



Проблемы репродуктивного здоровья с позиций перинатальной психологии

З.М. Дубоссарская, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии

Материнство – долгость пожизненная.
Клэр Лейнер

Статистические данные последних лет свидетельствуют о снижении рождаемости, ухудшении качества жизни, повышении частоты патологий в репродуктивной системе человека. В нашей стране 70% беременных имеют различные заболевания, материнская смертность в четыре раза выше, чем в США и Японии, младенческая смертность в России и Украине в два раза выше, чем в странах Европы и США. Низкий уровень репродуктивного здоровья в значительной мере обусловлен сохраняющимся высоким числом аборт. Из 10 беременностей 6 прерываются путем медицинского аборта в наиболее активном репродуктивном возрасте.

Одна из причин снижения репродуктивного здоровья – низкий культурный уровень в области семейных сексуальных отношений, игнорирование здорового образа жизни. Но главной, на наш взгляд, причиной является отсутствие культуры деторождения как таковой. Деторождение, находясь в зоне медицины, не имеет возможности развиваться как семейная культура и пока остается формой медицинских услуг. Необходимо обосновать и обеспечить гармоничную связь между семьей и системой родовспоможения, где семейные традиции и установки могут сочетаться и сотрудничать с медицинскими услугами. Учитывая, что первичная психопрофилактика включает охрану здоровья будущих поколений, гигиену брака и зачатия, охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения, можно сделать вывод о необходимости развития современных форм психопрофилактики женщин в период беременности и рождения ребенка, повышения статуса семьи, материнства и отцовства.

Эмоциональная сфера не может формироваться в отрыве от микросоциума – семьи, в которой живет беременная, и от бытующего в ней представления о роли матери и роли отца. Возникает необходимость в формировании новой семейной культуры. В этом контексте осуществляется подбор психокоррекционных методик для беременных и рожениц, способствующих освоению материнской роли. В результате анализа современных методов психопрофилактики с их достоинствами и недостатками был сделан вывод, что к достоинствам современных методов можно отнести глубокий подход к физиологической готовности женщины к предписаниям активной работы над укрепле-

нием общефизического состояния (закаливание, растяжка мышц, релаксация и др.).

К недостаткам современных методов можно отнести игнорирование эмоциональной сферы беременной женщины, которая, как показали исследования, является определяющей в формировании общей стабильности и здоровья. В результате анализа выявилась значимость активизации творческого потенциала женщины для достижения эмоциональной гармонии и физической стабильности (использование обрядов, связанных с творчеством: вязание, вышивание, коллективное пение и изготовление художественно оформленной детской одежды и украшений, общение с природой) с целью получения дополнительных ресурсов при вынашивании ребенка и его рождении.

В ходе многолетних наблюдений был сделан вывод о необходимости внедрения в современные методы психопрофилактики будущей матери творческой компоненты, насыщенной позитивным эмоциональным опытом. Ведь важность перинатального периода развития ребенка и влияние на этот процесс состояния беременной женщины подчеркивают известные исследователи.

Современные научные данные говорят о высоком уровне психической жизни плода, его восприимчивости к окружающей среде и особенно к эмоциональным состояниям матери. Были выявлены психологические факторы, способствующие появлению эмоционального стресса при беременности (тревожность, мнительность, впечатлительность, эгоцентризм, страх боли и др.). При научном обосновании механизмов воздействия психопрофилактической подготовки к родам выделены следующие основные моменты:

1. Важность активного, сознательного участия женщины в родовом акте.
2. Создание в сознании женщины позитивной эмоциональной доминанты, важной для успешного и безболезненного течения родов.

Для успеха психопрофилактической подготовки является важным отреагирование отрицательных эмоций, особенно страха боли, боязни родов, так как страх боли резко понижает порог болевой чувствительности, повышает возбудимость нервной системы женщины. В результате возникают различные нежелательные условные рефлексы, мешающие нормальному течению родов. Страх, напряжение, боль – три явления,



вызывающие отклонения в инстинктивных процессах, обеспечивающих беременность и роды.

Интересен метод Г. Дик-Рида (1996) – метод естественного деторождения, основная идея которого заключена в том, что страх, напряженность и боль неразрывно связаны между собой. Этот порочный круг можно разорвать, если беременная в антенатальном периоде получит объяснения, в чем сущность родов. Г. Дик-Рид утверждал, что рождение ребенка должно быть радостью для женщины, а не мучением, и это может быть достигнуто путем глубокой релаксации, так как если тело полностью расслаблено, то невозможно испытать чувство страха.

В результате анализа метода подготовки к родам и психопрофилактики беременных профессора В.В. Абрамченко, в котором основной задачей являлось обучение направленности собственной нервной энергии на преодоление стрессового состояния и выполнение большого физического напряжения в родах, был сделан вывод, что в данном методе акцент делается на подготовке мышц, участвующих в родовом процессе, и на аутогенной тренировке. Это являлось, на наш взгляд, важным, но недостаточным, поскольку не учитывалось психологическое состояние женщины при беременности и родах.

Обобщение результатов ряда исследователей позволило определить направленность и координаты развития перинатальной психологии как науки, методологией которой является психопрофилактика и психокоррекция. Важным аспектом этой науки может быть исследование симбиотической связи матери и ребенка, начиная с внутриутробного периода. Отмечено, что отрицательные эмоции матери, переживающей психотравмирующие события своей жизни, начиная с эмбрионального опыта, в определенный период могут нанести травму будущему ребенку.

