

ОКУ «Курский Центр для несовершеннолетних»

Отделение методической помощи

**Методические рекомендации по  
работе с несовершеннолетними матерями и их  
ближайшим окружением**

2022 год

Приоритетность направления социальной политики в сфере защиты детства основывается на Указе Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства», что обуславливает актуальность выбранной нами темы. На основании принятия данного Указа можно сделать вывод о государственной заинтересованности в проведении мероприятий, непосредственно касающихся детей в целом, и в том числе несовершеннолетних матерей, которые в силу своего возраста также являются детьми.

*Организация социальной работы с несовершеннолетними матерями* в настоящее время находится на пути становления. Со стороны государства представители данной категории получают такие же формы и виды помощи, как и совершеннолетние матери, что, с одной стороны, говорит об универсальности применения различных видов помощи, а с другой о нечетком закреплении и разграничении понятий «материнство» и «несовершеннолетнее материнство».

Вместе с тем, на различных уровнях (федеральном, региональном и муниципальном) нет четко закрепленных нормативно-правовых документов, касающихся исключительно несовершеннолетнего материнства.

Для решения проблем несовершеннолетних матерей требуется комплексный подход, учитывающий деятельность различных учреждений системы социальной защиты населения. Поэтому особую актуальность представляет процесс по созданию и усовершенствованию социальной работы с несовершеннолетними матерями с целью повышения эффективности организации данной работы.

### **Социально-психологические особенности материнской сферы у юных первородящих женщин**

Одной из наиболее сложных и по настоящее время не решенных проблем является *определение факторов, обуславливающих формирование психологической готовности к материнству*. Подчеркивается отсутствие единой точки зрения на выделение фундаментальных причин неготовности женщины к материнству. Мещерякова С.Ю. (2000) исходит из представления о том, что психологическая готовность к материнству формируется под влиянием нераздельных биологических и социальных факторов и, с одной стороны, имеет инстинктивную основу, а с другой — выступает как особое личностное образование. В качестве фундаментальных факторов выделяются: особенности коммуникативного опыта в раннем детстве, переживания женщиной отношения к еще не родившемуся ребенку на этапе беременности,

установки женщины на стратегию воспитания ребенка; что соответствует структуре психологической готовности к материнству в авторской концепции. Филиппова Г.Г. (2002) отмечает, что в настоящее время выделено более 700 факторов, характеризующих адаптацию женщины к беременности и раннему периоду материнства, включающих историю жизни женщины, её семейное, социальное положения, личностные качества, связь особенностями развития ребенка.

Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. (2009) отмечают, что критерием принятия социальной роли матери является выраженная готовность к материнству. В качестве факторов, оказывающих влияние на данное образование, рассматриваются: личностные особенности женщины, история ее жизни, адаптация к супружеству, особенности адаптации как свойства личности, удовлетворенность эмоциональными взаимоотношениями с матерью, унаследованная модель материнства, культурные, социальные и семейные особенности, физическое и психическое здоровье. Василенко Т.Д. (2011) так же отмечает, что принятие роли матери связано с переживанием беременности, а также с опытом детско-родительских отношений. Контекст жизненного пути, включающий в себя негативный опыт таких отношений, приводит к несформированной готовности к материнству, низкому уровню осмысленности жизни, наличию тревожного состояния по поводу протекания беременности. Контекст жизненного пути с позитивным опытом отношений с родителями, способствует сформированной готовности к материнству, высокому уровню осмысленности жизни, то есть благополучному принятию и фиксации материнской роли. Андриянова Е.А., Новокрещенова И.Г., Аранович И.Ю. (2011) в своём исследовании выделяют две основные группы факторов, которые формируют модель готовности к роли матери: медицинские факторы, связанные с состоянием здоровья беременной женщины; социально-психологические факторы, наиболее значимыми из которых являются ценность отношений в семье, здоровьесохраняющее поведение, изменение образа жизни. Данные факторы имеют различные проявления. На эмоциональном уровне это проявляется как наличие тревожности, совокупность чувств, переживаний, связанных с беременностью; на когнитивном – как осознанность своего состояния и адекватное понимание происходящих изменений, владение информацией по уходу за новорожденным.

Ценностно-смысловой уровень определяется как формирование значимых установок и правил, определяющих дальнейшее взаимодействие; поведенческий как реализация в повседневном опыте 25 материнских установок, установка на ответственность за ребенка, готовность принять

ответственность за течение беременности и исход родов. Григорьян И.Г. (2012), рассматривая факторы формирования готовности студенток к материнству, предлагает структурировать выделенные факторы на три группы: социальные, биологические и психологические. К биологическим факторам относятся: хронологическое начало половой жизни, репродуктивное и психическое здоровье женщины, особенности формирования полового поведения, количество половых партнеров до наступления беременности, фактор ранней беременности. Среди социальных факторов выделяются: законность половых отношений и беременности, уровень образования девушки, стереотип материнского поведения по женской линии в семье девушки, тип семьи и семейных отношений, отношение родителей к «претензиям» дочери на «взрослость» и самостоятельность, сепарация от родителей, специфика онтогенетического развития материнства, отношение к ранней половой жизни и беременности в обществе, аддиктивное поведение, асоциальное поведение, социальная дезадаптация, опыт перенесенного сексуального насилия.

В качестве психологических факторов рассматриваются: компетентность в сфере планирования репродуктивного поведения, личностное отношение к началу ранней половой жизни и беременности со стороны девушки, возможности самореализации и самовыражения, специфика взаимоотношений с матерью, специфика протекания процессов идентификации-индивидуализации с собственной матерью, специфика протекания деидеализации матери, наличие и степень разрешенности внешних и внутренних личностных конфликтов, личностные качества, ценностно-смысловые ориентации личности, уровень самооценки, способность адекватно реагировать на стрессовые ситуации, уровень зрелости половой идентичности, умение строить зрелые субъектные отношения с окружающими. Так же Григорьян И.Г. отмечает, что данные факторы зачастую являются стихийными, и без внимания исследователей остаются психолого-педагогические условия формирования материнства, которые при направленной подготовке будут являться фактором формирования психологической готовности к материнству.

Постодиева Д.В., Дуганова Т.Ц. (2011) в результате анализа исследований генезиса и проявления девиантных форм материнства отмечают, что в большинстве своём источник формирования психологической готовности к материнству – это родительская семья и в первую очередь мать, система её ценностей, установок, система детско-родительских отношений в родительской семье. Мостовая Л.И. (2015) по результатам проведенного исследования взаимоотношений «мать-дочь» как фактора формирования

готовности к материнству у молодых женщин, делает выводы о том, что благополучные взаимоотношения дочери с матерью положительно влияют на формирование готовности к материнству, предупреждая развитие трудностей в общении с будущим ребенком. Отмечается, что автономность матери по отношению к дочери хоть и снижает вероятность возникновения конфликтов, но их отсутствие в данном случае является проявлением гипопротекции в воспитании и самоустранение матери от воспитания дочери. Таким образом, в качестве факторов, оказывающих влияние на формирование психологической готовности женщины к материнству, традиционно выделяются биологические, психологические и социальные факторы. Современные исследования показывают, что особенности взаимоотношений женщины в родительской семье, в частности, с собственной матерью, определяют развитие и особенности становление половозрастной идентификации, супружеских отношений и формирования материнской сферы в целом. Положительный опыт детско-родительских отношений служит фундаментом образования оптимального материнского поведения.

В отечественной психологии изучение сферы материнства и, в частности, феномена психологической готовности к материнству представлено в работах Мещеряковой С.Ю. (1996, 2000), Филипповой Г.Г. (1995, 1998, 2002, 2005, 2011), Брутман В.И., Хамитовой И.Ю. (1996, 2002), Овчаровой Р.В. (2003), Гурьяновой Т.А. (2005), Василенко Т.Д. (2009, 2011), Земзюлиной И.Н. (2009), Андрияновой Е.А., Новокрещеновой И.Г., Аранович И.Ю. (2011), Григорьян И.Г. (2012). Понятие «психологическая готовность к материнству» на данный момент не имеет единого определения. Каждый из исследователей вкладывает в это понятие своё содержание. По мнению отечественных исследователей, готовность к материнству формируется в течение всей жизни женщины. Её психологическое содержание формируется до беременности, трансформируется во время беременности, родов и после них.

***Явление подростковой беременности*** является актуальной проблемой во всем мире. Отметим, что до сих пор не существует единого мнения о возрастных границах, соответствующих понятию «юная первородящая». Это связано с социально-экономическими и этническими особенностями отдельных стран. В России к юным беременным относят подростков 13-18 лет. По данным социологов, около 1,5 тыс. детей ежегодно рождаются у 15-летних, 9 тыс. – у 16-летних и 30 тыс. – у 17-летних матерей, что составляет около 10% от общего количества родов. Так же, по данным Международной федерации планирования семьи, ежегодно в мире более чем у 15 млн. подростков беременность заканчивается родами. [12] Отмечается,

что исторически ранняя беременность считалась вариантом нормы, и только в XIX в. Этот момент стал регулироваться с общественной и родительской стороны. Исследование феномена юного материнства берет своё начало в Европе и Америке 1960-1970-х гг. В работе Энн Муркотт (1980) были выявлены социальные конструкты данной проблемы: нелигитимность подростковой беременности, отсутствие преемственности между детством и взрослостью в ситуации ранней беременности, профессионализация беременности и детства. Подчеркивается, что подростковый возраст ставит девушку в ситуацию уязвимости перед незапланированной беременностью из-за малого объема знаний и опыта, конформности, значимости интимно-личностных отношений в данном возрасте и т.д. Однако факт беременности в этом случае оценивается негативно, и возраст юной матери рассматривается как фактор её некомпетентности (Macleod С., 2003). В зарубежных исследованиях отмечается, что матери-подростки обладают низкой мотивацией к учебе и профессиональной деятельности, низкими навыками планирования, склонны к заниженной самооценке, являются группой риска возникновения послеродовой депрессии. (Hudson D.B, 2000, Clemmens D.A. 2002, Siegel RS, Brandon AR., 2014)

Юные матери не так эмоционально отзывчивы и сензитивны к ребенку по сравнению со взрослыми женщинами, небрежны в организации режимных моментов; в целом отмечается меньшая эффективность их родительского поведения (Frustenberg F.F., 1986; F.J. McLaughlin, H.M. Sandler, 1979; H.J. Osofsky & J.D. Osofsky, 1970). С 1990-х годов интерес исследователей сместился в сторону адаптивных возможностей юных матерей. Отмечается, что матери-подростки могут стать хорошими родителями, но в группе детей с психосоциальными проблемами велика доля тех, чьи родители были подростками на момент их рождения.

Несмотря на распространенное мнение, что детерминантом беременности у подростков может являться отсутствие знаний о контрацепции, обсуждаются другие факторы: 1. Гипотеза о невежестве в области репродукции. Беременность у подростков рассматривается как результат недостатка знаний в вопросах репродуктивной сферы и контрацепции. 2. Гипотеза психологических потребностей. Подростковая беременность как следствие выражение бессознательной потребности (во внимании, в принятии, сочувствии и др.). 3. Гипотеза о получении социальных пособий. 4. Гипотеза о примере родителей и отсутствии надзора. 5. Гипотеза о социальных нормах. Подростки перенимают социальные нормы в области половых отношений и родительских обязанностей. 6. Физиологическая гипотеза. Беременность как следствие неконтролируемого полового акта из-за

сильных гормональных изменений во время подросткового возраста (Caldas SJ., 1993). В настоящее время за рубежом проводится большое количество исследований, посвященных медицинским осложнениям подростковой беременности и последующим проблемам ребенка (Singh S., Darroch J. E., 2000; Xi-Kuan Chen, Shi Wu Wen, N. Fleming, K. Demissie, GG. Rhoads, M. Walker, 2007; Goossens G, Kadji C, Delvenne V., 2015), проблемам послеродовой депрессии в подростковом возрасте (Barnet B, Duggan AK, Wilson MD, Joffe A., 1995; McCracken KA, Loveless M., 2014), вопросу о доступности средств контрацепции в подростковой среде (Dalby J, Hayon R, Carlson J., 2014; Raidoo S, Kaneshiro B., 2015).

