

РАННИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕФИЦИТЫ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЛАДЕНЦА

© *Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н.*

Курский государственный медицинский университет, Курск

E-mail: tvasilenko@yandex.ru

Исследование направлено на выявление и раскрытие механизмов функционирования протективных факторов сохранения здоровья ребенка, под которыми понимается ряд психосоциальных факторов, специфичных на каждом этапе жизненного пути ребенка, матери и семьи в целом, в контексте социального окружения. Представлены результаты исследований телесного опыта первой беременности, установлена связь стиля готовности к материнству, качества взаимодействия матери с младенцем в первые шесть месяцев и психосоматического здоровья ребенка. Установлено, что опыт ранних эмоциональных дефицитов ребенка, накапливаемый на этапе внутриутробного развития и в первые шесть месяцев после рождения, создает факторы риска психосоматическому здоровью. Выявлено, что переживание и осмысление телесного опыта беременности связано с принятием роли матери. Что отражается в особенностях процессов смысловых и временных аспектов субъективной картины жизненного пути личности.

Ключевые слова: телесный опыт первой беременности, стиль готовности к материнству, принятие материнской роли, идентичность, психосоматическое реагирование, взаимодействие матери и младенца.

EARLY EMOTIONAL DEFICITS AND PSYCHOSOMATIC HEALTH OF A BABY

Vasilenko T.D., Zemzyulina I.N.

Kursk State Medical University, Kursk

The research is aimed at detecting and exposing the mechanisms of functioning child's health protective factors, by which we mean several psychosocial factors, specific on each stage of a child's, mother's and the whole family's course of life in the context of social environment. This article presents the results of studying a correlation between the maternity readiness style, the quality of mother-infant interaction during first 6 months and psychosomatic health of a child. It has been established that the experience of early emotional deficiencies of an infant, accumulated during fetal stage and first 6 months after birth, creates risk factors to psychosomatic health. It has been found out that understanding of the corporal experience of pregnancy is closely connected with acceptance of motherhood, which is reflected in semantic and temporal features of subjective image in a person's course of life.

Keywords: first pregnancy, bodily experience, maternity readiness style, maternal role acceptance, identity, psychosomatic response, mother-infant interaction.

Воспитание ребенка в дисфункциональной семье, дефицит родительского внимания, особенно со стороны матери, могут стать причинами нарушения психосоматического здоровья ребенка, а также препятствием его психического и в дальнейшем личностного развития (Кернберг О. [10], Аммон Г. [1], Мухамедрахимов Р.Ж. [15], Кулаков С.А. [12], Исаев Д.Н. [8] и др.). М. Sheperd (1987) [9], изучая течение психического расстройства, выделяет 4 фазы в его течении, причем пре- и перинатальная фаза и фаза ранней социализации рассматриваются как периоды интенсивного накопления как протективных, так и факторов уязвимости. К последним относятся непринятие роли матери, переживание беременности как нежелательного события, качественно неполноценная интеракция с объектом привязанности в раннем детстве.

Непринятие матерью своей роли, нарушение контакта с ребенком создают факторы риска для его психического и психосоматического здоровья, в то время как качественное выполнение роли

матери, основанный на этом контакт, «встреча» с ребенком, синхронизация с ним создают мощные протективные факторы, сохраняющиеся на протяжении жизни и создающие условия для качественного совладания с различными трудностями, повышая жизнестойкость и адаптированность.

Исследованный О. Кернбергом [10] процесс интернализации как процесс развития психики под влиянием отношений с внешним миром, соединяясь с чувствами, которые вызывают эти отношения, становится частью нашей психики и личности. Здесь главное значение имеют ранние отношения с матерью, которые возникают еще до рождения, в пренатальный период. Интегрированный внутренний объект «мать» определяет канву отношений с другими взрослыми и с внешним миром в целом.

Родительское отношение к ребенку будет определять самооценку и приспособительные функции на протяжении взрослой жизни [12]. Здоровое и целостное Эго может возникнуть

только на основе любви, эмпатии и уважения. Нарушение идентичности проявляется на физическом уровне нарушением телесных границ, возникает парадоксальное сочетание повышенной чувствительности и блокирования ощущений, соматизированные реакции [12].

Ролевые конфликты в семье рассматриваются как основная причина психических и психосоматических расстройств [14]. Амбивалентное поведение матери также опасно для психики ребенка, как и безразличие, холодность и дистанция [14]. Интеграция в психике ребенка противоположных образов, сопровождаемых контрастными эмоциями, создает напряжение, и незрелая психика не в состоянии справиться с таким напряжением, возникает тревога, которая при накоплении и повторении подобных переживаний начинает соматизироваться, вызывая сначала соматическое реагирование, а закрепляясь и повторяясь, создавая психосоматический симптом и психосоматическое заболевание.