Особое значение для определения направленности психопрофилактики и психокоррекции имеет изучение нервно-психических, эндокринных расстройств у женщин в до- и послеродовой периоды. Изучение связанных с беременностью и родами нервно-психических расстройств у женщин имеет в отечественной медицине давние традиции. До сих пор остается неясным вопрос о частоте возникновения различных психоневротических нарушений, связанных с индуцированной беременностью и родами. По мнению ряда авторов, различные нарушения встречаются от 1-2 до 33 и даже до 80% от общего количества родов.

Период беременности и послеродовой период общепризнанно считаются временем повышенного риска развития нервно-психических нарушений. Это обусловлено измененным гормональным фоном, связанным с перестройкой организма женщины, и повышенной нервно-психической нагрузкой. Практически все авторы сходятся на том, что беременность и роды являются лишь провокационными факторами в развитии уже имеющихся скрытых или вялотекущих нервно-психических и гормональных нарушений.

Ситуация резко изменяется в тех случаях, где во до- и послеродовом периодах у больных на картину

компенсированного невроза наслаивается психотравма, воздействие которой приводит к возобновлению и дальнейшему развитию преморбидной психоневротической симптоматики. По данным разных авторов, подобные расстройства встречаются у 30-80% беременных и родильниц и в ряде случаев могут способствовать возникновению акушерских осложнений, особенно при индуцированной беременности.

Среди причин, вызывающих пограничные нервно-психические расстройства у беременных, наиболее часто отмечаются семейно-бытовые и служебно-профессиональные конфликты, неблагоприятные жилищные условия, эндокринные нарушения. Беременность как основная причина развития пограничного нервно-психического расстройства имеет место лишь у 8-11% женщин. В настоящее время общепринято мнение о том, что нервно-психические расстройства, наблюдающиеся во время беременности, пагубно влияют на ее течение и исход. В связи с этим весьма актуален вопрос об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и путях их профилактики. Поскольку ни одно из психотропных средств при беременности не является полностью безвредным, мы, как и другие авторы, считаем психотерапию, психокоррекцию и психопрофилактику наиболее приемлемым вариантом лечения пограничных нервно-психических расстройств у пациенток с невынашиванием беременности. Психологический стресс в перинатальном периоде несет в себе целый комплекс проблем, требующих серьезного внимания к психологической сфере беременной во избежание акушерских и других осложнений.

Одной из наиболее важных фаз становления материнства является беременность, которая рассматривается как критический период жизни женщины, – могут всплывать неизжитые детские психологические проблемы, проблемы взаимоотношений со своей матерью, семейные конфликты. В это время часто происходят личностные изменения: нарастает тревожность, увеличивается зависимость, повышается внушаемость, появляется «детскость» поведения, беспомощность. Врачи называют это состояние «энцефалопатией беременности», однако в большей степени – это все-таки изменения на психологическом и физиологическом уровнях, а не на органическом. Для большинства женщин исход беременности и родов – громадный сдвиг к зрелости, взрослению и самоуважению.

Большого внимания заслуживают исследования по изучению особенностей влияния психического состояния женщины на развитие ребенка. Было выявлено, что для него более опасны стрессы и депрессивные эпизоды во II и III триместрах беременности, которые могут привести не только к послеродовой депрессии у матери, но и к психическим нарушениям у ребенка, даже к психологическим проблемам в подростковом возрасте. Установлено, что успешная адаптация к беременности коррелирует с успешной адаптацией к материнству. Это и удовлетворенность своей ролью, и материнская компетентность, и отсутствие проблем во взаимоотношениях с ребенком, и его успешное развитие. Рассматривается связь психологического



состояния женщины в период беременности с успешным вынашиванием ребенка, течением беременности и родов, особенностями послеродового периода. На протяжении беременности изменяется отношение женщины к будущему ребенку. На каждом этапе природы делает все, чтобы включить ее в материнство. В перинатальной психологии выделяют три основных этапа: до начала шевеления ребенка, появление ощущений шевеления, период (ближе к родам) так называемой пигмалионизации ребенка.

На сегодняшний день описаны **шесть стилей переживания беременности**.

Адекватный стиль. Беременность протекает без сильных, длительных и отрицательных эмоций. В I триместре возможно снижение настроения без депрессивных эпизодов; во II – благополучное эмоциональное состояние; в III – повышение тревожности со снижением к последним неделям беременности. Активность женщины направлена на подготовку к послеродовому периоду. При адекватном стиле первое шевеление ребенка беременные ощущают в 16-20 нед, относятся к нему положительно, оно приятно по соматическому ощущению; шевеления четко дифференцируют от других соматических ощущений.

Тревожный стиль. Состояние женщины тревожное, со страхом и беспокойством, («живот слишком большого или слишком маленького размера»), соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния. В I триместре отмечается тревожное или депрессивное состояние; во II – повторяются тревожные или депрессивные эпизоды, подавленность, уныние, слезы; в III – это состояние усиливается. Активность связана со страхом за исход беременности, родов и послеродовой период. Первое шевеление ощущается рано, сопровождается длительными сомнениями. Женщина все время к ним прислушивается, переживает с тревогой или испугом как частые шевеления, так и длительное их отсутствие. При этом возможны разные болезненные ощущения, которые в дальнейшем сопровождаются тревогой по поводу своего здоровья и здоровья ребенка. Такие беременные часто посещают врачей, ходят на множество (нередко ненужных) обследований, активно отслеживают дополнительные сведения, изучают литературу, ищут ответы на свои вопросы в интернете.

