

**МАСТЕРА  
ПСИХОЛОГИИ**

И. В. Добряков

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ  
ПСИХОЛОГИЯ**



Мастера психологии

Игорь Добряков

**Перинатальная психология**

«Питер»

2010

**Добряков И. В.**

Перинатальная психология / И. В. Добряков — «Питер»,  
2010 — (Мастера психологии)

ISBN 978-5-49807-191-6

Книга посвящена новому разделу психологической науки – перинатальной психологии. Автор касается вопросов истории ее формирования за рубежом и в России, приводит и анализирует различные подходы, показывая предпочтительность биопсихосоциального. В монографии рассмотрены психологические особенности всего репродуктивного процесса: зачатия, беременности, родов, ранних этапов постнатального онтогенеза. Особое внимание уделено организации перинатальной психологической помощи женщинам и членам их семей, в том числе при перинатальных утратах. Издание адресовано клиническим психологам, психотерапевтам, психиатрам, акушерам-гинекологам, неонатологам, представителям смежных специальностей, а также студентам вузовских факультетов психологического и медицинского профилей.

ISBN 978-5-49807-191-6

© Добряков И. В., 2010

© Питер, 2010

# Содержание

Предисловие	5
Введение	7
Глава 1	12
Определение перинатологии, ее становление и развитие	12
Основные разделы перинатологии	16
Перинатальная медицина как раздел перинатологии	20
Перинатальная психиатрия как раздел перинатальной медицины	20
Перинатальная психотерапия как раздел перинатальной медицины	22
Перинатальная педагогика как раздел перинатологии	23
Перинатальная психология как раздел перинатологии	26
Основные разделы перинатологии и их направления	30
Глава 2	31
Варианты теоретических походов к обоснованию перинатальной психологии	31
Эклектически-дилетантский подход к обоснованию перинатальной психологии	31
Медико-редукционистский вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии	34
Психолого-редукционистский вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии	35
Интегративный биопсихосоциальный вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии	38
Глава 3	40
Биологический компонент биопсихосоциальной модели перинатальной психологии	40
Психологический и социальный компоненты биопсихосоциальной модели перинатальной психологии	43
Психоанализ как теоретическая основа перинатальной психологии	43
Теория личности как основа перинатальной психологии	47
Конец ознакомительного фрагмента.	50

# Игорь Валериевич Добряков

## Перинатальная психология

### Предисловие

Одним из решений демографических проблем современной России является создание стратегии охраны и укрепления репродуктивного здоровья населения. В 2008 г., в Екатеринбурге, на Всероссийской психиатрической конференции «Психическое здоровье и общественная безопасность» в своем пленарном докладе академик РАМН Т. Б. Дмитриева подчеркивала, что в охране психического здоровья детей необходимо разрабатывать и применять новые подходы. С этим связана насущная потребность в современном осмыслении теоретических основ перинатологии, причем не только ее медицинских вопросов, но и такого важного раздела, как перинатальная психология.

Уверен, что среди современных изданий, посвященных этой важной теме, книга Игоря Валериевича Добрякова, являющаяся итогом его более чем десятилетней работы, займет особое место. Ее отличают фундаментальное рассмотрение возникновения и развития перинатальной психологии, детальное рассмотрение проблем, возникающих на всех этапах репродуктивного процесса: зачатия, беременности, родов, раннего постнатального периода. Издание содержит большое количество хорошо структурированного материала, почерпнутого из научных работ (их в списке более 250), а также результаты собственных оригинальных исследований.

И. В. Добряков, имея как медицинское, так и психологическое образование, логично использует в качестве теоретического обоснования перинатальной психологии учение о доминанте российского физиолога А. А. Ухтомского, психоаналитические откровения, взгляды на личность как на систему отношений В. Н. Мясищева, рассмотрение семьи как системы и в качестве первичной социальной группы. Автору удалось показать, что эти столь различные теории не противоречивы, а дополняют друг друга, позволяют глубоко и разносторонне исследовать интересующие проблемы. Их сочетание обеспечивает биопсихосоциальный подход, необходимый при исследованиях на стыке медицины и психологии, способствует взаимопониманию различных специалистов, единению их в решении общих вопросов сохранения здоровья матери и ребенка, созданию того, что автор называет перинатальным комплаенсом.

Необходимость сотрудничества разных специалистов, связанных общей деятельностью, направленной на решение перинатальных проблем, – одна из основных идей автора. Он убедительно показывает, что единство взглядов медицинских работников и психологов позволяет успешно решать практические задачи, а редуccionистские подходы снижают эффективность оказываемой помощи, могут привести к ятрогениям и психологениям. Таким образом, теория внедряется в практику.

Оригинальная периодизация стадий формирования супружеских отношений, предлагаемая И. В. Добряковым, позволяет выделить благоприятные и неблагоприятные периоды для зачатия ребенка. Разработанная автором типология психологического компонента гестационной доминанты имеет большое практическое значение. Выявление особенностей психологического компонента гестационной доминанты с помощью теста отношений беременной позволяет ориентировать практических врачей и психологов на то, с какими проблемами женщины им нужно работать.

Практическим вопросам организации перинатальной помощи посвящена целая глава. Это безусловно поможет становлению перинатальной психологической и психотерапевтической помощи в нашей стране, сделает ее более доступной населению. Важно, что в приложе-

нии приведены профильные приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которыми могут и должны руководствоваться в своей работе специалисты, занимающиеся вопросами перинатальной психологии.

Впервые в отечественных изданиях подобного рода в книге И. В. Добрякова поднимается проблема оказания помощи при перинатальных утратах. Этому посвящена специальная глава, написанная совместно с психологом Е. М. Костериной, работающей в родильном доме г. Кургана. К сожалению, в нашей стране семья, в которой произошло несчастье – смерть ребенка в перинатальном периоде, – практически не получает никакой психологической поддержки и психотерапевтической помощи. В монографии это проблема четко обозначена, дан ряд рекомендаций, намечены пути ее решения.

При чтении книги И. В. Добрякова заинтересованный читатель найдет ответы на многие вопросы, однако много вопросов и появится. Книга заставляет задумываться, побуждает к действиям. Полагаю, что, прочитав ее, большинство коллег с нетерпением будут ожидать окончания автором обещанного «естественного продолжения» этого труда – «Перинатальной психотерапии».

Наконец, очень символично, что автор, крупный ученый, уникальный специалист в этом направлении, врач, носящий такую удивительно добрую фамилию, и в своей научно-практической деятельности спешит делать добро матери, добро ребенку, добро супругам. И нет ничего более важного и доброго, чем помощь нуждающейся семье, а также умение легко и доступно передать свой опыт, раскрыть тайны своего мастерства и профессионализма.

Главный детский специалист психиатр Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации,

доктор медицинских наук, профессор

*Е. В. Макушкин*

## Введение

На рубеже XX–XXI вв. в России начался и до сих пор продолжается кризис, характеризующийся тем, что прежние нормы перестали действовать, а современные еще не установились, старые ценности девальвировались, а новые находятся в процессе формирования. Э. Дюркгейм (E. Durkheim) подобное критическое состояние общества назвал аномией (греч. *α* – отрицание, *νομος* – закон). В современном российском обществе аномия выражается в дезорганизации и дисфункциональности основных социальных институтов, патологии социальных связей и взаимодействий (Кривошеев В. В., 2004; Черняк Е. М., 1999). В частности, результатом аномии в России является ухудшение здоровья всех членов семьи, более поздний возраст при вступлении в брак и рождении первого ребенка, рост количества разводов, распространение моделей семейно-брачных отношений, альтернативных традиционным (конкубинат, свободные отношения, гомосексуальные семьи и т. п.) (Безрукова О. Н., 2007). Преобладающие типы демографического поведения характеризуются установкой на рождение лишь одного ребенка или на сознательную бездетность. Это приводит к серьезным демографическим проблемам. Если в 1981–1985 гг. рождаемость в РСФСР была 2,4–2,5 миллиона человек в год (рекордной за всю послереволюционную историю страны), то за последние 15 лет естественная убыль населения России составила более 11 миллионов человек при населении постоянных жителей 142 миллиона человек. Если не принимать меры, то к концу нынешнего столетия из-за низкой рождаемости население страны может сократиться вдвое (Рыбаковский Л. Л., 2007). Объясняют такую тенденцию в основном социальными причинами, в частности ухудшением материального благосостояния семей, недостатком внимания государства к их проблемам.

Последние годы, несмотря на разразившийся экономический кризис, правительство предпринимает попытки изменить ситуацию: улучшить материальное благосостояние населения, совершенствовать материальную стимуляцию увеличения рождаемости. Так, в 2007 г. были увеличены максимальные выплаты по декретному отпуску с 16 000 до 23 400 руб. в месяц, принято постановление о вознаграждении в 250 000 руб. за рождение второго или последующего ребенка (но только один раз в жизни!).

Однако даже более эффективные социальные меры вряд ли способны изменить ситуацию к лучшему. Ведь общеизвестно, что хорошая зарплата, налаженный быт семьи далеко не всегда приводят к желанию иметь много детей. Сводить стимулирование рождаемости только к материальным благам неправильно. Подтверждением этого может служить ситуация в странах Западной Европы: хорошо обеспеченные люди, не испытывающие никаких материальных проблем, как правило, не хотят иметь больше двух детей. В то же время в странах с низким благосостоянием населения рождаемость, количество детей в семьях, как правило, значительно превышают эти показатели в более развитых странах. По данным ведущего сотрудника Санкт-Петербургского социологического института РАН А. В. Баранова, в Санкт-Петербурге наибольшее количество новорожденных (66 %) появилось у четвертой части населения города, имеющей доходы ниже официальной черты бедности, что подтверждает высказывание: дети – это богатство бедных. У четверти наиболее обеспеченных жителей города появилось лишь 8 % новорожденных (Баранов А. В., 2008).

Для улучшения демографических показателей необходимо сочетание как социальных мер, направленных на преодоление низкого материального уровня жизни, так и медико-психологических мероприятий, позволяющих улучшить состояние репродуктивного здоровья населения, сделать доступной помощь, направленную на решение проблем, препятствующих деторождению.

В связи с этим в последние годы отмечается заметный рост интереса к вопросам перинатальной психологии и психотерапии, к практическим разработкам в этой области. Проведенные

исследования показали высокую востребованность у населения перинатальной психологической помощи.

Санкт-Петербургским городским центром медицинской профилактики был проведен опрос 1473 беременных, состоящих на учете в женских консультациях. Было выявлено, что каждая вторая женщина (57 %) хотела бы получить непосредственно в женской консультации психологическую помощь, а 76 % женщин отметили необходимость организации в женских консультациях «Школы отцов» (Винтухова Л. В., Заозерский Ю. А., 2005).

Аналогичные результаты были получены при анализе более 20 000 анкет, полученных из 67 регионов России. Выяснялось мнение пациентов и врачей учреждений родовспоможения и детства о необходимости оказания психологической помощи. Пациентов спрашивали о том, нужны ли им психологические услуги и какие (психологическое консультирование, просвещение, образование, практические занятия), а врачей – о необходимости предоставления психологических услуг их пациентам и им самим.

Оказалось, что каждый вид предлагаемой психологической помощи востребован в среднем 60 % пациентов, из них 65 % хотели бы получать психологические услуги в медицинских учреждениях, в которых они наблюдаются и лечатся. При этом 19 % респондентов готовы были оплачивать эти услуги, а 81 % предпочли бы получать их бесплатно.

Анализ опроса врачей показал, что потребность своих пациентов в психологической помощи они оценивают выше, чем сами пациенты. Следует также отметить желание 100 % врачей самим получать психологическую помощь как для снятия профессионального стресса, так и в связи с личными проблемами. Кроме того, большинство врачей хотели бы получить знания и навыки в области перинатальной психологии и психотерапии (Ланцбург М. Е., 2003).

Эти данные подтверждают необходимость развития перинатальной психологии и внедрение ее в практику. Однако можно констатировать отсутствие общепринятых четких дефиниций, устоявшихся теоретических обоснований этого нового раздела психологической науки. Еще в 1993 г. Ю. И. Шмурак утверждала, что «...психологической концепции беременности пока нет» (Шмурак Ю. И., 1993, с. 21). Подобное сожаление, актуальное и в настоящее время, в 2002 г. высказывал академик В. В. Брушлинский (Брушлинский А. В., 2002). Отсутствие теоретической базы затрудняет подготовку специалистов в области перинатальной психологии. Дефицит квалифицированных специалистов частично восполняется за счет лиц, нередко не имеющих психологического образования, но называющих себя «практикующими перинатальными психологами». К сожалению, многие из них – люди невежественные, уверенные, что перинатальная психология занимается исключительно дородовой подготовкой и что они в этом разбираются. Зачастую они устанавливают со своими клиентками комплиментарные отношения, т. е. работают по принципу «желание клиентки – закон». Такие «перинатальные психологи» вместо того, чтобы помогать беременным женщинам адекватно оценивать свое состояние, адаптироваться к нему, то безответственно настраивают их против употребления любых назначенных врачом медикаментов, то, идя на поводу у клиенток, без достаточных для этого медицинских показаний, соглашаются проводить роды под наркозом или делать кесарево сечение. Таким образом, перинатальная психология серьезно дискредитируется, а акушеры-гинекологи не желают сотрудничать с «психологами», не имеющими достаточных для эффективной работы знаний в смежных с перинатальной психологией областях (в акушерстве, неонатологии, психотерапии, а также в медицинской психологии, психологии семейных отношений, психологии развития и пр.). Справедливо утверждая, что беременность – не болезнь, такие психологи упускают, что и вполне здоровая беременная женщина должна регулярно посещать медицинские учреждения, наблюдаться у врача, проходить целый ряд обследований, много общаться с медицинским персоналом. Не говоря уже о том, что более чем у половины женщин во время беременности обнаруживаются те или иные патологии, вызывающие необходимость в медицинской помощи. В связи с этим представляется очевидным, что базовым образованием пери-

натальных психологов должна быть медицинская (клиническая) психология, на основе которой необходимо тематическое усовершенствование в области перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии. Специалисты, прошедшие такое обучение, должны быть готовы к решению сложнейших психологических проблем, возникающих в связи с развитием науки, делающих явью то, что раньше считалось невозможным (например, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство и пр.).

В марте 2006 г. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан приказ, согласно которому в каждой женской консультации предполагается открыть по психотерапевтическому кабинету.

14 июля 2008 г. на совещании, проходившем в Клинской городской больнице, говоря об отечественном здравоохранении и планах его развития до 2020 г., президент РФ Дмитрий Медведев отметил в будущей концепции здравоохранения три основных направления:

- оказание своевременной и качественной медицинской помощи гражданам;
- профилактика заболеваний;
- диспансеризация населения.

Министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова рассказала, что в возглавляемом ею министерстве подготовлены два документа. Первый – среднесрочная государственная программа развития до 2012 г., созданная на базе национального проекта «Здоровье». Второй документ – непосредственно концепция развития здравоохранения до 2020 г. в рамках общей концепции социально-экономического развития страны на этот период.

Оба документа должны, по ее мнению, изменить сложившиеся отрицательные тенденции. Она рассчитывает, что к 2011 г. численность населения стабилизируется на уровне 143 миллиона человек, а к 2020 г. увеличится до 145 миллионов (Кузьмин В., 2008).

Президент призвал допускать любые медицинские учреждения, независимо от их размера и формы собственности, к участию в конкурсах на оказание медицинских услуг. Это позволило нам принять участие в открытом конкурсе на право заключения государственных контрактов на выполнение научно-исследовательских и иных работ в рамках подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» по лоту № 3 «Разработка проекта методических рекомендаций «Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации»». Материалы этих разработок представлены в соответствующей главе данного издания.

Открытие в каждой женской консультации психотерапевтического кабинета требует подготовки медицинских (клинических) психологов, врачей-психотерапевтов, которые могли бы осуществлять перинатальную психологическую и психотерапевтическую помощь в дородовой подготовке, в процессе родов, помогающих формированию благоприятных типов взаимодействия родителей (особенно матери) с младенцами и детьми младшего возраста.

