

З.М. Дубоссарская, д.м.н., профессор, Ю.А. Дубоссарская, д.м.н., Днепропетровская государственная медицинская академия

Беременность и роды с позиций перинатальной психологии

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

Перинатальная психология – отрасль психологической науки, которая занимается изучением развития ребенка и его взаимосвязи 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 – от зачатия до трехлетнего возраста ребенка, а в узком понимании – период от зачатия до конца первого года жизни малыша.

Базовым методологическим основанием перинатальной психологии является диадический подход, при котором мать и ребенок рассматриваются как члены единой системы (Д. Винникотт, 1998). С позиций диады ребенок на ранних стадиях развития (до трех лет) воспринимает внешний мир и себя самого, взаимодействует с миром не как самостоятельный субъект, а опосредованно, через взаимосвязь с матерью. Постепенно у него формируется восприятие себя, матери и других объектов внешнего мира как отделенных друг от друга, имеющих самостоятельный физический статус и независимое существование. Партнер, с которым взаимодействует ребенок в диаде, обозначается как «материнский объект». Материнский объект – это взрослый, который выполняет по отношению к ребенку материнские функции. Это может быть и отец, и «множественный» материнский объект, когда в этой роли совместно выступают и мать, и отец, и другие близкие взрослые. Таким образом, отец на ранних этапах развития диадических отношений дублирует и расширяет материнские функции, такие как уход и забота, удовлетворение физических и психических потребностей ребенка, защита и поддержка, эмоционально-личностное общение и др.

В последнее время в психоанализе оформилась теория триангуляции (Е. Фридрих, 1998, Д. Видра, 2000, И.В. Павлов, 2008), согласно которой отец понимается как третий объект, способствующий сепарации ребенка от матери. К концу первого года жизни ребенок начинает воспринимать отца как самостоятельный, отличающийся от матери объект и учиться общаться одновременно с двумя людьми. От того, насколько удачно малыш и его родители сумеют построить тройственные отношения, зависит способность ребенка в будущем строить одновременно отношения с другими людьми. Для этого необходимо, чтобы отец непосредственно занимался младенцем. Благодаря опыту отношений с отцом ребенок выходит из симбиотических отношений с матерью и начинает воспринимать себя отдельно от нее. Большое значение приобретает характер взаимоотношений в родительской паре. При полноценных любящих отношениях в семье женское начало матери постепенно отделяется от слияния с ребенком и вновь обращается в сторону мужчины. То есть благодаря участию отца не только ребенок преодолевает свою симбиотическую зависимость от матери, но и женщина-мать выходит из полного психологического слияния с ребенком.

Перинатальная психология тесно сопрягается с такими медицинскими и биологическими дисциплинами, как генетика, эмбриология, перинатология, акушерство, нейроэндокринология, неврология, сексология и сексopatология, психиатрия, психоанализ, психотерапия, а также подготовка к родам и дородовая педагогика, философия, религия, этика и др. Происходит взаимопроникновение идей, методов исследования и плодотворное сотрудничество между этими областями знаний.

Возникновение перинатальной психологии связано с изменением представлений о

плоде и новорожденном, которые увеличили уважение к неродившемуся ребенку, его интеллекту, чувствам. В соответствии с новой парадигмой в акушерстве и эмбриологии развитие идет от сложного к еще более сложному. Даже первичная клетка (зигота) является изначально сложной структурой благодаря генетической информации, которая включает сведения о морфологическом строении организма человека и функциональных процессах, обеспечивающих закладку и развитие клеток, органов и организма в целом в соответствии с планом его последовательного построения, а также данные о психологических особенностях родителей и прародителей. Сравнительно недавно существовало мнение о том, что новорожденный ребенок не обладает чувствительностью и памятью. Однако с развитием диагностических технологий, позволивших заглянуть в полость беременной матки, обнаружилось, что неродившийся ребенок способен воспринимать воздействие различных раздражителей и реагировать на них. Сенсорные системы плода развиваются неравномерно, однако по мере его формирования и созревания начинают функционировать, влияя на работу других органов и систем (Д. Чемберлен, 2004). Так, кожная чувствительность обнаруживается уже на 7-й неделе от момента зачатия, функция вестибулярного аппарата – на 12-й, вкусовых сосочков – на 14-й, органов зрения и слуха – на 16-18-й неделе. Музыкальное воздействие на орган слуха плода вызывает изменение его сердцебиения. Гипофиз малыша похож на гипофиз взрослого, и эндорфины (гормоны удовольствия) обнаруживаются в кровотоке уже на 17-й неделе внутриутробного развития. Таким образом, пренатальный ребенок может испытывать различные эмоции и смену настроения в зависимости от душевного состояния матери. Начиная с 22-й недели беременности отмечаются адекватные двигательные и эмоционально-выразительные реакции ребенка на положительные и отрицательные стимулы вкусовой, тактильной и слуховой чувствительности, а с 26-28-й недели – мимическое выражение основных эмоций (радость, удивление, страх, гнев – по данным ультразвукового исследования, видео- и фотосъемок у преждевременно рожденных детей). Исследования показали, что структура мозга ребенка в 24-28 недель от зачатия соответствует таковой у доношенного младенца и взрослого человека (Г.И. Брехман, 1998). Новорожденные обладают информацией намного большей, чем предполагалось ранее. После рождения им достаточно нескольких минут для созерцания лица матери, чтобы выбрать ее из серии фотографий; также младенцы прекрасно различают голос матери (Д. Чемберлен, 2004).