Г. Аммон [1] указывал, что оптимальная адаптация к среде обеспечивается центральными функциями Эго, нарушение этих функций приводит к интрапсихическим функциональным дефицитам. Грубая агрессивная мать создает для ребенка деструктивную среду, вызывая дефицитарность внутренней границы. Дефицит любви, нежности и заботы препятствует формированию у ребенка собственных границ, предопределяя «нарциссический голод».

Контакт матери с младенцем, а также грудное вскармливание дезактивируют стрессовую реакцию как матери, так и младенца. В современных нейробиологических исследованиях обнаружено, что при кормлении грудью миндалина мозга матери выделяет меньше кортиколиберина, предотвращая формирование чувства беспокойства и страха, в то время как вырабатываемый пролактин создает чувство умиротворенности; состояние сознания матери при кормлении грудью облегчает ее задачу по успокоению ребенка и по управлению его стрессом, ребенок чувствует себя защищенным от стресса и дискомфорта, в ответ на это его мозг отвечает увеличением количества нейронов, чувствительных к кортизолу, производство кортизола будет остановлено вовремя, в противном случае рецепторы кортизола прекратят работать из-за неумения уменьшаться его количества, он продолжает циркулировать в мозге, порождая чувство, что стресс невозможно прекратить [6].

Развитие привязанности сопровождается выработкой гормона окситоцина и других эндогенных опиоидов, что способствует

сохранению психологической устойчивости в стрессовых ситуациях [2], концентрация которых в крови коррелирует с состояниями здоровья, такими как психическая и физическая расслабленность, подавление центров страха, снижение артериального давления, ощущение покоя. Если дети в раннем детстве не получают заботы и любви со стороны матери, то в стрессовой ситуации (даже во взрослой жизни) они впадают в панику [2].

В отсутствие контакта с матерью, наполненного синхронизацией и резонансными отношениями, у младенца закрепляется состояние, подобное состоянию выученной беспомощности [16], когда любые действия и реакции ребенка, обращенные к матери, не вызывают адекватного ответа с ее стороны, ответ всегда один и тот же – дистанция, невнимание, нечувствительность к его позывам.

В современной теоретической и практической психологии идут поиски адекватных методов диагностики психологического благополучия младенца, систематизации факторов, влияющих на него, значимость состояния младенца в его дальнейшем здоровье и развитии. Изучение факторов, влияющих на формирование контакта матери и младенца, предполагает обращение как к онтогенетическим аспектам (перинатальный период и влияние психологических характеристик протекания беременности в ее ценностно-смысловом отражении), так и к социально-психологическим аспектам, таким как особенности личности матери, процесса перестройки ее ролевой идентичности в связи с принятием роли матери, системой наиболее значимых отношений матери (с мужем, ее матерью и др.), способности семьи как системы к нахождению нового баланса между устойчивостью и изменчивостью в кризисный период перестройки ролей, дистанций и правил в первое полугодие жизни ребенка.

Общая концепция нашего исследования складывается из понимания единства психологических, социальных и физиологических аспектов здоровья и развития ребенка, которое, по нашему мнению, начинается уже в период беременности. Исследование направлено на выявление и раскрытие механизмов функционирования протективных факторов сохранения здоровья ребенка, под которыми понимается ряд психосоциальных факторов, специфичных на каждом этапе жизненного пути ребенка, матери и семьи в целом, в контексте социального окружения. На этапе беременности в качестве факторов сохранения здоровья ребенка рассматривается готовность к материнству и ценность ребенка во взаимосвязи со смысловыми, ценностными и личностными характеристиками матери. В первые месяцы жизни ребенка (от

рождения до 6 месяцев) в качестве факторов благополучного сохранения здоровья выступает ранний контакт матери и ребенка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выборку составили 439 беременных с отсутствием негативного опыта беременности (выкидыши, аборт и другие гинекологические патологии). Исследование проводилось на базах ОБУЗ «Курский городской перинатальный центр» и ОБУЗ «Областной перинатальный центр» города Курска. Необходимыми условиями отбора испытуемых явились: количество детей в семье (в выборку вошли беременные женщины, ожидающие первого ребенка, и женщины после рождения ребенка с 1-го по 6-й месяцы); возраст женщин (18-27 лет как оптимальный, по мнению ВОЗ, для рождения ребенка); удовлетворенность браком (группу составили женщины с высокими показателями удовлетворенности в браке).