Надеюсь, что книга, которую вы держите в руках, внесет свой скромный вклад в подготовку перинатальных психологов. Она является подведением итогов, обобщением результатов собственных исследований автора в области перинатальной психологии, отражает сложившиеся в течение многих лет его взгляды на то, какие теоретические положения в области физиологии, психологии, социальной науки позволяют развить и структурировать перинатальную психологию.

Считаю своим долгом выразить благодарность людям, способствующим формированию этих взглядов, людям, без которых создание этой книги было бы невозможно. Прежде всего хочу почтить светлую память профессора А. М. Свядоша и профессора Сержа Лебовиси (S. Lebovici), академика А. В. Брушлинского.

Абрам Моисеевич Свядош создал первую в СССР Консультацию по вопросам семьи и брака и привлек меня, молодого, еще неопытного психотерапевта, к сотрудничеству. В кон-

сультации я работал вместе с такими замечательными врачами-гинекологами, как Валерий Абрамченко (ныне профессор НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта), Валентина Мацко (сейчас главный врач СПб ГУЗ «Родильный дом № 1»), Владимир Цырульников (кандидат медицинских наук, врач СПб ГУЗ «Родильный дом № 1»); с психиатром Генрихом Конрадовичем Поппе – ассистентом кафедры психиатрии педиатрического медицинского института, с психотерапевтом Львом Щегловым – ныне профессором, создавшим и возглавившим институт сексологии и психотерапии; с сексологами Михаилом Екимовым, работающим в настоящее время доцентом кафедры сексологии СПбМАПО, Владимиром Садовниковым, долгое время возглавлявшим сексологическую службу Ленинградской области, и другими замечательными специалистами. В консультации мне была предоставлена возможность встречаться с людьми, вступающими в брак или состоящими в браке, помогать им разбираться в семейных проблемах, в том числе связанных с зачатием и беременностью.

Профессор Серж Лебовиси – всемирно известный психоаналитик, патриарх французской детской психиатрии, благосклонно отнесся к прочитанному мною на одной конференции докладу и предложил выступить с ним на Международном коллоквиуме по перинатальной психиатрии в Монако. Именно благодаря ему, а также профессору Филиппу Мазе (Philippe Mazet), доктору Эрве Бенаму (Herve Benhamou) мне посчастливилось участвовать в работе этого замечательного форума, общаться с ведущими в то время специалистами в области перинатальной психологии и психиатрии. Позднее мне посчастливилось в Париже присутствовать на семинарах, клинических разборах Сержа Лебовиси. Именно в это время я стал понимать суть основных положений психоанализа и его клиническое значение.

Академик Андрей Владимирович Брушлинский долгие годы возглавлял НИИ психологии РФ. Его последние работы были посвящены формированию субъектных отношений. Он интересовался вопросами перинатальной психологии, приветствовал создание при Санкт-Петербургском психологическом обществе секции перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии, способствовал созданию подобной секции при Российском психологическом обществе.

Также считаю своим долгом выразить благодарность:

- Дмитрию Николаевичу Исаеву, профессору, предложившему мне, молодому врачу, поступить в аспирантуру при кафедре психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института; терпеливо и мудро руководившему работой над моей кандидатской диссертацией; демонстрирующему и воспитывающему строгость и взыскательность к себе в научных исследованиях;

- Борису Емельяновичу Микиртумову, профессору, совершенно внезапно поменявшему тему научно-исследовательской работы ассистента возглавляемой им кафедры, преодолевшему мое сопротивление и буквально заставившему меня заниматься проблемами беременных и младенцев;

- Александру Сергеевичу Батуеву, академику, создавшему при Санкт-Петербургском государственном университете научный центр «Психофизиология матери и ребенка», привлечшему меня в 1995 г. к работе в специализированном научном совете «Психофизиология матери и ребенка», показавшему мне перспективы использования в перинатальной психологии учения о доминанте А. А. Ухтомского;

- Эдмунду Георгиевичу Эйдемиллеру, профессору, одному из основоположников отечественной семейной психотерапии, за радость работать на возглавляемой им кафедре, перенимать его опыт, за строгую критику и в то же время поддержку в работе;

- Ирине Михайловне Никольской, профессору, замечательному психологу, советы которой очень помогли в работе над этой книгой;

- коллективу родильного дома № 2 «Аист» за понимание и многолетнее сотрудничество;

- издательству «Питер» в лице Петра Витальевича Алесова, предложившего мне написать и издать эту книгу;
- всем коллегам, близким и друзьям за помощь, терпение и критику.

Особую благодарность с удовольствием хочу выразить всем моим пациенткам и их родственникам.

Все критические замечания, поправки и дополнения к этой работе будут с благодарностью приняты.

# Глава 1

## Перинатология и ее разделы

### Определение перинатологии, ее становление и развитие

Перинатальная психология, которой посвящена эта книга, представляет собой важный раздел перинатологии, появившийся сравнительно недавно. На определенном этапе развития перинатологии жизнь поставила перед ней новые задачи, разрешить которые было невозможно без обращения к психологии. Поэтому прежде, чем перейти к непосредственной теме настоящего издания, уместно разобраться в том, что представляет собой перинатология как наука, какие, помимо перинатальной психологии, включает разделы.

В опубликованной в 1982 г. в Большой медицинской энциклопедии статье *перинатология* (греч. *peri* – вокруг, около; лат. *natus* – рождение, *logos* – наука, учение) определяется как «раздел акушерства и педиатрии, изучающий развитие и охрану здоровья плода и новорожденного в перинатальном периоде» (Перинатология, 1982, с. 65). Там же отмечалось, что основные направления исследований в перинатологии связаны с изучением взаимосвязи организмов матери и плода (нервные, гуморальные и иммунные взаимоотношения). О психологических исследованиях перинатальных проблем речи не было.

Выделение перинатологии как области медицины произошло в первой половине XX в., когда общество достаточно созрело до понимания необходимости совершенствования методов профилактики, диагностики и терапии различных заболеваний матери, плода и новорожденного, т. е. было социально детерминировано (Абрамченко В. В., 1996). С 1960-х гг. началось ее бурное развитие. Интерес к перинатологии за последние годы возрос еще больше в связи с необходимостью поиска способов, позволяющих улучшить демографическую ситуацию, приостановить тенденции роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ими страдают 20 % детей, причем в 70–80 % случаев эти нарушения обусловлены перинатальными факторами (Шниткова Е. В. и др., 2000). В России показатель перинатальной смертности в течение последних лет постоянно снижается (с 17,9‰ в 1991 г. до 10,2 ‰ в 2005 г.). Однако во многом именно уменьшение смертности детей первой недели жизни обусловило рост младенческой смертности (с 11,0 до 17,8 ‰) за те же годы (Стрижаков А. Н., 2007). Младенцы, имеющие патологию, которая в недалеком прошлом была несовместима с жизнью, благодаря современным достижениям акушерства рождаются живыми, но рано умирают или остаются жить, требуя особого медицинского наблюдения и лечения. В связи с этим за последние 15 лет в 4–5 раз возросла общая заболеваемость новорожденных, а нарушения нервно-психического развития отмечаются более чем у 25 % детей первого года жизни (Стрижаков А. Н., 2007). Среди других причин роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами можно назвать и ухудшение экологической обстановки, и низкий уровень благосостояния населения, и рост наркомании, и неудовлетворительную психопрофилактическую работу с беременными, и ошибки родовспоможения.

Одним из важных приоритетных направлений современного акушерства и перинатологии в нашей стране признана разработка проблемы ведения беременности и родов у женщин группы высокого риска (Стрижаков А. Н., 2007).

Становление перинатологии в России и в западных странах происходило по-разному.

За рубежом развитие перинатологии было связано, с одной стороны, с деятельностью врачей-новаторов, ищущих новые пути в акушерстве (таких, как Ф. Ламазе (F. Lamaze), М.

Одент (М. Odent), Дж. Дик-Рид (G. Dick-Read) и др.), с другой стороны, оно было обусловлено сильным влиянием психоанализа, которым во многом и было инициировано. В работах таких психоаналитиков, как З. Фрейд (S. Freud), А. Фрейд (A. Freud), М. Кляйн (M. Klein), О. Ранк (O. Rank), С. Ференци (S. Ferenczi), Д. В. Винникотт (D. W. Winnicott), Дж. Боулби (J. Bowlby), М. Айнсворт (M. Ainsworth), Р. А. Шпиц (R. A. Spitz), С. Гроф (S. Grof), С. Лебовиси поднимались вопросы становления психики человека на самых ранних этапах онтогенеза, взаимоотношений, возникающих в системе «мать – дитя». Результаты этих исследований смогли поколебать, а затем и изменить в обществе традиционные представления об антенатальном периоде, о младенческом возрасте. Стало очевидным, что это уникальный, сложный период жизни человека, который необходимо изучать. Это не могло не повлиять на работу акушеров, гинекологов, неонатологов.

В нашей стране выделение перинатологии в отдельную дисциплину стало возможным благодаря большим успехам в области физиологии и патофизиологии внутриутробного развития. Многие из них были обобщены в монографиях Н. Л. Гармашовой и Н. Н. Константиновой (1978, 1985). Существенное значение они придавали изучению «нарушений адаптации матери к зародышу и зародыша к матери», т. е. ими была предпринята попытка рассматривать пренейта (неродившегося ребенка) и мать в виде одной системы «мать – плацента – плод» (Гармашова Н. Л., Константинова Н. Н., 1985, с. 9). Им была близка идея С. Шиндлер и Х. Зимприх (Schindler S., Zimprich H., 1983), считающих, что матка представляет собой первую экологическую нишу человека.

Во время перинатального периода развития ребенка он живет с матерью практически одной жизнью, поэтому нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у женщины могут оказать пагубное, подчас необратимое влияние на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой (Батуев А. С., Соколова Л. В., 1994б). Состояние беременной женщины может существенно влиять на особенности формирующихся психических функций пренейта, а значит, и определять во многом его жизненный сценарий. После родов действующие в системе «мать – дитя» законы остаются в силе: все происходящее с матерью влияет на ребенка и наоборот. Дитя человека первые месяцы жизни не может выжить вне системы, включающей мать или кого-то, заменяющего ее.

Таким образом, физиологические исследования обосновали диадический подход к перинатальным психологическим исследованиям, рассматривающий ребенка и мать в качестве единой системы. Такой подход плодотворно применялся как в зарубежных исследованиях (Bowlby J., 1951; Ainsworth M., 1969, 1983; Erikson E. H., 1996; Winnicott D. W., 1994, 1998; Mahler M.; Stern D. N., 1977 и др.), так и в отечественных (Варга А. Я., 1987; Колоскова М. В., 1989; Солоед К. В., 1998; Мухамедрахимов Р. Ж., 1994, 1999 и др.). Однако в основном их работы касались развития системы «мать – дитя» и их взаимоотношений. Исследований системы «беременная – пренейт» проводилось значительно меньше. В большинстве случаев плод и беременная женщина изучались как бы изолированно друг от друга, их взаимодействие исследовалось недостаточно. Это связано с большими методологическими трудностями проведения подобных работ. В нашей стране это также объяснялось тем, что диадический подход основывался на психоаналитической теории, а все связанное с психоанализом в Советском Союзе долгое время подвергалось огульной, во многом неоправданной критике.

Работа Н. Л. Гармашовой и Н. Н. Константиновой была в основном ориентирована на изложение перинатологии в аспекте, полезном для акушеров-гинекологов. Но их книга стала настольной и для педиатров, специализирующихся на работе с младенцами (микрopedиатров, как их тогда называли). Благодаря развитию и внедрению в практику идей перинатологии в ноябре 1987 г. (т. е. спустя почти два года после выхода в свет книги Н. Л. Гармашовой и Н. Н. Константиновой) в номенклатуру врачебных специальностей России была включена специ-

альность «неонатолог» (лат. *neonatus* – новорожденный; греч. *logos* – наука, учение). В США неонатология появились значительно раньше: уже в 1960 г. она рассматривалась в качестве раздела перинатологии и педиатрии одновременно.

Специалисты в области перинатологии столкнулись с неоднозначным пониманием термина «перинатальный». В Большой медицинской энциклопедии отмечено, что выделение этого возрастного периода, которое произошло в 1960-е гг., было вызвано его большой значимостью для физического, нервно-психического и интеллектуального развития ребенка. Перинатальный период определяется с 28-й недели беременности (когда вес плода достигает 1000 г и более, а рост – 35 см и более), включает период родов и заканчивается к концу 7-х суток жизни новорожденного (Перинатология, 1982, с. 65).

Принятое в 1973 г. на VII Всемирном конгрессе FIGO (Международной федерации акушеров-гинекологов) определение перинатального периода, согласно которому он начинается с 22 полных недель (154 дня) беременности и заканчивается спустя семь полных суток после рождения, было включено в международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Акушеры и неонатологи продолжительность перинатального периода определяют с 28-й недели внутриутробной жизни человека по 7-е сутки жизни после рождения (Шабалов Н. П., 2006; Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1983).

Если строго руководствоваться этими определениями, то поле внимания исследователей будет значительно суженным, а объектами изучения окажутся только плод, а затем новорожденный. При этом нарушается основной принцип диадического подхода. В настоящее время приведенные определения перинатального периода психологами подвергаются ревизии. С точки зрения перинатальных психологов, перинатальный период включает в себя весь пренатальный (греч. *pre* – до; лат. *natus* – рождение) период, сами роды и определенный период времени после рождения. Такое представление более соответствует этимологическому значению понятия (греч. *peri* – вокруг; лат. *natus* – рождение), расширяет терапевтическую временную перспективу, соответствует определению перинатологии, которое дает Грэйс Крайг. Она подчеркивает, что перинатология – это «новая ветвь медицины», которая рассматривает рождение ребенка не как отдельное событие, представленное точкой на оси времени, а как длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения (Крайг Г., 2000).

Е. М. Фатеева и Ж. В. Цареградская также указывают на то, что перинатальный психолог «наблюдает за формированием психики ребенка от зачатия до годовалого или даже трехлетнего возраста» (Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В., 2000, с. 166).

Г. Г. Филиппова (2003) приводит два варианта понимания продолжительности этого периода:

- первый – от подготовки к зачатию (вне зависимости от того, планируется оно или нет) до трехлетнего возраста ребенка;

- второй – от зачатия до первого года жизни (Филиппова Г. Г., 2003).

К сожалению, она не пишет, какого варианта придерживается.

Таким образом, длительность как антенатального, так и постнатального периодов, включаемых в сферу интересов перинатологов, авторами оценивается по-разному.

С нашей точки зрения, продолжительность перинатального периода обусловлена тем временем, в течение которого существует система «мать – дитя», характеризующаяся следующими признаками:

- наличие симбиотической связи матери и ребенка;
- несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей материнских психических функций;

- отсутствие у ребенка самосознания, т. е. четких телесных границ и границ психики, неспособность его выделять себя из окружающего мира.

Все эти признаки можно обнаружить примерно до трех лет жизни ребенка. В трехлетнем возрасте у ребенка появляется самосознание, собственные границы, и система «мать – дитя» прекращает свое существование.

Такое понимание перинатального периода соответствует принятому в ряде англоязычных стран так называемому периоду первичного развития (*primal period*). В этот период включается стадия «внутреннего вынашивания» и стадия «внешнего вынашивания» уже в социальной среде (Оден М., 2006, с. 45). Таким образом, первичный период развития охватывает время антенатального развития, период родов и раннее детство. Длительность периода определяется степенью созревания адаптивных систем, т. е. временем, когда человек находится в максимальной зависимости от матери (Оден М., 2006).

## Основные разделы перинатологии

Заявляя, что основным предметом изучения перинатологии являются «здоровье, болезни и методы лечения детей», Г. Крайг (Craig G., 1976), к сожалению, традиционно подходит к изучению онтогенеза ребенка с преимущественно медицинских позиций и в отрыве от специфики формирующей его среды, т. е. вне контакта с матерью и вне динамики преобразований, одновременно имеющих место в организме матери и плода (Батуев А. С., Соколова Л. В., 1994б). Считая перинатологию разделом медицины, перечисляя такие ее направления, как акушерско-гинекологическое, неонатологическое, эндокринологическое, генетическое, биохимическое, хирургическое, психиатрическое, Г. Крайг называет также социологическое направление, но не выделяет психологического. Это довольно странно, если учесть, что приводимые данные взяты из ее книги «Психология развития» (курсив мой. – И. Д.) (Крайг Г., 2000).