Эйфорический стиль. Этому стилю характерно не критичное отношение к возможным проблемам беременности и материнства. Женщина выстраивает не реальные фантазии по поводу беременности и течения родов, не видит реалий послеродового периода. Она неадекватно оценивает все происходящее. Дифференцированное отношение к характеру шевеления ребенка отсутствует, она не может его охарактеризовать. Возможны осложнения к концу беременности и при родах, неблагоприятное в послеродовом периоде. Если до родов не проводится психокоррекция, то в послеродовом периоде очень часто возникают проблемы в отношении матери к младенцу.

Игнорирующий стиль. Женщина слишком поздно осознает себя беременной. Изменение состояния ин-

терпретируется как отравление, грипп, нарушение менструального цикла, сопровождается чувством досады или неприятного удивления. Живот слишком маленький, соматический компонент либо не выражен вообще, либо состояние даже лучше, чем до беременности. Первое шевеление ребенка ощущается очень поздно, последующие – носят характер физиологических переживаний, а к концу беременности доставляют физическое неудобство. Динамика эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса к III триместру, но оно не связано с подготовкой к родам и встрече с ребенком.

Амбивалентный стиль. Общая симптоматика беременности сходна с тревожным стилем. Характерны резкие смены настроения (сегодня беременность желанна, завтра – нет), противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления ребенка, часто возникают болевые ощущения. Отрицательные эмоции интерпретируются женщинами как страх за ребенка, за исход беременности и родов. Возможны депрессивные эпизоды. Будущие матери склонны искать причины своего неблагоприятия во внешних обстоятельствах – винят, к примеру, во всех бедах родственников, соседей и др. При психологической коррекции необходимо настраивание женщины на прекрасное чувство беременности.

Отвергающий стиль. Идентификация беременности сопровождается отрицательными эмоциями, вся симптоматика выражена резко негативно физически и эмоционально. Беременность переживается как наказание, помеха; шевеление ребенка – физиологически неприятно, сопровождается неудобством и брезгливостью. К концу беременности возможны всплески депрессивного и аффективного состояний.

Разумеется, в каждом конкретном случае наблюдаются индивидуальные особенности протекания беременности. Интересно проследить связь разных стилей протекания беременности с формированием отношения к ребенку, с его ценностью для будущей матери. Так, адекватный стиль переживания беременности соотносится с адекватной ценностью ребенка; тревожный и амбивалентный – с повышенной или пониженной; игнорирующий и отвергающий – с низкой ценностью и заменой на другие приоритеты. Очень сложен для психологической коррекции эйфорический стиль, при котором ценность ребенка неадекватна, хотя внешне это не выражено. Приподнятое настроение и не критичное отношение к изменениям в жизни – следствие личностной незрелости и неготовности к принятию материнской роли. Женщина не осознает, что уже не может снять с себя ответственность за малыша. Любое нарушение идеального течения беременности и родов ведет к резкой смене настроения.

Немаловажную роль в становлении материнства играет **материнская идентичность**. Зрелая материнская идентичность – это особая позиция по отношению к себе и своему ребенку, которая имеет следующие аспекты.



- Когнитивный (познавательный) – мать обладает необходимыми знаниями о ребенке, причем это не только внешние знания, но и интуитивные (умение определять потребности ребенка, понимать идущие от него сигналы еще на пренатальной стадии).
- Эмоционально-смысловой – мать всецело принимает ребенка как самостоятельную ценность, он не становится для нее средством самореализации или удержания партнера.
- Поведенческий – мать компетентно взаимодействует с ребенком, адекватно его потребностям; способна к ответственному выбору.

В связи с этими особенностями совершенно очевидна необходимость в медико-психологическом сопровождении беременности и подготовки к родам, которая должна охватывать все этапы материнства: беременность, роды, грудное вскармливание, взаимодействие с новорожденным и другие аспекты. Однако пока еще не найдены диагностические критерии перехода стресс-синдрома из звена адаптации в звено патогенеза различных заболеваний. Одной из проблем является изучение механизмов адаптации и создание условий в системе мать-дитя-отец для предотвращения возникновения стресс-факторов, для развития в этой системе навыков адекватного реагирования на любые отношения к родовому акту и умения управлять своими эмоциональными состояниями. В результате проведенного исследования по изучению негативного психоэмоционального состояния женщин в период беременности и после родов были выявлены взаимосвязи между показателями эндокринного гомеостаза, риском возникновения депрессивного состояния в послеродовой период и акцентуацией характера, внутренними конфликтами и уровнем тревожности.