Методы исследования: структурированное интервью; психодиагностические методики (методика «Кто я?» М. Куна, Т. Макпартленда [7], тест «Смыслжизненные ориентации» Д.А. Леонтьева [13], опросник «Удовлетворенность браком» В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко [17], тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова [9], «Мангеймская шкала оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (MBS-MKI-S) [19], проективные методики (метод исследования переживания беременности «Фигуры» Г.Г. Филипповой [18], метод исследования жизненного пути личности «Линия жизни» Т.Д. Василенко [3]); архивный метод для выяснения объективных данных относительно особенностей протекания беременности и

здоровья ребенка, методы математической статистики (статистическая обработка проводилась при помощи Statistica 6.0, с использованием методов описательной и сравнительной статистики (непараметрические критерии U Манна-Уитни, H Крускала-Уоллеса, T Вилкоксона, χ^2 Пирсона)).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наши многолетние исследования типов переживания беременности и связанных с ними стилей готовности к материнству (адекватный, с выраженной ценностью ребенка и принятием роли матери; тревожный, с повышенной ценностью ребенка и амбивалентным, конфликтным принятием роли матери; игнорирующий с заниженной ценностью ребенка и непринятием материнской роли) свидетельствуют, что непринятие материнской роли наблюдается у 25-33% беременных, ожидающих первого ребенка и находящихся на третьем триместре беременности [4; 5].

Получены значимые различия по представленности социальных ролей в идентичности женщин с различными типами переживания беременности ($p < 0,05$), данные представлены на рисунке 1.

У женщин с адекватным типом переживания беременности иерархия ролей представлена ролями матери, супруги, человека, женщины, дочери, что свидетельствует о принятии социальной роли матери и сбалансированности жизненной ситуации и идентичности. Женщины с тревожным типом переживания беременности центрированы на роли матери, она представлена несколько чрезмерно, в ущерб другим ролям – человека, женщины, при этом роль супруги и профессионала занимают примерно равную позицию,

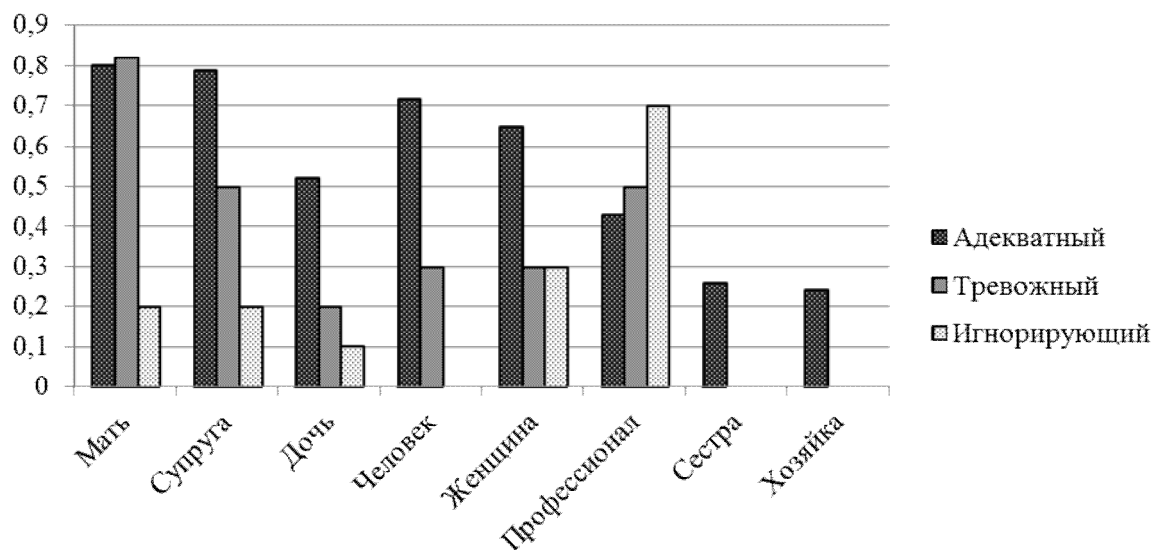


Рис. 1. Распределение частоты встречаемости социальных ролей у беременных женщин с различными типами переживания беременности.