Развитие различных структур головного мозга происходит в строго детерминированной генетической последовательности. При этом отмечаются периоды повышенной уязвимости к внешним воздействиям, что характеризуется высоким темпом размножения органоспецифических нейробластов. В различные сроки беременности выделяют критические периоды внутриутробного развития функций головного мозга. Состояние беременной в эти периоды может существенно влиять на особенности формирующихся психических функций ребенка, а значит, во многом определять его жизненный сценарий.

Современные научные данные свидетельствуют о высоком уровне психической жизни плода, его восприимчивости к окружающей среде, особенно эмоциональному состоянию матери. Т. Верну (1981, 1987) выделил три пути взаимодействия матери и неродившегося ребенка: гуморальный,

Материнство – должность пожизненная.
Клэр Лейнер

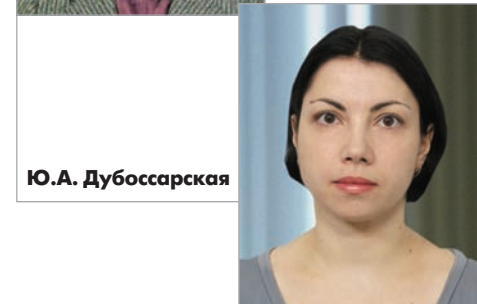
поведенческий и психологический. Гуморальный способ включает передачу различных веществ (эндорфинов, катехоламинов и др.) от матери к плоду с кровью через пуповину или с околоплодными водами через оболочку и плаценту. Наиболее ярким по своим проявлениям является поведенческий путь. Ребенок чутко улавливает поведение мамы и своими шевелениями – легкими касаниями или толчком – 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 по животу, пение). Если делать это регулярно, то через несколько недель такого обучения ребенок начинает отвечать матери движением, непосредственно направленным в ее руку. Матери, сумевшие освоить этот метод, используют его для успокоения ребенка. Наименее исследован психологический (телепатический) путь взаимодействия. Мгновенные реакции ребенка на изменение эмоций матери, восприятие и включение в его память образной, семантической информации, гормональных стимулов ученые пытаются объяснить с позиций квантовой физики, корпускулярно-волновой теории. В процессе этого взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка происходит формирование физического и психического здоровья младенца. Ребенок с момента зачатия начинает накапливать собственный опыт, схватывая вместе с матерью наиболее яркие моменты в жизни и удерживая их в памяти. После рождения эти образы отражаются в мышлении, эмоциональных проявлениях и поведении ребенка.

Основатель теории трансакционного 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 обсуждением или при молчаливом страстном согласии, была ли ситуация результатом случайности, страсти, любви, насилия, обмана, хитрости или равнодушия – формируется «зачаточная установка». Она отражается в жизненном сценарии будущего малыша, так как отношение родителей к интимной жизни отражается на их отношении к ребенку. Доказано, что состояние хронического психоэмоционального стресса матери и отца негативно отражается на их репродуктивной функции, психическом развитии детей.