Новые данные о развитии ребенка, полученные с помощью современных методов исследования, иное осмысление фактов, получаемых психоаналитиками, психологами, психотерапевтами с позиции развивающейся перинатальной психологии, плавно ввели нас в новую парадигму в акушерстве и эмбриологии. В соответствии с ней развитие идет от сложного к еще более сложному. Уже первичная клетка (зигота) является изначально сложной структурой благодаря генетической информации, которая включает в себя сведения о морфологическом строении организма и функциональных процессах, обеспечивающих закладку и развитие клеток, органов и организма в целом в соответствии с планом последовательного его построения, а также данные о психологических особенностях родителей и прародителей. Пуповина не является единственным путем взаимосвязи между матерью и ребенком. Жизненно необходимые вещества доставляются ребенку не только кровью через маточно-плацентарный обменный бассейн, но и через околоплодные оболочки и воды. Эти же пути служат для элиминации продуктов обмена. В процессе развития, задолго до рождения, практически все органы и системы ребенка уже начинают функционировать. Это касается и органов чувств,

и центральной нервной системы. Мозг неродившегося ребенка не только развивается, но и функционирует, реагирует и обеспечивает его связь с внутренним и внешним миром, а также его психологические, эмоциональные реакции.

К настоящему времени получено достаточно данных, подтверждающих реальность психоэмоционального взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка (Chamberlain, 1992; Janus, 1996; Emerson, 1996 и др.). Оказалось, что в процессе этого взаимодействия идет формирование физического и психического здоровья младенца. Ребенок с момента зачатия начинает накапливать свой собственный опыт, цепко схватывая вместе с матерью наиболее яркие моменты в жизни и удерживая их в своей памяти. В дальнейшем эти образы отражаются в мышлении, эмоциональных проявлениях и стиле поведения ребенка и взрослого человека.

Профессионалы обнаружили, что многие психологические проблемы человека берут свое начало с периода беременности, родов и раннего послеродового периода. Полагают, что это является результатом индивидуальных психологических реакций матери, ее образа мышления и поведения. Это, в свою очередь, является отражением психологических, культурных особенностей ближайшего окружения, а также социально-экономического и политического состояния общества в целом. Не последнюю роль в этом играет существующая философия и технология родовспоможения. Появились доказательства, что каждое из этих обстоятельств, а скорее их совокупность, может обуславливать возникновение у неродившегося малыша (принейта) перинатальных психических травм. Последние проявляются у ребенка и взрослого в виде психических проблем, таких как страхи и фобии, неврозы, психопатические черты и зависимости (наркотики, алкоголь, курение), повышенная агрессия и насилие, сексуальные особенности, психосоматические расстройства. Эти травмы становятся причиной психологического дискомфорта, мешающего личности находиться в гармонии с самим собой, окружающими людьми и природой, от чего страдает личность, семья и общество в целом.

Эмоциональное восприятие, пренатальная память возникают с началом пренатального периода. Полагают, что эмоционально-психологическое взаимодействие между матерью и неродившимся ребенком осуществляется с помощью нейропептидов и других биологически-активных веществ, доставляемых к ребенку кровью через сосуды пуповины.

Однако объяснение многочисленных проявлений, в том числе извлеченных из памяти событий и картин, хронологически связанных у личности с периодом беременности и родов, вступило в серьезное противоречие с общепризнанной концепцией передачи информации от матери ребенку. Так, в экспериментах показано, что некоторые биологически активные вещества, например адреналин, связанный с эмоцией страха и тревоги, из-за своего высокого молекулярного веса (в обычных концентрациях) не может преодолеть



плацентарный барьер и переместиться из крови матери в кровь ребенка (Naumenko E.V., Dygalo N.N., 1984; Gu W., Jones C.T., 1986).

Клинические данные также не дают прямых и убедительных доказательств, что информация от матери поступает только с кровью через пуповину или с околоплодными водами через оболочки и плаценту. Так, в одном из исследований авторы обнаружили изменение сердечной деятельности принейта в ответ на различные стимулы, вызывавшие у женщины изменение ее эмоционального состояния. Например, это происходило при упоминании женщиной члена семьи, вызывающего у нее неприятные эмоции и раздражение; когда женщина впервые слышала звук сердцебиения ее малыша, а также при прослушивании ею детских песенок. Изменение сердцебиения происходило практически мгновенно. Как объяснить эти мгновенные реакции?

А как объяснить множество ощущений, картин, привычек, которые на первый взгляд кажутся плодом фантазии рассказчика, тогда как между ними и событиями, происходившими в пренатальном периоде, имеются четкие хронологические совпадения?

Эти противоречия определили актуальность узловых вопросов перинатальной психологии и медицины. По каким путям информация от матери попадает к неродившемуся ребенку и обратно? Какие механизмы обеспечивают этот процесс? Какие механизмы лежат в основе памяти принейта? Исследователи предприняли попытку рассмотреть взаимодействие матери и ребенка с позиции квантовой физики, корпускулярно-волновой теории. Это в определенной мере приблизило нас к пониманию не только сложных процессов обмена информацией между структурными составляющими организмов матери и ребенка, но и их эмоционально-психологического взаимодействия. Появилась возможность объяснить мгновенные реакции ребенка на изменение эмоций матери, восприятие и включение в его память образной, семантической информации, гормональных стимулов.

Развитие квантовой эмбриологии дает мощное обоснование необходимости создания вокруг беременной зоны комфорта семьи, системы пренатального образования и воспитания во имя получения поколения с лучшими качествами.