А. П. Кирющенков (1987) считал необходимым развивать такие разделы перинатологии, как перинатальная фармакология, перинатальная физиология и патофизиология, перинатальная иммунология, перинатальная биохимия, перинатальная морфология (Абрамченко В. В., 1996).

И. Шуссер (Schusser J., 1988) считает, что основными направлениями перинатальных исследований, помимо биохимического, эндокринологического, генетического, физиологического, являются социологическое, педагогическое и *психологическое* (курсив мой. – И. Д.) (Schusser G., 1988).

П. Федор-Фрайберг (Fedor-Freybergh P., 2005) полагает, что в перинатологии должны сотрудничать специалисты в области медицины, *психологии, психоанализа*, антропологии, этнологии человека, социологии, философии (курсив мой. – И. Д.) (Федор-Фрайберг П., 2005).

Р. Линдер (R. Linder), действующий президент Международной ассоциации пренатальной и перинатальной психологии и медицины (ISPP), на XVII Международном конгрессе ISPP в своем обращении отметил необходимость интеграции акушерства, неонатологии, *психологии, психотерапии*, социологии, генетики, физики и других дисциплин (2007) (курсив мой. – И. Д.).

Как у нас, так и за рубежом в процессе решения теоретических и практических задач перинатологии, зародившейся и представляющей собой область медицины, в настоящее время естественным путем оформились три больших раздела: собственно перинатальная медицина, перинатальная психология, перинатальная педагогика (рис. 1).



Рис. 1

Перинатальная психология и перинатальная педагогика выделились из перинатальной медицины – тогда, когда общество созрело для постановки и решения соответствующих задач. Появление этих разделов ознаменовалось тем, что специалисты, работающие в соответствующих областях, стали организовывать тематические конференции, съезды, конгрессы, создавать свои ассоциации. Однако для многих врачей перинатология была и остается областью исключительно медицины.

Признаком роста внимания к проблемам перинатологии в нашей стране явилось переименование издающегося с 1956 г. журнала «Вопросы охраны материнства и детства». С 1993 г. он называется «Российский вестник перинатологии и педиатрии». Главный редактор журнала – А. Д. Царегородцев. Содержание журнала, как и до переименования, продолжало и продолжает оставаться исключительно медицинским. Работ, посвященных психологическим проблемам перинатологии, на его страницах почти не появляется.

Переименование журнала предшествовало созданию Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ), которая была учреждена в марте 1994 г. Первым президентом РАСПМ был избран ректор РМАПО, заведующий первой в стране кафедры неонатологии, профессор В. В. Гаврюшов. Свой первый съезд ассоциация провела в Суздале в 1995 г. Съезд определил приоритетные направления деятельности, принял решение о разработке и внедрении новых перинатальных технологий, об издании методических рекомендаций по актуальным проблемам перинатальной медицины, о сотрудничестве с Международной федерацией акушеров-гинекологов (FIGO). С 1995 г. ассоциацию возглавляет академик РАМН Н. Н. Володин. Основной целью создания ассоциации явилось объединение усилий врачей различных специальностей в направлении повышения эффективности профилактики, ранней диагностики и лечения врожденных и перинатальных заболеваний, снижения младенческой смертности, предупреждения ранней инвалидизации с детства. В настоящее время ассоциация включает ряд региональных отделений и объединяет почти полторы тысячи врачей различных специальностей. Члены ассоциации регулярно собираются на конференциях различного уровня, обсуждая актуальные проблемы перинатологии. Тема перинатальной психологии на этих собраниях, как правило, не звучит, хотя интерес к ней начинает появляться. Так, в марте 2003 г. под руководством президента Российской ассоциации акушеров-гинекологов академика РАМН В. И. Кулакова проводился форум «Репродукция человека». Его центральным событием стал симпозиум «Репродукция и экология», на котором впервые одна из секций была целиком посвящена вопросам перинатальной психологии и психотерапии.

Отражением тенденций выделения из перинатальной медицины разделов перинатальной психологии и перинатальной педагогики явилось создание соответствующих объединений.

За рубежом первой организацией, объединившей перинатальных психологов, стало созданное в Вене в 1971 г. психоаналитиком Густавом Хансом Грабером (Gustav Hans Graber) Международное общество перинатальной психологии (International Society of Perinatal Psychology – ISPP). Зарубежные коллеги, так же как и отечественные, испытывали определенные сложности в налаживании взаимопонимания между врачами и психологами, занимающимися вопросами перинатологии. В связи с этим в 1986 г. на очередном конгрессе общества (в Бадгаштайне, Австрия) по инициативе профессора Петера Федор-Фрайберга общество было преобразовано в междисциплинарное Международное общество пренатальной и перинатальной психологии и медицины (International Society of Pre- and Perinatal Psychology and Medicine – ISPP). Его экс-президент Людвиг Янус (Ludvig Janus) так объяснил мне необычность такого названия. Включая в название общества прилагательное «пренатальный», Федор-Фрайберг полагал, что термин «перинатальный» включает и его, однако он хотел подчеркнуть значение пренатального периода, стимулировать исследования именно в этой области, которой активно занимался и занимается сам.

В настоящее время ISPP объединяет специалистов в области перинатальной медицины из многих стран мира, имеет свои представительства в Австралии, Австрии, Англии, Венгрии, Германии, Греции, Израиле, Испании, Нидерландах, Польше, Сербии, Словакии, Хорватии, Швейцарии; регулярно проводит конференции и конгрессы в разных странах.

В Северной Америке первый учредительный американский конгресс по пре- и перинатальному воспитанию состоялся в 1983 г. в г. Торонто. На нем по инициативе доктора Томаса Верни (Thomas Verny) была основана Ассоциация пре- и перинатальной психологии Северной

Америки, президентом которой он был избран. Позднее ассоциация была переименована в Ассоциацию пре- и перинатальной психологии и здоровья (Association of Pre- and Perinatal Psychology and Medicine – APPrAM).

Во Франции в 1982 г. по инициативе Мари-Андре Бертин (Marie-Andree Bertin) была создана Национальная ассоциация пренатального воспитания (ANEP). Позднее подобные ассоциации стали появляться в других странах. В 1991 г. они объединились в Международную организацию ассоциаций перинатального образования (ОМАЕР). Своей целью члены ОМАЕР ставят пропаганду в мире пренатального образования, понимая его и как передачу знаний и навыков и как образование, направленное на развитие потенциала человека в контексте его взаимоотношения с миром.

ОМАЕР координирует деятельность входящих в нее ассоциаций разных стран, предоставляет им возможность обмена опытом, организует обучающие семинары. Принципиально важным является то, что ОМАЕР и ассоциации, входящие в нее, декларируют отсутствие какой бы то ни было религиозной или политической ориентации. В настоящее время ОМАЕР возглавляет почетный член государственного Совета Греции, президент греческой Ассоциации пренатального образования Джоанна Мари (Joanna Mari).

ОМАЕР регулярно организует симпозиумы, национальные и международные конференции и конгрессы, посвященные различным аспектам пренатального образования: «Пренатальное образование – надежда будущего» (Гренада, Испания), «Пренатальное образование со времен античной Греции до XXI в.» (Греция, Афины, 1994), «Биологические и психологические основания пренатального образования» (Италия, Рим, 1998), «К миру без насилия!» (Каракас, 2001), «Пренатальное образование на службе мира» (Греция, Афины, 2004). Последний конгресс «Пренатальное образование как фактор мира» состоялся в мае 2007 г. в Лозанне (Швейцария). В его работе принимал участие врач-акушергинеколог Мишель Оден (Michel Odent). К сожалению, на конгрессе не было ни одного представителя России.

Благодаря деятельности ОМАЕР, пропаганде перинатального образования были созданы спецкурсы, которые вошли в программы обучения психологов в 8-м Парижском университете, в университетах Рима и Падуи. В Университете Сиены изучается влияние перинатального образования на развитие ребенка, на его взаимоотношения с матерью во время беременности, в родах, после рождения. В Боготе перинатальное образование включено в официальную программу обучения врачей в медицинском колледже.

Коллеги из ISPP приглашаются и часто выступают на международных конгрессах, организуемых ОМАЕР.

В России из перинатологии как области медицины несколько позднее стали выделяться разделы перинатальной психологии, педагогики, создаваться соответствующие объединения специалистов. При этом их возникновение и становление у нас примерно повторяет то, что происходило за рубежом. Схожесть этих процессов отражает не слепое подражание Западу, а определенные закономерности развития перинатологии.

В марте 1997 г. в Санкт-Петербурге состоялась учредительная конференция, на которой было принято решение о создании Межрегиональной ассоциации перинатальной психологии и медицины (МАППМ). Президентом ассоциации был избран акушер-гинеколог, доктор медицинских наук, профессор Г. И. Брехман (Иваново). В 2001 г. Межрегиональная ассоциация перинатальной психологии и медицины в связи с увеличением количества ее членов, представляющих большинство регионов нашей страны, была переименована в Российскую ассоциацию перинатальной психологии и медицины России (РАППМ). После отъезда профессора Г. И. Брехмана из страны президентом РАППМ стала психолог, доктор психологических наук, профессор Н. П. Коваленко (Санкт-Петербург). С момента создания АППМ в России регулярно проводятся конференции, собирающие врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, невропатологов, психиатров, психотерапевтов и психологов и других специалистов, имеющих отноше-

ние к перинатальным проблемам. Вначале эти конференции собирали преимущественно психологов, но с каждым годом все больше врачей принимает участие в их работе. Ассоциация вносила и вносит определенный вклад в улучшение взаимодействия в области перинатальной психологии и врачей и психологов. Одним из показателей этого является тот факт, что с 1999 г. одним из учредителей этих конференций стал Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии РАМН (директор – академик Э. К. Айламазян). Большую роль в этом сыграл профессор института, доктор медицинских наук В. В. Абрамченко. С 1999 г. с ассоциацией активно сотрудничает кафедра физиологии высшей нервной деятельности Санкт-Петербургского государственного университета, возглавляемая академиком РАО, доктором биологических наук, профессором А. С. Батуевым. С 2001 г. в работе перинатальных конференций принимают участие зарубежные коллеги, в том числе представители ISPP.

Параллельно с РАППМ в Москве была создана Российская ассоциация пре- и перинатального развития (РАППР), по своей структуре и задачам отвечающая требованиям ОМАЕР. Ее бессменным президентом является кандидат педагогических наук Н. А. Чичерина (Москва). Регулярно эта ассоциация проводит конференции. Развитие сотрудничества Ассоциации перинатального воспитания и Ассоциации перинатальной психологии и медицины России вылилось в соглашение активно участвовать в работе конференций друг друга, проводить их не ежегодно, а раз в два года по очереди.

Так как у специалистов в области перинатальной психологии возникла потребность встречаться и делиться опытом чаще, чем один раз в год на конференции, в 2000 г. при Санкт-Петербургском психологическом обществе была создана секция перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии (руководитель – кандидат медицинских наук, доцент И. В. Добряков), заседания которой проходят ежемесячно. Через два года в феврале в Москве на Всероссийской конференции «Психология и ее приложения» по инициативе президента Российского психологического общества академика А. В. Брушлинского было принято решение организовать в рамках общества секцию перинатальной психологии. Владимир Николаевич считал принципиальным, чтобы секцию возглавили врач и психолог. По его мнению, это должно способствовать укреплению связей и сотрудничеству медиков и психологов в области перинатальной психологии. Сопредседателями секции стали доктор психологических наук Г. Г. Филиппова (Москва) и кандидат медицинских наук И. В. Добряков (Санкт-Петербург).

С 2004 г. благодаря энергичной деятельности Г. Г. Филипповой начал издаваться журнал «Перинатальная психология и психология родительства». Она же стала его главным редактором.

Рост интереса к перинатальным проблемам привел к необходимости подбора и адаптации известных психотерапевтических методик, к необходимости разработок специальных перинатальных психокоррекционных и психотерапевтических техник, методик, подходов. Это обусловило создание в 2003 г. в рамках Профессиональной психотерапевтической лиги России секции перинатальной психотерапии. Ее руководителем стала врач-акушер-гинеколог и психотерапевт Е. Ю. Печникова (Москва).

Очередной 18-й конгресс ISPP «Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии» состоялся в мае 2007 г. Он, во многом благодаря организаторским способностям Н. А. Чичериной, проходил в Москве. Президент ISPP Руперт Линдер (Rupert Linder) в связи с этим выступил с обращением, в котором целями деятельности ISPP назвал объединение важнейших научных исследований и новейших методов научного знания стран разных континентов, а также координацию, обмен и передачу уникальной информации мировой общественности. Он отметил, что избрание Европейским сообществом именно России в качестве места проведения очередного 18-го конгресса ISPP является выражением признания заслуг российских ученых и практиков в развитии идей перинатальной психологии и медицины.

В каждом из больших разделов перинатологии со временем выделились и продолжают выделяться отдельные направления. Причем их формирование зависит от самых разных факторов, а потому не имеет общего принципа.

## Перинатальная медицина как раздел перинатологии

Как было показано, разными исследователями выделяются различные направления собственно перинатальной медицины как раздела перинатологии. С нашей точки зрения, на настоящий момент наиболее сформировавшимися основными направлениями являются акушерство и гинекология, неонатология, перинатальная хирургия, перинатальная эндокринология, перинатальная генетика, перинатальная психотерапия, перинатальная психиатрия, перинатальная физиология и патофизиология. Каждое из них заслуживает написания отдельной монографии (рис. 2).



Рис. 2

Остановимся, однако, только на перинатальной психиатрии и перинатальной психотерапии, так как междисциплинарные связи перинатальной психологии с ними наиболее выражены.

## Перинатальная психиатрия как раздел перинатальной медицины

Интерес психиатров к перинатальным проблемам обозначился лишь в последние десятилетия прошлого века. В литературе стали встречаться такие термины, как «педопсихиатрия»,

«младенческая психиатрия», «психиатрия детско-родительских отношений», «микрropsychиатрия», а также «перинатальная психиатрия». До этого долгое время считалось, что психиатру имеет смысл показывать детей только после того, как им исполнилось три года. Если же до достижения этого возраста у ребенка возникали явные нарушения психических функций, развития, поведения, то родители обращались за помощью к педиатрам и невропатологам. Во многом это было обусловлено сложностью работы с детьми раннего возраста. Психиатр, работающий с ними, должен быть, по мнению М. П. Гин, не только психиатром, но и специалистом в области индивидуальной, семейной терапии и консультантом в педиатрической практике (Гин М. П., 1999). Перинатальному психиатру совершенно необходимо не только знать перинатальную психологию и психотерапию, но и уметь использовать их в работе с младенцами, имеющими психические отклонения, и с их матерями, подчеркивает одна из основоположников отечественной микрropsychиатрии профессор Г. В. Козловская (Козловская Г. В., 1995). В качестве самостоятельного раздела детской психиатрии микрropsychиатрия начинает активно развиваться с 1970-1980-х гг. благодаря трудам О. В. Баженовой, В. М. Башиной, М. Ш. Вроно, А. В. Горюновой, Л. Т. Журба, Е. И. Кириченко, Г. В. Козловской, К. С. Лебединской, Е. М. Мастюковой, Б. Е. Микиртумова, О. С. Никольской, Г. В. Скобло, Ю. С. Шевченко и др. Особо следует отметить вклад в развитие отечественной микрropsychиатрии Б. Е. Микиртумова с сотрудниками, которые в 2001 г. выпустили первую в России монографию «Клиническая психиатрия раннего детского возраста».

Термин «микрropsychиатрия» (греч. *mikros* – малый) отражает возрастной диапазон маленьких пациентов. Кроме того, Г. В. Козловская считает такое наименование данного раздела оправданным в связи с тем, что многие психопатологические симптомы у детей раннего возраста представлены микросимптоматикой (Козловская Г. В., 1995). Термин «микрropsychиатрия» довольно распространен в России и в ряде зарубежных стран, хотя в последнее время от него отходят. На конференции по микрropsychиатрии, состоявшейся в Москве в 2006 г., профессор А. В. Горюнова критиковала термин «микрropsychиатрия» и предположила, что скоро он выйдет из употребления, так же как термин «микрopedиатрия» был вытеснен термином «неонатология».