Одной из наиболее важных фаз становления материнства является беременность, которая рассматривается как критический период жизни женщины – могут всплыть нерешенные детские психологические проблемы, проблемы взаимоотношений с 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 уровне, а не на органическом. Для большинства женщин рождение ребенка – огромный шаг к зрелости, взрослению и самоуважению. Выделяют более 700 факторов, которые характеризуют адаптацию женщины к беременности и материнству – история жизни женщины, удовлетворенность эмоциональными взаимоотношениями с матерью, семейное и социальное положение, ее личные характеристики, физическое и психическое здоровье, особенности связи с ребенком и др. (С.Ю. Мешерякова, 2000,



З.М. Дубоссарская



Ю.А. Дубоссарская

В. Бернс, 1988). В течение беременности меняется сценарий адаптивного поведения, и если процесс адаптации идет успешно, то женщина планомерно продвигается к реализации новой социальной роли – материнства, которое становится возможным после родов.

Во время беременности наиболее важную роль играют следующие факторы:

- субъективная оценка уровня социального благополучия (наличие или отсутствие опыта перинатальных потерь, уровень и характер образования и т.д.);
- тип переживания беременности: отношение женщины к себе самой, к формирующейся системе «мать-дитя», отношение окружающих к беременной (И.В. Добряков, 1999, 2005);
- уровень стрессоустойчивости будущей матери;
- механизмы психологической защиты (Р.Р. Набиуллина и соавт., 2003);
- предрасположенность к принятию или отвержению традиционных представлений о правилах вынашивания ребенка и перинатальном воспитании (А.Е. Палящая, 2009).

Данные факторы, выступая в качестве ключевых переменных, позволяют проанализировать наиболее типичные реакции женщин на воздействие микро- и макросреды (семьи и общества в целом). Эмоциональное состояние беременной обусловлено уровнем социального благополучия. Поддержка членов семьи, материальная обеспеченность и уверенность в будущем благоприятно сказываются на психологическом состоянии женщины. Высокий уровень стрессоустойчивости позволяет сохранять адекватное отношение к жизненным событиям и оберегать будущую маму от дополнительных переживаний. Психологическая защита определяется не объективным событием как таковым, а субъективной значимостью этого события для человека. Главная задача психологической защиты – это устранение психологического дискомфорта. Психологическая защита снижает напряженность, улучшает самочувствие, давая тем самым возможность беременной женщине приспособиться к сложившейся жизненной ситуации, так как уменьшает тревогу и страх.

Как известно, из поколения в поколение передается множество представлений и предрассудков о том, как должна вести себя беременная женщина. Некоторые из них содержат рациональное зерно и по сути отражают точку зрения современной медицины, а иные можно отнести к предрассудкам, способным спровоцировать негативные переживания в период вынашивания ребенка. Первородящие женщины, не имеющие опыта материнства, особенно при недостаточной психологической подготовке к беременности и родам, легче попадают под влияние предрассудков, беспокоятся за процесс вынашивания беременности, за исход и течение родовой деятельности, за способность грудного вскармливания и последующего воспитания ребенка.

Возраст будущей матери играет ключевую и вместе с тем неоднозначную роль в переживании беременности. Женщины старше 30 лет даже при наличии экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, как правило, имеют разносторонний социальный

опыт и могут контролировать эмоциональное состояние, что помогает им в преодолении проблем, возникающих во время вынашивания плода. Следовательно, так называемый поздний возраст, вопреки быденным представлениям, в психологическом отношении не является препятствием для позитивного течения беременности, так как накопленный социальный опыт может компенсировать возможные физиологические трудности (А.Е. Паляшная, 2009).

Известный антрополог М. Мид (1988) показала, что материнская забота и привязанность к ребенку глубоко заложены в биологию зачатия, вынашивания и кормления грудью, однако сложные социальные установки и ценности современной цивилизации могут подавить их. В современном обществе многие женщины вместо материнства стремятся к независимости, карьерному росту, свободе от обязательств и ответственности. Стало появляться все больше неполных семей. Поэтому женщинам, у которых отсутствуют качества, составляющие модель материнства, и их супругам необходимо проходить обучение, цель которого — повышение уровня знаний о беременности, родах и развитии ребенка, подготовка к родам, освоение навыков грудного вскармливания и ухода за ребенком с участием перинатального психолога.

Заслуживают внимания исследования по изучению влияния психического состояния женщины на развитие ребенка. Было выявлено, что наиболее 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 (О.В. Баженова и соавт., 1993). Установлено, что успешная адаптация к беременности коррелирует с успешной адаптацией к материнству. Это и удовлетворенность социальной 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 родов, особенностями послеродового периода. На протяжении беременности меняется отношение женщины к будущему ребенку. Природа делает все, чтобы «включить» ее в материнство. В перинатальной психологии выделяют три основных этапа: до начала шевеления плода, появление ощущений шевеления, период (ближе к родам) «пигмалионизации» ребенка, когда беременная, подобно Пигмалиону, влюбляется в собственное творение — будущего младенца.

