

УДК 159.9

А.В. Хаменя*старший преподаватель каф. экспериментальной и прикладной психологии
Гродненского государственного университета имени Я. Купалы***ПЕРЕЖИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН:
ОБЗОР ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

В статье представлены результаты эмпирических исследований переживания беременности как объекта изучения в современной психологии. Выделен критерий систематизации подходов к изучению особенностей психики женщины в период беременности. Критерием выступает центральный фактор, детерминирующий переживание беременности и влияющий на трансформацию эмоциональной, когнитивной и ценностно-смысловой сферы личности беременной женщины. Основными факторами психических изменений в период беременности являются: физиологический, социальный и психогенный. В соответствии с выделенными факторами осуществлена систематизация и описаны следующие подходы к исследованию беременности: психофизиологический, психосоциальный и личностный, собственно психологический. В рамках каждого подхода раскрыта основная тенденция исследовательской деятельности в пренатальной и перинатальной психологии, приведены примеры результатов эмпирического изучения особенностей психики женщины в период беременности.

Рост патологии беременности, родов, постнатального периода, а также нарушений раннего развития ребенка диктует необходимость активного исследования беременности как комплексного феномена, включающего и психологические аспекты. Предметом медицинских исследований в области акушерства и неонатологии является изучение генетических и физиологических механизмов формирования патологии беременности и нарушений развития пренейта. В психологических исследованиях рассматривается переживание беременности, т.е. такие психологические феномены, как психические процессы, эмоции, личностные смыслы, отношения, деятельность, претерпевающие изменения в период беременности. С нашей точки зрения, целесообразно систематизировать подходы к изучению переживания беременности в зависимости от центрального фактора, выделяемого исследователями для описания различных изменений в психике женщины. В контексте данной статьи подход мы понимаем не как методологические основы исследований, а как детерминанты, выделенные в соответствии с предложенным критерием. В результате анализа работ в области пре- и перинатальной психологии можно обозначить следующие подходы: психофизиологический, психосоциальный и собственно психологический личностный, подход.

К психофизиологическому подходу мы отнесли исследования, общим для которых является определение физиологического фактора как основного в детерминации различных изменений психики женщины в период беременности. Условно можно выделить три направления таких исследований.

Первое направление исследований предлагает рассматривать основой системы представлений о факторах, определяющих особенности психического реагирования беременной женщины динамическое изменение функционального состояния центральной нервной системы и гуморальной регуляции организма в процессе внутриутробного развития плода. В основе изменения функционального состояния нервной системы лежит «принцип доминанты» А.А. Ухтомского, суть которого заключается в том, что при каждом физиологическом процессе возникает «господствующий очаг возбуждения» (доминанта) – концелляция центров с повышенной возбудимостью на различных уровнях центральной нервной системы, при котором наблюдается явление торможения других текущих рефлексов [1]. Так как беременность является физиологическим процессом, И.А. Аршавский ввел термин «гестационная доминанта» и экстраполировал этот принцип для исследования и объяснения физиологических механизмов и закономерностей,

происходящих в организме женщины в этот период. Данный механизм нейрофизиологической регуляции процесса беременности носит название физиологический компонент гестационной доминанты [2].

И.В. Добряков выявляет психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД), который 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», т.е. речь идет о психологической составляющей, которой подчиняется психическая деятельность, в частности, изменения психики женщины в период беременности [3, с. 51]. Выделены и описаны пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный (последние четыре определены как отклоняющийся тип ПКГД). На основе этих теоретических предпосылок строится ряд эмпирических исследований в пренатальной психологии.

Второе направление, в соответствии с психофизиологическим подходом, представлено медико-психологическими исследованиями, в основе которых лежит изучение биологических факторов, определяющих нарушения нормы течения беременности и взаимосвязь между патологией и психоэмоциональным состоянием женщины. Аффективная патология, симптомами которой являются раздражительность, вспыльчивость, слезливость, обидчивость, значимо выражена у женщин, страдающих ранним токсикозом, при этом нарушения возникают на высоте токсикоза и исчезают с нормализацией состояния. Более грубые аффективные нарушения, такие как тревога, беспредметное беспокойство, напряженность, невротизация возникают на фоне ознобов с гиперимией, лабильностью артериального кровяного давления, гипергидроза. Пограничные психические нарушения (преимущественно психогенного происхождения) диагностированы у женщин с угрозой прерывания беременности, которым характерны такие психоэмоциональные особенности, как лабильность настроения, высокий темп нарастания и большая интенсивность внешних проявлений эмоциональных реакций, психическая неуравновешенность; отмечаются фобические и депрессивные расстройства, признаки неврастении, психастении и истерии, склонность к отрицанию и соматизации, более низкая оценка качества жизни, а также обнаружено снижение таких качеств личности, как общающаяся активность и общительность.