С нашей точки зрения, название «перинатальная психиатрия» наиболее полно отражает суть и задачи данного раздела психиатрии. Очевидно поэтому один из первых и самых представительных международных конгрессов в этой области, состоявшийся в январе 1996 г. в Монте-Карло (Монако), назывался «Международный симпозиум по перинатальной психиатрии» (Colloque International de Psychiatrie Perinatale). В его работе участвовали представители Европы (Англии, Бельгии, Германии, Испании, Монако, России, Франции, Швеции, Швейцарии), Америки (Бразилии, Мексики), Азии (Бангладеш), Африки (Мали, Алжира). Наибольшее впечатление на меня произвели доклады С. Лебовиси, П. Мазета (P. Mazet), Б. Голса (B. Golse), М. Р. Моро (M. R. Moro, Франция), Л. Апплеби и Л. Мюррей (L. Appleby, L. Murray, Англия), Дж. Л. Коха (J. L. Cox, Германия), Ю. Готиер (Y. Gauthier, Канада), Дж. Манзано (J. Manzano, Швеция), С. Колина (S. Colin, Испания). На этом международном форуме обсуждались не только проблемы перинатальной психиатрии, но и вопросы перинатальной психологии, психотерапии.

**Перинатальную психиатрию** можно определить как *раздел детской психиатрии, посвященный изучению этиологии, патогенеза, клиники и распространенности, а также разработке методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических расстройств детей, возникающих на самых ранних этапах онтогенеза от зачатия до первых месяцев жизни после рождения в контексте взаимодействия ребенка с матерью и ее психического состояния* (Добряков И. В., 2005).

Руководствуясь диадическим подходом, следует включать в область интересов перинатальной психиатрии и психические расстройства, возникающие у женщин в связи с беремен-

ностью, родами, общением с младенцем, кормлением грудью. Таким образом, перинатальная психиатрия тесно соприкасается с гинекологической психиатрией, выделенной и развиваемой на кафедре психиатрии Казанского медицинского института Д. М. Менделевичем и В. Д. Менделевичем (Менделевич Д. М., Менделевич В. Д., 1993). Они рассматривают гинекопсихиатрию как науку, изучающую психические нарушения, возникающие при гинекологических заболеваниях и при различных состояниях репродуктивного процесса (в том числе во время беременности, в послеродовом периоде) (Менделевич Д. М., Менделевич В. Д., 1993).

Этим проблемы серьезно изучала Т. Т. Сорокина, обобщившая свой опыт в книге «Роды и психика» (Сорокина Т. Т., 2003). Она хотела, чтобы ее труд стал ступенькой на пути сближения психиатрии с другими медицинскими дисциплинами (прежде всего с акушерством, гинекологией), а также с перинатальной психологией.

## **Перинатальная психотерапия как раздел перинатальной медицины**

Задолго до выделения перинатальной психотерапии встречались отдельные работы, посвященные психотерапевтической помощи беременным женщинам, семьям, ожидающим ребенка, семьям новорожденных (Платонов К. И., 1933, 1962; Вельвовский И. З., 1963; Виш И. М., 1964; Лебединский М. С., 1971; Варшавский К. М., 1973; Буль П. И., 1974; Карвасарский Б. Д., 1985; Добряков И. В., 1993, 1997; Захаров А. И., 1998; Сахаров Е. А., 1989, 1990; Архангельский А. Е., 1999; Мухамедрахимов Р. Ж., 1999; Швецов М. В., 2001; Ласая Е. В., 2003; Lucas K. (Лукас К.), 1965; Лебовиси С. (Lebowici S.), 1983; Минухин С. (Minuchin S.), Фишман Х. Ч. (Fishman H. Ch.), 1998 и др.).

Однако ни беременные женщины, ни, к сожалению, гинекологи и терапевты, наблюдающие их, не знали и не знают, в каких случаях нужно обращаться к психотерапевту. В женских консультациях, родильных домах до последнего времени получение пациентками психотерапевтической помощи не предусматривалось. Нередко эти учреждения сотрудничают с психологами, но задачи последних сводятся к участию в подготовке женщин к родам. Диагностикой нервно-психических расстройств и психотерапией они, как правило, не занимаются. По данным Р. А. Шпитцера (R. L. Spitzer) с соавт., у 20 % из трех тысяч обследованных пациенток, получающих акушерско-гинекологическую помощь, обнаруживаются нервно-психические расстройства, из которых распознается лишь 33 % (Spitzer R. L., Williams J. B., Kroenke K. et al., 2000). В результате большинство женщин, нуждающихся в психотерапевтической помощи, ее не получают. Ситуация может измениться к лучшему, если среди специалистов, наблюдающих беременную женщину, обязательно будет перинатальный психолог, умеющий выявить нервно-психические нарушения, провести психокоррекционную работу или замотивировать женщину на прохождение психотерапии и направить ее к психотерапевту. К сожалению, многие психологи, не имеющие достаточных знаний и квалификации, сами берутся за проведение психотерапии. Этому способствует распространенное мнение, что перинатальная психотерапия является всего лишь практическим приложением к перинатальной психологии (Филиппова Г. Г., 2007). Это так же наивно, как рассматривать терапию или хирургию в качестве прикладных разделов нормальной физиологии.

Объекты и предметы профессиональной деятельности перинатального психолога и психотерапевта в основном совпадают. Однако к предметам профессиональной деятельности перинатального психотерапевта следует добавить нервно-психические расстройства, связанные с репродуктивным процессом и требующие лечения. Виды деятельности указанных специалистов тоже совпадают, но к ним добавляется собственно психотерапия (лечение).

Развитие перинатальной психотерапии совершенно необходимо, так как общепризнано, что беременность для женщины является периодом повышенного риска для соматического

и психического здоровья. Жалобы беременных невротического характера либо объясняются «особым положением» женщины и игнорируются, либо ведут к назначению симптоматической медикаментозной терапии.

Известно, что 35 % женщин во время беременности принимают психотропные препараты (Карпов О. И., Зайцев А. А., 1998), а ведь оценка по критериям FDA<sup>1</sup> доказывает, что абсолютно безопасных психотропных препаратов не существует. Как справедливо отмечает Г. Крайг (G. Craig), даже если установлено, что данное лекарство совершенно безвредно для взрослой женщины, это еще не означает, что оно так же безвредно для крошечного развивающегося организма, который во всем зависит от матери и живет в создаваемой ею среде (Крайг Г., 2000).

Психотерапия – это лечебное воздействие на психику и через психику на организм больного (Карвасарский Б. Д., 1985). Исходя из этого определения под **перинатальной психотерапией** следует понимать *систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребенка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику – на организм женщины и ребенка* (Добряков И. В., 2000, 2001, 2002).

Кроме того, еще до зачатия, только при планировании деторождения, будущим родителям бывает просто необходима консультация психотерапевта. От других направлений психотерапии перинатальную отличают:

- диадический характер объекта психотерапевтического воздействия (системы «беременная – плод» или «мать – дитя»);
- семейный характер проблем, которые она предназначена решать;
- низкий уровень осведомленности пациентов, нуждающихся в перинатальной психотерапии, о возможности ее получения;
- необходимость активного выявления нуждающихся в перинатальной психотерапии и формирования у них мотивации на лечение;
- ятрогенный и психологический характер ряда нарушений, являющихся показанием к применению перинатальной психотерапии;
- последовательная смена задач перинатальной психотерапии, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи, этапами реализации репродуктивной функции; необходимость тесного сотрудничества перинатального психотерапевта с другими специалистами (акушерами-гинекологами, неонатологами, психологами);
- предпочтительность краткосрочных психотерапевтических методик; дефицит специфического психологического инструментария и методических разработок в области перинатальной психотерапии; недостаточное количество грамотных специалистов, способных осуществлять перинатальную психотерапию;
- профилактическая направленность перинатальной психотерапии.

Психотерапевтические методики могут заменить в акушерстве целый ряд седативных препаратов и не только.

## **Перинатальная педагогика как раздел перинатологии**

В настоящее время произошло осознание факта ведущей роли перинатальных факторов в этиологии и патогенезе очень многих, если не большинства, хронических болезней человека (Шабалов Н. П., 2006), в том числе и нервно-психических. Многие патологические процессы, происходящие в перинатальном периоде, оставляют глубокий след и проявляются в

---

<sup>1</sup> FDA – Food and Drug Administration – Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (США).

последующей жизни, являясь основой для формирования патологии как у детей, так и у взрослых. В связи с этим несомненно, что активная профилактика нервно-психических расстройств прежде всего должна быть обращена к перинатальному периоду. Выделение в перинатологии области перинатальной педагогики было обусловлено, с одной стороны, развитием науки и получением многочисленных фактов, свидетельствующих о том, что у плода рано развиваются психические функции, о возможности установить с ним обратную связь. С другой стороны, возникло понимание, что профилактика осложнений течения различных этапов репродуктивного процесса во многом может быть основана на предоставлении женщине и мужчине тщательно отобранной информации об этом, снижающей тревогу перед неизвестным, на усвоении ими целого ряда навыков, на выработке поведенческих стереотипов.

Процесс обучения и воспитания в основном происходит за счет:

- предоставления информации, ознакомления с ней и усвоения ее;
- общения с окружающими и подражания им;
- приобретения собственного опыта.

Н. Д. Подобед считает, что уже плод может получать информацию «на клеточном уровне». «Ни в один из моментов своей дальнейшей жизни человек не развивается так интенсивно, как в пренатальном периоде, начиная с клетки и превращаясь в совершенное существо, обладающее удивительными способностями и неугасимым стремлением к знанию» (Подобед Н. Д., 2001, с. 27). С ее точки зрения, воспитание и обучение в пренатальном периоде происходит в основном за счет «впитывания информации». В возможностях плода к имитации и к приобретению опыта она сомневается.

Элементы дородового воспитания можно найти в обычаях и традициях разных народов. Например, еще в древности на Руси было принято так называемое «внутриутробное пестование».

В XX в. был проведен ряд исследований, доказавших реальность обучения пренейтов. Это возможно как при непосредственном воздействии на их тактильный и слуховой анализаторы, так и опосредованно через организм матери. При систематическом и целенаправленном раздражении анализаторов происходит активизация нейронов, стимулируется процесс образования межнейронных связей (Бертин А. М., 1992; Комова М. Е., 1997; Чичерина Н. А., 2001, 2007). Т. Верни (Th. Verny) утверждает, что «плод видит, слышит, ощущает вкус, приобретает опыт и даже обучается *in utero*» (Верни Т., 2005, с. 5).

Ф. Дольто (F. Dolto), ученица Ж. Лакана (J. Lacan), и Ф. Вельдман (F. Veldman) разработали метод аффективного, т. е. наполненного эмоциональным смыслом, психотактильного контакта. Метод получил название «гаптономия» (греч. *haptis* – трогать). В настоящее время этот метод продолжает развивать и внедрять в практику дочь Ф. Дольто – К. Дольто-Толич (С. Dolto-Tolich). Она подчеркивает, что гаптономия – не телесно-ориентированная психотерапия. Суть гаптономии в том, чтобы прикасания были взаимными, отражали не тактильное ощущение, а присутствие другого человека, были наполнены эмоциональным содержанием. Гаптономия может использоваться на любом этапе онтогенеза человека, но наиболее распространена именно перинатальная гаптономия, проводимая во время работы с беременными женщинами, позволяющая устанавливать контакт с плодом. К. Дольто-Толич считает перинатальную гаптономию самым эффективным способом профилактики осложнений в течение беременности и родов (Дольто-Толич К., 2003).

Воздействия на тактильный анализатор могут сочетаться с воздействием на слух, разработаны и продолжают разрабатываться соответствующие методики. Петербургский профессор консерватории А. Г. Юсфин имеет опыт «музыкального воспитания в перинатальном периоде» (Юсфин А. Г., 1997, 2005). Он пишет, что музыка – один из тех агентов, воздействие которого несомненно, который проникает сквозь любые преграды и роль которого в формировании (и, шире, в существовании) соматической, психической и духовной структуры человека

общеизвестна и не нуждается в обосновании (Юсфин А. Г., 2005, с. 176). С 1983 г. в нашей стране применяется программа «кардиосенсорной регуляции развития плода», разработанная М. Л. Лазаревым (Лазарев М. Л., 2007).

Обучение потенциальных родителей (до зачатия и в период беременности), родителей, имеющих маленького ребенка, возможно и путем получения новой информации, и благодаря приобретению новых навыков, опыта.

Однако перинатальная педагогика, включая пренатальную, не ограничивается ею. Наиболее удачное определение педагогики пренатального периода, по нашему мнению, принадлежит К. Н. Белогай: «Пренатальная педагогика представляет собой комплексное воздействие (через музыку, эстетические впечатления, положительные эмоции) на беременную, плод, семейную систему в целом, с целью оптимизации внутриутробного развития ребенка» (Белогай К. Н., 2008, с. 40).

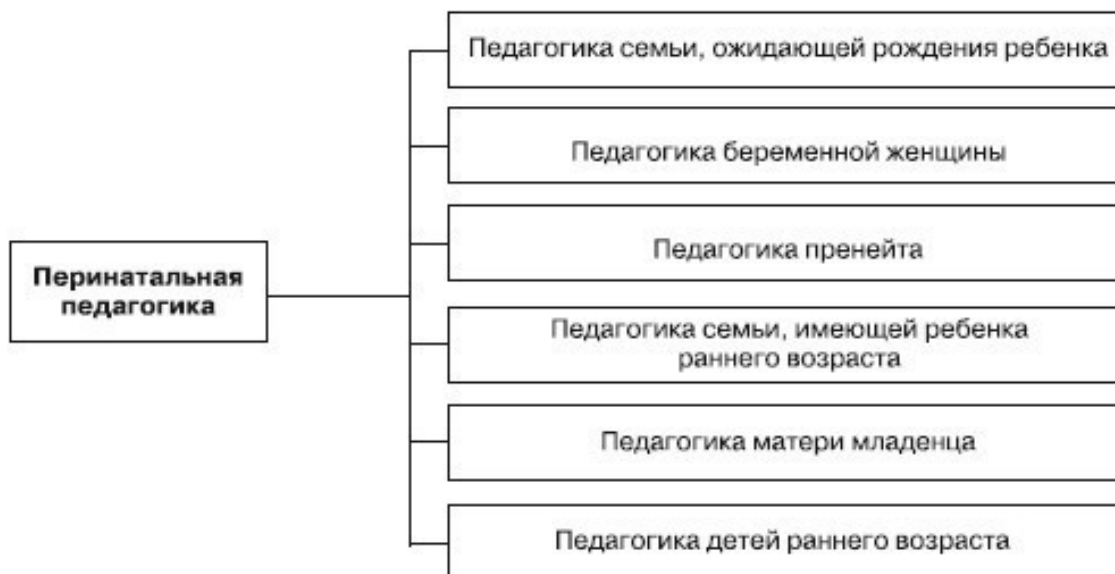
В настоящее время в нашей стране важность и эффективность перинатальной педагогики признана и является обязательным разделом работы медицинских работников лечебно-профилактических учреждений охраны материнства и детства (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» от 10 февраля 2003 г. № 50 – см. приложение). В лечебно-профилактических учреждениях организуются «Школы материнства», «Школы молодой матери». Сведения об организации таких школ в качестве профилактической медицинской услуги вносятся в документы официальной медицинской статистической отчетности лечебно-профилактических учреждений (Ф. 30, раздел 10, код 4809). Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 2001 г. «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации» они включены в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (раздел 04 – «Медицинские услуги по профилактике»).

С точки зрения Н. А. Гительсон (2001), само понятие «материнская школа» подразумевает 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 педагогики, на изучении европейского опыта. К занятиям в таких школах, по ее мнению (которое мы полностью разделяем), должны привлекаться и бабушки (Гительсон Н. А., 2001).

Целый ряд авторов специализируются на разработке обучающих программ, посвященных работе психолога с родителями детей младшего возраста (Лютова Е. К., Молина Г. Б., 2000; Чиркова Т. И., 1998, 2003 и др.).