В отечественной психологии материнства так же подчеркивается, что подростковая беременность является фактором риска невынашивания, осложненных родов, формирования проблемного материнского поведения, привязанности матери к ребенку после родов, половой сферы, а также развития личности (Филиппова Г.Г. 2002). Подчеркивается, что подростковая беременность сопряжена с различного рода осложнениями, повышенным риском и для матери, и для ребенка. Это связано, в первую очередь, с недостаточной зрелостью организма юной матери. Многочисленные исследования, посвященные роли различных медико-социальных факторов в возникновении ранних беременностей, указывают на важную роль социально-неблагополучной среды (неполные семьи, промискуитет, низкий социально-экономический уровень и другие) (Михайлин Е.С., 2015).

Традиционно подростковая беременность рассматривается отечественными авторами как девиантное проявление. Это обусловлено недостаточным объемом знаний и ресурсов для эффективного выполнения родительских обязанностей, а также тем, что беременность как таковая является стрессом для любой матери. (А.А. Крысько, М.Е. Ланцбург, 2013). Пенцова Е.А. (2008) отмечает искаженное формирование материнской сферы, несформированность мотивации материнства и неразвитое отношение к беременности у матерей подросткового возраста. Как правило, юные матери оформляют отказ от детей; но также большинство, оставивших ребенка по разным причинам, впоследствии плохо справляются со своими обязанностями родителя.

К наиболее важным психологическим проблемам несовершеннолетних матерей относятся трудности во взаимоотношениях с окружающими, заниженная самооценка и, как следствие, неуверенность в себе, стремление к одобрению поступков близкими людьми и сильная зависимость от их мнения. Кроме того, молодые матери испытывают сильное моральное давление общества, так как зачастую беременность в юном возрасте расценивается как

признак асоциального поведения. Это связано и с материальными проблемами, и с отсутствием образования, собственного жилья, с зависимостью от родителей, недостатками 30 навыков воспитания. В исследовании, проведенном С.В. Скутневой (2009), были выявлены основные причины неудовлетворительного эмоционального состояния беременных девушек-подростков и несовершеннолетних матерей: материальные, жилищные проблемы, негативное влияние городской среды, конфликты с родственниками и ближайшим окружением, недовольство внешним видом, усталость от домашней работы и состояния беременности, критическое эмоциональное состояние. Волкова В.В. (2005) в исследовании психологических особенностей отношения к материнству у подростков отмечает, что материнство в подростковом возрасте является серьезным испытанием и протекает оно в условиях психологической, социальной и функциональной незрелости.

Юные первородящие не могут быстро восстановиться после родов, не могут быстро принять взрослую социальную роль – в итоге подросток испытывает ролевую перегрузку и не может эффективно выполнять свои функции как родитель. [6] С точки зрения Волковой В.В. (2005), ювенильное материнство характеризуется следующими составляющими:

1. Личностная незрелость, которая осложняет процесс формирования привязанности к ребенку и становление материнской сферы в целом.

2. Низкий уровень сформированности когнитивной, аффективной сфер: недоразвитие чувства взрослости, конфликтные отношения со значимыми взрослыми, сверстниками, недоразвитие Я-концепции.

3. Деформированное личностное развитие, которое предшествовало беременности и материнству.

4. Несформированная система соотношения, мешающая становлению субъектного отношения к материнству.

5. Ведущий вид деятельности в виде интимно-личностного общения замещается, что приводит к изоляции юной первородящей от сверстников.

6. Онтогенетические дефекты материнской сферы.

7. Отношение к материнству не сформировано, оно незрело и определяет систему установок и стиль взаимоотношения с ребенком – это может привести к деформации взаимодействия в диаде «мать-ребенок».

8. Полоролевая перегрузка оказывает психотравмирующее влияние на личностное развитие юной первородящей, закрепляет отрицательные установки и стереотипы поведения.

Красноярова М.В. (2010) указывает на необходимость организации социально-педагогического сопровождения для оказания помощи в решении



обусловленных ранним материнством проблем в силу особенностей развития материнского поведения и личности матери-подростка. Специфика организации социально-педагогического сопровождения юных матерей заключается в их возрастных особенностях, а именно в психологической, эмоциональной и социальной незрелости, которые препятствуют ответственному и эффективному выполнению родительских функций. Соснина И.Г., Ушкова У.Э. (2013) при изучении эмоционально-личностных особенностей матерей-подростков отмечают, что для большинства испытуемых характерны недисциплинированность, обеспокоенность выполнением социальных требований, конфликтность представлений о себе, раздражительность, утомляемость, склонность все усложнять, беспокойство о будущем, ожидание неудач. Авторы говорят о том, что эмоциональный фон матерей-подростков характеризуется пониженным фоном, сосредоточением на собственных проблемах и недостатках.

Степашов Н.С., Бердникова Т.В. (2017) отмечают, что недостаточно зрелые в социальном отношении юные женщины при рождении ребенка не осознают в полной мере свою ответственность за обеспечение необходимых условий для его воспитания, физической и психологической стимуляции, и, в конечном счете, для оптимального протекания процессов роста и развития. Таким образом, проблема подростковой беременности рассматривается большинством исследователей как девиантное проявление. В последние годы появились работы, затрагивающие личностные особенности юных матерей. Исследователи отмечают, что ситуация беременности является для подростка стрессом, сопряженным с конфликтами в семье и с близким окружением. Показано, что матери-подростки обладают меньшей эффективностью родительского поведения по сравнению со взрослыми женщинами, инфантильно относятся к своим обязанностям, не проявляя должной ответственности.

### ***Особенности организации социально-психологической помощи юным матерям в ОБУЗ ОПЦ.***

Социально-психологическая помощь беременным и родившим юным женщинам осуществляется в рамках комплексного подхода по проблемам материнства. При этом осуществляют ее медицинские психологи-специалисты в области материнства и детства одновременно с привлечением акушера-гинеколога, педиатра и при необходимости других специалистов (психоневролога, психиатра) и специалисты по социальной работе.

***Особая категория женщин:*** юные матери (14-17 лет), не состоящие в браке (17-19 лет)

1. Диагностика развития материнской сферы на всех этапах

беременности, ее динамика.

2. Наблюдение за поведением женщины в диагностически значимых ситуациях.

3. Психологическая коррекция материнской сферы.

4. Тренинг взаимодействия с ребенком.

Юные первородящие имеют особенности как в эмоционально-волевой сфере (личностная и ситуативная тревожность, экстернальный локус контроля), так и в ценностно-смысловой (преобладают внешние стремления, оценка которых зависит от других людей, приятное времяпрепровождение, материальное благополучие). Если рассматривать социальное положение, то мы видим, что юные первородящие в большинстве случаев проживают в неполной родительской семье, в которой есть работающая мать и бабушка. не имеют среднего специального образования, официально не состоят в браке). В связи с этим перед специалистом по социальной работе встают вопросы дальнейшей судьбы новорожденного ребенка, можно ли отдавать ребенка юной матери (осуществляется взаимодействие с органами опеки по месту проживания юной матери, оформляются письма, на основании которых проводится контроль социально-бытовых условий), налаживается взаимодействие с ближайшим социальным окружением. Медицинский психолог совместно с персоналом оценивает сформированность материнской сферы, отношение юной матери к новорожденному ребенку, проводит наблюдение за особенностями взаимодействия с ребенком во время совместного пребывания: кормление, осуществление ухода, эмоциональными проявлениями.

Комплексный подход к сопровождению юных матерей позволяет своевременно выявлять нарушения адаптации к роли матери, корректировать эмоционально-волевою сферу и осуществлять профилактику девиантного материнского поведения.

## **Психологическая диагностика несовершеннолетнего материнства**

### **Тест отношений беременной (И.В. Добряков)<sup>1</sup>**

**Цель** – определить тип переживания беременности у будущей матери.

#### **Описание методики**

Методика построена на основе теории отношений В. Н. Мясищева и концепции И. А. Аршавского о гестационной доминанте.

Тест содержит три блока утверждений, отражающих:

1) отношение женщины к себе беременной (Блок А);

---

<sup>1</sup> Митрушина, А.Н. Диагностические методики в перинатальной психологии: метод. указания /А.Н. Митрушина. Ярославль: ЯрГУ, 2009.

2) отношение беременной женщины к формирующейся системе «мать-дитя» (Блок Б);

3) отношение женщины к отношениям к ней окружающих (Блок В).

В каждом блоке есть три раздела, отражающие типы психологической компоненты гестационной доминанты: оптимальный (О), гипогестогнозический (Г), эйфорический (Э), тревожный (Т) и депрессивный (Д).

Блок А:

- 1) отношение к беременности;
- 2) отношение к образу жизни во время беременности;
- 3) отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б:

- 1) отношение к себе как к матери;
- 2) отношение к своему ребенку;
- 3) отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В:

- 1) отношение ко мне беременной мужа;
- 2) отношение ко мне беременной родственников и близких;
- 3) отношение ко мне беременной посторонних людей.

**Инструкция:** «Просим Вас из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее Ваше состояние».

Блок А

I	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна.
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна.
	3	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении.
	4	В основном мне приятно сознавать, что я беременна.
	5	Я очень расстроена тем, что беременна.
II	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни.
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать.
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни.
	4	Беременность так изменила мой образ жизни, что она стала прекрасной.

	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим планам.
III	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах.
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь.
	3	Я думаю, что во время родов все смогу сделать правильно и не испытываю особого страха перед ними.
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их плохом исходе.
	5	Я думаю о родах как о предстоящем празднике.

#### Блок Б

I	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери.
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью.
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве.
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью.
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью.
II	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним.
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю.
	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать.
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю.
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого.
III	1	Я не думаю о том, как буду кормить грудью.
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью.
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью.
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением ребенка грудью.
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью.

#### Блок В

I	1	Я считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка.
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка.

	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне.
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне.
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка.
II	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними.
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении.
	3	Большинство близких мне людей не одобряет то, что я беременна, отношения с ними ухудшились.
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей.
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит.
III	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я беременна.
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я беременна.
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я беременна.
	4	Мне совершенно безразлично, замечают окружающие или нет, что я беременна.
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я беременна.

### Обработка результатов

После выполнения методики необходимо сопоставить выбранные утверждения с ключом.

#### Ключ

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А. Отношение к себе беременной	I К беременности	4	2	1	3	5
	II К образу жизни	2	3	4	1	5
	III К родам	3	1	5	2	4
	I	5	3	4	1	2

<b>Б.</b> <b>Отношения</b> <b>в системе</b> <b>мать - дитя</b>	К себе - матери					
	II К ребенку	1	4	2	3	5
	III К грудному вскармливанью	3	1	2	5	4
<b>В.</b> <b>Отношение</b> <b>к</b> <b>отношению</b> <b>окружающих</b>	I К мужу	3	2	1	5	4
	II К близким	1	4	2	5	3
	III К посторонним	5	4	3	2	1

Подсчитывается выраженность каждого типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Если в результате тестирования набрано 7-9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, он может считаться определяющим. Если отсутствует преобладание баллов по какому-либо типу, можно произвести качественный анализ, выявив подсистемы ПКГД, нуждающиеся в коррекции. Для этого в таблице, которая является ключом к тесту, необходимо найти те отношения беременной, которые нарушены и нуждаются в коррекции.