При сравнительном исследовании женщин с нормальной беременностью и с симптомами позднего гестоза установлено, что в последней группе более выражена невротичность, интровертированность, тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность неконформностью, не критичность оценки соматического состояния и социальная дезадаптация, присутствуют различные формы асоциального поведения и дистанцирование от коммуникации с окружающими [4–8]. Общим для этих исследований является представление, что беременность – это физиологический процесс, обусловленный новыми условиями существования организма женщины и сопровождаемый перестройкой функционального состояния нервной системы. Особенностью данного процесса является сизигитивность к любой соматической патологии, что определяет изменения эмоциональной сферы личности беременной женщины.

Третье направление исследований, где обнаруживаются психофизиологические основания, рассматривает беременность как адаптацию. С момента возникновения беременности в организме женщины возникают две взаимозависимые и тесно связанные системы: функциональная система матери и функциональная система плода. В связи с развитием плода наблюдаются большие изменения в функциях всех важнейших органов и систем беременной. Изменения носят адаптационно-приспособительный характер и направлены на создание оптимальных условий для роста и развития плода. Это состояние, определяемое как норма беременности, является физиологической адапта-

цией. С психологической точки зрения, адаптация определяется как совокупность процессов и явлений, наблюдаемых на уровне нервно-психической деятельности и возникающих в результате активного решения задач, связанных с проблемными психическими ситуациями; т.е. психическая адаптация – это регуляция в состоянии стресса. Беременность сама по себе является стрессогенным фактором для женщины, независимо от мотивов зачатия и готовности к материнству. Механизмом предотвращения стресса, с точки зрения интегративной модели, является необходимость принятия решения, т.е. адаптация к беременности на физиологическом уровне является стрессогенным фактором и определяет адаптацию на психологическом уровне в форме осуществления принятия решений и выбора женщиной стратегии поведения [9].

В соответствии с поведенческими моделями адаптация к беременности рассматривается и как психофизическая готовность в экстремальной ситуации. Экстремальная ситуация ведет к активации гипоталамуса, который запускает защитные механизмы на двигательном, висцеральном и нейрогормональном уровнях. В состоянии готовности происходит переход эмоций, вызванный ситуацией, воспринимаемой как опасное событие, в телесную готовность, когда тело полагается не на рассудок, а на эмоции и аффекты. Исходя из этих посылок, можно сделать вывод, что в связи с функциональными изменениями и активацией органических процессов в период беременности регулирующую и адаптивную функцию выполняет динамика эмоциональных состояний [10].

Таким образом, физиологическими факторами детерминации различных изменений психики женщины в период беременности являются: 1) динамическое изменение функционального состояния центральной нервной системы и гуморальной регуляции организма в процессе внутриутробного развития плода; 2) биологические механизмы, регулирующие течение беременности в норме и патологии; 3) процесс адаптации к беременности.

Психосоциальный подход в исследовании переживания беременности опирается на континуум социальных факторов: от социальных характеристик условий жизни беременной женщины до социальной ситуации раннего развития. Условно можно выделить два направления исследований с позиции психосоциального подхода.

Первое направление изучает социально-демографические детерминанты изменений психики женщины в период беременности и возникновение пренатальной патологии (возраст, образование, занятость, жилищные условия, заработок, наличие официального брака, плановость беременности). Результаты исследований социально-демографических характеристик свидетельствуют: беременные женщины моложе 25 лет, которые не имеют высшего или среднего специального образования, не имеют занятости, не имеют отдельного жилья, проживают скученно, имеют невысокий или ниже среднего уровень жилищных условий, имеют низкий уровень семейных доходов, относятся к группе риска по психоземotionalному стрессу. Так же демографическими факторами, нарушающими психологическое благополучие в период беременности, являются степень социопатизации и социальной незащищенности семьи, социальная неоднородность супружеской пары, изменение семейного положения, производственная, территориальная миграция женщины во время беременности [11].

Второе направление выявляет социально-психологические детерминанты эмоциональных, поведенческих нарушений и пренатальной патологии в период беременности связаны с системой внутри- и межличностных отношений. Особо значимым фактором, нарушающим течение беременности, являются внутрисемейные социально-ролевые конфликты между: а) ролью будущей матери и ролью жены, в процессе которого происходит смещение ролевого набора беременной женщины в пользу роли будущей матери, что может привести к осложнениям внутри малой группы и семейному кризису; б) ролью будущей матери и ролью профессионального работника, что связано прежде всего с двойной занятостью (на работе и дома) и необходимостью выбора между про-

должением карьеры и воспитанием ребенка. Мотивация женщины к выполнению важнейшей социальной функции воспроизводства во многом зависит от социального престижа материнства в обществе, от фактора социальной поддержки, а также от целого ряда экономических и моральных факторов, характерных для данного социума [12].

