. Нередко это приводит к тому, что она ломает личную жизнь, ведь большинство мужчин мечтают о здоровом и крепком ребёнке, и даже не одном, и не желают жениться на женщине, которая отказывается рожать. Отчасти по этой причине большинство «чайлдфри» имеют статус «не замужем».

Учебное издание

Пикулева

Людмила Константиновна,

Батенова

Юлия Валерьевна,

Филиппова

Оксана Геннадьевна

ОСНОВЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие

Техническая верстка

Зинаида Сергеевна Сотникова

Издательство «Перо»

109052, Москва, Нижегородская ул., д. 29–33, стр. 27, ком. 105

Тел.: (495) 973–72–28, 665–34–36

www.pero-print.ru e-mail: info@pero-print.ru

Подписано в печать 20.10.2023. Формат 60х90/16.

Бумага офсетная. Усл. печ. л. 11,875. Тираж 500 экз. Заказ 960.

Отпечатано в ООО «Издательство «Перо»