Г.Г. Филиппова (2002) выделяет шесть стилей переживания беременности.

1. Адекватный. 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 недель, относятся к нему положительно, оно приятно по соматическому ощущению; шевеление плода четко дифференцируют от других соматических ощущений.

2. Тревожный. 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 послеродовый период. Первое шевеление плода ощущается рано, сопровождается длительными сомнениями. Женщина все время переживает, с тревогой или испугом относится как к частым шевелениям, так и длительному их отсутствию. При этом возможны разные болезненные ощущения, которые в дальнейшем сопровождаются тревогой по поводу собственного 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. Тревога может быть связана с наличием объективных причин, таких как острые или хронические заболевания, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия, что нередко встречается в последнее время. В некоторых случаях женщина переоценивает имеющиеся у нее проблемы. К сожалению, встречаются ситуации, когда тревога неосознанно вызвана действиями работников женской консультации. В этих случаях повышенный уровень тревожности у беременной женщины должен расцениваться как ятрогенный, то есть связанный с некавалифицированным оказанием медицинской помощи.

3. Эйфорический. Для этого стиля характерно не критичное отношение к возможным проблемам беременности и материнства. Женщина воображает идеалистические радужные картины по поводу беременности и течения родов, не видит реалий послеродового периода. Она неадекватно оценивает происходящее. Дифференцированное отношение к характеру шевеления ребенка отсутствует, она не может его охарактеризовать. Возможны осложнения в конце беременности, в родах и послеродовом периоде. Если до родов не проводится психологическая коррекция, то в послеродовом периоде очень часто возникают проблемы в отношении матери к младенцу.

4. Игнорирующий. Женщина слишком поздно осознает себя беременной. Признаки беременности интерпретируются как нарушение менструального цикла, отравление, симптомы хронических заболеваний. Известие о беременности 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 ожиданием встречи с младенцем.

5. Амбивалентный. Общая симптоматика беременности сходна с тревожным стилем. Однако характерны резкие смены настроения (сегодня беременность желанна, завтра — нет), противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления плода, часто возникают болевые ощущения. Отрицательные эмоции интерпретируются женщинами как страх за здоровье ребенка и боязнь неблагоприятного исхода 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 материнства.

6. Отвергающий. Идентификация беременности сопровождается отрицательными эмоциями, симптоматика выражена негативным физическим и эмоциональным состоянием. Беременность воспринимается как наказание, помеха, шевеление плода физиологически неприятно, сопровождается неудобством и брезгливостью. К концу беременности возможны всплески депрессивного и аффективного состояний. Активность женщины направлена на различные социальные задачи, не связанные с беременностью — карьерное продвижение, улучшение материального положения, устройство личной жизни и др.

Необходимо отметить, что в каждом конкретном случае наблюдаются индивидуальные особенности течения беременности. Интересно проследить связь разных стилей переживания беременности с формированием отношения к ребенку, с его ценностью для будущей матери. Так, адекватный стиль соответствует адекватной ценности ребенка;

тревожный и амбивалентный — повышенной или пониженной; игнорирующий и отвергающий — низкой ценности или выбору других приоритетов. Очень сложен для психологической коррекции эйфорический стиль, при котором отношение к ребенку неадекватное, хотя внешне это не выражено. Приподнятое настроение женщины и не критичное отношение к изменениям в жизни — следствие личностной незрелости и неготовности к роли матери. 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.

На течение родовой деятельности и на удовлетворенность женщиной родами влияет такой фактор, как психологическая готовность к родам. Понятие «психологическая готовность к родам» обобщает весь спектр отношений к родам, их осмысление, личную включенность, настрой и эмоциональное состояние женщины, а также ее представления о родах и готовность к соответствующему поведению в родах (Г.Г. Филиппова, 2002). В структуре психологической готовности к родам можно выделить пять основных составляющих.

1. Телесный компонент включает готовность организма к родовой деятельности (конституциональный тип женщины, наличие акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний, гормональную перестройку женского организма во время беременности и перед родами, зрелость шейки матки и др.).