### **Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В. В. Абрамченко и Т. А. Немчин)<sup>2</sup>**

**Цель** – оценить психоэмоциональное и соматическое состояние беременной женщины, особенности ее социально-психологического статуса, выявить отношение к предстоящему появлению ребенка в семье.

#### **Описание методики**

Шкала состоит из 50 пунктов-вопросов и включает четыре основных раздела: по нервно-психическому состоянию (первые 17 пунктов), соматическому здоровью (следующие 18 пунктов), социальному положению (следующие 9 пунктов) и отношению к ребенку (последние 6 пунктов).

Подготовка стимульного материала.

Каждое предложение выписывается на отдельную карточку, у которой отрезается правый или левый нижний угол. Правые углы отрезаются у тех карточек, в которых предложения сформулированы в утвердительной форме и

<sup>2</sup> Митрушина, А.Н. Диагностические методики в перинатальной психологии: метод. указания / А.Н. Митрушина. Ярославль, 2009.

отражают наличие того или иного расстройства. Левые углы отрезаны у тех карточек, содержание которых сформулировано в отрицательной форме.

**Инструкция:** «Просим Вас прочитать каждую карточку и отложить ее вправо, если Вы согласны с тем, что на ней написано, или влево, если Вы не согласны с ее текстом».

### **Обработка результатов**

По окончании исследования из правой стопки извлекаются карточки с отрезанным правым, а из левой – с отрезанным левым нижними углами. Сумма извлеченных карточек представляет собой количественный показатель нарушений у обследуемой в ее субъективной оценке. При необходимости проводится качественный анализ.

### **Текст**

1. Я не опасаясь за исход родов (неверно).
2. Во время беременности моя память не ухудшилась (неверно).
3. Получение интересующей меня информации приносит мне пользу (неверно).
4. Во время сна у меня появились (участились) сновидения с неприятным содержанием (верно).
5. Во время беременности у меня появилась апатия к тем делам и занятиям, к которым раньше я испытывала интерес (верно).
6. Во время беременности у меня увеличилась сонливость (верно).
7. Последние 2 месяца мой сон стал более беспокойным (верно).
8. Мой сон стал более чутким (верно).
9. После получения информации о родовом процессе, у меня исчезли опасения из-за боли в родах (верно).
10. Во время беременности у меня появилась (усилилась) плаксивость (верно).
11. После беседы с другими участниками группы у меня не исчезла (не уменьшилась) плаксивость, раздражительность (верно).
12. Во время беременности я стала более раздражительная, чем до беременности (верно).
13. Во время беременности у меня ухудшилось настроение (верно).
14. Я не боюсь боли во время родов (неверно).
15. Во время беременности я стала значительно спокойнее (неверно).
16. После беседы по интересующему меня вопросу с другими участниками группы у меня улучшилось настроение, исчезла апатия, повысилась работоспособность (неверно).
17. После беседы с другими участниками группы по интересующим меня вопросам, мой сон стал более нормальным, полноценным (неверно).

18. Состояние моего здоровья меня не беспокоит (неверно).
19. После беседы с участниками группы по интересующим меня вопросам у меня исчезла тяга к соленому, сладкому, кислому, нормализовались вкусовые ощущения, исчезло отвращение к запахам (неверно).
20. Моя работоспособность в первую половину беременности не снизилась (неверно).
21. Во время беременности вкусовые ощущения у меня не изменились (неверно).
22. Во время беременности у меня не появилось влечения к сладкому (неверно).
23. Во время беременности слюноотделение у меня не повысилось (неверно).
24. Моя половая жизнь никогда не вызывала у меня беспокойства (неверно).
25. Я опасаясь за исход родов для моего здоровья (верно).
26. Я считаю, что во время беременности у меня появилось извращение вкуса (верно).
27. Во время беременности у меня появилось влечение к соленому (верно).
28. Во время беременности у меня появилось отвращение к запахам (верно).
29. Во время беременности у меня повысился аппетит (верно).
30. Во время беременности у меня снизился аппетит (неверно).
31. Во время беременности у меня появилась тошнота (верно).
32. Во вторую половину беременности у меня снизилась работоспособность (верно).
33. Во время беременности у меня не было рвоты (неверно).
34. После получения информации о родах у меня не исчезли опасения за исход родов для здоровья (верно).
35. У меня появилась утомляемость (верно).
36. Я считаю, что моя жизнь после рождения ребенка будет такой же благополучной, как и была раньше (неверно).
37. Мое материальное положение благополучно (неверно).
38. Я думаю, что после рождения ребенка мои семейные отношения улучшатся (неверно).
39. После рождения ребенка я надеюсь на помощь со стороны родственников (неверно).
40. Данная беременность для меня нежелательна (верно).



41. Во время беременности у меня сложилась трудная, психотравмирующая обстановка (верно).

42. До беременности я пережила психотравмирующую ситуацию (верно).

43. Во время беременности отношение к мужу у меня не ухудшилось (неверно).

44. В моей семье есть нервные люди (верно).

45. Я не опасаюсь за исход родов для моего ребенка (неверно).

46. Меня не пугают трудности, связанные с уходом за ребенком (неверно).

47. Я люблю детей (неверно).

48. Я опасаюсь родить неполноценного ребенка (верно).

49. После получения информации о родах у меня не исчезли опасения за исход родов для ребенка (верно).

50. Я боюсь, что мои болезни и лекарства, которые я принимала, могут оказать отрицательное влияние на ребенка (верно).

### **Рисуночный тест «Моя беременность»**

**(Г. Г. Филиппова)**

**Цель** – выявить стиль переживания беременности.

#### **Описание методики**

Беременной женщине предлагается нарисовать на листе бумаги формата А4 цветными карандашами рисунок на тему «Моя беременность».

На основе анализа содержательных и формальных признаков (принятым в психодиагностике) выделяются типы рисунков, соответствующие стилям переживания беременности.

#### **Интерпретация результатов**

На основе анализа содержательных и формальных признаков делается вывод о стиле переживания беременности, отношении к беременности.

### **Стиль переживания беременности**

#### ***Адекватный стиль переживания беременности***

Беременность изображается в виде беременной женщины, растения, символа.

*Беременная женщина.* Фигура человека достаточно четко прорисована, занимает значительную часть листа, пропорции соразмерны, детально нарисованы лицо, руки, ноги. Преобладают красные, оранжевые и желтые цвета.

Ярко выделен живот, подчеркивается его объемность. Возможно рентгеновское изображение беременности – ребенок нарисован на фоне тела матери. Фигура изображена одна, без вспомогательных предметов. Реже могут появляться значимые близкие (муж) и изображения домов и деревьев, что объясняется как потребность беременной женщины в материнской и отцовской поддержке.

*Растение.* Занимает значимую часть листа, крупное, четкое, хорошо прорисованное. Имеет плотный, достаточно прямой стебель, соразмерную чашечку цветка, один или два листа. Стебель у растения не должен быть поникшим, кривым, слишком тонким (как будто на волоске), чашечка цветка не должна быть опущена вниз, должны отсутствовать шипы, колючки, сухие ветки, листья и стебли.

Растение изображено на листе одно, без вспомогательных предметов и фона, может проявляться незначительная тревога в виде заштрихованного неба, штриховки у основания стебля либо заштрихованное солнце и облака в верхней части листа. Преобладают красные, зеленые и желтые цвета.

*Символ.* Преобладают округлые формы, без углов, выступов. В центре может быть уплотнение, выделенное другим цветом. Фигура располагается одна, без дополнительных предметов и фона. Преобладают красные, желтые и оранжевые цвета.

*Особенности процесса выполнения задания.* Во время рисования у женщин не возникает затруднений с сюжетом рисунка, нет отказов от рисования, отсутствуют черно-белые рисунки. Вывод: преобладает благоприятная ситуация или незначительные симптомы тревоги и неуверенности.

### ***Тревожный стиль переживания беременности***

Беременность изображается в виде символа, растения, животного или детей.

*Символ.* Преобладают черные или красные цвета. Объект плотный, округлой формы. Тревога проявляется в виде штриховки изображенного объекта линиями с сильным нажимом в различных направлениях. Изображается без дополнительных и второстепенных деталей.

*Растение.* Очень маленькое, на четверть листа, приподнятое либо чрезмерно большое, заполняющее все пространство листа. На растении могут быть шипы, острые ветки, листья с четко прорисованными острыми краями. Растение полностью и с сильным нажимом заштриховано. Тревога выражается в виде дополнительных объектов – заштрихованных облаков и солнца. Преобладают красные, зеленые и синие цвета.

*Животное.* Значительно уменьшено в размере, штриховка у основания ног, нарисованы облака и солнце. Преобладают синие и желтые цвета.

*Дети.* Отсутствует тема беременности. Изображены дети различного возраста. Изображены разного рода способы изоляции детей – качели, окружности вокруг ребенка. Дети младенческого возраста изображены туго запеленатыми. Преобладает синий и черный цвета.

*Особенности процесса выполнения задания.* Во время рисования у женщин возникают трудности с рисованием, выбором сюжета. Возможна ситуация, когда присутствует только тема тревоги (солнце и облака) и отсутствует тема беременности. Многие пытаются уйти от необходимости рисования, утверждая, что не умеют рисовать. Возникает потребность неоднократно перерисовывать рисунок, рисовать новый с иным, чем у предыдущего, сюжетом. Вывод: по формальным признакам преобладает неблагоприятная ситуация – тревога и неуверенность в себе.

### ***Амбивалентный стиль переживания беременности***

Беременность изображается в виде символа или животного. Для рисунков характерна противоречивость изображения, например, изображение солнца с лучами в виде шипов, с улыбкой и пустыми, круглыми глазами. Рисунки пестрые, объекты могут быть раскрашены разноцветными чередующимися полосками.

### ***Эйфорический стиль переживания беременности***

Беременность изображается в виде символа или детей. Рисунки очень красочные, используется широкая гамма цветов. Присутствуют характерные элементы приукрашивания. Младенцы с очень сильно прорисованными глазами и ртом, плотно закручены в пеленку. Элементы страха отражаются в перекрещенных линиях черного цвета.

### ***Игнорирующий стиль переживания беременности***

Рисунки тематически разноплановые, их объединяет общая тема ухода от беременности. Так как рисунок «Моя беременность» отражает состояние беременности, то ее можно охарактеризовать по сюжету рисунка как спящую, очень удаленную, намеренно изолированную. Сюжетный рисунок может быть очень мелким. Существует ситуация, когда на рисунке среди многочисленных дополнительных деталей тема беременности выделяется с большим трудом, имеет очень маленький размер на фоне других изображенных объектов. Может проявляться различной степени тревога. Преобладают синие, черные и фиолетовые цвета.

## **Отношение к беременности**

**Принятие.** Изображение рисунка не вызывает сложностей. Сюжет выбирается почти сразу, изображение без перерисовки.

**Женщина.** На рисунке изображена беременная женщина, выделены детали материнства, прорисован живот. На рисунке изображена женщина с маленьким ребенком, нарисован ребенок без признаков ограничения (отсутствие тугих пеленок, замкнутых пространств вокруг ребенка, специально организованных детских мест – качели, песочница).