роль дочери занижена, что свидетельствует о акцентированной иерархии системы ролей. При игнорирующем типе переживания беременности женщина определяет себя прежде всего как профессионала («Я рожаю ребенка, значит, я должна расти в карьере и обеспечивать свое дитя»), роли женщины, супруги, матери и дочери выражены незначительно, что свидетельствует о непринятии роли матери накануне родов и о рассогласовании жизненной ситуации, связанной с телесным опытом первой беременности, и идентичности женщины.

В результате статистической обработки с уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены различия по смысловым аспектам субъективной картины жизненного пути в группе беременных женщин с адекватным (114), тревожным (107) и игнорирующим типом переживания беременности (105). Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин с адекватным типом переживания беременности общий уровень осмысленности жизни завышен, у женщин с тревожным и игнорирующим типом переживания беременности общая осмысленность в жизни находится в пределах нормативно высоких значений. Это характеризует женщин с адекватным типом переживания беременности как женщин, переживающих жизнь как наполненную значительным смыслом.

Были обнаружены значимые различия по показателям «Локус контроля-Я» и «Локус контроля-жизнь» у женщин с различными типами переживания беременности. У всех женщин нормативно высокие показатели по данным шкалам, что свидетельствует о свободе выбора, а также о том, что они строят свою жизнь в

соответствии со своими целями и наполнены смыслом, они свободно принимают жизненно важные решения, но значительно в большей степени эти показатели выражены при тревожном типе переживания беременности, что свидетельствует о стремлении к чрезмерному контролю, склонности принимать решения самостоятельно, полагаясь только на себя, что может приводить к закреплению тревожного переживания беременности.

Контекст жизненного пути переживания телесного опыта первой беременности представлен следующими жизненными событиями: переживание беременности, появление ребенка, а также встреча спутника жизни, меньшую значимость занимает сфера учебной деятельности. Частота встречаемости положительных событий (по сферам) по методике «Линия жизни» в зависимости от типа переживания беременности представлена на рисунке 2.

При сравнении видно, что женщины с адекватным типом готовности к материнству телесный опыт первой беременности связывают с положительными жизненными событиями, что является поддерживающим условием для развития готовности к материнству, для принятия новой социальной роли. Наибольшее значение принимает сам факт беременности, ожидание ребенка, рождение ребенка; также следует отметить значительную смысловую наполненность жизни у этих женщин. У женщин с тревожным типом переживания беременности смысловое поле субъективной картины жизненного пути несколько уже, наибольшее значение приобретает сам факт беременности

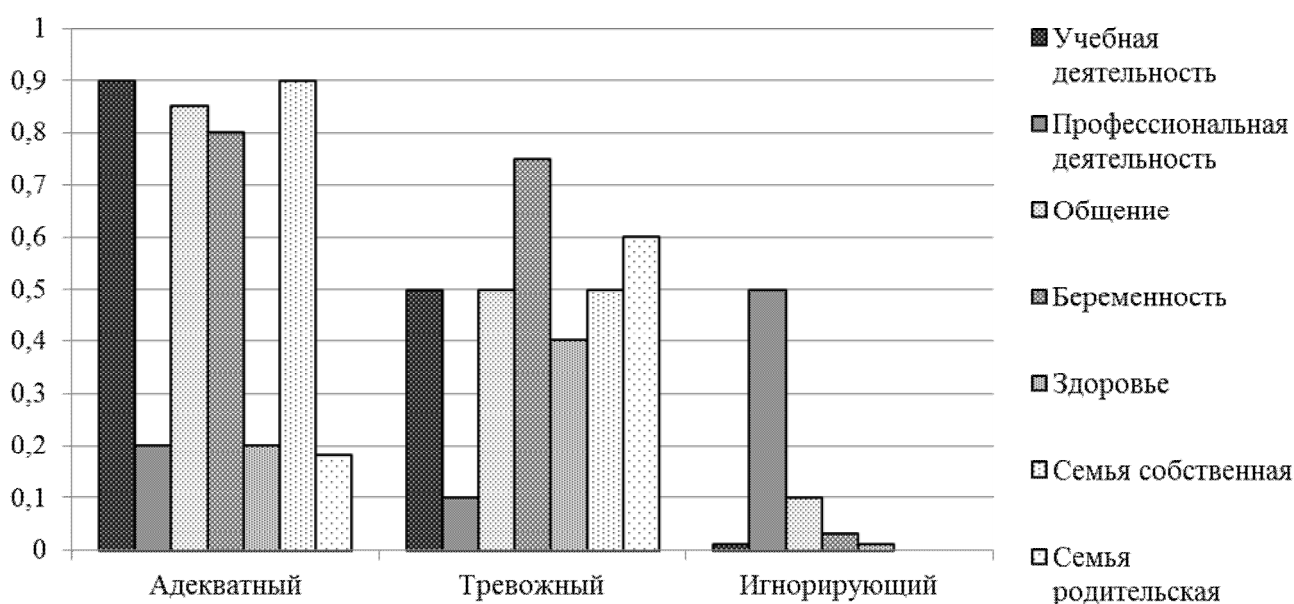


Рис. 2. Частота встречаемости сфер положительных событий в жизни беременных женщин с различными типами переживания беременности.