2. Когнитивный компонент — комплекс представлений, стереотипов и знаний о периодах родов, о необходимых действиях медперсонала и поведении роженицы во время родов, а также о возможных негативных последствиях для матери и новорожденного. Типичная когнитивная составляющая для беременных, не прошедших специальной подготовки к родам, состоит в следующем: женщина смутно представляет себе предстоящие роды, понимает, что у нее родится младенец определенного пола и что врачи сделают все необходимое, чтобы она и ее ребенок были здоровы. Женщина знает, что обычно роды болезненны, что многие роженицы кричат, что врачи делают разрезы промежности при рождении плода, а потом накладывают швы. Беременная может иметь информацию о том, что роды у какой-то ее знакомой неблагоприятно закончились либо для нее самой, либо для ребенка. Что касается собственных действий, то женщина знает, что ей надо тужиться, но как это делать, она не представляет. О том, как поведение роженицы влияет на благополучный исход родов, она также не осведомлена.

3. Эмоциональная составляющая представляет собой комплекс отношений, чувств, переживаемых эмоций, а также возможные страхи и опасения женщины по поводу предстоящих родов. Также сюда относятся уверенность или неуверенность в благополучном исходе собственных родов. Например, из-за недостатка знаний (недостаточно сформированная когнитивная составляющая) женщина может испытывать волнение, роды могут представляться ей как опасный и болезненный процесс. Женщина может бояться этого и бессознательно стремиться избежать, требовать медикаментозного обезболивания родов. Она может одновременно испытывать противоречивые чувства: хотеть, чтобы роды произошли, так как у нее появится ребенок, и не хотеть их, поскольку лично для нее это — боль, потеря крови и полная неизвестность того, чем все это закончится. Роды для женщины могут складываться в чувственный образ катастрофы, опасности для нее лично и, возможно, для ребенка. Следует отметить негативное влияние эмоциональной составляющей при спонтанном формировании психологической готовности к родам, при нулевом уровне ее сформированности. Это проявляется в виде волнений и различных страхов по поводу предстоящих родов, высокой личностной тревожности женщины в период вынашивания плода, так называемый невротический синдром беременности. Этот синдром оказывает патологическое влияние на течение родовой деятельности и послеродового периода. Эмоциональная напряженность, тревожность и страхи

усиливают болевой синдром в родах и могут спровоцировать аномалии родовой деятельности, дистресс-синдром плода и другие акушерские осложнения. Целенаправленное формирование готовности к родам позволяет нейтрализовать негативное влияние эмоциональной составляющей и перевести ее в позитивное ожидание встречи с младенцем.

4. Мотивационный компонент — это принятие женщиной решения родить. Это либо разрешение себе испытать этот неизвестный опыт (даже для повторнородящих исход предстоящих родов непредсказуем), либо сильные колебания между хочу-должна-не хочу, выражающиеся в волевом параличе, когда решение не принято, а возможности отменить роды, отказаться от них, нет. Когда беременная вступает в роды, этот физиологический процесс нельзя остановить волевым решением, в результате возникает сильный внутренний протест. Паралич воли сковывает активность женщины в родах и вынуждает ее быть объектом происходящего процесса, где активность берут на себя врачи, что повышает частоту акушерских осложнений и необходимость оперативного родоразрешения.

5. Семейный компонент включает в себя восприятие женщиной комплекса взаимоотношений с мужем, его участие или не участие в процессе ожидания ребенка — беременности и родов. При неразвитой семейной составляющей женщина чувствует одиночество, отдаленность от мужа, воспринимает вынашивание плода и роды как часть своей личной жизни и изменений, происходящих только с ней. При этом женщина может чувствовать острую неудовлетворенную потребность разделить эти переживания с мужем, получить поддержку с его стороны. Муж при этом может воспринимать свою роль в период беременности и родов (а затем и при воспитании ребенка) только как добытчика и кормильца семьи. При полной сформированности семейной составляющей женщина чувствует участие со стороны мужа, его поддержку, тепло взаимоотношений. У женщины появляется возможность разделить с ним свои переживания. Это наполняет их жизнь чувством взаимной причастности к важному семейному событию. При этом супружеские отношения развиваются в сторону более полной близости и доверия при принятии совместного решения о семейных родах, взятии мужем на себя особой роли в родах, проявляющейся в моральной поддержке женщины, в укреплении ее уверенности в себе и в благополучном исходе родов. Следует отметить, что семейная составляющая является наиболее сложной и слабо изученной, поскольку отношения между супругами развиваются через этапы кризисов. Роды для семейной составляющей являются скорее катализатором, чем гармонизацией всех аспектов отношений между супругами (Г.Г. Филиппова, 2002).