**Растение.** Адекватное по размеру, целое, с листьями, цветком и корнями. Наличие созревшего плода, без червоточин и дефектов. Растение заполнено цветом.

На рисунке изображен округлый *символ*, заполненный цветом (закрашенное солнце, символ) без каких-либо дополнительных деталей.

**Животное.** Среднего размера, без инструментов агрессии и защиты.

### **Конфликт с беременностью.**

Отказ от рисования; переворачивание, сгибание листа; наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний; большие пятна черного цвета; неадекватное использование размеров листа (слишком мелко или «не уместаются» важные части рисунка). Силуэт напоминает человека, но отсутствует живот. Отсутствует тема беременности. Отсутствие лица, пустые глазницы, деформированная фигура. Шаржевый рисунок человека либо отдельная часть тела (голова). Изображение живого объекта или растения с дефектами.

Тема беременности заменена неживыми существующими предметами (автомобиль, дом).

**Растение.** Изображается в угрожающей ситуации – поломанное, завядшее, с дефектами.

**Символ.** Изображается в виде пустой фигуры с углами. Круглый, но слишком увеличен в размере, присутствует много дополнительных деталей.

**Животное.** Нарисовано с шипами, когтями, в угрожающей позе.

Возможно изображение отдельных частей тела, растения, предмета.

## **Диагностические материалы для II блока программы**

### **«Психологическая подготовка к родам»**

#### **Рисуночный тест «Я и мой ребенок»<sup>3</sup>**

**Цель** – выявить особенности переживания беременности и ситуации материнства, восприятия себя и ребенка, выраженность ценности ребенка.

---

<sup>3</sup> Митрушина, А.Н. Диагностические методики в перинатальной психологии: метод. указания /А.Н. Митрушина. Ярославль, 2009.

## **Описание методики**

Беременной женщине/матери предлагается нарисовать на листе бумаги формата А4 цветными карандашами рисунок на тему «Я и мой ребенок».

На основании формальных и содержательных признаков Г. Г. Филиппова выделяет типы рисунков, соответствующие следующим особенностям переживания беременности и ситуации материнства: благоприятная ситуация – I; незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности – II; тревога и неуверенность в себе – III; конфликт с беременностью или с ситуацией материнства – IV.

## **Интерпретация рисунков**

### ***Формальные признаки, соответствующие симптомокомплексам***

#### *I тип «Благоприятная ситуация»*

Хорошее качество линии; расположение рисунка в центральной части листа; размеры рисунка соответствуют принятым в психодиагностике (отражают нормальное состояние без признаков тревоги и неуверенности в себе); при наличии развернутого сюжета (с дополнительными, кроме фигур матери и ребенка, деталями: обстановка комнаты, дом, деревья и др.) рисунок занимает большую часть листа; отсутствие стираний, зачеркивания, перерисовок, рисования на обратной стороне листа; отсутствие длительных обсуждений (как и что рисовать) или отговорок («я не умею» и т. п.), а также пауз в процессе рисования больше 15 секунд; положительные эмоции разной степени выраженности в процессе рисования.

#### *II тип «Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности»*

Наличие незначительных признаков тревоги и неуверенности в себе по качеству линии; недостаточно крупный рисунок; расположение в нижней части листа или ближе к одному из углов; наличие линии основания; небольшое наличие штриховки.

#### *III тип «Тревога и неуверенность в себе»*

Плохое качество линии; рисунок очень мелкий, расположен внизу листа или в углу; наличие линии основания, штриховки в большом количестве.

#### *IV тип «Конфликт с беременностью или с ситуацией материнства»*

Отказ от рисования; переворачивание, сгибание листа; наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний; большие пятна черного цвета; неадекватное использование размеров листа (слишком мелко или «не умещаются» важные части рисунка, в первую очередь фигура матери и ребенка).

**Содержательные признаки,  
соответствующие симптомокомплексам**

Признак	Типы симптомокомплексов			
	I	II	III	IV
Наличие на рисунке себя	+	+	+	+/-
Прорисовка лица матери	+	+	-	-
Наличие на рисунке ребенка	+	+	+	+/-
Прорисовка лица ребенка	+	+	-	-
Замена образов себя и ребенка на растения, животных, неживые объекты, символы	-	-	-	+
Соразмерность фигур матери и ребенка	+	-	-	-
Акцент на образах матери и ребенка	+	-	-	-

Другие люди	-	+	+	+
Совместная деятельность между матерью и ребенком	+	+/-	-	-
Ребенок спрятан (коляске, кроватке, пеленках, животе матери)	-	+	+	+
Телесный контакт	+	+	+/-	-
		за руку или за деталь объекта, в котором находится ребенок		
Ребенок изолирован	-	-	-	+
Все фигуры нарисованы лицом к зрителю	+	+/--возможны в профиль	+/--возможны в профиль	спиной

Возраст ребенка	младенец (к III триместру), в настоящем возрасте (после родов)	младенец (к III триместру), в настоящем возрасте (после родов)	ранний или младенческий (к III триместру), в настоящем возрасте (после родов)	дошкольный или ранний (к III триместру), не соответствует реальному возрасту (после родов)
-----------------	--	--	---	--

### **Характеристика основных составляющих симптомокомплексов**

*Ценность ребенка.* Наличие ребенка, его прорисовка и детализация, использование цвета в прорисовке фигуры ребенка, расположение фигуры на листе и по отношению к родителю, ее размер и четкость линий.

*Представление о себе в роли родителя.* Наличие себя, прорисовка, расположение по отношению к ребенку, осуществляемая деятельность, изоляция, наличие других членов семьи.

#### ***Источники тревоги и конфликта***

*Ребенок.* Отсутствует, замена образа, не прорисован, стирание и перерисовка, изолирован, отвернут от матери и др. признаки.

*Родитель.* Отсутствует, замена образа, не прорисован, стирание и перерисовка, изолирован, отвернут от ребенка и др. признаки.

*Внешние причины.* Изоляция от мира, наличие дома, других членов семьи, формальные признаки тревоги и угрозы и др. признаки.

И. В. Вшивкова дает качественную и количественную оценку рисунку «Я и мой ребенок» по следующим симптомокомплексам: благоприятная ситуация, эмоциональная холодность, тревожность, чувство незащищенности, чувство неполноценности, инфантильность матери, недоверие к себе, депрессивность, трудности общения, враждебность, импульсивность, конфликтность в семье.

#### ***Симптомокомплекс «Благоприятная ситуация»***

*Формальные признаки.* По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 15 баллов.

**Качество линий:** хорошее качество линий; отсутствие стирания, зачеркивания, перерисовок, рисования на обратной стороне листа.

**Расположение рисунка на листе:** при наличии развернутого рисунка он занимает большую часть листа; рисунок расположен в центре листа и занимает адекватную площадь листа.

**Положение фигур:** все фигуры нарисованы лицом к зрителю.

**Соответствие образов теме:** отсутствие замен образов на растения, животных, неживые объекты, символы.

**Использование цвета:** используется цвет, адекватно обозначены цветом и оттенками все детали рисунка.

**Отсутствие признаков негативных симптомокомплексов:** нет признаков тревоги и неуверенности в себе; отсутствуют признаки враждебности и депрессивности; отсутствуют признаки неполноценности и недоверия.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого признака.*

**Возраст:** возраст людей близок к настоящему или возраст человека чуть старше.

**Соответствие количества образов теме:** отсутствие других людей.

Соразмерность фигур матери и ребенка.

Ребенок не спрятан и не изолирован.

Наличие совместной деятельности матери и ребенка.

Наличие телесного контакта.

### ***Симптомокомплекс «Эмоциональная холодность»***

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 4 балла.*

**Тип изображения:** схематичные фигуры.

**Использование цвета:** отсутствие цвета или преобладает синий цвет.

**Прорисовка лиц:** отсутствие деталей лица.

**Прорисовка лицевых деталей:** отсутствует (кнопки, отделка и т. п.).

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

Фигуры отвернуты друг от друга.

Разделение другими объектами фигуры матери и ребенка.

Заняты формально объединяющей деятельностью.

Мать одета в строгую деловую одежду.

### ***Симптомокомплекс «Тревожность»***



*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 14 баллов.*

**Качество линий:** плохое качество линий; линии выполнены с сильным нажимом; много стираний; есть штриховка; имеют место двойные и прерывистые линии.

**Расположение рисунка на листе:** рисунок расположен в углу; рисунок смещен вниз.

**Положение фигур:** все или основная фигура повернуты спиной.

**Размер рисунка:** маленький размер рисунка.

**Тип изображения:** схематичный рисунок; недостаточная прорисовка деталей, схематизация; большое количество дополнительных деталей; много незавершенных деталей (как бы ошибок рисования); большое количество дополнительных объектов, которые занимают практически весь лист.

**Особенности композиции рисунка:** рисунок в рамке или каждая часть отгорожена от другой; выделение любым способом отдельных деталей рисунка; подчеркнутая линия основания рисунка.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

Фигура ребенка слишком большая или слишком маленькая.

Недостаточная прорисовка фигур и лиц себя и ребенка, схематизация.

Тщательная прорисовка деталей одежды.

Отсутствие совместной деятельности.

Контакт фигур не прямой, но руки могут быть протянуты друг к другу.

Интенсивно затушеванные волосы у фигуры матери.

### ***Симптомокомплекс «Чувство незащищенности»***

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 5 баллов.*

**Особенности композиции рисунка:** на переднем плане нарисованы предметы, скрывающие часть фигур или основных деталей рисунка в соответствии с темой.

**Расположение рисунка на листе:** рисунок в самом центре у верха листа или снизу листа.

**Особенности изображения фигур человека:** непропорциональной длины руки, ноги; широко расставлены ноги (особенно у фигуры матери).

**Тип изображения:** много второстепенных деталей.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

Введение в рисунок третьих лиц.

Возраст матери меньше реального.

Фигура матери самая маленькая из всех.

### ***Симптомокомплекс «Чувство неполноценности»***

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 6 баллов.*

**Размер рисунка:** рисунок очень маленький.

**Расположение рисунка на листе:** весь рисунок или фигуры расположены в нижней части листа.

**Особенности изображения фигур человека:** фигуры нарисованы спиной; у фигур отсутствуют руки, ноги; у фигур руки за спиной; у фигур непропорционально короткие руки; у фигур непропорционально узкие плечи.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество.*

Качество рисунка ребенка лучше, чем матери.

Мать стоит спиной, а ребенок лицом.

У матери не прорисовано лицо.

У фигуры матери отсутствуют руки, ноги; руки за спиной; непропорционально короткие руки или непропорционально узкие плечи.

### ***Симптомокомплекс «Инфантильность матери»***

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 5 баллов.*

**Использование цвета:** преобладание фиолетового цвета.

**Соответствие количества образов теме:** много дополнительных объектов рядом.

**Особенности изображения фигур человека:** у фигуры человека пальцы как гроздь винограда; длинные и слабые руки; отсутствует шея.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

**Возраст:** большинство фигур младше своего возраста; нарисован ребенок.

**Особенности стиля рисунка:** изображение стилизовано под сказочное.

Мать нарисована в ситуации подчинения ребенку.

Мать нарисована в детской одежде или за детским занятием.

Фигура матери меньше ребенка.

### ***Симптомокомплекс «Недоверие к себе»***

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 7 баллов.*

**Качество линий:** очень слабые линии; признаки неуверенности в себе по качеству линий; небольшое наличие штриховки.

**Расположение рисунка на листе:** расположение в нижней части листа или ближе к одному из углов.

**Тип изображения:** одномерные фигуры (нет объема).

**Особенности композиции рисунка:** наличие линии основания; большое количество дополнительных предметов и их большие по сравнению с основными фигурами размеры.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

Наличие на рисунке мужа или других детей.