и семейные ценности. У женщин игнорирующего типа переживания беременности количество положительных событий значительно меньше, наибольшее значение приобретает сфера материального благополучия, что может свидетельствовать о конфликтном переживании телесного опыта первой беременности.

Распределение отрицательных событий представлено на рисунке 3.

При сравнении отрицательных событий в жизни женщин с адекватным типом готовности к материнству и игнорирующим типом можно

сделать вывод о том, что женщины с игнорирующим типом готовности к материнству перегружены событиями, связанными с утратой, а также на линии жизни отмечаются повторные браки, в которых женщины не удовлетворены семейными отношениями. Сам факт беременности принимается как негативное событие, роды также воспринимаются негативно, что препятствует принятию роли матери. У женщин с адекватным типом среди отрицательных событий наибольшее значение приобретают события, связанные с болезнями

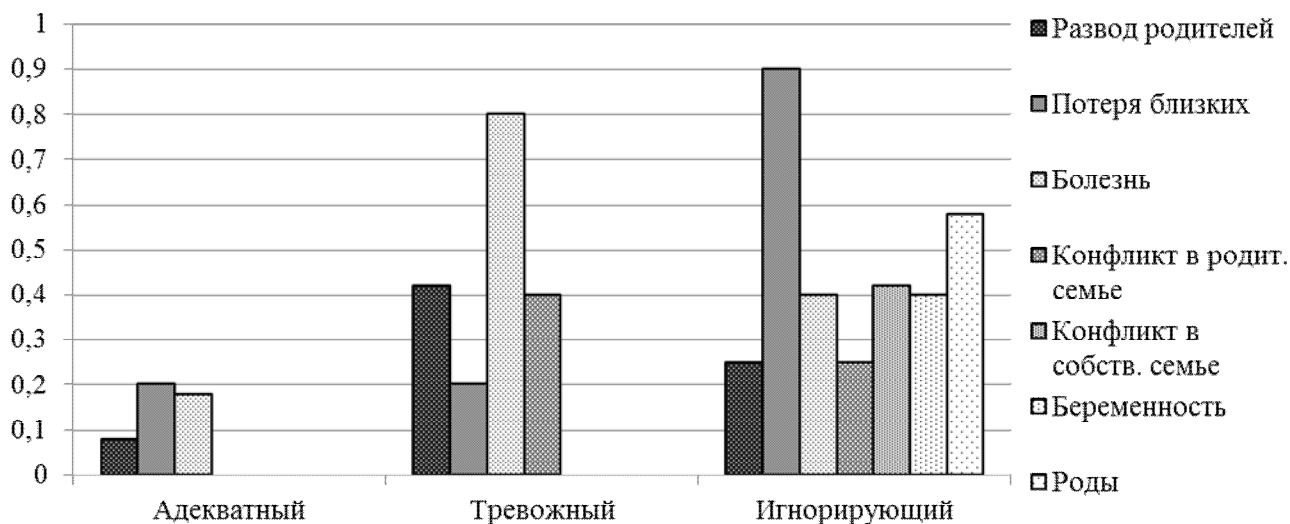


Рис. 3. Частота встречаемости отрицательных событий в жизни беременных женщин с различными типами переживания беременности.