Анализ исследований действия антенатального стресса матери на процесс беременности и родов позволили систематизировать патологические влияния следующим образом: а) отсутствие уверенности в прочности брака, связанное с переживаниями из-за отношений с супругом, способствует повышению чувствительности будущей матери к страху перед родами; б) переживания из-за отношений с супругом, часто обусловленные конфликтными (внутриличностными) отношениями, сопровождаются эмоциональной неудовлетворенностью, что приводит к угрозе выкидыша и явлениям психогенной заторможенности новорожденного; в) профессиональные отношения во время беременности, связанные с желанием продолжать карьеру, учебу, формируют стойкие нервно-психические перегрузки, вплоть до неврастения [13].

Таким образом, социальные факторы, определяющие значимость и влияние социальной среды на переживание беременности, представлены социально-демографическими (возраст, наличие официального брака, образование, заработок, занятость, жилищные условия) и социально-психологическими параметрами (плановость беременности, особенности социально-ролевых отношений, состояние карьеры). Согласно результатам большинства исследований, чем выше тяжесть психосоциального неблагополучия женщины, тем больше вероятность патологии беременности, родов, пре- и постнатальных нарушений развития ребенка.

Личностный (собственно психологический) подход представлен исследованиями качественных изменений поведения, психических процессов, состояний, свойств, ситуации развития и формирования новообразований сферы сознания женщины в период беременности. На сегодняшний день можно выделить два основных направления, по которым ведутся исследования беременности с позиции личностного подхода: изучение изменений эмоциональной и ценностно-смысловой сферы личности женщины.

Первое направление рассматривает эмоциональную сферу, которая претерпевает изменения от аффективных переживаний до высших чувств, в ситуации ожидания и рождения ребенка. Выделяются предрасположенность к невротизации, проявляющейся в повышенной личностной тревожности при ситуативном состоянии в пределах нормы: повышенная подозрительность, сниженный самоконтроль, неприятие ситуации, эмоциональная нестабильность и потребность в поддержке со стороны значимого окружения при принятии решения. Нарушения психического состояния отмечаются у первобеременных женщин от невротического развития личности до невротической реакции на беременность (на повторно беременных беременность не оказывает психотравмирующего воздействия; их психологические характеристики в большей степени соответствуют физиологическим факторам объективного развития беременности).

В большинстве исследований отмечаются индивидуальные особенности психоэмоционального статуса беременных, характерные компенсированному психовегетативному расстройству: снижение настроения, затрудненная психологическая адаптация, концентрация внимания на соматическом состоянии, эмоциональная неустойчивость. Общей особенностью для всех беременных женщин является формирование стойкого тревожного симптомокомплекса: от ощущения внутренней напряженности в первом триместре до собственно тревоги в третьем триместре и страха непосредственно перед родами. Типичная динамика психических проявлений во время беременности выглядит следующим образом: в первые месяцы беременная чувствует себя неуверенно, остается амбивалентной в отношении предстоящего материнства; во втором триместре наблюдается относительное спокойствие в состоянии беременной, осложнения у здоровых женщин — исключение; основная черта третьего триместра — «погружение в ребенка».

Непосредственно перед родами нарастает тревога, проявлением которой может быть гиперактивность беременной, желание ускорить события [7; 14–16]. Таким образом, можно обозначить следующие психоэмоциональные изменения личности во время беременности: предрасположенность к невротизации, рост личностной и ситуативной тревожности, склонность к формированию тревожно-фобического симптомокомплекса, эмоциональная лабильность, снижение толерантности к фрустрационным ситуациям.