Психологическая коррекция, семейные роды – реальный способ оказания психопрофилактической помощи. Это комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий, направленных на оптимизацию личностных свойств. В результате наблюдений в течение ряда лет можно сделать вывод, что личность, склонная к творчеству, импровизации, свободным ассоциациям, гармоничному самовыражению, всегда более эффективна, адаптивна, психологически и эмоционально здорова, если беременность наступила в семье как планируемое счастливое событие у пациентки с нормальными параметрами эндокринной функции. Поэтому при формировании психокоррекционных программ для женщин, ожидающих ребенка, специалисты делают упор на методики, развивающие творчество и креативность. Для этого используют арт-терапевтические модели,

направленные на развитие самовыражения и самопознания женщины (и ее мужа), развитие способностей к конструктивным действиям и адекватным эмоциональным реакциям в стрессовой ситуации. Выявлено, что применение техник спонтанного и центрированного рисунка способствует объективизации значимых проблем беременных женщин и помогает отреагировать на психотравмирующие переживания через активизацию творческого потенциала, позволяет развить позитивную установку на успешные роды. Применение техники постановки родового голоса и обучение пению родовой песни позволяют снизить болевой синдром в родах, сформировать позитивные эмоциональные взаимоотношения с ребенком. Применение дыхательных упражнений (телесно-ориентированный подход) дают возможность снизить психоэмоциональное напряжение, добиться глубокой релаксации, что благоприятно влияет на процесс родов.

Анализ эффективности методов коррекции эмоционального состояния беременных при семейных родах показал, что средний уровень тревожности изменяется от высокого до начала тренинга с мужем в женской консультации к умеренному и низкому после тренинга. При этом самооценка физического состояния возрастает в 1,5-2 раза. В случае обучения родовому поведению женщина ориентируется на эффективную модель, отсекая социокультурную модель родов – страданий, и формирует стабильный образ «я мать» (я рожая дитя). Репетиции родового поведения помогают закреплению-кодированию памяти, формируют стойкое самообладание, адаптивное поведение, тормозят дезадаптивное поведение. Это достигается с помощью тренингов. Для обучения родовому поведению разработаны авторские методики согласно модулям безопасного материнства (ВОЗ, 2002) и проекта United States Agency for International Development (USAID, США), совместно с МЗ Украины.

Управляемое дыхание объединяет элементы физиопрофилактики (обучение режимам дыхания) и элементы телесно-ориентированной терапии, в которой не разделяется психическое и соматическое начало в человеке. Для беременных разработан специальный комплекс дыхательных упражнений, способствующих формированию способности управляемого дыхания.

Нами выявлено, что в течение беременности меняется сценарий адаптивного поведения, и если процесс адаптации идет успешно, то женщина планомерно продвигается к реализации новой роли (матери), которая становится возможной после родов. Однако в каждом триместре беременности женщины встречаются определенные трудности, которые можно классифицировать следующим образом:

- семейные конфликты ~ 30% (средняя величина по трем триместрам);
- физиологические проблемы ~ 20%;
- тревожность, страх перед родами ~ 20%;
- материальные проблемы ~ 10%;
- неполная семья ~ 10%;
- неуверенность в своих силах ~ 10%.



Причины эмоциональных проблем еще более усугубляются при бесплодии, невынашивании беременности, потенцируются семейными конфликтами (отсутствием взаимопонимания), повышенной тревожностью (чаще всего связанной с неосведомленностью о прогрессивных формах родовспоможения) и другими проблемами (вследствие неправильного образа жизни, хронических заболеваний).

В этой связи исследователи исходят из того, что невозможно провести грань между так называемым «соматическим» и «психическим» феноменом. Соматика и психика представляют собой единую энергоинформационную систему с обоюдным влиянием и взаимозависимостью в особом социокультурном окружении. Принимается положение о непрерывности человеческой жизни, где каждая стадия развития является важной; где все стадии взаимозависимы и неотделимы от целого, представленного неразделимым организмом со всеми функциями и уровнями: биологическим, психологическим, социальным; где физиологические, биохимические, эндокринные и психологические процессы составляют единое целое, которое не может быть разделено.

Признается, что человеческое развитие начинается с принятия решения сделать рождение началом новой жизни. Констатируется, что улучшение качества новой жизни зависит от качества проявляемой заботы и внимания до, во время и после рождения ребенка со стороны как матери, так и отца, семьи, окружающей социальной среды, общественных организаций. Отмечается, что пренатальная стадия жизни является первой экологической позицией человеческого существования, где мать с ее биологическим и психологическим окружением находится в плодотворном диалоге с ребенком. Утверждается, что необходимо уважать материнские обстоятельства и убеждения, так как качество и ценность ее жизни важны, поскольку отражаются на ребенке. Доказано, что состояние хронического психоэмоционального стресса матери и отца негативным образом сказывается на репродуктивной функции и развитии следующего поколения людей.

Перинатальная психология как самостоятельная область науки и практики начала формироваться в последней четверти XX века, а в России и Украине — практически в последнее десятилетие.

Перинатальная психология — отрасль психологической науки, которая занимается изучением развития ребенка и его взаимосвязей с родителями, в первую очередь с матерью, в период от подготовки родителей к зачатию до завершения основных возрастных стадий сепарации ребенка от матери; в широком смысле — период от зачатия до трехлетнего возраста ребенка, а в узком понимании — период от зачатия до конца первого года жизни малыша.

Сегодня перинатальная психология соприкасается с такими медицинскими и биологическими дисциплинами, как генетика, эмбриология, перинатология, акушерство, нейроэндокринология, неврология, сексология и сексопатология, психиатрия, психоанализ, психотерапия, а также подготовка к родам и дородовая педагогика, философия, религия, этика и др. Про-

исходит взаимопроникновение идей, методов исследования и плодотворное сотрудничество между этими областями знаний.