Психологическая готовность к родам может формироваться как спонтанно, так и целенаправленно с использованием индивидуальных или групповых психотерапевтических занятий по подготовке к родам для будущих матерей и семейных пар в период беременности. Однако психологическая готовность к родам при спонтанном формировании остается неразвитой (не выше второго уровня), а при целенаправленном — развивается полностью. Наличие высокого уровня готовности к родам связано с последующим благоприятным течением родового процесса (как физиологических параметров родовой деятельности, так и удовлетворительного состояния роженицы и новорожденного). Психологическая готовность к родам поддается диагностике и служит критерием прогнозирования успешного исхода родов. Выделяют пять уровней психологической готовности к родам.

Нулевой уровень — полное отсутствие психологической готовности к родам. Характеризуется паникой в родах, сильными переживаниями и множеством страхов, длительным труднопереносимым болевым синдромом, негативным восприятием родов, получением послеродового стресса и возможными акушерскими и перинатальными осложнениями.

Продолжение на стр. 28.

З.М. Дубоссарская, д.м.н., профессор, Ю.А. Дубоссарская, д.м.н.,
Днепропетровская государственная медицинская академия

Беременность и роды с позиций перинатальной психологии

Продолжение. Начало на стр. 26.

Первый и второй уровни — наличие мотальной готовности к родам. Уверенное вхождение в роды, женщина спокойна, у нее отсутствует страх на протяжении родового акта. Первый уровень характеризуется частичной моральной готовностью, поскольку вышеописанное состояние наблюдается в некоторые периоды родов. На втором уровне готовности к родам спокойное и уравновешенное состояние женщины наблюдается на протяжении всей родовой деятельности.

Третий и четвертый уровни — собственно психологическая готовность к родам. Характерно наличие полной моральной готовности, абсолютное принятие родового процесса, включая возможные негативные моменты, и нахождение роженицы в состоянии «здесь и сейчас», что обеспечивает ей вхождение в «родовой энергетический поток» и относительно (либо полностью) безболезненные роды. Женщина получает от родов радостные позитивные впечатления, роды благотворно воздействуют на ее глубинное психоэмоциональное состояние. Отношение к родам позитивное, формируется желание к рождению детей в будущем. На третьем уровне в отличие от четвертого вышеописанное состояние наблюдается лишь в некоторые периоды родов. Характерным критерием отсутствия полной психологической готовности к родам является тот факт, что женщины «торопит роды», желая, чтобы все быстрее закончилось, несмотря на свое спокойное и уверенное состояние (Г.Г. Филиппова, 2002).

Многие психологические проблемы человека возникают еще во время беременности, родов и раннего послеродового периода как результат индивидуальной психологической реакции матери, ее образа мышления и поведения. Это, в свою очередь, является отражением психологических, культурных особенностей ближнего окружения, а также социально-экономического и политического состояния общества в целом. Доказано, что совокупность этих обстоятельств может привести к возникновению перинатальных психологических травм. Последние проявляются у ребенка, а позже у взрослого в виде психических проблем, таких как страхи и фобии, неврозы, психопатический характер, нарко-, табако- и алкозависимость, повышенная агрессивность и склонность к насилию, сексуальные нарушения, психосоматические расстройства. Эти перинатальные психологические травмы становятся причиной длительного дискомфорта, мешающего человеку находиться в гармонии с самим собой и окружающими людьми.

В многочисленных работах психологов и психотерапевтов установлено, что информация, полученная неродившимся ребенком, фиксируется в его памяти. Американский врач и психолог чешского происхождения С. Гроф, один из основателей трансперсональной психологии, ввел понятие матриц. Матрицы — это стойкие функциональные структуры (клише), которые являются базовыми для многих психических и физических реакций в течение всей последующей жизни человека. С. Гроф (1985) пришел к выводу, 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 и др.». Четыре базовые перинатальные матрицы глубоко соотносятся с клиническими периодами биологического рождения. Первая перинатальная матрица формируется в конце беременности и захватывает латентную фазу первого периода родов, то есть до 3-4 см раскрытия маточного зева. Вторая приходится на активную фазу первого периода родов до

полного раскрытия шейки матки. Третья матрица формируется в раннюю фазу второго периода родов при прохождении плода по родовым путям до тазового дна. Четвертая — в позднюю фазу второго периода родов от начала потуг до рождения ребенка и в первые минуты его жизни.