Второе направление в рамках личностного подхода представлено исследованием ценностно-смысловой сферы личности женщины в период беременности. Изменения смысловых образований и динамика смысловых установок, обнаруживаемая в процессе психологического сопровождения беременности, свидетельствует об изменении позиции женщины к родам от пассивно-страдательной к активно-созидательной. «Смысловое переживание материнства» как единица анализа новообразования в сфере самосознания женщины, проявляется посредством особой деятельности смыслостроительства во внутреннем диалоге матери и позволяет ей управлять процессом интеграции противоречивых переживаний, сопровождающих развитие детско-родительских отношений, а также осуществлять осмысленный выбор родительской позиции и стратегии родительского поведения. Во время беременности происходит изменение «Я-концепции» женщины за счет включения материнского образа в структуру представлений о себе. Положительное отношение к собственной матери и готовность опереться на ее опыт помогает включить ее образ в собственную личностную структуру и способствует зрелости. Негативное отношение к собственной матери приводит к задержке формирования собственного материнского образа и связано с тревожностью и внутренним напряжением. Психологическим содержанием изменений самосознания женщины на этапе материнства становится переосмысление с родительских позиций собственного детского опыта, а также интеграция в самосознании женщины образа родителя [17; 18].

В процессе беременности как актуальной жизненной ситуации для благополучного вынашивания происходит трансформация такой интегративной личностной характеристики, как контроль поведения. Высокий уровень когнитивного, эмоционального и волевого контроля определяют личностную зрелость, благополучное течение беременности, физическое и психологическое здоровье новорожденного. Наблюдается изменение иерархии терминальных ценностей и рост осмысленности жизни. Динамика ценностей от первого к третьему триместру выглядит как снижение значимости эффективного социального взаимодействия и повышение ценности самоактуализации, при этом клинический диагноз нарушения течения беременности не влияет на иерархию ценностных ориентаций и осмысленность жизни, что подтверждает изменение структуры личности женщины в процессе самой беременности [19]. В ряде работ прослеживается идея беременности как этапа индивидуального онтогенеза материнства, содержательно определяется изменениями самосознания женщины, направленными на принятие новой социальной роли и формирование чувства привязанности к ребенку [21].

С точки зрения деятельностного подхода, беременность рассматривается как «психологический возраст» и кризис, характеризующийся особым отношением между субъектом и окружающей его действительностью, а также возникновением психологических новообразований, не свойственных предшествующим этапам развития. Исходя из принципов анализа возрастных периодов развития, можно описать социальную ситуацию и связанные с ней противоречия в период беременности через следующие изменения: телесные; семейные; профессиональные; системы отношений с окружением; структуры деятельности, в которые включена женщина; перспективы жизни в целом. Новообразованием в этом кризисе развития является специфическая «внутренняя позиция», которая формируется в результате включения ценности ребенка в смысловую сферу женщины и создает мотивационную направленность деятельности женщины на выпол-

нение материнских функций в ходе беременности, позже – в родах и после рождения ребенка [15; 22].

Таким образом, смысловая сфера личности женщины в период беременности характеризуется следующими признаками: изменение «Я-концепции», иерархии ценностных ориентаций и степени осмысленности жизни, динамика смысловых установок, формирование мотивов материнской деятельности, развитие самосознания и личности, возникновение внутренней картины беременности. Соответственно, в нашей систематизации к личностному подходу относятся исследования, где условиями трансформации и изменения психики женщины выступает сама беременность, ее эмоциональное переживание и содержательное осмысление, т.е. беременность рассматривается как психогенный фактор. Предлагаемая нами систематизация условна и имеет свои ограничения, так как в реальной действительности изменения во время беременности детерминированы совокупным действием и физиологических, и социальных, и психогенных факторов. На основании теоретического анализа эмпирических исследований переживания беременности можно выделить психофизиологический, психосоциальный и личностный, собственно психологический подходы. Системообразующим принципом выступает определение центрального фактора изменения психики беременной женщины как признака существенного для каждого из перечисленных подходов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ухтомский, А. А. Доминанта / А. А. Ухтомский. – СПб. : Питер, 2002. – 448 с.
2. Аршавский, И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития (основы негэнтропийной теории онтогенеза) / И. А. Аршавский. – М. : Наука, 1982. – 270 с.
3. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.
4. Захарийчук, Ю. В. Влияние психосоматического статуса на течение беременности, родов и послеродового периода / Ю. В. Захарийчук, М. С. Вербицкая // Психотерапия и клиническая психология. – 2010. – № 1. – С. 91–98.
5. Сорокина, Т. Т. Роды и психика : практ. руководство / Т. Т. Сорокина. – Минск : Новое знание, 2003. – 352 с.
6. Айламазян, Э. К. К вопросу об эффективности психотерапевтической помощи женщинам с угрозой невынашивания беременности / Э. К. Айламазян // материалы XXII науч. сессии НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН / под ред. проф. Э. К. Айламазяна. – СПб., 1993. – С. 14–21.
7. Медико-психологические аспекты современной перинатологии : кн. материалов III Всерос. науч.-практ. конф. по пренатальному воспитанию, М., 22–23 нояб. 2001 г. / Ассоциация пре- и перинатального развития» ; под ред. Г. А. Самысыгиной. – М. : Academia, 2001. – 255 с.
8. Лысенко, О. В. Характеристика типичных психологических состояний при нормальной и осложненной гестозом беременности / О. В. Лысенко, С. Н. Занько, С. В. Лысенко // Вестн. Витеб. гос. мед. ун-та. – 2004. – Т. 3. – № 1. – С. 62–68.
9. Рудина, Л. М. Индивидуально-психологические особенности адаптивности женщин к состоянию беременности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Л. М. Рудина ; Ин-т психологии РАН. – М., 2003. – 198 с.
10. Ветчанина, Е. Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е. Г. Ветчанина ; Томск. гос. ун-т. – Томск, 2003. – 191 с.
11. Некрасов, К. В. Влияние социально-экономического статуса женщины на беременность и ее исходы: роль психосоциальных факторов / К. В. Некрасов, Ф. Р. Куту-