Чтобы предложенное определение перинатальной психологии окончательно стало понятно и более четко обозначились ее дисциплинарные границы, разберемся, с чем связано ее возникновение. Сравнительно недавно бытовало мнение о том, что новорожденный ребенок не обладает чувствительностью и памятью. Однако с развитием диагностических технологий, позволивших заглянуть в полость матки, обнаружилось, что находящийся там плод живет своей вполне активной жизнью, способен воспринимать воздействие разных раздражителей и реагировать на них. Сенсорные системы плода развиваются неравномерно, однако по мере его формирования и созревания начинают функционировать с различной интенсивностью и в различном объеме, влияя на работу других систем. Так, кожная чувствительность обнаруживается уже с 7 нед от момента зачатия, функция вестибулярного аппарата — с 12, вкусовых сосочков — с 14, органов зрения и слуха — с 16-18 нед. Исследования показали, что музыкальное воздействие на орган слуха неродившегося малыша вызывает изменение его сердцебиения. Начиная с 22 нед беременности отмечаются адекватные двигательные и эмоционально-выразительные реакции ребенка на положительные и отрицательные стимулы во вкусовой, тактильной и слуховой чувствительности, а с 26-28 нед — мимическое выражение таких фундаментальных эмоций, как радость, удивление, страх, гнев (по данным внутриутробных кино- и фотосъемок и у преждевременно рожденных детей). Обнаружилось, что структура мозга младенца в 24-28 нед с момента зачатия соответствует его структуре у доношенного ребенка и взрослого человека.

Развитие различных структур головного мозга происходит в строго детерминированной генетической последовательности. При этом отмечаются периоды повышенной уязвимости к внешним повреждающим воздействиям, что характеризуется высоким темпом размножения органоспецифических нейробластов. В англоязычной литературе эти периоды получили название *spurt* (спурты). Можно выделить спурты созревания какой-либо функции головного мозга. Выявление характера спуртов в различные сроки беременности уточняет содержание критических периодов внутриутробного развития.

Испытываемые матерью эмоции влияют на плод, так как плацентарный барьер пропускает выделяемые при этом эндорфины и катехоламины. Поэтому состояние беременной в критические периоды может существенно влиять на особенности формирующихся психических функций будущего ребенка, а значит, и определять во многом его жизненный сценарий.

Задачами врача являются выявление, профилактика и лечение нарушений физического и психического здоровья ребенка и репродуктивного здоровья родителей; создание условий для оптимизации физического и психического здоровья детей и репродуктивного здоровья населения; медицинское просвещение,



медицинское сопровождение и медицинская помощь семье в период планирования, ожидания и раннего развития ребенка.

Методы работы с семьями и детьми ориентированы на выявление, профилактику и лечение нарушений или снижение риска развития проблем в физическом и психическом здоровье ребенка и репродуктивной сфере родителей.

Генетические исследования позволили предположить, что информация, заложенная в генах, включает память не только о структуре тела человека, но и о психологической структуре предшествующих поколений.

По Т. Vernu, существуют три пути взаимодействия матери и ребенка: гуморальный, поведенческий и психологический. Наиболее ярким по своим проявлениям является поведенческий путь. Ребенок чутко улавливает поведение матери и своими движениями — легкими касаниями или пинком — дает ей знать, приятно ему это поведение или нет. Датский врач Франц Вельдман разработал «метод гаптономии», который используется в практике пренатального обучения для налаживания взаимодействия матери и ребенка. Он заключается в тактильной и аудиальной стимуляции плода матерью (ритмическое похлопывание в определенной части живота, пропевание музыкальной фразы). Делать это нужно регулярно, в одно и то же время суток. Через несколько недель такого обучения ребенок начинает отвечать матери движением, непосредственно направленным в ее руку. Матери, которым хватило чуткости, чтобы освоить этот метод, используют его для успокоения ребенка. Имеются данные об использовании гаптономии для коррекции неправильного предлежания плода.

Наименее исследованным является психологический (телепатический) путь взаимодействия. Однако установлено, что плод чутко реагирует на мысли матери, и даже обстановка зачатия оказывает влияние на становление психических функций и развитие личности будущего ребенка.

Основатель теории транзакционного анализа Э. Берн считал, что ситуация зачатия человека может сильно влиять на его судьбу. В зависимости от того, как планировалось зачатие — хладнокровно и педантично, темпераментно, с разговорами и обсуждениями или при молчаливом страстном согласии, а сама ситуация была результатом случайности, страсти, любви, насилия, обмана, хитрости или равнодушия — формируется «зачаточная установка». Она отражается в жизненном сценарии будущего ребенка, так как отношение родителей к интимной жизни сказывается на их отношении к ребенку.

В своих исследованиях американский врач и психолог чешского происхождения, один из основателей трансперсональной психологии, С. Гроф на основании экспериментов и наблюдений пришел к выводу о том, что «осевшие матрицы могут не соответствовать приобретенной в процессе жизни философии, и это погружает человека в состояние неосознанного внутреннего конфликта, выражающегося недовольством собой, окружающими, неустойчивым настроением со

склонностью к депрессивным реакциям, гормональным нарушениям».