При нормальной протекающей беременности и адекватном поведении женщины первая перинатальная матрица (наивности) отражает биологическое единство матери и плода и проявляется отсутствием границ сознания. Она ассоциируется с океаническим блаженством, связанным с природой-матерью, дающей пищу и безопасность. При различных осложнениях при беременности и в латентную фазу первого периода родов (поздние гестозы, патологический прелиминарный период, дистресс-синдром плода и др.) формируются воспоминания о «плохом лоне». В первые месяцы и годы жизни ребенка такой опыт может проявляться 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 перинатальная матрица (жертвы) формируется в течение относительно короткого периода времени (4-5 ч) при усилении схваток. После периода «блаженства» и безопасности плод начинает испытывать сильное внешнее давление и агрессию, которые он не может ассимилировать в своем ментальном опыте. При регулярной родовой деятельности плод периодически сжимается нарастающими маточными схватками, но шейка матки еще закрыта. 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 последующем активация этой матрицы может приводить к клаустрофобии, ощущению безвыходности жизненных ситуаций, чувству вины и неполноценности, бессмысленности и абсурдности человеческого существования, неприятным телесным проявлениям (ощущению гнета и давления, сердечной недостаточности, бронхиальной астме).

Третья перинатальная матрица (борьбы) отражает раннюю фазу второго периода родов. Сокращения матки продолжаются, но шейка матки полностью раскрыта. Продвижение плода по родовому каналу сопровождается сильным механическим давлением и непосредственным контактом с такими биологическими материалами, как слизь, кровь и моча. Все это происходит в контексте отчаянной борьбы за выживание. Однако ситуация при этом не кажется безнадежной, а ее участник отнюдь не беспомощен. Ребенок принимает активное участие в происходящем, чувствует, что страдание имеет определенную направленность и цель. Фиксация на третьей матрице приводит к проявлению агрессивности и амбициозности во взрослой жизни.

Четвертая перинатальная матрица (свободы) связана с началом потуг и рождением ребенка. По мнению С. Грофа, 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 кульминации, за пиком боли и напряжения следует внезапное облегчение и релаксация. Однако радость освобождения сочетается с тревогой — после внутриутробной темноты младенец впервые сталкивается с ярким светом, отсечение пуповины прекращает телесную связь с матерью, и новорожденный становится анатомически независимым. Полученная в процессе родов физическая и психическая травма, связанная с угрозой для жизни, с резким изменением условий существования (смена водной

среды на воздушную и др.), во многом определяет дальнейшее развитие ребенка. Вместе с тем М. Оден (2005) и Ф. Лебуайе (1988) считают, что существующая практика «мягких родов» позволяет свести к минимуму психологическую родовую травму и ее последствия. Индивидуальные родильные залы, партнерские роды, выкладывание новорожденного на живот матери, тесный контакт кожа к коже, раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме, поддержка грудного вскармливания, минимальное вмешательство медперсонала в процесс ухода за младенцем нейтрализуют перинатальные матрицы и способствуют психологическому комфорту малыша.

Однако можно выделить несколько актуальных проблем, возникновение которых заложено до рождения человека (Г.И. Брехман, 1998). Прежде всего, это проблема нежеланных детей и нарушений отношения матери к ребенку, вплоть до психологического и физического отказа от ребенка (девиантное материнство). Нежеланные дети, прошедшие в лоне матери школу ненависти и отвержения, испытывают те же чувства. От этого страдают они, их семья и общество. С этой проблемой тесно связан вопрос приемных детей, которые на бессознательном уровне понимают, что воспитывающая женщина не является их биологической матерью. Они сталкиваются с противоречием между отверженностью, испытанной ими в перинатальном периоде, и любовью, которой их одаривают приемные родители. Это лежит в основе их внутреннего конфликта, что определяет их неосознанное провоцирующее асоциальное поведение. Особой и малоизученной проблемой является формирование сексуальной ориентации, которая может быть нарушена чрезмерно амбициозным желанием родителей иметь ребенка определенного пола. Согласно данным литературы, если пол плода не соответствует категоричным желаниям матери или отца, то у ребенка в последующем наблюдается поведение, более характерное для человека противоположного пола. Естественно, что воздействие родительских установок относительно нежеланности или предпочтения по половой принадлежности приобретает силу после рождения ребенка, так как семья является ранней средой его развития.