Ребенок нарисован в коляске или другом подвижном объекте, при этом мать держит ребенка за руку или за деталь объекта, в котором расположен ребенок, фигура и лицо ребенка прорисованы.

### ***Симптомокомплекс «Депрессивность»***

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 9 баллов.*

**Размер рисунка:** очень маленькие рисунки; уменьшение размера рисунка.

**Цвет:** преобладает коричневый цвет.

**Расположение рисунка на листе:** рисунок внизу листа.

**Тип изображения:** схематичные (обобщенные) фигуры; вид сверху; линия основания рисунка идет вниз.

**Особенности процесса рисования:** сильная усталость в процессе рисования; линия слабеет в процессе.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

Короткие ноги у фигуры матери.

Отсутствие тела у фигуры матери.

Отсутствие рук у фигуры матери.

Ребенок более крупный, чем мать, и имеет в рисунке больший вес, чем в жизни.

В рисунке мать в старческом возрасте.

### ***Симптомокомплекс «Трудности общения»***

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 8 баллов.*

**Особенности изображения фигур:** слишком короткие или недостаточного размера руки людей, подлокотники кресла; длинные и узкие тела, как бы вытянутые; выделенное лицо; отсутствие основных деталей лица.

**Тип изображения:** качество прорисовки одежды выше, чем всего остального; рисунок из палочек; рисунок в профиль.

**Особенности процесса рисования:** комментарии к рисунку не соответствуют рисунку: минимализм и схематизм или в рисунке, или в комментариях.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

Мать одета в униформу.

Руки матери в оборонительной позиции.

### **Симптомокомплекс «Враждебность»**

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 5 баллов.*

**Тип изображения:** рисунки с обратным профилем (части слева, части справа); есть зачеркнутые или деформированные объекты на рисунке.

**Особенности изображения фигур:** очень подробно или тщательно прорисованы пальцы ног, суставы, ногти;

**Особенности рук у людей:** руки раскинуты в стороны или подняты вверх; пальцы нарисованы без ладони.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

У фигуры матери вместо глаз пустые глазницы.

Агрессивная поза у фигуры матери.

Оскал, зубы видны у фигуры матери.

Качество рисунка ребенка хуже, чем матери.

Другие признаки враждебности во взаимоотношениях.

### **Симптомокомплекс «Импульсивность»**

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 5 баллов.*

**Тип изображения:** части фигур плохо связаны; одномерное, схематичное изображение; очень много подвижных частей у фигур.

**Качество линий:** есть прерывистые или клубящиеся линии; есть штриховка, особенно подвижных частей основных фигур в теме.

**Особенности строения тела у фигур людей:** неравные плечи, разные ширина рук больше, чем ширина плеч; руки скрещены за спиной.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

Слишком маленькая голова у фигуры матери.

Сложенные в замок или соприкасающиеся ладонями руки.

Заштрихованные руки.

Взлохмаченные волосы.

### **Симптомокомплекс «Конфликтность в семье»**

*Формальные признаки. По 1 баллу за наличие каждого признака, максимум 10 баллов.*

**Соответствие образов теме:** замена образа ребенка и/или себя на растение, животное, символ.

**Особенности композиции рисунка:** перерисовывание объекта; отдельные фигуры стираются; неадекватная величина отдельных фигур; много дополнительных деталей; дополнительные предметы больше размера, чем основные фигуры по теме.

**Расположение рисунка на листе:** ограничение пространства, рисование в рамке.

**Тип изображения:** перспектива снизу («взгляд червя»).

**Особенности процесса рисования:** явное несоответствие качества рисунка другим; противоречивость высказываний и рисунка.

*Содержательные признаки. По 2 балла за наличие каждого, по каждому рисунку свое максимальное количество баллов.*

Введение дополнительных членов семьи.

Отсутствие на рисунке себя и/или ребенка.

Ребенок спрятан; ребенок изолирован при помощи предметов, отделяющих его от матери, или полностью изолирован без контакта с матерью.

Большая пространственная дистанция между фигурами матери и ребенка.

Фигуры соединены через предметы.

Отсутствие совместной деятельности и контакта с ребенком.

Несоответствие возраста ребенка реальному.

Подчеркнутая талия у матери.

## Синдром беременности<sup>4</sup>

С медицинской точки зрения беременность является вызванным оплодотворением психофизиологическим процессом, ведущим к изменениям в организме и психике женщины и направленным на развитие и появление на свет нового человека. Однако с точки зрения психологии представляется правильным говорить о синдроме беременности. Синдром беременности – новое психогенное состояние, ограниченное определенным периодом времени, который начинается не в день зачатия, а при осознании женщиной своего нового положения и заканчивается не родами, а в момент «пигмалионизации» своего ребенка. В случае прерывания беременности, как правило, можно проследить лишь отдельные первые симптомы синдрома.

Синдром беременности переживается женщиной, как правило, на бессознательном уровне, имеет определенные временные границы и характеризуется следующими симптомами.

На первом этапе чаще всего испытывается аффект осознания себя беременной. Чем выше у беременной женщины социальный и интеллектуальный уровень, чем более она независима и профессионально успешна, тем больше вопросов о смысле деторождения будет поставлено ею перед собой, тем труднее ей будет решиться стать матерью.

В практике встречаются признания женщин о том, что первое время они «полагаются на волю случая», подсознательно желая, чтобы все разрешилось «само собой» (например, выкидыш или необходимость искусственного прерывания беременности по медицинским показателям). Если беременность не была запланирована, в большинстве случаев женщина обращается в консультацию с опозданием, когда беременность уже становится очевидной для нее самой и ей не остается ничего иного, кроме принятия себя в новом качестве. Описанное явление может быть охарактеризовано как симптом принятия решения. Для данного симптома характерно подсознательное отделение женщиной себя от факта собственной беременности; существуют два полюса: «Я и беременность». В этот период в самоощущениях делается акцент на себе (на своем «Я»), а отнюдь не на материнстве и будущем ребенке.

Следующим этапом развития синдрома беременности является рефлексивное принятие нового собственного образа: «Я – в положении». Этот

---

<sup>4</sup> Боровикова, Н.В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины. Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей. Сборник материалов конференции по перинатальной психологии // <http://myword.ru/index.php?app=downloads&showfile=1109>

этап мы назвали симптомом нового «Я», который характеризуется признанием физиологических изменений в своем организме.

Особого внимания заслуживает симптом эмоциональной лабильности, который в той или иной степени присущ для всего периода беременности. Под этим симптомом мы подразумеваем эмоциональную дезадаптивность, которая проявляется в колебаниях фона настроения и в большей степени свойственна женщинам, испытывающим предменструальное напряжение. Отмеченные колебания внешне заметны и выражают различную степень внутреннего напряжения – от ощущения скуки, медлительности, возрастающего недовольства собой до вербализованного чувства угнетенности. Наиболее яркие проявления симптома эмоциональной лабильности коррелируют с менструальными циклами до периода беременности. Этими проявлениями симптома лабильности и вызвана тошнота по утрам, хотя давно установлено, что это явление не имеет никакой физиологической обусловленности и представляет собой лишь одно из социально навязанных, ожидаемых проявлений беременности, легко устраняемых с помощью рациональной гипнотерапии.

С момента осознания и внутреннего принятия себя беременной у женщины обнаруживается симптом противоречивого отношения к беременности. С одной стороны – гордость за свою полноценность, возможность самореализации, приобретения женственности, переживания идентичности собственному полу, и в то же время – страх и беспокойство, порожденные фантазиями и социально навязанными установками.

Далее возникает характерная для беременности психическая перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка. В этот момент будущей матерью переживается симптом принятия новой жизни в себе. Амбивалентность переживаний сохраняется на высоком уровне. Принятие своего нового образа, статуса, роли проникнуто основным чувством: «у меня будет ребенок», смешанным с опасением за успешность будущего материнства. Симptom, названный симптомом принятия новой жизни в себе, проходит в своем развитии два качественно различных этапа. Вначале женщина осознает, что будет иметь ребенка; она как бы говорит себе: «Я не одна, я ношу в себе что-то». На следующем этапе происходит перенос доминанты с себя на будущего ребенка, появляется чувство гордости и единства с тем, кого она носит под сердцем. Для самой будущей матери вместе с ребенком вынашивается готовность к выполнению миссии материнства. Описанный симптом представляет собой акмеологическую вершину синдрома беременности, являясь своеобразным индикатором восприятия, переработки и оценки женщиной опыта этого

психофизиологического состояния. Он характеризуется надвигающейся ответственностью за судьбу ребенка, снами, мечтами и фантазиями о нем. Данному этапу симптома присущ интересный феномен, называемый нами феноменом нетерпения. Теперь, когда женщина точно определилась в своем желании иметь ребенка, она испытывает нарастающее нетерпение и возбуждение, связанные с уже надоевшей беременностью, стремление к ее окончанию.

Наблюдаемые в этот период невыраженные эмоциональные расстройства, в основном связаны с мыслями о будущем ребенке. Подавление чувства тревоги за здоровье будущего ребенка может рассматриваться как отдельный симптом перинатальной дисморфофобии. В этот период беременности явно прослеживается изменение конструкта «я – окружающий мир». Женщины в соответствии с изменившимся восприятием действительности склонны наделять свое привычное социальное окружение новыми качественными характеристиками на фоне повышенной требовательности. Эту склонность можно определить, как симптом завышенных притязаний по отношению к другим.

Внутри симптома завышенных притязаний следует разделять феномен недоверия к окружающим и феномен отношения к отцу будущего ребенка. Так, из-за боязни получить социальное осуждение женщиной овладевает страх остаться одной в этот период. Женщина, подсознательно требуя особого отношения к себе, начинает манипулировать окружающими. Вместе с тем рефлексивная перестройка психики женщин, связанная с необходимостью осознания своей новой роли, в наибольшей степени влияет на изменение восприятия ею мужчины, который превращается в отца будущего ребенка. Большинство мужчин, подсознательно ожидая изменение социометрического статуса и свою ненужность (связанную с перспективой появления другого значимого человека в жизни своей женщины), на сознательном уровне скрывают вызванную этим тревогу, реализуя свои новые ощущения в неосознанном избегании жены (своей женщины), повышенной раздражительности и ухаживаниями за другими женщинами. Таким образом, женщина оказывается лишенной мужской поддержки в тот момент, когда она больше всего нуждается в ней. Наше исследование показало, что бессознательно каждая забеременевшая женщина обвиняет своего мужчину в недостаточном внимании к себе и будущему ребенку. Женщины часто высказывают сомнение в том, что отец будущего ребенка будет «гулять с ним», «любить его так, как я» и т. п. Здесь проявляется опасение того, что все, связанные с беременностью и материнством испытания, придется нести ей одной.



Все это усугубляется тем, что большинство женщин во время беременности испытывают повышенную потребность в тепле и внимании, неудовлетворение которой вызывает раздражительность, нередко переходящую в агрессию, по отношению к окружающим, а в особенности к своему мужчине. В данном случае уместно говорить о симптоме ощущения депривации, сопровождающимся духовным отчуждением. В психике женщины такое состояние часто ассоциируется с подростковым возрастом, когда многие из них испытывали чувство одиночества и оставленности, возникающее на почве отсутствия взаимопонимания с родителями.