Матрицы — это стойкие функциональные структуры («клише»), которые являются базовыми для многих, если не для всех, психических и физических реакций в течение всей последующей жизни человека. С. Гроф выделил четыре базовые перинатальные матрицы. Они глубоко соотносятся с клиническими стадиями биологического рождения. Первая формируется в конце беременности и захватывает латентную фазу первого периода родов, т.е. до 4 см открытия маточного зева. Вторая приходится на активную фазу до начала второго периода родов, третья — на второй период родов при прохождении плода по родовым путям и четвертая — на момент рождения ребенка и первые минуты его жизни.

При нормально протекающей беременности и правильном поведении матери *первая базовая перинатальная матрица* (БПМ-1) отражает биологическое единство плода и матери и проявляется отсутствием границ сознания. Она ассоциируется с «океаническим блаженством», связанным с «природой-матерью», дающей пищу и безопасность. При различных осложнениях в течение беременности (дистресс-синдром плода, эмоциональные проблемы у матери во время беременности, гормональные нарушения, поздние гестозы) формируются воспоминания о «плохом лоне». В первые месяцы и годы жизни такой опыт может проявиться в тревоге, ощущении неосознанной опасности. В зрелом возрасте у людей с неблагоприятной первой матрицей могут наблюдаться неприятные телесные ощущения (дрожь и спазмы), ощущение подавленности, паранойяльное мышление, ипохондрия.

Вторая матрица (БПМ-2) формируется в течение относительно короткого периода времени (4-5 ч) при усилении схваток. После периода «блаженства» и безопасности плод начинает испытывать сильные внешние давление и агрессию, которые он не может ассимилировать в своем ментальном опыте. При полном разрывании этой стадии плод периодически сжимается маточными схватками, но шейка матки еще закрыта, «выхода нет». С. Гроф считает, что ребенок испытывает при этом неодолимое чувство возрастающей тревоги, связанной с надвигающейся смертельной опасностью, усугубляющейся тем, что определить источник опасности невозможно. В последующей жизни человека активация этой матрицы может приводить к клаустрофобиям, ощущению безвыходности жизненных ситуаций, которой не видится конца, чувствам вины и неполноценности, бессмысленности и абсурдности человеческого существования, неприятным телесным проявлениям (ощущению гнета и давления, сердечной недостаточности, жару и ознобу, затрудненному дыханию).

Третья перинатальная матрица (БПМ-3) отражает вторую клиническую стадию биологических родов. На этой стадии 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. Все это происходит в контексте отчаянной борьбы за выживание. Однако ситуация при этом не кажется безнадежной, а сам ее участник отнюдь не беспомощен. Он принимает активное участие в происходящем, чувствует, что страдание имеет определенную направленность и цель. Фиксация на третьей матрице приводит к проявлению агрессивности, амбициозности во взрослой жизни.

Четвертая перинатальная матрица (БПМ-4) связана с заключительной стадией родов, с непосредственным рождением ребенка. С. Гроф считает, что 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 ребенок впервые сталкивается с ярким светом. Происходящее отсечение пуповины прекращает телесную связь с матерью, и ребенок становится анатомически независимым. Полученные в процессе родов физическая и психическая травмы, связанные с угрозой жизни, с резким изменением условий существования, во многом определяют дальнейшее развитие ребенка. Вместе с тем французский акушер-гинеколог М. Оден и французский врач-гуманист Ф. Лебойе считают, что существующая практика «мягких родов» позволяет свести к минимуму родовую травму и ее последствия.

Особой и мало изученной проблемой является формирование сексуальной ориентации людей, которая может быть нарушена чрезмерными амбициозными желаниями родителей получить ребенка определенного пола. Согласно данным литературы, если пол неродившегося ребенка не соответствует острым желаниям матери, то у него в дальнейшей жизни обнаруживается поведение, более характерное для человека противоположного пола. Естественно, что воздействие материнских установок относительно предпочтения по полу приобретает свою силу после рождения ребенка, так как мать является ранней средой его развития.

Необходимо сказать, что первоочередными стратегическими задачами развития перинатальной психологии в начале третьего тысячелетия является выработка единого концептуального и критериального аппарата, позволяющего достичь взаимопонимания и разработать единую стратегию взаимодействия в достижении общей цели обеспечения репродуктивного здоровья населения и оптимизации физического и психического развития ребенка.

Психологическая поддержка родителей в особых случаях

Реакция родителей на рождение ребенка с серьезным заболеванием или врожденным дефектом включает горе, шок, панику, отрицание, вину и гнев, принятие и преодоление, опасения, связанные с уходом за больным или неполно-

ценным ребенком, эмоциональное и физическое отстранение от него («предчувствие скорби») даже раньше, чем врачи потеряют надежду на то, что ребенок выживет. Более отдаленные последствия включают напряжение, нарушения памяти, расстройство аппетита, нарушение сна, неспособность сконцентрироваться.

Помощь родителям ребенка, родившегося с серьезным заболеванием или врожденным дефектом, заключается в следующем. Разрешите родителям контактировать с ребенком и поощряйте такое общение, будьте готовы отвечать на вопросы родителей, будьте готовы повторять информацию или неоднократно отвечать на одни и те же вопросы, будьте готовы к вспышкам гнева и отчаяния, направленным на медицинских работников, дайте родителям фотографию больного ребенка.