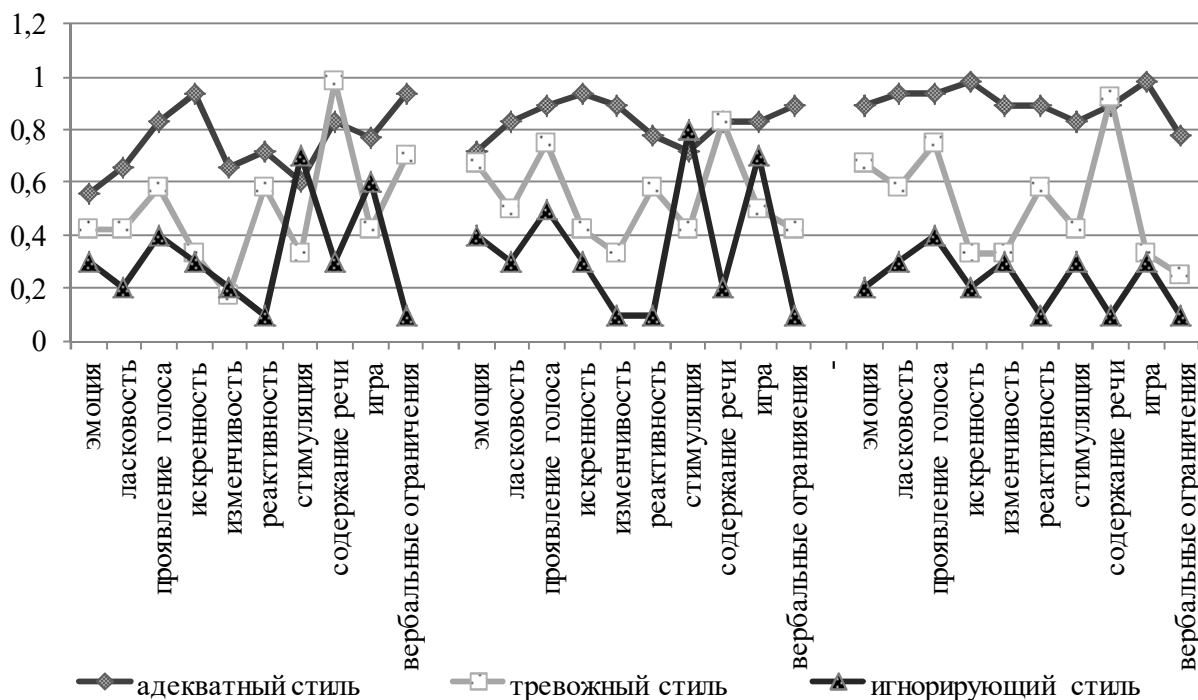


Рис. 4-а. Особенности проявления взаимодействия с младенцем (в возрасте 1, 3 и 6 месяцев) у женщин с различными стилями готовности к материнству.

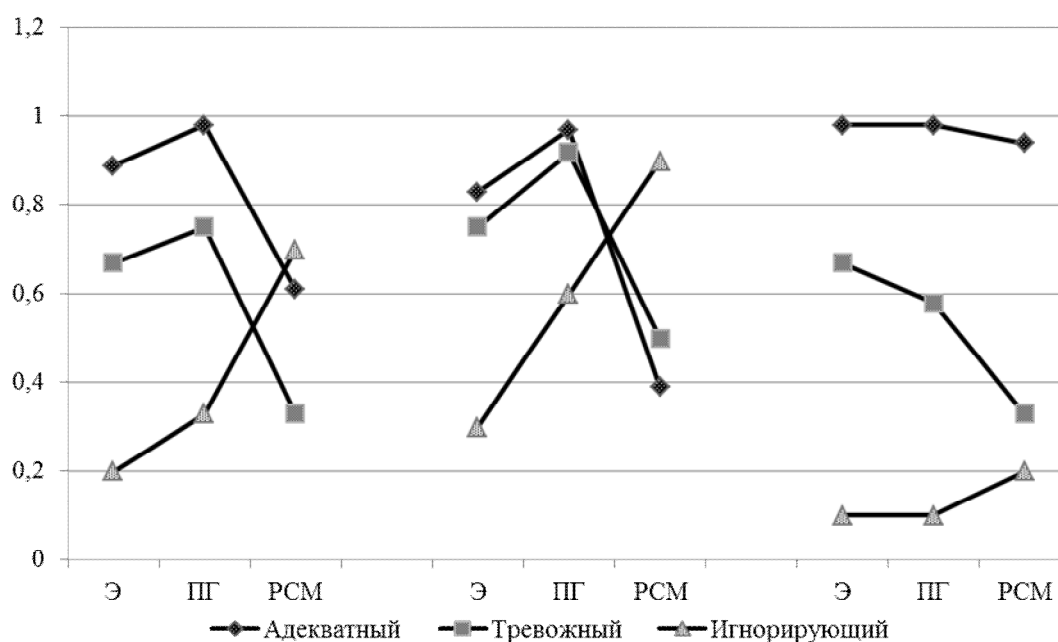


Рис. 4-б. Частота встречаемости ответных реакций младенцев (в возрасте 1, 3 и 6 месяцев) матерей с различными стилями готовности к материнству. Условные обозначения: Э – эмоции, ПГ – проявление голоса, РСМ – реакция на стимуляцию мамы.