Начиная примерно с периода в 20-25 недель, возникает еще одна проблема, заслуживающая особого внимания. Это проблема решения сексуальных потребностей мужчины в этот период, которые на фоне обычно резкого снижения женского интереса к сексу продолжают сохранять для него свою актуальность. Физиологические изменения, происходящие с беременной женщиной, нередко делают для нее полноценную сексуальную жизнь невозможной, что создает или увеличивает дистанцию в общении с мужчиной. Перечисленные факторы могут способствовать развитию симптома сексуальной неполноценности периода беременности.

Следующим, и одним из самых ярких и эмоционально насыщенных симптомов, является симптом страха перед родами. На степень психической незащищенности женщин перед родами указывает то, с какой легкостью большинство из них соглашается на применение любых обезболивающих препаратов, не думая о возможных последствиях для ребенка. Острота переживаний, имеющих особую напряженность в родовой период, ослабевает вскоре после рождения ребенка.

Завершающим симптомом синдрома беременности является пигмалионизация родившегося ребенка: переход в восприятии матери от его фантастического образа к реальному, подобно Пигмалиону, мать влюбляется в собственное создание.

Таким образом, описанный выше синдром является типичным для периода беременности у всех женщин. Вместе с тем его симптомы могут быть представлены с различной степенью выраженности в каждом конкретном случае. Наиболее ярко вышеуказанные симптомы, усиленные страхом перед неизвестным, проявляются в течение первой сохраненной беременности.

Известно, что внешние стресс-факторы непосредственно не влияют на будущего ребенка и только беременная женщина, пропуская их через себя, допускает в той или иной степени воздействие на него этих факторов. Поэтому чрезвычайно важным является скорейшее прохождение женщиной психотравмирующих симптомов синдрома беременности, особенно симптома

принятия решения и ее концентрация на творческом, позитивно заряженном симптоме «Я жду ребенка», что приведет к смещению психологического акцента с собственных проблем и переживаний на рождение нового человека.

Беременность для самой женщины является этапом личностного и психосексуального развития, поэтому ей необходимо знание о самой себе и об ожидающих ее вплоть до рождения ребенка соматических и психических состояниях. Благоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности может способствовать личностному взрослению женщины, укреплению и обогащению ее психики новым уровнем психологических самооценок.

Это может быть достигнуто, когда каждая беременная женщина будет уметь творчески адаптироваться к своему новому состоянию, вырабатывая собственную философию беременности, свободную от навязываемых ей обществом лишних социальных установок.

## Приложение 2

### Типы психологического компонента гестационной доминанты<sup>5</sup>

Психологический компонент гестационной доминанты (далее ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщин при возникновении беременности, направленных на сохранение беременности и создание благоприятных условий для развития будущего ребенка. В норме это приводит к позитивному отношению женщины к своей беременности, формирует новые поведенческие стереотипы, имеющие для плода охранительное значение.

Случайность беременности или ее планирование, мотивы, побудившие женщину забеременеть, ее жизненные ценности, установки, условия микросоциума, внутрисемейные отношения, личностные особенности, соматическое и психическое здоровье в значительной степени отражаются на формировании гестационной доминанты в целом.

Клинические наблюдения позволили выделить 5 типов ПКГД: адекватная (оптимальная), гипогестогнозическая (игнорирующая), эйфорическая, тревожная и депрессивная. Выявление у женщины одного из четырех последних типов свидетельствует о большой вероятности развития осложнений течения беременности и родов, а также последующего процесса лактации и становления отношений в системе «мать – дитя».

---

<sup>5</sup> Добряков И.В. (Санкт-Петербург). О повышении эффективности работы курсов по дородовой подготовке беременных. Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей. Сборник материалов конференции по перинатальной психологии // <http://myword.ru/index.php?app=downloads&showfile=1109>

Определение типа ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации, при которой вынашивается ребенок, понять, как складываются отношения в семье.

**Оптимальный тип ПКГД** отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, супружеская подсистема зрелая, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка.

**Гипогестогнозический тип ПКГД** нередко встречается у женщин, не закончивших учебу, увлеченных работой. Среди них встречаются как юные студентки, так и женщины, которым скоро исполнится или уже исполнилось 30 лет. Первые не желают брать академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом, ходить в походы. Беременность у них часто незапланированная и застаёт врасплох. Женщины второй подгруппы, как правило, уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом риск возникновения осложнений повышается. С другой стороны, эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них не хватает времени встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения. Они нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, а уход за новорожденными детьми, как правило, передоверяется бабушкам или няням, так как сами матери очень заняты. При гипогестогнозическом типе ПКГД чаще встречаются такие типы семейного воспитания, как эмоциональное отвержение, неразвитость родительских чувств.

**Эйфорический тип ПКГД** отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также, у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношения с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы

родительских чувств к ребенку, потворствующий стиль воспитания, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

**Тревожный тип ПКГД** характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т.п.). В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью.

При этом типе ПКГД в семейном воспитании чаще всего формируется доминирующий стиль воспитания, нередко отмечается повышенная моральная ответственность. Выражена воспитательная неуверенность матери. Нередко и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, обуславливающее противоречивый тип воспитания.

**Депрессивный тип ПКГД** проявляется прежде всего резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового ребенка, боится умереть в родах. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, объясняющих все капризами, не понимающими, что женщина нездорова. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны развивающимся при тревожном типе, но более глубоки. Встречаются также эмоциональное отвержение, жестокое обращение. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющее ее состояние.

Таким образом, в целях повышения эффективности работы курсов психологического сопровождения беременности предлагается учитывать тип ПКГД женщин при объединении их в группы и планировании дальнейшей работы:

I группа состоит из практически здоровых беременных, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты.

II группа может быть названа «группой риска». Она включает женщин, имеющих эйфорический, гипогестогнозический, иногда тревожный типы ПКГД. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-

психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

III группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно выше, чем у представительниц второй группы. В третью же группу следует включать всех, имеющих депрессивный тип. Они нуждаются в индивидуальном наблюдении и индивидуальной работе.

## Приложение 3

### Правила групповой работы

#### *Общение по принципу «здесь и теперь»*

Во время занятий говорим только о том, что волнует участниц нашей группы. То, что происходит с нами в группе, мы обсуждаем здесь и теперь.

#### *Персонификация высказываний*

Для более откровенного общения мы отказываемся от безличной речи, заменяем высказывания типа «Большинство людей считает...» на «Я считаю...», «Я думаю...» и т.п. Заменяем безадресную фразу типа «Некоторые меня не поняли...» на конкретное: «Оля и Аня меня не поняли...». Таким образом, каждый несет ответственность за свои слова.

#### *Искренность в общении*

Во время работы говорим только то, что думаем и чувствуем на самом деле, т.е. только правду. Если нет желания говорить откровенно – молчим.

#### *Уважение к говорящему*

Когда высказывается кто-то из членов группы, мы внимательно его слушаем, не перебиваем человека и молчим до тех пор, пока он не закончит говорить. Лишь после этого задаем свои вопросы, соглашаемся или спорим с ним.

#### *Недопустимость непосредственных оценок человека*

Оцениваем не участника, а его действия и поведение. Вместо высказываний типа: «Ты мне не нравишься ...» мы используем «Мне не нравится в тебе ...».

#### *Конфиденциальность всего происходящего в группе*

Все, что происходит во время занятий, никогда ни под каким предлогом не выносится за пределы группы. Мы уверены в том, что никто не расскажет о переживаниях человека, о том, чем он поделился с нами во время занятий. Мы не боимся, что наши высказывания станут известны другим людям за пределами группы. Мы доверяем друг другу и группе в целом.

## Приложение 4

### Народные поверья и слухи

Примета	Комментарий
Беременной до родов нельзя посещать парикмахерскую, так или иначе стричь свои волосы.	В волосах, согласно многим религиозным течениям, сокрыта жизненная сила человека. Обрезаешь волосы – укорачиваешь жизненную силу.
Беременным нельзя смотреть на людей с проявлениями уродств.	Безусловно, в жизни всегда нужно стремиться к гармонии и красоте, тем более когда вы беременны. Поэтому старайтесь видеть вокруг только красивое и гармоничное. С другой стороны, если вы увидели такого человека, не стоит этого пугаться. В этом ничего страшного нет.
Беременной нельзя есть тайком: ребенок родится пугливым.	При употреблении пищи второпях пищевые массы подвергаются недостаточной механической обработке, хуже усваиваются питательные вещества. А вот пугливость ребенка с этим никак не связана.
Беременная женщина не должна играть с кошкой, даже брать ее в руки, иначе у ребенка будет много врагов.	Открытый только в XX веке возбудитель токсоплазмоза, заболевания очень опасного для будущих мам, действительно переносится кошками. Женщина может заболеть и не подозревать об этом, однако через плаценту возбудитель проникает в кровоток ребенка.
Беременной нельзя сидеть на крыльце, на пороге.	Конечно, здесь есть рациональное зерно. Мало того, что с крыльца или с высокого порога можно запросто упасть, да еще и спину продует, ведь дверь-то за вашей спиной может быть открыта.
Беременным нельзя сидеть нога на ногу: ребенок	Действительно во время беременности нежелательно сидеть со скрещенными

родится с кривыми ножками или косолапый.	ногами. Но к возможной кривизне ножек и косолапости ребенка это не имеет никакого отношения. Просто при таком положении тела нарушается кровообращение в ногах будущей мамы, что может привести к варикозному расширению вен.
<b>Слухи</b>	<b>Комментарий</b>
Беременные женщины тупы	В мозгу беременной женщины активна доминанта беременности, т.е. все мысли женщины направлены на ребенка. И чем ближе к родам, тем ярче это выражено.
Беременные не должны расстраиваться и плакать.	Расстраиваться и плакать можно. Главное, чтобы стрессовое состояние не затягивалось надолго. Ребенок через плаценту получает от матери весь набор гормонов «настроения»: и эндорфинов, и катехоломинов.
Чем меньше людей знает о родах, тем успешнее они пройдут.	Успех родов зависит от того, в какой ситуации женщине будет комфортнее рожать: с поддержкой мужа и близких, или одной. На успех родов помимо этого, влияет множество других факторов. Выбор, соответственно, зависит от личностных характеристик женщины.

## Приложение 5

### Тексты ведущего к предлагаемым упражнениям для релаксации и управляемой визуализации

#### Текст ведущего к упражнению для релаксации «Общее расслабление»

Вы спокойно сидите в кресле. Ваши глаза закрыты. Вам удобно и приятно...

Вы слышите мой голос. Вы успокаиваетесь и расслабляетесь...

Вы чувствуете, как ваш затылок опирается на упругую и мягкую спинку кресла. Вам хочется отдохнуть и расслабиться...

Ваш лоб расслабляется. Возникает ощущение легкого дуновения в области лба.

Морщинки на лбу разглаживаются...

Ваши глаза расслабляются, брови расходятся в стороны...

Мышцы рта расслабляются, нижняя челюсть слегка опускается, язык вяло прижимается к зубам.

Ваша шея расслабляется, голова свободно опирается на спинку кресла...

Плечи опускаются. Кисти ваших рук лежат свободно...

Все туловище расслабляется. Расслабляются мышцы груди, живота, расслабляются мышцы спины...

Ваши бедра расслабляются, мышцы бедер слегка обвисают...

Голени и стопы расслабляются...

Вы слышите мой голос и чувствуете приятное расслабление всего тела...

Сейчас вы ощущаете свое дыхание, оно становится ровным и спокойным...

С каждым вдохом чувство покоя и отдыха все больше охватывает вас...

*Пауза.*

Вы спокойно отдыхаете и слышите мой голос.