Широкое распространение обучения родителей, будучи безусловно положительным явлением, имеет и свою оборотную сторону. Если обучение проводится недостаточно компетентными специалистами, возможно появление большого количества негативных последствий, вплоть до формирования у слушателей родительских школ нездоровых амбиций, выражающихся в стремлении к несвоевременно раннему развитию детей. Завышенные притязания и требования к пренеитам и к детям раннего возраста, неправильные воспитательные установки приводят к перенапряжению, к развитию у детей нервно-психических нарушений (прежде всего невротического регистра), которые следует расценивать как дидактогении. В связи с этим становится актуальной проблема организации качественных методических разработок для родительских школ, подготовки квалифицированных преподавателей, налаживания системы государственного лицензирования предлагаемых ими программ.

Разработки, посвященные вопросам перинатальной педагогики, можно сгруппировать следующим образом (рис. 3).



**Рис. 3**

Важно, чтобы специалист в области перинатальной педагогики имел представления обо всех перечисленных методиках, даже если его конкретная работа ограничена рамками только одной из них.

В презентации Международной организации ассоциаций перинатального образования (ОМАЕР) говорится, что широкое внедрение пренатального образования может иметь целый ряд благотворных последствий. Для ребенка оно является фундаментальной профилактикой генетически не обусловленных соматических и психических расстройств, способствует формированию здорового, уравновешенного, творческого и открытого человека. Пренатальное образование облегчает последующее обучение ребенка, а затем подростка благодаря рано сформированным связям его с родителями.

Пренатальное образование родительской пары способствует личностному росту женщины и мужчины, укрепляет их взаимоотношения, обеспечивает легкое родоразрешение как следствие нормально протекающей, прожитой в полноценном общении с пренейтом беременности.

Пренатальное образование, укрепляя семьи, делая их более гармоничными и стабильными, способствуя нормальному течению беременности и рождению здоровых, желанных детей, воспитываемых в уважении, любви и доверии, а следовательно, – творческих, открытых, неагрессивных, имеет большое значение и для развития общества в целом.

Все это относится не только к перинатальной педагогике, но и, пожалуй, еще в большей степени – к перинатальной психологии.

## **Перинатальная психология как раздел перинатологии**

Как уже отмечалось, сегодня можно констатировать повышение интереса к перинатальной психологии. С каждым годом печатается все больше как популярных, так и научных изданий, посвященных различным вопросам перинатальной психологии. На психологических факультетах университетов разрабатываются программы спецкурсов по перинатальной психологии. Различные курсы тематического усовершенствования специалистов, циклы обучения перинатальной психологии пользуются большим спросом у психологов и в меньшей степени у врачей.

Беременным женщинам предоставляется широкий выбор курсов дородовой подготовки, большинство из которых включает занятия с психологами. Средства массовой информации все чаще публикуют материалы, на телевидении проводят ток-шоу, посвященные вопросам перинатальной психологии. Можно перечислить еще целый ряд фактов, свидетельствующих о росте ее популярности. С одной стороны, это, конечно, радует. Однако следует отметить, что качество и печатной продукции, и обучения, и оказания психологических перинатальных услуг очень часто оставляет желать лучшего. Это связано с тем, что до сих пор не сформированы целостные представления о многих сложнейших механизмах различных психологических аспектов репродуктивной функции человека. Этому препятствуют дефинитивные барьеры и отсутствие общего биопсихосоциального подхода. В связи с этим представляется актуальным уточнение определений, выделение отдельных направлений перинатальной психологии.

Федор-Фрайберг видит в перинатальной психологии, стремящейся к интеграции различных дисциплин, относительно новое междисциплинарное научное поле совместных медицинских и психологических исследований основополагающих вопросов жизни. Он считает, что перинатальная психология «может служить «психосоматической» моделью, демонстрирующей неразрывность психологического и физического процессов в континууме человеческой жизни с самого ее начала» (Федор-Фрайберг П., 2005, с. 13).

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

Г. И. Брехман определял перинатальную психологию как новую 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 (Брехман Г. И., 1997, с. 8). 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.

Е. М. Фатеева и Ж. В. Цареградская видят в перинатальной психологии «область психологии ребенка антенатального и перинатального периода, грудного и раннего возраста, а также психологии беременной, роженицы и кормящей матери». Предметом изучения перинатальной психологии они считают «закономерности и оптимальные условия для формирования и развития ребенка» (Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В., 2000, с. 167). Позднее Ж. В. Цареградская писала, что перинатальная психология изучает переживания плода перед родами, во время них, в первые часы и дни жизни ребенка (Цареградская Ж. В., 2003).

Н. А. Жаркин полагает, что «перинатальная психология является новым научным направлением в медицине и преследует цель изучения психической жизни плода, ее влияния на формирование личности человека» (Жаркин Н. А., 2001, с. 4).

Г. Г. Филиппова также считает перинатальную психологию самостоятельным направлением, занимающимся «проблемами беременности, родов, послеродового периода в психолого-педагогическом и физиологическом аспектах» (Филиппова Г. Г., 2002, с. 22). Позднее, в 2003 г., Г. Г. Филиппова, делая акцент на отношения ребенка с родителями, отмечает, что перинатальная психология занимается «изучением 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 (Филиппова Г. Г., 2003, с. 13). В другой работе она дает следующее определение: перинатальная психология – это «область психологии, которая занимается проблемами зачатия, вынашивания, рождения ребенка и ранним периодом его развития» (Филиппова Г. Г. и др., 2007, с. 12).

Н. П. Коваленко-Маджуга в 2001 г. отмечала, что причиной возникновения перинатальной психологии является противоречие, с которым столкнулись специалисты, занимающиеся родоразрешением: с одной стороны, очевиден прогресс медицины, а с другой – ухуд-

шение здоровья женщин и детей. Она определяла перинатальную психологию как «систему знаний», «объединившую, аккумулировавшую в себя то, что жизненно необходимо для рождения потомства высокого качества, человека будущего» (Коваленко-Маджуга Н. П., 2001, с. 12).

В 2004 г. в монографии, выпущенной ею совместно с В. В. Абрамченко, в определении делаются несколько иные акценты. В. В. Абрамченко и Н. П. Коваленко полагают, что «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» (Абрамченко В. В., Коваленко Н. П., 2004, с. 95). В работе того же года Н. П. Коваленко уточняет, что перинатальная психология – «область психологии, изучающей систему «мать – отец – дитя» при обстоятельствах вынашивания, рождения и вскармливания ребенка. В этот период особенно ярко проявляется сила симбиотической связи ребенка и родителей (особенно матери), благодаря которой обеспечиваются условия развития младенца» (Коваленко Н. П., 2004, с. 10).

Н. Г. Иглина и О. В. Магденко считают перинатальную психологию новой областью знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь (Иглина Н. Г., Магденко О. В., Конах Д. В., 2006).

К. Н. Белогай определяет перинатальную психологию «как область исследования, изучающую 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 (Белогай К. Н., 2008, с. 12).

Можно заметить, что приведенные определения не противоречат друг другу, а, скорее, дополняют. В то же время их особенности отражают взгляды и интересы авторов.

С нашей точки зрения, **перинатальная психология** – это область психологической науки, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью.

Определение перинатальной психологии отражает ее основные разделы, отличающиеся задачами, встающими перед психологом на разных этапах репродуктивного процесса (рис. 4).



Рис. 4

Кроме того, с нашей точки зрения, перинатальная психология может быть представлена такими разделами, как общая, медицинская (клиническая) и специальная перинатальная психология (рис. 5).



**Рис. 5**

Медицинская перинатальная психология исследует особенности динамики психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов в условиях патологии беременности, родов, отклонений в развитии на ранних этапах онтогенеза, а также занимается проблемой взаимоотношений медицинских работников учреждений акушерско-гинекологического профиля и пациенток, их родственников. В этот же раздел мы предлагаем включить вопросы оказания психологической помощи женщинам, их мужьям и родственникам в случае непроизвольного прерывания беременности, гибели ребенка в родах, рождения ребенка с врожденной патологией. К сожалению, в нашей стране не существует соответствующих методических разработок по оказанию психологической и психотерапевтической помощи. В результате женщины и члены их семей, оказавшиеся в подобной тяжелой ситуации, никакой помощи практически не получают.

Специальная перинатальная психология призвана исследовать психологические особенности репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи.

Подробно направления работы перинатальных психологов будут рассмотрены в следующих главах.

## Основные разделы перинатологии и их направления

Подытоживая материал, изложенный в первой главе, можно отметить, что за последнее десятилетие к настоящему моменту в перинатологии выделились три раздела: перинатальная медицина, перинатальная педагогика, перинатальная психология. Имея много точек соприкосновения, эти разделы имеют разные задачи, решать которые предстоит разным специалистам. В каждом из разделов целесообразно выделять несколько направлений работы (рис. 6).



**Рис. 6**

Развитие этих разделов, объединенных определением «перинатальный», требует интеграции научных знаний и сотрудничества различных специалистов.

## **Глава 2**

### **Варианты теоретического обоснования перинатальной психологии**

#### **Варианты теоретических походов к обоснованию перинатальной психологии**

Как любой раздел науки, появившийся на стыке других, перинатальная психология требует осмысления и обоснования теоретическими положениями смежных разделов, которые наиболее отвечают ее цели и задачам. Занимаясь в течение ряда лет составлением и научной редакцией сборников материалов научных конференций, посвященных вопросам перинатальной психологии, невольно обнаруживаешь разнообразие теоретических взглядов по различным вопросам у разных авторов. При этом далеко не всегда предлагаемые и используемые теории отвечают задачам перинатальной психологии, встречаются работы вообще недостаточно научно обоснованные, особенно когда теоретизировать по поводу перинатальной психологии берет лица, не имеющие психологического, а зачастую и медицинского образования.

Отсутствие единства взглядов обусловило появление большого количества программ обучения перинатальных психологов, значительно отличающихся друг от друга по содержанию и качеству.

Слабость теоретической базы перинатальной психологии приводит к серьезным трудностям при разработках практических рекомендаций специалистам, работающим с семьями, планирующими иметь детей, ожидающими рождения ребенка, специалистам, осуществляющим психологическую помощь в дородовой подготовке и в процессе родов, помогающим формированию благоприятных стереотипов взаимодействия родителей (особенно матерей) с младенцами и детьми младшего возраста.

В настоящее время господствующие в перинатальной психологии теоретические взгляды можно разбить на четыре большие группы, отличающиеся друг от друга подходами к теоретическим построениям:

- эклектически-дилетантский подход;
- медико-редукционистский подход;
- психолого-редукционистский подход;
- интегративный биопсихосоциальный подход.

#### **Эклектически-дилетантский подход к обоснованию перинатальной психологии**

К сожалению, перинатальной психологией нередко начинают заниматься лица, вообще не имеющие к психологии никакого отношения. Эклектически-дилетантский подход к обоснованию теории перинатальной психологии в основном встречается именно в их самонадеянных работах. Он характеризуется тем, что недостаток медицинских и психологических знаний пытаются компенсировать набором случайных, не связанных друг с другом идей, сведений, резонерскими мистическими рассуждениями. Нередко это сопровождается призывами к огульному отрицанию любой медицинской помощи, даже при возникновении серьезных проблем с репродуктивным здоровьем, к неверно понимаемой «духовности». Для этого подхода типично ограниченное представление о перинатальной психологии, согласно которому ее

задачи в основном касаются дородовой подготовки, причем основной задачей считается «снизить тревогу и вызвать радость», привести беременных пациенток в состояние хронической эйфории.

Еще одной особенностью таких «специалистов» является склонность к образованию сверхценных идей, со всеми свойственными им признаками: категоричностью суждений, нетерпимостью к критике, стремлением всех убедить в своей правоте. При их возникновении тенденциозно подбираются соответствующие доказательные факты. Все, что явно им противоречит, не принимается в расчет, объявляется случайным или происками конкурентов, врагов-завистников.

У беременной женщины, как правило, повышена внушаемость. В связи с этим сверхценные идеи находят у нее отклик, попадают на благоприятную для их развития почву. Примерами подобных сверхценных идей может служить безапелляционная уверенность в преимуществах родов в воду, в пользу соблюдения беременными научно не обоснованного особого образа жизни, каких-нибудь экстравагантных диет, в необходимости приема сомнительных дорогих пищевых добавок и т. п. «Специалисты» уверены в том, что их идеи, методики и деятельность непогрешимы. Они не желают ничему учиться, перенимать чей-либо опыт, на любую, даже мягкую, критику реагируют агрессией. Это, естественно, вызывает негативное отношение врачей и дискредитирует в их глазах перинатальную психологию, осложняет сотрудничество в этой области психологов и медиков.

Составляя программы дородовой подготовки, такие психологи предназначают их для женщин вообще, не учитывая, что в одной группе могут оказаться беременные разного возраста, образования, семейного положения, состояния здоровья. Такие программы проявляют вкусы, интересы, пристрастия авторов. Так, некоторые из них носят мистико-религиозный характер. В процессе занятий проводится как прямое, так и косвенное внушение женщинам, многие из них при этом становятся суеверными. Внушается, что роды могут пройти благополучно только в случае строгого исполнения рекомендаций психолога. Жестко оговаривается место, где женщина будет рожать (только в домашних условиях или только в определенном родильном доме); способ и особенности родоразрешения (роды в воду, категорическое отрицание стимуляции, оперативных вмешательств); лица, в присутствии которых будут происходить роды (муж, психолог), и т. д.

Повышенная тревожность, характерная для многих беременных, при получении четких, конкретных рекомендаций психолога, при сформировавшемся к нему доверии может снижаться. Подобные рекомендации иногда конструктивны, иногда нет, но если они не предполагают иных вариантов, то малейшее отклонение от плана (а течение беременности, родовая ситуация могут требовать этого) вызывает у женщины повышение тревоги, стресс и, как результат, – неспособность адекватно реагировать на происходящие события. Развивающиеся в этой ситуации нервно-психические расстройства следует расценивать как психологению, т. е. нарушения здоровья, связанные с неправильными действиями психолога.

Психологов этой группы также отличает основанная на невежестве самоуверенность, безответственная «храбрость», с которой они берутся за решение любых проблем. Не имея достаточной квалификации, они занимаются психокоррекцией и даже психотерапией беременных. Не зная, какие бывают нервно-психические расстройства, как они проявляются, чем отличаются друг от друга, подобные «специалисты» чаще всего направляют свои усилия на устранение явных, заметных им симптомов (как правило, это симптомы нарушений эмоциональной сферы). При этом предпочтение отдается релаксационным техникам, методикам арт-терапии, голотропному дыханию. Так как воздействия эти носят симптомоцентрированный, а не этиопатогенетический характер, улучшение состояния пациентки (если оно вообще наступает) кратковременно. В дальнейшем возможно возвращение симптома или появление вместо него другого. Часто отмечается ухудшение внутрисемейных отношений пациентки.

Для оценки эффективности своей работы такие психологи используют исключительно субъективные критерии: собственные впечатления, отзывы беременных. Причем отзыв написать предлагают тогда, когда они уверены, что он положительный.

Типичным примером эклектически-дилетантского подхода к перинатальной психологии может служить книга «Тайны зачатия. Зачатие как психический процесс» (Семенова С. Б., 1997). С. Б. Семенова, называя себя «специалистом по зачатию», представляется следующим образом: *«До специальности я – физик. Более 12 лет была ведущим экспертом по военной технике крупного уральского военного предприятия. Несколько лет занималась исследованиями психофизических явлений, в частности, разработала методiku поиска причин катастроф космической техники с применением экстрасенсорных способностей. Была научным руководителем темы «Исследование аномальных явлений на Урале». Участвовала в нескольких экспедициях по поиску снежного человека... В настоящее время – сотрудник валео-центра... Валеоцентр проводит семинары для учителей по психологии, детской психотерапии, по психотелесной терапии».*

Далее автор рассказывает о разработанной ею программе занятий дородовой подготовки: *«В основе программы лежит концепция синтеза естественнонаучной, религиозной и художественной картин мира с использованием как западного, так и восточного мировоззрений... Мать двоих сыновей (оба педиаторы) (орфография автора сохранена. – И. Д.), бабушка четырех внуков»* (Семенова С. Б., 1997).