близких людей. Следует отметить, что количество отрицательных событий у женщин с адекватным типом переживания беременности невелико. Женщины с тревожным типом готовности к материнству к отрицательным событиям относят события, связанные с болезнями.

По данным «Линия жизни» выявлены статистически значимые различия и в переживании настоящего ($p < 0,05$): положительно оценивают настоящее 68% женщин с адекватным стилем готовности к материнству, 31% – с тревожным и 1% – с игнорирующим, тогда как негативная оценка настоящего периода представлена у 73% женщин с игнорирующим стилем и у 23% с тревожным.

Для выявления связи стиля готовности к материнству и качества раннего взаимодействия с ребенком на протяжении первых шести месяцев после рождения ребенка мы осуществили лонгитюдное исследование, в котором приняли участие 40 женщин с детьми (наблюдение за контактом осуществлялось в первый, третий и шестой месяцы после рождения ребенка). Для проверки нашей гипотезы нами были сформированы три группы: женщины с адекватным стилем готовности к материнству в количестве 18 человек, с тревожным стилем в количестве 12 человек и игнорирующим стилем в количестве 10 человек.

На основании полученных результатов исследования нами был сделан вывод о формировании к третьему триместру беременности стиля готовности к материнству,

который сохраняется на протяжении 6 месяцев после рождения ребенка и определяет качество раннего контакта с ним [4; 5]. Результаты взаимодействия матери и младенца представлены на рис. 4 (рис. 4-а и 4-б).

По данным рисунка 4-а, взаимодействие с младенцем матери, имеющей игнорирующий стиль готовности к материнству, характеризуется неустойчивостью, непредсказуемостью поведения, несоответствием манипуляции и речевого сопровождения. Женщины с адекватным стилем готовности к материнству характеризуются искренним отношением к ребенку, чуткостью, внимательностью, теплотой; наблюдается множество стимуляций, интенсивных по воздействию и эмоционально окрашенных, отмечается синхронизация с младенцем. К шестому месяцу качество взаимодействия с ребенком закрепляется и дифференцируется. Полученные результаты позволяют сделать вывод о различном качестве взаимодействия в зависимости от стиля готовности к материнству: положительное качественное взаимодействие, нарушенное взаимодействие и амбивалентное взаимодействие.

Распределение стилей готовности к материнству у женщин с качественным взаимодействием характеризуется адекватным стилем готовности к материнству (92,5%), у женщин с амбивалентным стилем готовности к материнству характеризуется тревожным стилем (87,5%), у женщин с нарушенным взаимодействием характеризуется игнорирующим стилем (92,5%).

Ответные реакции младенцев представлены на рисунке 4-б.

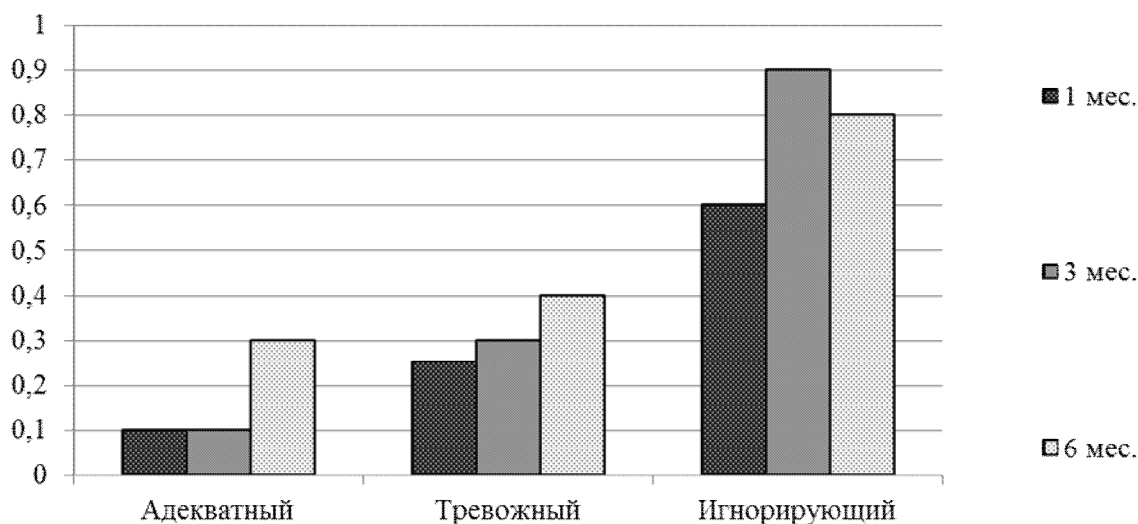


Рис. 5. Частота встречаемости заболеваний детей с 1 по 6-й месяцы в зависимости от стилей готовности к материнству.