Реакция родителей на смерть ребенка. Родители надеются, что у них будет здоровый малыш. Однако если эти надежды не сбываются, они могут испытать состояние шока, чувствовать утрату, перестать доверять медицине, почувствовать сомнения в своей способности иметь здорового ребенка. Разные стадии горя, сильное желание получить ответы или объяснения причины смерти, зрительные или слуховые галлюцинации (например плач умершего ребенка), негативные чувства по отношению к другим детям, отчаяние и удивление при появлении лактации, чувство неполноценности в материнстве, проблемы в отношениях между партнерами (например в сексуальных отношениях или в общении).

Помощь родителям, потерявшим ребенка. Дайте родителям поддержать ребенка, отсоединенного от оборудования системы жизнеобеспечения, предложите им сохранить некоторые вещи, которые будут напоминать им о ребенке, составьте список специальных учреждений, в которые вы можете направить семью, обеспечьте матери полноценный послеродовой уход. Проинформируйте остальной персонал, обеспечивающий уход за женщиной, произведите вскрытие и сообщите результаты родителям, вовлеките их в организацию похорон и оказывайте им поддержку. Не поощряйте новую беременность до тех пор, пока не пройдет достаточно времени, чтобы родители могли оплакать утрату ребенка. При отсутствии медицинских противопоказаний выпишите мать из стационара. Если это невозможно, позвольте родственникам оставаться в палате в течение первой ночи, обеспечьте соответствующую консультационную поддержку на протяжении пребывания матери в стационаре.

Регистрация смерти и организация похорон. Чтобы предоставить семье качественную помощь, важно чтобы вы располагали точными сведениями относительно данной процедуры. Необходимой частью такого содействия может быть финансовая помощь, подготовьте материалы с описанием процесса регистрации смерти и порядка проведения похорон.

Психологическая помощь и поддержка. Обеспечьте необходимое содействие во время пребывания матери в стационаре, передайте важную информацию в женскую консультацию, организуйте предоставление качественных консультационных услуг, привлечите к участию профессионального психолога.



Предупреждение жалоб и гражданских исков. 10 обстоятельств, которых следует избегать.

Никогда:

- Не обвиняйте женщину или семью.
- Не пытайтесь доказать свою невиновность.
- Не старайтесь уклоняться от вопросов.
- Не давайте информацию, в которой вы не уверены.
- Не лгите женщине или семье.
- Не откладывайте помощь, которую вы можете предоставить безотлагательно.
- Не направляйте за ответами к кому-либо еще.
- Не избегайте родственников матери.
- Не предоставляйте несоответствующую или противоречивую информацию.
- Не отказывайте женщине или семье в их просьбах.

Литература

1. Батуев А.С., Соколова Л.В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» // Вестник СПб университета. – СПб: Изд-во СПб ГУ, 1994. – Вып. 2. – С. 85-102.
2. Берадзе Т.И. Депрессия во время и после беременности // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2007. – № 1 (14). – С. 63-67.
3. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. – М.: Класс, 1998. – 80 с.
4. Гроф С. За пределами мозга. – М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993. – 504 с.
5. Дин-Рид Г. Роды без страха. – М.: Столица-Принт, 2005. – 304 с.
6. Добряков И.В. Психотерапия и перинатальная психология // Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб, 1999. – С. 18-37.
7. Крейг Г. Психология развития: 7-е международное издание. – СПб: Питер, 2000. – 992 с.
8. Лебойе Ф. За рождение без насилия: Пер. с фр. – М.: Репринт, 1988. – 32 с.
9. Мурашко О.О. Перинатальная психология // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – № 1 (17). – С. 27-30.
10. Оден М. Возрожденные роды. – ДООО СКЦ «Аист», 2005. – 132 с.
11. Тайсон Ф., Тайсон Р. Психологические теории развития. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 169 с.
12. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология развития – новая область исследования в психологии // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4-5. – С. 3-22.
13. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 238 с.
14. Фрейд З. Психология бессознательного. – М.: Просвещение, 1989. – 265 с.
15. Цареградская Ж.В. Ребенок от зачатия до года. – М.: АСТ, Астрель, 2005. – 288 с.
16. Чайка В.К., Бабич Т.Ю. Рожаем вместе. Семейные роды: «за» и «против». – Донецк: ЧП «Лавис», 2006. – 208 с.
17. Чемберлен Д. Разум вашего новорожденного ребенка. – М.: Класс, 2004. – 224 с.



Перечень вопросов

для самоподготовки и самооценки знаний врачей-курсантов к клинической лекции
«Проблемы репродуктивного здоровья с позиций перинатальной психологии»

1. Что означает термин «безопасное материнство»?
2. Какова структура причин материнской смертности в 2007-2008 гг. и каковы резервы ее снижения в вашем регионе?
3. Какие методы психопрофилактики для беременной женщины применяются в вашей практике?
4. Какие фазы становления материнства с вашей точки зрения наиболее уязвимы?
5. Какие преимущества семейных родов, партнерских родов выявлены в вашем учреждении?
6. Ознакомлены ли вы с модулями безопасного материнства (ВОЗ, 2002) и проектом USAID (США) совместно с МЗ Украины?
7. Пути профилактики послеродовой депрессии.
8. Место, методы специалистов родовспомогательных учреждений, семейных врачей в психологической поддержке семьи при нормальной и патологической беременности и родах.