Заметьте, что в достаточно подробном рассказе о себе нигде не упоминается о психологическом или медицинском образовании.

Впрочем, и среди людей с медицинским образованием встречаются еще акушеры-практики, имеющие очень слабое представление о перинатальной психологии. Так, один из них, презентующий себя в качестве «дипломированного врача и духовного акушера», «йогина», специалиста по «биоэнергоинформационным взаимодействиям», ратует за ведение беременности «немедицинскими» способами, за родоразрешение только в домашних условиях. Он уверен, что *«...так называемая перинатальная психология – это изобретение госпожи Коваленко и является не чем иным, как грамотно переработанной идеей (одной из идей, причем не самой светлой), заимствованной ею у... Евгении Натановны Игошиной»* (Фомин М. В., 2006, с. 28).

Автор, несмотря на медицинское и дополнительное психологическое образование, даже не догадывается, что перинатальная психология существовала задолго до начала деятельности Н. П. Коваленко, да и «психолога-сексолога» Е. Н. Игошиной, создателя и руководителя печально известной «Колыбельки». В 2007 г. в суде Петербурга слушалось дело супругов Алексея и Елены Ермаковых, сотрудников ООО «Колыбелька», рекламировавших и практиковавших принятие «водных» родов на дому. Их обвиняли по ч. 2 ст. 235 УК РФ (незаконное занятие частной медицинской практикой, повлекшее по неосторожности смерть человека). Эксперты, привлеченные к следствию, сделали вывод, что смерть и травмы новорожденных были результатом непрофессиональных действий обвиняемых.

Для психолога при эклектически-дилетантском подходе характерны следующие особенности:

- отсутствие стройной теоретической основы, заменяемой набором случайных, не связанных друг с другом идей и сведений;
- ограниченное понимание задач перинатальной психологии, отождествление ее с дородовой подготовкой;
- недостаток медицинских и психологических знаний;
- склонность к образованию сверхценных идей, нередко религиозно-мистического содержания, к резонерству;
- стремление стать для пациенток «гуру»;

- повышенная самоуверенность, категоричность суждений и рекомендаций, полное неприятие критических замечаний;
- нередко огульное отрицание любой медицинской помощи, нежелание сотрудничать с медицинским персоналом;
- недостаточное внимание к личности, индивидуальности беременной;
- использование повышенной внушаемости беременных женщин;
- преобладание в арсенале психокоррекционных техник арт-терапевтических и релаксационных.

## **Медико-редукционистский вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии**

В настоящее время все реже встречается широко распространенный ранее тип врача-акушера, полностью отрицающего влияние психологического фактора на течение беременности и родов.

Однако понимание психологии у многих врачей остается весьма поверхностным, утилитарным.

Редукционизм подхода медицинских работников к перинатальной психологии проявляется не только в том, что все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы они объясняют исключительно биологическими причинами, но и в понимании психологии как набора тестов и техник. До сих пор довольно редко можно встретить врачей, интересующихся мотивами зачатия, пытающихся разобраться в особенностях личности беременной женщины, ее семейной ситуации, стремящихся с учетом этого установить с ней партнерские отношения. Значительно проще, не вникая в подробности, свести к минимуму разговоры с пациенткой и ее родственниками, не формируя, а требуя доверия и беспрекословного подчинения. При таком патерналистском отношении врачи не склонны объяснять пациенткам свои действия, назначения, обсуждать их, предлагать варианты. Нередко на вопросы о причине направления на обследование, процедуру или назначении лекарства женщины, их родственники получают ответы типа: «Вы же не врач, не забивайте себе голову... Ну, скажу я, что назначил бензодиазепины, что вам это даст?» В подобной ситуации дефицита информации растет тревога и часто возникают ятрогении. Другой причиной ятрогений может быть избыток информации о фармакокинетике, о биомеханизме родов и т. п., обрушиваемой на беременную женщину.

Пациенткам, как правило, врачи уделяют мало внимания, не задумываются о том, какое влияние на них может оказать, например, обсуждение в их присутствии с коллегами результатов обследования. Недаром часто в акушерской среде встречается оговорка, и беременную женщину называют «больная».

И все же интерес к перинатальной психологии растет. Это проявляется даже своеобразной модой «украшать» научные исследования в области акушерства и гинекологии результатами психологического тестирования, далеко не всегда уместного, нередко проводимого с грубым нарушением процедуры психологического обследования.

Таким образом, основным отличием от эклектически-дилетантского подхода медико-редукционистского является недостаточное внимание к влиянию на течение репродуктивного процесса, личности человека, его психологических особенностей, семейной ситуации. При выявлении нервно-психических расстройств работа по их устранению носит чаще симптом-центрический, а не этиопатогенетический характер, часто для купирования симптома используется медикаментозная терапия, а психологическим тестированием пытаются подтвердить их эффективность.

Наиболее характерными особенностями медико-редукционистского подхода являются:

- биологический подход к решению любых проблем репродуктивного процесса;

- недостаточное внимание (вплоть до полного игнорирования) к психологическому состоянию пациентки;
- теоретическая основа, опирающаяся в основном на биологические и медицинские знания;
- недостаточные, отрывочные, часто не связанные между собой знания в области психологии;
- частое сведение психологии к использованию нескольких тестов с целью психодиагностики;
- ограничение тем бесед с пациентками преимущественно медицинскими;
- непринятие критических замечаний от психолога, нежелание сотрудничать с ним;
- недостаточное внимание к личности, индивидуальности беременной;
- большая степень риска возникновения ятрогений.

И все же, несмотря на все недостатки, встречаются врачи-акушеры-гинекологи, по-настоящему глубоко интересующиеся перинатальной психологией, внесшие большой вклад в ее развитие, активно применяющие свои психологические знания на практике. Среди таких врачей прежде всего следует назвать профессора Г. И. Брехмана; профессора В. В. Абрамченко (Санкт-Петербург); кандидата медицинских наук Е. А. Грон (Краснодар), профессора П. А. Жаркина (Волгоград); доктора медицинских наук Г. Б. Мальгину (Екатеринбург); доктора медицинских наук В. Н. Прохорова (Екатеринбург); кандидата медицинских наук О. В. Прохорову (Екатеринбург); профессора Н. В. Старцеву (Пермь); заслуженного врача РФ, главного врача родильного дома № 1 г. Кургана М. И. Фаерберга и многих, многих других. Ими сделан большой вклад в укрепление сотрудничества врачей и перинатальных психологов, в процесс внедрения перинатальной психологии в медицинскую, прежде всего акушерско-гинекологическую практику.

Развитию перинатальной психологии, росту взаимоуважения и взаимопонимания врачей разных специальностей и психологов также способствуют деятельность педиатров-неонатологов профессора Н. П. Шабалова (Санкт-Петербург), профессора Г. Н. Чумаковой (Архангельск) и др.

## **Психолого-редукционистский вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии**

Психолого-редукционистский подход в перинатальной психологии возник как естественная реакция на игнорирование врачами психологических проблем, связанных с репродуктивными процессами. Однако, во многом справедливо обвиняя акушеров-гинекологов в патернализме, в том, что даже во время родов женщине отводится второстепенная роль, перинатальные психологи впадают в опасное редукционистское отрицание пользы медицины вообще. Любому работающему в области перинатальной психологии специалисту, каких бы взглядов он ни придерживался, должно быть очевидным, что в XXI в. нельзя считать естественным течение беременности и родов, если женщина не наблюдается врачом и не получает необходимой медицинской помощи.

Редукционизм проявляется также уверенностью в том, что все проблемы человека и общества связаны исключительно с перинатальным периодом. Автор одной из программ Школы сознательного родительства «Духовное воспитание ребенка с момента зачатия» из Екатеринбурга вопрошает: *«Почему болеют дети? Почему страдает наш народ? Почему воспитательные и общеобразовательные программы для детских садов и школ не в силах остановить процесс падения духовности в нашем обществе? Последнее время эти вопросы набатом стучат в ума и сердца многих и многих людей»* (Нуруллина В. Н., 1999, с. 143) (орфография автора. – И. Д.).

С ее точки зрения, ответы на все вопросы нужно искать в перинатальном периоде, а улучшить ситуацию может только повсеместное обучение населения в Школе сознательного родительства.

Занимаясь дородовой подготовкой под лозунгом «естественные роды», такие «психологи» пугают беременных женщин осложнениями любых медицинских вмешательств, в результате чего нередко женщины опасаются самых безобидных процедур, а иногда отказываются от жизненно необходимых. Это препятствует установлению доверительных отношений между пациентками и врачами, мешает их работе, дискредитирует в их глазах работу перинатального психолога.

В качестве примера редуционистско-психологического подхода можно привести деятельность Школы сознательного родительства, созданной в рамках Международного астрозотерического движения (МАЭД), которое существует в странах бывшего СССР с 1970-х гг. Школа сознательного родительства, являясь «одним из подлучей астрозотерической школы (АЭШ) 2-го глобуса Круга Буддхи (системы взаимодействия с окружающим миром)», уже имеет представительства более чем в 144 городах, где активно проводит занятия по своей программе. Цель обучения – путем «интегрально-кардинального образования» помочь супружеской паре понять «. истинный смысл рождения, родить детей в атмосфере любви и святости, обрести счастье участия в священном действии – приходе Души в мир» (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 3).

По мнению авторов, в результате обучения «*произойдет формирование здоровой перинатальной культуры, охватывающей беременность, роды и послеродовый период*» (выделено мной. – И. Д.). Отправной точкой этого является утверждение «*принципиально иных культурных установок*», часть из которых не представляется такой уж принципиально иной («*здоровье каждого человека определяется образом его жизни; каждый человек в первую очередь сам ответственен за свое здоровье; беременность – естественный процесс, но требующий повышенного внимания как процесс не только биологический, но и социальный; требующий своего возвышения в интересах ребенка и всего общества*») (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 21).

С другими «установками» можно поспорить («*родители несут ответственность за благополучие ребенка, причем не формальную, как врач, а реальную – благодаря своему биологическому и социальному положению как родителей*). Их сегодняшняя некомпетентность связана лишь с соответствующими культурными установками и фактическим отсутствием у нас института родительства ввиду узурпации медициной начальных периодов жизни ребенка» (там же).

Однако многое в содержании программы, а также то, какими способами ее авторы добиваются формирования «здоровой перинатальной культуры», вызывает массу возражений. В качестве теоретического обоснования программы взяты идеи Е. П. Блаватской, Е. И. Рерих и А. Бейли, которые, по мнению авторов, заложили философские и эзотерические основы нового подхода к вопросам рождения. Супружеским парам, пришедшим на занятие, объясняют, что при зачатии «...*Планетная Душа включает программу воплощения посредством Великого Зодиака, издавая напряженный зов созидания, магнетической силой приводящий к активации рождение своего тела – человеческие души, воплощающие План Планетного Логоса*» (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 13–14).

Каждая семья, согласно этой программе, должна подвергнуться «астропсихо-анализу совместимости и взаимодополнения недостающих потенциалов супругов» методом Кардинальной психодиагностики КАСПид. В результате может, например, получиться, что «*рождение семьи в январе детерминирует интенциональность, мотив развития в системных отношениях, способ достижения нового качественного состояния системных отношений, в том числе и планетных отношений*» (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 40).

В процессе занятий супруги обучаются «астромедитациям», получают «кардинальную астропсихотерапию». Основанная «на аналитической интерпретации планетных и зодиакальных лучевых энергопотоков», она «позволяет осуществить психоанализ кармической программы развития Личности» (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 29). Терапия включает психофизический тренинг, имеющий целью «сгармонизировать взаимоотношения в семейных парах, повысить чувствительность супругов друг к другу, научиться понимать друг друга без слов». Для этого супруги обучаются «танцу энергопотоков», «тренингу на взаимопроникновение», во время которого участники разбиваются на пары и «продолжают танец вдвоем: танец руками, танец спинами, танец глазами, танец всем телом. В ходе тренинга пары несколько раз меняются партнерами» (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 157). Представляется странным, что танцы «взаимопроникновения» со сменой партнеров способствуют улучшению отношений супругов.

Думаю, достаточно цитат. Беременность (а многие супруги приходят впервые в Школу сознательного родительства уже после зачатия) не самое подходящее время узнать, что с точки зрения астрологии и нумерологии брак неудачен. Беременность также не самый подходящий период жизни для начала изучения философско-эзотерического наследия Е. П. Блаватской, Е. И. Рерих и А. Бейли в интерпретации преподавателей. Многие из их идей входят в противоречие с учением православия, других конфессий, что создает стрессовую ситуацию для верующих женщин, решивших пройти родовую подготовку в Школе сознательного родительства. Супруги, собирающиеся зачать ребенка или уже ожидающие его рождения, находятся на очень важном этапе, иногда переломном этапе своей жизни. Уверен, что к границам их личностей, к границам супружеского холона следует относиться с особой осторожностью, бережно. На занятиях, посвященных зачатию, родовой подготовке, они должны встретить специалиста, а не миссионера. Помимо восполнения вызывающего тревогу дефицита информации о репродуктивных процессах с ними нужно и важно беседовать об отношениях в семье, о правах и обязанностях супругов, о том, какое место в системе семьи займет ребенок, о его правах и уважении к нему. Это, безусловно, не может не повлиять на мировоззрение людей. Однако грубо внедряться в их внутренний мир, пытаться резко переделать его, пользуясь тем, что они обратились за помощью, недопустимо.

Со многими рекомендациями, которые в категоричной форме получают беременные женщины на занятиях в Школе сознательного родительства, не согласится большинство перинатальных психологов. Например, женщинам рекомендуют рожать непременно дома (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999; Трунов М. В., Китаев Л. М., 1993), навязывают обязательный переход на вегетарианскую диету, исключающую из рациона мясо, птицу и рыбу, якобы повышающих «наличие «гормонов страха» у беременной женщины, формируя состояние постоянного беспокойства».

Далее: «беременной женщине и кормящей маме ЗАПРЕЩАЕТСЯ употребление» целого ряда продуктов, в числе которых колбасные изделия, мясной бульон, цельное молоко, черный чай, мороженое, соль, манка, перловка, свежий хлеб, макароны. Возникающий при этом недостаток белка рекомендуется восполнять, употребляя в пищу соевые бобы и другие соевые продукты – такие, как соевое молоко, соевая простокваша. Есть рекомендуется не чаще 2–3 раз в день. Раз в неделю следует поститься и «проводить очистительные процедуры в виде клизм» (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 25–28).

Таким образом, от эклектически-дилетантского подхода психолого-редукционистский отличается наличием стройной теоретической базы, что характерно и для медико-редукционистского. Но в отличие от последнего, при этом подходе считается, что течение репродуктивного процесса определяется преимущественно (или даже исключительно) психологическим состоянием партнеров, а значит, при возникновении проблем требует прежде всего психокоррекции. Биологически обусловленные проблемы минимизируются или вообще игнорируются.

Наиболее характерными особенностями психолого-редукционистского подхода являются:

- внимание ко всем этапам репродуктивного процесса и к раннему детскому возрасту;
- наличие теоретической базы, использующей преимущественно психологические, социальные, иногда – философские, эзотерические идеи;
- склонность к резонерству, нередко религиозно-мистическому;
- недостаточное внимание или полное игнорирование биологических проблем у клиентов, при их очевидности – попытка найти психологические причины;
- недостаточное внимание к соматическому состоянию пациентки;
- психологический подход к решению любых проблем репродуктивного процесса;
- повышенное внимание к разработке методов психологического воздействия, психологических тренингов;
- недостаток знаний в области биологии, физиологии, медицины;
- умение устанавливать с пациентами доверительные отношения, завоевывать авторитет;
- повышенная самоуверенность;
- попытка навязать свое мировоззрение, веру;
- категоричность суждений и рекомендаций;
- частое стремление подчинить пациентку себе, стать для нее уникальным и незаменимым;
- неприятие критических замечаний от врачей, явное или скрытое нежелание сотрудничать с ними;
- нередко огульное отрицание любой медицинской помощи.

## **Интегративный биопсихосоциальный вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии**

Сутью биопсихосоциального подхода к перинатальной психологии является соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель, способствующую наиболее полному пониманию закономерностей психологических, биологических и социальных процессов, связанных с репродукцией, раскрытию их взаимосвязей.