Как видно из рис. 4-б, к шестому месяцу происходит сужение и затухание ответных реакций младенца на воздействие игнорирующих матерей, ребенок «подстраивается» под стиль общения матери: проявляют сниженный эмоциональный настрой, реже улыбаются. Младенцы таких матерей уже со второго месяца используют сигналы, свидетельствующие о потребности младенца прервать взаимодействие (сжатие губ, хмурость во взгляде, мигание или закрытие глаз, отвод взгляда) [8].

Психосоматическое реагирование на нарушенное взаимодействие представлено на рисунке 5.

Анализ медицинской документации и сбор анамнеза показали, что ведущей по частоте встречаемости психосоматической реакцией стала младенческая колика (встречается у 53% выборки), заболевания простудного характера, аллергические реакции.

Обобщая полученные данные, можно сделать следующие выводы:

переживание и осмысление телесного опыта первой беременности сопровождается событийным контекстом жизненного пути женщины, содержание которого находится во взаимосвязи с принятием роли матери, стилем готовности к материнству (адекватный, тревожный и игнорирующий).

Имеют место отношения соответствия/несоответствия телесного опыта и социальной роли. Процессы смысловых и временных аспектов субъективной картины жизненного пути личности несут на себе отпечаток степени соответствия принятия материнской роли и телесного опыта первой беременности.

Стиль готовности к материнству свидетельствует о степени принятия (отвержения)

материнской роли и определяет качество раннего взаимодействия матери и младенца.

К шестому месяцу у младенцев происходит закрепление качества взаимодействия, определяемое стилем материнского поведения; при наличии эмоциональных дефицитов на втором месяце младенцы демонстрируют проявления потребности прервать контакт, а к третьему месяцу возникают психосоматические реакции, которые в дальнейшем могут перерасти в психосоматические заболевания.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований № 14-06-00085

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия / перевод и научная ред. В.Д. Вид. – СПб. : Речь, 2000. – 238 с.
2. Бауэр И. Принцип человечности: Почему мы по своей природе склонны к кооперации / Пер. с нем. И. Тарасовой. – СПб. : Изд-во Вернера Регена, 2009. – 152 с.
3. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск : Изд-во КГМУ, 2011. – 572 с.
4. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Принятие роли матери. Клинико-психологический анализ. – М. : Форум, 2011. – 176 с.
5. Воробьева М.Е. Особенности освоения социальной роли матерью после рождения ребенка // Вестник Орловского государственного университета. Серия: новые гуманитарные исследования. Федеральный научно-практический журнал. – 2012. – № 7 (27). – С. 318-324.
6. Герхардт С. Как любовь формирует мозг ребенка / пер. с англ. Ю.В. Рыковской – М. : Изд-во «Этерна», 2012. – 320 с.

7. *Иванова Н.Л., Румянцева Т.В.* Социальная идентичность: теория и практика – М. : Изд-во СГУ, 2009. – 453 с.
8. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.
9. *Карпов А.В.* Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психол. журн. – 2003. – Т. 24, № 5. – С. 45-57.
10. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства / пер. с англ. М.И. Завалова. – М. : Класс, 2000. – 298 с.
11. Клиническая психология / под. ред. М. Перре, У. Бауманна. – 2-е междунар. изд. – СПб. : Питер, 2003. – 1213 с.
12. *Кулаков С.А.* Психосоматика. – СПб. : Речь, 2010 – 320 с.
13. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. – М. : Смысл, 2000. – 18 с.
14. *Морено Я.* Психодрама / пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. – М. : изд-во Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001. – 528 с.
15. *Мухамедрахимов Р.Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб. : Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2003. – 288 с.
16. *Селигман М.* Новая позитивная психология: научный взгляд на счастье и смысл жизни / пер. с англ. – М. : София, 2006. – 368 с.
17. *Столин В.В., Романова Т.Л., Бутенко Г.П.* Опросник удовлетворенности браком // Вестн. МГУ. Сер. 14, Психология. – 1984. – № 2. – С. 54-61.
18. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства. – М., 2002. – 176 с.
19. *Esser G., Scheven A., Petrova A., Laucht M., Schmidt M.H.* Mannheimer Beurteilungsskala zur Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter (MBS-MKI-S) // Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie. – 1989. – N 17. – P. 185-193.