Вы запомните это состояние, в следующий раз оно наступит быстрее и легче. И вы сможете вызвать это состояние, чтобы отдохнуть и расслабиться.

*Пауза.*

После окончания сеанса вы почувствуете себя свежей и отдохнувшей.

Сейчас вы хорошо слышите мой голос, я буду считать от десяти до одного. По мере счета ваша активность будет увеличиваться.

Десять – вы хорошо отдохнули.

Девять – ощущение расслабления проходит.

Восемь – дыхание становится чаще.

Семь – прилив энергии во всем теле.

Шесть – тело легкое, сильное.

Пять, четыре – мысли ясные, четкие.

Три, два – по телу пробегает приятный озноб.

Один – сделайте глубокий вдох, поднимите руки вверх, резкий выдох.

Поднимите руки вверх, потянитесь, откройте глаза.

### **Текст ведущего к упражнению для релаксации «Тяжесть и тепло рук»**

Вы спокойно сидите в кресле. Ваши глаза закрыты. Вам удобно и приятно.

Вы чувствуете, как мышцы затылка расслабляются... Расслабляется лоб, морщинки на лбу разглаживаются.

Глаза расслабляются, брови опускаются...

Расслабляются мышцы рта, расслабляются мышцы шеи, мышцы плеч, плечи опускаются...



Расслабляются мышцы туловища, мышцы груди, расслабляются мышцы живота, мышцы спины...расслабляются мышцы бедер...голени и стопы ...

Сейчас вы слышите мой голос, испытываете состояние покоя...

Я буду произносить фразы (словесные формулы), следите за своими ощущениями.

Представьте свою правую руку... кисть... предплечье ... плечо...

Представьте, что вы погружаете свою правую руку в очень теплую воду...

Моя правая рука теплая. По руке разливается приятное ощущение тепла.

Моя правая рука теплая. Приятное тепло в руке нарастает.

Моя правая рука теплая. Приятные волны тепла разливаются по руке и постепенно распространяются на все тело...

Правая рука теплая.

Сейчас представьте свою левую руку.

Представьте, что вы погружаете свою левую руку в теплую воду.

Моя левая рука теплая. По руке разливается приятное ощущение тепла.

Моя левая рука теплая. Ощущение тепла нарастает.

Моя левая рука теплая. Приятные волны разливаются по левой руке и распространяются на все тело. Вы чувствуете тепло в грудной клетке.

Запомните это приятное ощущение тепла ваших рук.

Сеанс заканчивается. Вы чувствуете себя свежей и отдохнувшей.

Сейчас вы хорошо слышите мой голос. Вы отдохнули. Ощущение расслабления проходит. Дыхание становится чаще. Вы ощущаете прилив энергии во всем теле. Тело легкое, сильное. Мысли ясные, четкие.

Глубокий вдох. Резкий выдох.

Руки вперед, в замок, потянулись.

Открыли глаза.

### **Текст к упражнению «Радуга» (К.Фопель)**

Все вы не раз видели радугу. Предлагаю вам назвать все цвета («Каждый охотник желает знать, где сидит фазан»).

Вспомните, как пахнет воздух в то время, когда на небе мы наблюдаем радугу?

Мы видим радугу после того, как небо освежило землю дождем. Прежде всего, дождь прибывает к земле и смывает всю пыль. Воздух свеж и прозрачен, и полосы радуги показывают нам красоту в чистом виде. Сейчас мы воспользуемся цветами радуги для того, чтобы наш дух стал свежим и незамутненным, свободным от всего неприятного: от всех забот, волнений и нерадостных мыслей. Встаньте и начните двигаться по комнате.

Сначала представьте себе, что вся комната наполнена красным воздухом. Смотрите на этот сияющий красный воздух, окружающий нас, и вдыхайте его свежесть. Если хотите, вы можете даже дотронуться до этого чудесного красного сияния или почувствовать его чудный аромат... (15 секунд).

Продолжайте двигаться по комнате и представьте себе, что вся комната наполнена оранжевым воздухом. Вы можете вдыхать этот цвет, дотрагиваться до него... Вам не кажется, что оранжевый воздух пахнет апельсинами? (15 секунд).

Смотрите, теперь воздух вокруг нас стал желтым! Наслаждайтесь светящимся желтым воздухом. Вы как будто купаетесь в лучах солнца! Вдыхайте это желтое сияние, прикасайтесь к нему... (15 секунд).

Цвет окружающего нас воздуха изменился... Теперь он излучает зеленый свет. Это цвет первых весенних листьев. Мы как будто окунулись в весну! Почувствуйте ее прекрасную свежесть и аромат... (15 секунд).

Чудеса приближаются! Воздух заиграл оттенками голубого цвета. Прикоснитесь к цвету бездонного утреннего неба! Наслаждайтесь сияющей голубизной! Расправьте руки, как крылья и медленно парите в голубом пространстве... (15 секунд).

Смотрите, воздух вокруг нас постепенно меняется, и его цвет от голубого плавно переходит в синий. Это цвет моря. От него невозможно оторвать взгляд! Синий воздух кажется более плотным, его хочется раздвигать руками, как воду... (15 секунд).

И, наконец, воздух в нашей комнате окрасился в фиолетовый цвет. Прикоснитесь к нему руками и почувствуйте его глубину.

Вдыхайте цвет вечерней прохлады... (15 секунд).

А теперь представьте себе, как вы выходите из последнего цвета радуги и видите свет, который наполняет сейчас нашу комнату. Стряхните с себя остатки всех цветов. Теперь медленно и спокойно идите к своему месту».

### **Текст к упражнению для релаксации «Сосновый лес»<sup>6</sup>**

Сядьте удобно, расслабьтесь, попробуйте представить то, что я буду вам предлагать.

Вы находитесь в светлом сосновом лесу. Сейчас лето, лучи солнца широкими полосками пересекают ветви сосен и упираются в землю. Вы слышите пение птиц, тихий ветерок шумит в ветвях. Полной грудью вы вдыхаете чистый воздух и ощущаете запах хвои.

Сделайте глубокий вдох и выдох.

---

<sup>6</sup> Кузьмич О.Г. Тренинговый курс «Готовлюсь стать мамой». Психологическое сопровождение беременности / О.Г. Кузьмич. СПб., 2007.

Под ногами мягкий мох, на него можно опуститься и лечь. Вы ложитесь и чувствуете, что ваше тело погрузилось в мягкую перину. Вы ощущаете расслабление затылком, плечами, спиной, ягодицами, ногами, руками.

Вы лежите, раскинув руки, и совершенно расслаблены. Дыхание ровное, спокойное, сердце бьется ритмично.

Чистый воздух с каждым новым вдохом входит в ваши легкие и попадает к вашему ребенку. Вы прекрасно дышите за двоих.

Целебный прозрачный воздух соснового леса наполняет ваше тело энергией. Он питает ваше тело и тело вашего ребенка. Вы делаете несколько глубоких вдохов и выдохов.

Вы спокойны и уверены в себе. С каждым выдохом напряжение уходит, мышцы расслабляются, вы спокойны и хорошо чувствуете свое тело. Чистый воздух с каждым новым вздохом проникает в ваши легкие. Вы делаете несколько глубоких вдохов и выдохов. Столько, сколько вам хочется. Выдох – напряжение уходит...

Отдыхаете.

Лес – большой живой организм. Он делится с вами покоем, чистотой, силой, любовью, теплом, мудростью.

Он дал вам это, не требуя ничего взамен. Вы сумели это принять.

Сейчас вы чувствуете себя отдохнувшей, полной сил, спокойной и мудрой женщиной. Мысли ясные и светлые. Окружающий мир прекрасен, и вы его часть.

Энергичный вдох, выдох. Руки в замок, потянулись.

### **Текст к упражнению «Волшебство общения с малышом»<sup>7</sup>**

Займите удобное для себя положение. Положите руки на живот, как бы обнимая малыша. Закройте глаза и следуйте за моим голосом. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов. Почувствуйте, как с каждым вдохом в вас проникает мягкое тепло. Оно разливается внутри, заполняя собой все самые далекие клеточки тела. Ваше тело дышит теплом и спокойствием. Сосредоточьте свое внимание на руках, в них собрано достаточно энергии для того, чтобы малыш ее почувствовал. Она обволакивает его словно сама материнская любовь. Ваше дыхание замедляется. Руки становятся тяжелыми и расслабленными. Пройдитесь внутренним взором по ногам, пальцам ног, коленям, бедрам. Снимите с них напряжение, ноги отдыхают, они тяжелые и расслабленные.

---

<sup>7</sup>Саковская О.Н. Волшебство общения с малышом / Школа эффективного родительства «В ожидании чуда». Методическое пособие. Ярославль, 2010.

Почувствуйте тепло солнечного света на своем лице. Мышцы рта, век, щек медленно расслабляются. Вы можете почувствовать движение тепла по своему лицу, шее, плечам. А сейчас представьте себя на природе, там, где вам больше всего нравится. Это может быть море или берег реки, лесная поляна или озеро, там, где вы чувствуете себя наиболее комфортно. Вас окружает красота природы, ясное небо и солнечный свет. Поверните Солнышку спину, почувствуйте, как мягкие солнечные лучи скользят по спине, расслабляя поясницу и снимая лишнее напряжение с позвоночника.

Луч солнца опускается на живот, и Вы представляете, как он проникает внутрь вашего тела и освещает вашего Ребенка. Теперь вы можете его увидеть отчетливо в золотистом свете...

Неважно, какие у него черты и на кого он похож, важно мысленно взглянуться в него и увидеть его головку, ручки, ножки, животик и все тельце. Улыбнитесь ему, мысленно прижмите его к себе и ощутите его кожу на своем теле. Скажите ему что-нибудь ласковое. Скажите ему, какая вы заботливая и добрая мама, как вы стараетесь сделать все для того, чтобы он или она родился здоровым и жизнерадостным ребенком. Побудьте с ним, это время для вас двоих...».

### **Текст к упражнению для релаксации «Представь себе...»**

Сядьте комфортно, максимально расслабьтесь. Закройте глаза, вспомните легкий, теплый летний ветерок... Вот он касается ваших глаз, носа, губ, и вы расслабляетесь, чувствуете, как ветерок, нежно касаясь, расслабляет шею, плечи, руки... и вы начинаете ровнее дышать, расслабляются мышцы живота и таза... ветер теплым дыханием медленно окутывает ноги сначала до колен, потом ниже, затем опускается на ступни... вот сейчас вы легки как пух, переносите себя на зеленую поляну.... Идите по ней, на ней нет ни одного дерева, только вдалеке виднеется темное пятно, идите к нему... Вот вы приближаетесь и видите зеркало, подойдите, посмотритесь в него и скажите себе: «Да, это Я, это Я! Я! Я!». Рассмотрите каждую деталь своего красивого женского тела, примите свое тело, со всеми достоинствами и особенностями, рассмотрите свой чудесный живот, он волшебный, как сверток с сюрпризом. Скажите своему отражению все, что считаете нужным, у вас есть 3 минуты, потом нужно будет идти дальше...

Теперь пойдете дальше. То, что вы считали зеркалом – не зеркало, а зеркальная дверь, которая ведет в большую, светлую, радостную комнату со множеством зеркал. Найдите ручку на двери и зайдите туда... Вот стоит столик с туалетными принадлежностями, начиная с расчески, мыла, зубной пасты и

заканчивая косметическими средствами, у вас есть время, чтобы привести себя в порядок.

Вот вы привели в порядок свою внешность, посмотритесь в одно из зеркал, как вы хорошо выглядите, похвалите себя, погордитесь собой...