Для того чтобы такая модель работала, стала проводником проникновения научно обоснованных методик в практическую работу перинатальных психологов и психотерапевтов, необходимо подобрать такие теоретические конструкты, соединение которых было бы не эклектично, а логично и взаимодополняемо. Это сложная задача, но только в этом случае может получиться интегративная, а не эклектичная модель.

Исследователи, ставившие перед собой такую задачу, предлагают разные модели, каждая из которых имеет свои достоинства и недостатки. Рассмотрим некоторые из них, получившие распространение в нашей стране.

Н. П. Коваленко решила строить свою модель, рассматривая перинатальную психологию как «новую актуальную область науки, интегрирующую знания различных смежных дисциплин и формирующую новые парадигмы, подходы, познания, не разделяющие физиологическую и психоэмоциональную составляющие человеческого организма» (Коваленко-Маджуга Н. П., 2001, с. 7). При этом она попыталась соединить:

- юнгенианский психоанализ;
- теорию перинатальных матриц С. Грофа;
- концепцию инстинктов В. И. Гарбузова.

Наиболее слабым из звеньев этой цепи представляется последнее – концепция инстинктов – «натурпсихология», «во многом базирующаяся на концепциях древневосточной меди-

цины» и рожденная, по словам автора, «интуитивно, инсайтно», т. е. «путем прямого ее усмотрения без обоснования с помощью доказательств» (Гарбузов В. И., 1999, с. 3). Его представления о том, что именно инстинкты являются «фундаментом природы» и «обуславливают ее генетическую цельность», определяют первичную, фундаментальную типологию человека, его природное призвание» (Гарбузов В. И., 1999, с. 19), во многом повторяют теорию В. Макдугалла (McDougall W., 1926). Критикуя ее, А. Маслоу (A. Maslow) в 1954 г. писал, что сторонники этой теории «изобретают инстинкты *ad hoc*<sup>2</sup>, прибегают к понятию инстинкта всякий раз, когда не могут объяснить конкретное поведение или не могут объяснить его истоки», проявляя тем самым «этнологическую наивность» (Маслоу А. Г., 2001, с. 132). А. Г. Маслоу справедливо не соглашается с утверждением, что в человеческой природе заложена готовая система конечных целей и ценностей.

Г. Г. Филиппова – известный специалист в области психологии материнства, что наложило отпечаток на ее попытку осуществить биопсихосоциальный подход к обоснованию перинатальной психологии, объединив ее в «единое направление» с психологией родительства и связав с медициной (психосоматикой, психиатрией, акушерством и гинекологией, перинатологией) (Филиппова Г. Г., 2003). Она считает основанием для такого объединения то, что у перинатальной психологии и «психологии материнства (и шире – родительства)» единые объекты исследования (не ребенок отдельно и не его мать, а системы «мать – дитя», «ребенок – родители»), а также общие задачи.

Не дискутируя по поводу содержания задач и их формулировок, нужно отметить, что у них больше различий, чем сходства. В связи с этим объединение перинатальной психологии и психологии материнства (даже если рассматривать ее шире – родительства) нельзя считать обоснованным. Психология материнства, безусловно, является одним из разделов, знание которого необходимо перинатальному психологу. Однако более широкий кругозор и глубокое понимание обеспечивает, с нашей точки зрения, принятие в качестве одной из основных теоретических баз перинатальной психологии семейную системную психологию, раскрывающую и многие вопросы формирования материнства. С нашей точки зрения, зачатие, беременность и роды следует рассматривать в семейном контексте, а не в узком материнском. Диады «пре-нейт – беременная», «мать – дитя» и триада «мать – дитя – отец» являются не чем иным, как подсистемами семейной системы. С учетом этого следует:

- проводить диагностику готовности к материнству (отцовству), содержания и онтогенеза материнской сферы в контексте семейных отношений, личностных и межличностных проблем;
- выявлять взаимосвязи психического состояния женщины в течение перинатального периода с особенностями формирования ее материнской сферы и развития ребенка, учитывая, что при этом нарушения и психического, и физического здоровья очень часто связаны именно с семейными отношениями;
- разрабатывать методики оказания психологической поддержки и помощи семье в период планирования, ожидания, рождения и раннего развития, связанных в числе прочего и с «диадическими» проблемами, и с проблемами материнства (родительства).

Создание биопсихосоциальной модели перинатальной психологии требует тщательной разработки, основанной на результатах исследований, планирование которых проводилось с учетом теоретических и практических достижений в области и физиологии, и психологии, и социологии.

---

<sup>2</sup> *Ad hoc* (лат.) – специально, применимо только для этого, для специальной цели.

## Глава 3

# Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии

## Биологический компонент биопсихосоциальной модели перинатальной психологии

Среди множества теорий биологии, физиологии человека для создания биопсихосоциальной модели перинатальной психологии наиболее продуктивной, с нашей точки зрения, является концепция одного из крупнейших физиологов и мыслителей XX в. академика Алексея Алексеевича Ухтомского. Ее ядром является сформулированный ученым принцип доминанты, являющейся главным системообразующим фактором антропосоциогенеза. Ухтомский считал, что доминанта (лат. *dominare* – «господствовать») – «не теория и даже не гипотеза, но преподносимый из опыта принцип широкого применения, эмпирический закон, вроде закона тяготения, который, может быть, сам по себе и не интересен, но который достаточно назойлив, чтобы было невозможно с ним не считаться» (Ухтомский А. А., 1954, с. 100).

Суть принципа заключается в том, что при каждом физиологическом процессе, чем бы он ни был вызван, возникает определенная доминанта – очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления торможения. При этом доминирующий центр подкрепляет свое возбуждение посторонними импульсами, а по мере развития возбуждения в себе он тормозит другие текущие рефлексы, встречаемые на общем конечном пути. Важной характерной чертой доминанты является ее инерция, проявляющаяся в том, что однажды вызванная доминанта способна некоторое время стойко удерживаться в центрах и подкрепляться как в своих элементах возбуждения, так и в своих элементах торможения разнообразными и отдаленными раздражителями. Сформированная доминанта представляет собой констелляцию центров с повышенной возбудимостью на различных уровнях центральной нервной системы, что находит отражение во всех других системах организма (в сердечно-сосудистой, эндокринной, мышечной и др.) (Ухтомский А. А., 1950).

Отражая особенности взаимоотношений организма со средой, принцип доминанты выходит за рамки только физиологического закона, поэтому концепция А. А. Ухтомского имеет междисциплинарный характер и находится на стыке физиологии, психологии, имеет непосредственное отношение к социальным взаимоотношениям.

В 1936 г., размышляя о доминанте, ученый написал в своем дневнике, что видит в ней «выражение *исторической причинности в самом конкретном ее выражении*, постепенной подготовке и накоплении фактов, в дальнейшем «взрывном» выявлении подготовленного события, в его кажущейся неожиданности и немотивированности текущими ближайшими раздражителями, в «роковом» привкусе, который получается при этом для созревшего и вырвавшегося наружу порядка событий» (курсив А. А. Ухтомского) (Ухтомский А. А., 2002, с. 410). И хотя эти мысли возникли у академика по другому поводу, они весьма точно отражают часто встречающуюся ситуацию возникновения беременности, ее течения, родов.

На то, что происходящие в организме женщины в период беременности физиологические и нервно-психические изменения направлены на обеспечение максимально благоприятных условий для нормального развития пренейта и носят явно доминантный характер, обратил внимание И. А. Аршавский. Развивая идеи А. А. Ухтомского, он предложил термин «гестаци-

онная доминанта» для обозначения возникающей во время беременности в ответ на образование зиготы, и в особенности в связи с начинающейся имплантацией бластоцита в эндометрии, специальной системы констелляций нервных центров (Аршавский И. А., 1957). Гестационная доминанта включает физиологический и психологический компоненты, которые соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими с женщиной, направленными на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребенка. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, обладающего повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры. Психологический компонент гестационной доминанты вызывает особый интерес перинатальных психологов и психотерапевтов. Он представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы (Добряков И. В., 1996).

И. А. Аршавским было также предложено понятие материнской доминанты – последовательно возникающих в связи с репродуктивной функцией и сменяющих друг друга доминантных состояний в организме женщины, детерминированных биологическими (прежде всего гормональными) изменениями, психологическими и социальными факторами (Аршавский И. А., 1967; Батуев А. С., 1996). Материнскую доминанту последовательно составляют гестационная, родовая, лактационная доминанты. При их чередовании происходят изменения как взаимоотношений, так и природы формирующей среды, что является критическими периодами как для ребенка, так и для системы в целом (Батуев А. С., Соколова Л. В., 2007). Каждая из перечисленных доминант включает физиологический и психологический компонент.

Любые негативные воздействия среды могут отрицательно влиять на организм женщины, формирующий материнскую доминанту, и приводить к возникновению конкурирующей «стрессовой» субдоминанты. Это чревато нарушениями становления материнской доминанты, чередованию ее составляющих, что в конечном итоге может оказать влияние на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие со средой (Батуев А. С., 1996; Сафронова Н. М., 1997).

В настоящее время идеи А. А. Ухтомского творчески и продуктивно развивает коллектив организованного в 1995 г. при Санкт-Петербургском государственном университете центра «Психофизиология матери и ребенка», возглавляемого академиком РАО профессором А. С. Батуевым. Ставя своей целью консолидировать творческие усилия специалистов разного профиля в поисках путей улучшения психического и физического состояния здоровья матери и ребенка, коллектив центра сделал и делает очень много для развития отечественной перинатальной психологии.

Принятие взглядов о материнской доминанте в качестве научной парадигмы позволяет хорошо структурировать биопсихосоциальную модель перинатальной психологии. Однако для этого, по нашему мнению, к составляющим материнскую доминанту должна быть добавлена еще одна, занимающая первое место в их очередности – доминанта зачатия, заслуживающая особого внимания и исследования. Кроме того, термин «лактационная доминанта» представляется слишком ограниченным, так как происходящие в этот период изменения не сводятся лишь к проблеме вскармливания. Как отмечает Д. В. Винникотт в статье «Кормление грудью как общение», важно не только накормить ребенка, но и «обеспечить его богатством переживаний» (Винникотт Д. В., 1998, с. 26). Важнейшей задачей после рождения является сохранение между матерью и ребенком диадных отношений, что определяется возникновением того,

что Винникотт назвал холдингом (англ. *holding* – держать на руках, заботиться). В связи с этим доминанту, возникающую сразу же после рождения ребенка и определяющую процессы в системе «мать – дитя» в течение около трех лет, корректнее было бы назвать доминантой холдинга...

«Принцип доминанты – не только нейрофизиологический принцип координации поведения животного, но и психологический принцип, которому подчиняется психическая деятельность. Принцип доминанты нашел широкое признание как в разных областях теоретической и практической психологии, так и в клинике», – писал выдающийся отечественный психолог, современник Ухтомского – В. Н. Мясищев (Мясищев В. Н., Голиков Н. В., 1995, с. 97). Концепция Ухтомского нашла свое применение и в перинатальной психологии.

## **Психологический и социальный компоненты биопсихосоциальной модели перинатальной психологии**

Социальные и психологические факторы, влияющие на становление и реализацию репродуктивной функции человека, тесно переплетены, что находит отражение в теоретических положениях, которые мы предлагаем использовать для разработки биопсихосоциальной модели перинатальной психологии и психотерапии. В связи с этим провести четкие границы между психологическим и социальными компонентами весьма затруднительно. И личность, и семья являются предметами изучения и социологии, и психологии.

### **Психоанализ как теоретическая основа перинатальной психологии**

Как уже отмечалось, идеи психоанализа сыграли большую роль в становлении перинатологии. Еще большее значение они имеют для понимания проблем перинатальной психологии, формирования ее биопсихосоциальной модели.

Оценивая вскоре после смерти З. Фрейда значение его работ, К. Юнг писал, что влияние психоанализа «можно заметить везде, где человеческая душа выступает решающим фактором, и, прежде всего, в психопатологии в целом, затем в психологии, философии, эстетике, этнологии – *last not least* – в психологии религии» (Jung C., 1939). В наше время этот список может быть существенно продлен. Одно из первых мест в этом списке принадлежит перинатальной психологии и перинатальной психотерапии, во многом обязанных своим появлением психоаналитическим открытиям, теоретическим и практическим разработкам.

В настоящее время можно с удовлетворением констатировать, что психоанализ в Россию вернулся. После долгого перерыва отечественным ученым и практикам стали доступны труды З. Фрейда (S. Freud), О. Ранка (O. Rank), А. Фрейда (A. Freud), А. Адлера (A. Adler), Э. Фромма (E. Fromm), Ш. Ференци (S. Ferenczi), Д. Стерна (D. Stern), К. Хорни (к. Horney), Г. Юнга (C. Jung), М. Кляйн (M. Klein), С. Лебовиси (S. Lebovici), Р. Шпица (R. Spitz), Д. Винникотта (D. Winnicott), Дж. Боулби (J. Bowlby) и др., работы которых необходимо знать перинатальным психологам и психотерапевтам.

Основоположники психоанализа не раз обращались к проблемам, которые имеют непосредственное отношение к перинатальной психологии, их оригинальные взгляды позволили по-новому взглянуть на многие вопросы, наметили пути к поиску ответов.

З. Фрейд в ряде своих работ большое значение придавал внутриутробному периоду и переживаниям при рождении в возникновении на последующих этапах онтогенеза тревоги, невротических симптомов. Однако развитие этой темы связано прежде всего с именами его учеников О. Ранка и, в меньшей степени, Ш. Ференци.

Ш. Ференци в работе «Таласса» многие проблемы взрослых людей объяснял инстинктивным стремлением к возвращению в лоно матери (Ferenczi S., 1924).

В совместной работе 1925 г. «Развитие психоанализа» они утверждали, что при анализе следует больше внимания уделять не умственным реконструкциям, а эмоциональному опыту (Rank O., Ferenczi S., 1925).

Но основоположником перинатальной психологии и психотерапии следует считать Отто Ранка. Этот ученый нередко увлекался, был не лишен заблуждений, но весомость его вклада в психоанализ не подлежит сомнению. Свои оригинальные идеи Ранк изложил в книге «Травма рождения» (Ранк О., 2004). Рукопись была завершена в апреле 1923 г. и представлена Зигмунду Фрейду ко дню его рождения 6 мая. Книга была посвящена ему – Учителю. Свою реак-

цию на эту книгу сам Фрейд оценивал как шок, связанный с опасением растворения работы всей его жизни, посвященной этиологии неврозов, представлениями о значении в их патогенезе травмы рождения. Однако потом шок уступил место радости по поводу того, что Ранк сделал открытие фундаментальной важности. В связи с ее изданием в декабре 1924 г. Фрейд говорил, что это – важнейший шаг вперед со времени открытия психоанализа (Джонс Э., 1997, с. 344).

Отто Ранк полагал, что рождение ребенка является психической травмой, создающей у него высокий уровень тревоги, имеющей тенденцию вновь возникать у взрослого человека в критических ситуациях, проявляться в невротических симптомах. Ранк подчеркивал, что его идеи о значимости травмы рождения для психоанализа являются «всего лишь вкладом в психологию нормы по З. Фрейду, в лучшем случае, весомым вкладом», отмечал, что именно Фрейд впервые высказал мысль о том, что первичная тревожность – ядро всякого невротического нарушения – изначально сводится к тревожности при рождении (*dyspnoea*) (Ранк О., 2004, с. 55).

Однако то, что З. Фрейд в основном интересовался отношениями ребенка с отцом, комплексом Эдипа, и в меньшей степени отношениями ребенка с матерью, по мнению Ранка, было неверным. Суть жизни, считал О. Ранк, заключается в отношениях между матерью и ребенком: любовного единства вначале, драматической сепарацией в процессе родов и в дальнейшем.