ева, О. С. Ключ // Состояние репродуктивного здоровья и пути повышения качества жизни женщины-матери : сб. науч. работ к 90-летию со дня рождения проф. Н. В. Кобозевой ; под ред. проф. С. Н. Гайдукова. – СПб. : СПбГПМА, 2007. – С. 29–32.

12. Немировская, Ю. В. Особенности социально-психологической проблематики беременных женщин / Ю. В. Немировская // Социальная психология сегодня: наука и практика : материалы межвуз. науч.-практ. конф. – СПб. : СПбГУП, 2006. – С. 109–110.

13. Захаров, А. И. Ребенок до рождения и психотерапия послеродовых психических травм / А. И. Захаров. – СПб. : СОЮЗ, 1998. – 144 с.

14. Авдеева, Н. Н. Особенности психической активности ребенка первого года жизни / Н. Н. Авдеева, С. Ю. Мещерякова // Мозг и поведение младенца ; под ред. О. С. Адрианова. – М. : Ин-т психологии РАН, 1993. – С. 167–219.

15. Медико-психологические аспекты современной перинатологии : кн. материалов IV Всерос. конгресса по пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии с международным участием «Через интеграцию наук к сохранению репродуктивного здоровья семьи», М., 23–25 нояб. 2003 г. / РГМУ ; под ред. М. Н. Гордеева. – М. : Ин-т психотерапии, 2003. – 201 с.

16. Менделевич, М. Д. Клиническая и медицинская психология : практ. руководство / М. Д. Менделевич. – М. : МЕД пресс, 1998. – 592 с.

17. Леус, Т. В. Представление женщины о себе как о матери в период беременности и после родов : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Т. В. Леус ; Ин-т психологии РАН. – М., 2001. – 202 с.

18. Тетерлева, Е. А. Смысловое переживание материнства как новообразование самосознания женщины : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Е. А. Тетерлева ; Уральск. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2006. – 214 с.

19. Скрицкая, Т. В. Ценностные ориентации женщин в период беременности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Т. В. Скрицкая ; Новосибир. гос. пед. ун-т. – Новосибирск, 2002. – 162 с.

20. Ковалева, Ю. В. Контроль поведения при различном течении беременности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Ю. В. Ковалева ; Ин-т психологии ГУГН. – М., 2005. – 250 с.

21. Филиппова, Г. Г. Психология материнства (сравнительно-психологический анализ) : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01 / Г. Г. Филиппова ; Ин-т дошкольного образования и семейного воспитания РАО. – М., 2000. – 350 с.

22. Агнаева, Е. Х. Образ будущего ребенка у беременной женщины : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Е. Х. Агнаева ; Ростов. гос. ун-т. – Ростов н/Д, 2001. – 217 с.

Рукапіс паступіў у рэдакцыю 29.10.2015

Khamenia A.V. The Experience of Pregnancy as a Psychological Phenomenon: the Review of Empirical Researches

The article presents the results of the empirical researches on the experience of pregnancy as an object of modern psychology. The criterion of systematization of the approaches to the study of the features of women's psyche during pregnancy period is defined. The criterion is the central factor determining the experience of pregnancy and influencing the transformation of emotional, cognitive and axiological spheres of the pregnant woman personality. The article defines the major factors of psychological changes during the pregnancy: physiological, social, psychogenic. In accordance with the described factors there was presented the classification and the following approaches to the research of the pregnancy: psychophysiological, psychosocial and personality i.e. psychological. Within the frameworks of each approach, there is the main tendency of research in the sphere of prenatal and perinatal psychology described in details; the results of the experimental study of the features of female psychology during the pregnancy period are given.