Психологический стресс в течение беременности и родов приводит к комплексу проблем, требующих внимания к психоэмоциональной сфере женщины во избежание акушерских и перинатальных осложнений. В настоящее время научно обоснованы основные направления психопрофилактической подготовки к родам, среди которых выделяют:

- активное, сознательное участие женщины в родовом акте;

- создание в сознании женщины позитивной эмоциональной доминанты, необходимой для успешного и безболезненного течения родов.

Для беременной женщины и ее партнера очень важно умение восстанавливать и сохранять психоэмоциональное равновесие во время родов, что достигается с помощью:

- физических упражнений, в том числе плавания, гимнастики с элементами йоги, формирующей навыки общения со своим телом;

- методик, развивающих творческие способности будущей мамы (рисование, вышивание, вязание и др.);

- упражнений для снятия страха перед родами;

- методик снижения дискомфорта во время родов (релаксация, дыхательные техники, массаж, свободные позиции во время схваток и потуг, ароматерапия, иглорефлексотерапия и др.).

При обучении родовому поведению женщина ориентируется на эффективную модель, отсекая социокультурную модель родов-страданий, и формирует стабильный образ «Я — мать» (я рожаю дитя). Семейные репетиции родового поведения с помощью индивидуальных или групповых тренингов помогают закреплению (кодированию) памяти, формируют стойкое самообладание у партнеров, сдерживают дезадаптивное поведение во время родов. Г. Дик-Рид (1996, 2005) утверждал, что рождение ребенка

должно быть радостью для женщины, а не мучением, и это может быть достигнуто путем информирования о периодах родов, естественном поведении и глубокой релаксации роженицы, так как если тело полностью расслаблено, то невозможно испытывать чувство страха.

Внедрение современных перинатальных технологий в Украине, включая открытость родильных домов, партнерские (семейные) роды, создание условий для естественного поведения роженицы, самостоятельный выбор позиции во время родов, совместное пребывание матери и новорожденного в стационаре, ранний выписку из родильного дома при благоприятном течении послеродового периода, привело к значительному улучшению психологической обстановки. За последние годы в Украине во всех родильных домах созданы максимально благоприятные условия для родителей и их будущего ребенка — индивидуальные родильные залы и палаты совместного пребывания родильницы и новорожденного. Количество партнерских родов в 2009 г. увеличилось до 52%, а в отдельных регионах — до 79%. Поддержка семьи, безусловно, имеет большое значение в перинатальном периоде, улучшает акушерские показатели и способствует снижению акушерской агрессии. Присутствующий партнер оказывает позитивное влияние на благоприятный исход родов. Родственники не только принимают участие в родах, но и могут свободно посещать послеродовую палату, помогают женщине ухаживать за новорожденным, что способствует формированию у них сознательных семейных чувств и ответственности за ребенка. К сожалению, не всегда чувства между супругами столь велики, чтобы позволить отцу ребенка присутствовать при родах.

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

- Когнитивный (познавательный) аспект: мать обладает необходимыми знаниями о ребенке, причем это не только внешние знания, но и интуитивные — умение определять потребности ребенка, понимать подаваемые им сигналы еще на пренатальной стадии.

- Эмоционально-смысловой аспект: мать всецело принимает ребенка как самостоятельную ценность, он не становится для нее средством самореализации или удержания партнера.

- Поведенческий аспект: мать компетентно взаимодействует с ребенком, адекватно его потребностям, способна к ответственному выбору (А.М. Бычкова и соавт., 2006).

Исходя из этого осуществляется подбор психокоррекционных методик для семейных пар, которые способствуют принятию ребенка, освоению родительской роли, развитию гармоничных супружеских отношений, формированию творческого подхода к воспитанию детей. Важна не только физиологическая готовность женщины к родам и укрепление физического состояния (плавание, йога, закаливание, растяжки мышц, релаксация и др.), но и эмоциональная гармония в семье, развитие творческих способностей, необходимых для получения во время беременности и родов позитивного жизненного опыта. Также важна медико-психологическая поддержка будущей матери и супружеской пары во время беременности, при подготовке к родам и в послеродовом периоде, которая должна охватывать все этапы материнства.

В заключение необходимо отметить, что первоочередной задачей развития перинатальной психологии в начале третьего тысячелетия является взаимопонимание между акушерами-гинекологами, неонатологами и педиатрами, психологами, педагогами и социологами для разработки единой стратегии взаимодействия для достижения общей цели — обеспечения репродуктивного здоровья населения, улучшения демографической ситуации и оптимизации физического и психического развития будущих детей.

Список литературы находится в редакции. 