Роды – это первичная сепарация, вызывающая ужас. Второй травмой сепарации он считал отлучение от груди. Те же механизмы травматизации возникают при появлении соперника, т. е. при рождении брата или сестры (сиблинговые расстройства), при утрате близкого (измене, разлуке, смерти). Нельзя не согласиться с мнением Ранка о том, что человек, вследствие долгого пренатального периода и развившихся в дальнейшем высших психических функций, пытается творчески восстановить первичное состояние, переживаемое им антенатально с помощью сексуального удовлетворения. Таким образом, половой акт, с точки зрения О. Ранка, является оптимальной попыткой замещения внутриутробного единения с матерью, единственной возможностью приблизительного восстановления первичного удовольствия путем частичного и чисто телесного возвращения в утробу. Но это частичное удовлетворение, к которому присоединяется величайшее ощущение удовольствия, удовлетворяет не каждого индивида. Если женщина может посредством полного воспроизведения первичной ситуации и реального повторения беременности и родов ближе подойти к первичному удовлетворению, то мужчина, зависящий от бессознательной идентификации, должен обеспечивать себе замену этого воспроизведения, идентифицируясь с «матерью».

Невротик, по мнению Ранка, не способен нормально преодолевать травму рождения с помощью сексуального удовлетворения, так как не довольствуется частичным возвращением к матери, которое дает ему половой акт и рождающийся ребенок. Это может происходить вследствие сильной родовой травмы, нередко связанной с осложнениями в родах, и, следовательно, более сильного первичного вытеснения.

При постепенном отделении от матери (важным моментом которого является кормление грудью) обеспечивается благополучное прохождение стадии «первичного вытеснения» и избавление от исходной тревоги. При нарушении этого возникают бессознательные амбивалентные тенденции стремления возвращения в утробу матери и одновременно переживания ужаса перед ней, что приводит к развитию патологических состояний. С точки зрения Ранка, разработанная им концепция, понимание первичной амбивалентности психики человека дает возможность понимания сексуального развития человека, позволяет раскрыть многие загадки его онтогенеза. Основная жизненная проблема человека сводится к преодолению страха отделения от матери (или от того, кто ее заменяет), и психотерапия должна помогать людям, не справляющимся с этим.

Если первая реакция Зигмунда Фрейда на выход этой книги была положительной, то позднее он не принял идеи Ранка, согласно которой акт рождения является основным источником невроза из-за продолжения непреодоленной, существующей как «правытеснение», фиксации на мать. Продолжая считать идеи Ранка «смелыми и остроумными», Фрейд в то же время отмечал, что внутриутробная жизнь, тесно связанная с ранним детством, обуславливает его проблемы «значительно сильнее впечатляющей цензуры акта рождения, в которую нам предлагается поверить». Он остроумно сравнивал сводимый к проблемам травмы рождения психоанализ с поисками во время пожара лампы, послужившей причиной возгорания, упрекал Ранка в игнорировании роли отца (Фрейд З., 1998, с. 15–16).

В своих последних работах О. Ранк также уделял внимание не только травме рождения, но и тому, насколько успешно ребенок приобретает собственную индивидуальность, освобождаясь от родительского влияния на разных этапах онтогенеза. Обвиняя Ранка в редукционизме, Фрейд безусловно был прав, однако это не умаляет значения, особенно для перинатальной психологии и психотерапии, выдвинутых Ранком идей.

Целый ряд исследователей, вроде бы взявших на вооружение идеи Ранка и ссылающихся вскользь на него, в своих работах повторяли ошибки Ранка, отмеченные З. Фрейдом. Наиболее известным из таких последователей является Станислав Гроф. Экспериментируя с изменениями сознания пациентов при помощи ЛСД, голотропного дыхания, он считал, что в таком состоянии они вновь переживают травмы своего реального биологического рождения (Groff St., Halifax J., 1979). Подобный опыт Гроф называет трансперсональным, считает терапевтическим и описывает, используя парапсихологические, мистические категории («сверхчеловеческое духовное существо», «сознание Универсального Мышления», «Сверхкосмическая и Метафизическая пустота»), не принадлежащие, по его собственным словам, общепринятым в науке представлениям о мире (Groff St., Halifax J., 1979). К сожалению, эти идеи, имеющие весьма косвенное отношение к научному наследию Ранка, довольно популярны, дискредитируют его, а также перинатальную психологию и психотерапию, с которыми они ассоциируются.

После родов начинается процесс адаптации ребенка к новым условиям. Если в родах ребенок может получить и, как правило, получает острую психическую травму, то при неправильном отношении к нему в постнатальном периоде младенец может попасть в хроническую психотравмирующую ситуацию. В результате возможны нарушения процесса адаптации, отклонения и задержки психомоторного развития. Этим обусловлен тот особый интерес, который представляют для перинатальных психологов психоаналитические трактовки психологии раннего пост-натального периода, хотя взгляды исследующих этот период разных психоаналитиков очень различаются.

В 1931 г. А. Адлер писал, что основные факторы, формирующие психику человека, воздействуют на него в младенчестве, что в этом возрасте уже можно различить «черты характера взрослого человека» (Адлер А., 1997).

Вопросы психологии раннего постнатального периода поднимали в своих работах основоположники детского психоанализа Анна Фрейд и Мелани Кляйн (Freud A., Klein M.). Они придавали большое значение отношениям матери и младенца, считая их важнейшими среди факторов, влияющих на формирование психики и особенностей личности, хотя во многом их подходы не совпадали.

А. Фрейд при проведении психоанализа ребенка привлекала к сотрудничеству его родителей, изучала особенности привязанности ребенка к матери, считала, что изучать психическую деятельность ребенка необходимо в его семейном окружении (Фрейд А., 1991).

Интерес к младенцам М. Кляйн объяснялся уверенностью в том, что, лишь исследуя их психическую деятельность, можно понять болезни, возникающие в старшем возрасте. При этом особую роль она придавала переживаниям зависти, агрессии или благодарности, испытываемым младенцами по отношению к материнской груди. Разделять окружающие объекты на

плохие и хорошие младенец, с точки зрения М. Кляйн, начинает в связи с тем, что материнская грудь может удовлетворять его потребности либо разочаровывать (Кляйн М., 1997). А. Фрейд критически относилась к этим идеям. М. Кляйн удалось показать, что негативные эмоции ослабевают, если мать способна интроецировать чувства ребенка и при этом оставаться в уравновешенном состоянии. Интеграция личности, по мнению Кляйн, может состояться лишь тогда, когда пациент начнет строить свои отношения с окружающим миром, обретая вновь чувство безопасности, которое испытывал в утробе матери (*in utero*).

З. Фрейд отмечал, 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. Он писал, что «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 существующее отдельно 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»» (Фромм Э., 1989, с. 31–32).

Особое значение в становлении перинатальной психологии имеют работы Д. В. Винникотта. Он считал, что психическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери. Винникотт в Англии и Э. Г. Эриксон в Америке сформулировали суть основного вклада матери в здоровое развитие ребенка как снижение его сепарационной тревожности, формирование доверия к окружающему миру, адаптироваться в котором тем проще, чем больше он напоминает пережитое первичное состояние (Винникотт Д. В., 1994, 1998; Эриксон Э. Г., 1996). Подчеркивая неразрывность психической деятельности матери и ребенка, Д. В. Винникотт писал, что нет такого другого создания, как младенец (Винникотт Д. В., 1998).

Многие исследователи, такие как М. Эйнсворт, Дж. Боулби, С. Лебовиси, М. Малер, Р. Шпиц, Д. Стерн и др., также рассматривали мать и младенца в рамках единой диады, являющейся подсистемой семейной системы (Шпиц Р. А., 2000; Шпиц Р. А., Годфри Коблинер В., 2001; Ainsworth M. D. S., 1983; Bowlby J., 1951; Lebovici S., 1983; Mahler M. S., Pine F., Bergman A., 1975; Stern D. N., 1977).

Особенно глубокие исследования в этом направлении были предприняты в 1951–1960 гг. английским психологом и педиатром Джоном Боулби и его соратницей Мэри Эйнсворт. Результаты их работ убедительно показали, что для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло. Это согласовывалось с мнением З. Фрейда о том, что основой отношения ребенка к матери является «принцип наслаждения», так как младенец стремится получить удовольствие, утоляя голод материнским молоком. Однако, не отвергая принцип удовольствия, Дж. Боулби в отличие от Фрейда полагал, что связь ребенка и матери обусловлена выраженной потребностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Развитие психических и моторных функций детей Боулби связывает 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, т. е. расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности.

Если мать оказывается недоступной ребенку или кажется ему таковой, 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 подчеркивает важность ощущения безопасности для развития Эго 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 – высока тревога, а деятельность ребенка направлена на попытки обеспечения безопасности (Боулби Дж., 2003; Bowlby J., 1951).

Теоретические положения Д. Боулби были блестяще подтверждены экспериментами М. Эйнсворт (Ainsworth M. D., Wittig B. A., 1969; Ainsworth M. D., 1983). 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. 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. М. Эйнсворт удалось в результате наблюдений за реакциями детей на разлуку с матерью выделить три типа привязанности: безопасную, избегающую и амбивалентную.

До работ Джона Боулби и Мэри Эйнсворт большинство исследователей психического развития младенцев не придавали большого значения взаимоотношениям матери и ребенка для формирования психических функций или уделяли этому недостаточно внимания. Результаты исследований Боулби и Эйнсворт поставили под сомнение правомерность бихевиориального подхода. Основываясь на принципах оперантного обусловливания и формирования реакции, бихевиористы, изучая значение для развития когнитивных процессов и моторики невербальных форм общения младенцев со взрослыми, игнорировали роль активного усвоения ребенком социального опыта, накопленного предыдущим поколением, объясняли развитие младенца только генетической запрограммированностью (Бауэр Т., 1985). В свое время их взгляды оказали большое влияние на педагогику. Многие матери следовали их рекомендациям «не приучать детей к рукам», так как это якобы тормозило исследовательскую деятельность ребенка.

Таким образом, теория психоанализа является одной из основополагающих в модели перинатальной психологии, и современный перинатальный психолог, каких бы теоретических воззрений он ни придерживался, должен знать основы психоанализа.

## **Теория личности как основа перинатальной психологии**

И зачатие, и беременность, и роды, и выхаживание, воспитание ребенка в раннем постнатальном периоде – процессы, сопровождаемые как психологическими изменениями личности, требующими от нее реализации многих потенциальных возможностей, появления новых

качеств, так и изменением ее социального статуса. Вот почему для концептуальной основы создания биопсихосоциальной модели перинатальной психологии необходима теория личности. Так как все стадии репродуктивного процесса связаны с эмоционально значимыми межличностными взаимодействиями, наиболее отвечающей цели и задачам перинатальной психологии нам представляется теория отношений В. Н. Мясищева (1960), позволяющая рассматривать зачатие, беременность, роды через призму единства организма и личности.

Новорожденный, полагал Мясищев, обладает «генотипически и пренатально обусловленными возможностями», а «в процессе жизни, онтогенетический опыт формирует фенотип организма, неразрывно связанный с фенотипом личности» (Мясищев В. Н., Голиков Н. В., 1995, с. 101).

В. Н. Мясищев призывал рассматривать процессы нервной деятельности в норме и патологии с монистической позиции А. А. Ухтомского и соглашался с его утверждением, что принципу доминанты подчинены как рефлексы спинного мозга, так и «ассоциации» психологов и интегральные образы, в которых нами воспринимается среда (Мясищев В. Н., Голиков Н. В., 1995, с. 97).

Согласно теории Мясищева человек с самого рождения (а опыт перинатальной психологии показывает, что и будучи еще пренейтом) оказывается включенным в систему общественных отношений, в которой до самой смерти формирует свои субъективные отношения ко всем сторонам действительности. Именно эту динамическую систему отношений человека к окружающему миру и к самому себе Мясищев считал наиболее специфической характеристикой личности.

Но система эта формируется постепенно. «В ранней стадии у ребенка соответственно нет отношений, его реакции обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих органических влечений» (Мясищев В. Н., 1960, с. 60). С этим нельзя не согласиться, однако есть отношение к нему его матери! А «когда мать и младенец соединяются в ситуации кормления, речь идет об инициации человеческих отношений. В этот момент у ребенка закладывается модель отношения к объектам и миру в целом, – писал современник В. Н. Мясищева Дональд Вудс Винникотт. – Слишком просто искать объяснения в рефлексках» (Винникотт Д. В., 1998, с. 49).

Тему субъектно-объектных отношений в последние годы жизни в русле концепции отношений Мясищева развивал другой выдающийся отечественный ученый академик А. В. Брушлинский. Он считал, что «любой человек не рождается субъектом, а становится им» тогда, «когда овладевает хотя бы простейшими понятиями, в которых он все более полно раскрывает существенные свойства и отношения объекта» (Брушлинский А. В., 2003, с. 21). А. В. Брушлинский отмечал, что «на сегодняшний день накоплено достаточно материала, свидетельствующего в пользу гипотезы о пренатальном характере возникновения нашего психического мира» (Брушлинский А. В., 2002, с. 318). Психическое проявляется уже во внутриутробном периоде, поэтому можно говорить об индивидуальности новорожденного. «Говоря о новорожденном как об индивидуальности, мы утверждаем изначально общественную природу его психики, поскольку индивидуальность выступает следствием определенного уровня (достаточно высокого) становления человеческой культуры. Ребенок рождается не животным, но общественным существом во всех отношениях, потому что его «биология» так же детерминирована историей человечества, как и психика. Ребенок рождается не только общественным существом, но и индивидуальностью, потому что он изначально оказывается включенным в систему субъект-субъектных взаимоотношений, отношений между индивидуальностями» (Там же).

Под понятием «отношения» В. Н. Мясищев подразумевал «то латентное состояние, которое определяет основанный на прошлом опыте характер действия или переживания человека по поводу каких-либо обстоятельств» (Мясищев В. Н., Голиков Н. В., 1995, с. 101).

Исследования отношений В. Н. Мясищев предпринял, развивая идеи своего учителя А. Ф. Лазурского, которым были выявлены пятнадцать групп отношений человека к различным явлениям природы, общества, ценностям. В числе прочих он выделял отношения к себе, к противоположному полу, к семье, к нравственности, к мировоззрению, к религии. Личность рассматривалась Лазурским как субъект всей системы отношений (Лазурский А. Ф., 1921).

Психологический смысл формируемых человеком отношений к окружающему В. Н. Мясищев видел в том, что они отражают объективно существующие отношения общества и условий макро– и микробытия, в которых он живет и которые, взаимодействуя с его организмом, по-разному влияют на возникновение и проявления его интересов и потребностей.

Мясищевым были выделены «сущностные характеристики» отношений. К ним он относил:

- целостность, так, как с одной стороны, «к действительности относится человек в целом», а с другой стороны, «отношения связывают человека не столько с внешними сторонами вещей, сколько с самим предметом в целом» (Мясищев В. Н., 1995, с. 210–211);
- активность: «чем больше выражена активность, тем более выражено отношение» (Мясищев В. Н., 1995, с. 114);
- сознательность, так как личностью может быть только человек, обладающий сознанием, т. е. способностью «правильно отражать действительность в ее основных чертах, отдавать себе отчет в смысле воздействия и обстановки и сообразовать действия с обобщенным содержанием опыта» (Мясищев В. Н., 1995, с. 148);
- избирательность, потому что отношение к объекту зависит от значимости его для личности.

В. Н. Мясищев отмечал, что когда речь заходит об отношениях человека, слово «отношение» приобретает «новый смысл: отношение субъекта к объекту, в котором субъект избирателен, активен и инициативен» (Мясищев В. Н., 1995, с. 113).

В. Н. Мясищев выделял три компонента каждого отношения: эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий. Это соответствует триаде Тетенса (ум, чувство, воля) и, с его точки зрения, не противоречит позиции целостности личности.

Оценивая эмоциональный компонент отношений человека, В. Н. Мясищев выделял положительные, нейтральные, отрицательные и положительно-отрицательные (амбивалентные) отношения.

С когнитивных позиций он различал отношение *к субъекту*, включающее отношение человека к себе, отношение человека к другим и отношение человека к отношению других к нему. Выделение последнего отношения человека к отношению других к нему обусловлено тем, что взаимоотношения двух людей по сути субъектно-субъектные (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1999). В качестве важных отношений Мясищев также называл отношения к социальным группам, к животному миру (природе). Кроме отношений к субъектам В. Н. Мясищев выделял отношения человека *к объектам, окружающим его*,

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.