## Приложение 7

### Справочный материал для ведущего

#### Внутриутробное развитие плода<sup>8</sup> Первый месяц развития (0—4 недели)

Это самый насыщенный событиями месяц в развитии зародыша. Из оплодотворенной яйцеклетки в течение первых суток появляются 2 новые клетки, потом 4 и т.д.; затем к третьим-четвертым суткам плодное яйцо становится *морулой*; к шестым — *пузырьком*. На седьмые сутки зародыш прикрепляется к слизистой оболочке матки и строит себе «колыбельку» — происходит *имплантация*. Через 40 часов «новый дом» готов, для зародыша обеспечено питание и защита. Так прошла первая неделя. В течение 2-й недели идет развитие в основном внезародышевых частей как системы жизнеобеспечения будущего ребенка. Клетки же зародышевого узелка расщепляются на два слоя и принимают форму диска величиной 0,25 мм в диаметре.

На 3-й неделе между двумя слоями клеток диска образуется третий слой. Формируются три *зародышевых листка*: *средний* — это вновь образованный третий слой клеток; *наружный* — слой клеток, который остается над ним, и *внутренний* слой клеток — это слой, располагающийся под ним. В будущем клетки каждого листка дадут начало строго определенным органам и тканям. Вновь появившийся *средний листок* дает начало *хорде* — скелетному тяжу, который формируется одновременно со средним листком и проходит вдоль средней линии со стороны спины зародыша. Хорда — это будущий позвоночник. Кроме хорды, средний листок даст начало мышцам скелета, хрящам, костям, внутренним органам, сосудам, сердцу, крови, лимфе, половым железам и оболочкам, выстилающим все полости тела.

Из клеток *наружного листка* образуется кожный покров, покровная ткань зубов, чувствительная ткань (эпителий) ушей, глаз, носа, а также волосы и ногти. Помимо этого наружный листок дает начало для развития нервной системы будущего человека. Клетки *внутреннего листка* образуют в дальнейшем эпителиальную выстилку органов пищеварительной и дыхательной систем, эпителий печени и поджелудочной железы.

---

<sup>8</sup> Цареградская, Ж.В. Ребенок от зачатия до года. Универсальное пособие / Ж.В. Цареградская. М., 2005.

На 17 - 20-е сутки происходит еще одно очень важное событие: тело зародыша обособляется от внезародышевых частей. Оно уже имеет свою пространственную ориентацию: *передний конец* (будущая голова) и *задний конец* (будущий таз и нижние конечности). На 3-й неделе появляются зачатки всех основных функциональных систем и органов человеческого организма. Возникают зачатки пищеварительной системы (кишечная трубка и поджелудочная железа), дыхательной системы (зачатки трахеи и двух бронхов) и выделительной системы (закладывается предпочка). Во внутриутробном периоде формирование почек имеет три стадии: *предпочка, первичная почка и почка*. Начинается формирование нервной системы: на переднем конце тела зародыша появляется широкая пластинка — будущий мозг человека, образуется нервный гребень — начало вегетативной нервной системы.

Формируется кровеносная система, которая необходима зародышу для обеспечения питания. Возникают первые кровеносные сосуды. Эти тончайшие ниточки прорастают от зародыша в материнскую матку через *пупочную ножку* (зачаток пуповины) и дают начало формированию плаценты. Формируется сердечная трубка — будущее сердце человека.

На 4-й неделе у зародыша из пупочной ножки образуется *пупочный канатик*, благодаря которому он может довольно свободно плавать в околоплодных водах выросшего амниона (плодного пузыря). Эмбрион имеет цилиндрическую форму, обладает крупным головным отделом. В это время он проходит долгий путь эволюции человека за считанные дни и напоминает зародыш рыбы — у него хорошо заметны жабры и хвост. На 23-й день развития начинает сокращаться сердце зародыша. Оно выступает в виде большого вздутия на брюшной стороне тела позади жабр. Продолжается закладка всех органов и систем организма. Появляются зачатки печени и двенадцатиперстной кишки, зачатки легких, происходит закладка первичной почки на месте предпочки, увеличивается мозговой отдел, появляются зачатки всех отделов головного мозга человека. Начинается развитие глаз и формирование рта, закладываются зачатки внутреннего уха. Образуются зачатки мускулатуры по обеим сторонам от хорды. Появляются зачатки конечностей в виде маленьких почек на боках тела.

К концу первого месяца у зародыша уже сформированы прообразы всех систем организма и их основных органов. Он имеет билатеральную симметрию, т.е. двустороннюю симметрию относительно плоскости, которая делит организм на две одинаковые половины (левую и правую), свойственную взрослому человеку. Длина тельца эмбриона составляет 5 - 8 мм, а вес — 2 - 3 г.

## **Второй месяц развития (4-8 недель)**

Второй месяц жизни человеческого зародыша насыщен событиями почти так же, как и первый. На 5-й неделе образуются зачатки легких, закладывается почка, активно растет кишечник. Начинает работать печень, которая берет на себя функцию кроветворения. Изменяется работа сердца — оно начинает работать, как сердце взрослого человека. Об этом можно судить по электрокардиограмме, которая у пятинедельного зародыша в общих чертах сходна с ЭКГ взрослого. Продолжается активное развитие нервной системы. На втором месяце развития у эмбриона формируется лицо и конечности. На 6-й неделе глаза будущего ребенка, расположенные по бокам головы, сближаются. Век у них еще нет, и на маленьком личике глаза кажутся огромными. Появляется нос. Он только намечился и пока еще плоский.

Возникают зачатки ушей. На 7-й неделе появляются зерна зубов, на 8-й — вырисовываются губы, а нос приобретает более законченные формы, хотя и остается пока еще плоским. К концу второго месяца развития эмбрион обретает лицо, которое будет продолжать формироваться в течение всего внутриутробного периода. На 5-й неделе из уже появившихся почек конечностей (в виде бугорков) развиваются сначала зачатки рук, а затем ног. На шестой неделе будущие ручки и ножки успевают подрасти и уже намечаются их отделы: плечо, предплечье, кисть и бедро, голень, ступня соответственно. Зачатки пальцев появляются на 7-й неделе. В это время кисти и ступни похожи на ласты с пятью лучами — будущими пальцами, которые появятся только на 8-й неделе развития. На 7-й неделе развития начинается формирование центров окостенения скелета. Начавшись в самом начале жизни, этот процесс заканчивается лишь к 20—25 годам. На 8-й неделе развивается мышечная ткань, которая к концу этой же недели уже способна сокращаться. К завершению второго месяца беременности закладываются почти все внутренние органы и системы, свойственные взрослому организму, и зародыш приобретает человеческий вид. Прячется хвост между развивающимися ягодицами, пропадают жаберные щели, образуются сосуды легких, формируются желудочки сердца. Более того, с пятидесятого дня у плода начинают фиксироваться мозговые импульсы, а в науке это главный показатель того, что человек жив. Этот факт является свидетельством развития нервной системы зародыша: на втором месяце дифференцируются все отделы головного мозга и формируются все слои коры его больших полушарий. В течение второго месяца матка увеличивается до размера среднего яблока. На исходе второго месяца развития длина зародыша составляет 2,5 - 3 см, вес — 4 -5 г.

### **Третий месяц развития (8-12 недель)**

С третьего месяца внутриутробного развития и до наступления родов будущего младенца называют *плодом*. В это время его лицо приобретает все более человеческий вид, развиваются и формируются внутренние органы, некоторые из них начинают функционировать. Формируется плацента.

Работает уже сформированное сердце, делая 130—150 ударов в минуту. Его еще довольно слабые сокращения можно зафиксировать с помощью ультразвукового стетоскопа. Интенсивно развивается печень, продолжая выполнять функцию главного органа кроветворения. Кровь плода сильно отличается от крови взрослого человека. Ее развитие происходит постепенно: на 6-й неделе появляются красные кровяные тельца (*эритроциты*), на 12—16-й неделе — белые кровяные тельца (*лейкоциты*). При сроке 12 недель содержание гемоглобина в крови плода очень низкое, но к моменту рождения оно повышается. Продолжается окостенение скелета. Пальцы рук и ног хорошо различимы, и на них появляются зачатки ногтей. На 12-й неделе у плода появляются «отпечатки» пальцев. Начинают функционировать мышцы, и плод совершает свои первые движения: двигает руками и ногами, поворачивает голову, открывает рот. Все эти движения для будущей мамы, особенно первобеременной, практически не различимы, потому что они еще очень слабы и, кроме того, плод пока еще не занимает всю полость матки. Начинает формироваться голосообразующий аппарат, который приобретет способность издавать звуки только к моменту рождения. На двенадцатой неделе плод совершает свои первые попытки сосать и глотать. К этому же времени у него удлиняется и закручивается в петли кишечник, начинается процесс пищеварения. В конце третьего месяца беременности начинают формироваться наружные половые органы плода. Но пока что они представляют собой нечто среднее между мужскими и женскими гениталиями и отличить мальчика от девочки практически невозможно. Продолжается интенсивное развитие нервной системы, ее проводящих путей. Результатом этого развития является появление кожной чувствительности плода — он сжимает пальцы в кулак в ответ на раздражение. К исходу третьего месяца длина плода составляет 7—9 см, вес — 15—25 г.

#### **Четвертый месяц развития (12-16 недель)**

На четвертом месяце плод растет очень быстро, и плодное яйцо вскоре занимает всю полость матки. Ее высота достигает середины расстояния между лобком и пупком женщины. Очень активно развивается скелет плода и его пищеварительная система.

К исходу шестнадцатой недели завершается дифференциация наружных половых органов плода и его пол становится явно различим.



Печень начинает становиться органом пищеварения, а функции кроветворения постепенно берет на себя красный костный мозг. В крови плода уже можно обнаружить все клетки, свойственные крови взрослого человека, и можно определить ее группу и резус-фактор. Начинают выполнять свои специфические функции желудок, кишечник и желчный пузырь. Но пока их работа — только тренировка. В кишечнике плода появляется первое содержимое, состоящее в основном из желчи. Это *меконий* — первородный кал — темно-зеленого или черно-зеленого цвета.

Начинают функционировать почки; они занимают свое окончательное положение и начинают выделять мочу, за счет которой постоянно пополняются околоплодные воды. Хотя выделительная система плода и начала функционировать, основным органом выделения остается плацента, которая заканчивает свое формирование на 16-й неделе.

Движения плода становятся активнее и уже могут быть различимы женщиной при повторной беременности. Рефлекторные движения рук и ног плода являются своеобразной тренировкой для его мышц. Очень важно, что к этому сроку развития плод уже может координировать движения головы и рук: находит кулачком рот и сосет палец. Пальцы рук и ног плода прекрасно развиты и при ультразвуковом исследовании они хорошо видны.

При сосании пальчика или кулачка плод заглатывает околоплодные воды, вместе с которыми он получает жидкость, и таким образом обеспечивает деятельность пищеварительной и выделительной систем.

Идет непрерывное развитие коры головного мозга: интенсивно делятся нервные клетки, возникают борозды и извилины. Начинают функционировать органы эндокринной системы: надпочечники, которые являются в это время самой большой эндокринной железой, и вилочковая железа. К концу месяца длина плода составляет 12—17 см, а вес — примерно 200 г. Это большой скачок по сравнению с третьим месяцем развития.

### **Пятый месяц развития (16—20 недель)**

На пятом месяце развития во внешнем облике плода происходят следующие изменения. За счет развития подкожной клетчатки сосуды уже меньше просвечивают через кожу и она становится не такой красной, но пока еще сохраняет морщинистость. На теле и голове плода начинают появляться *пушковые волосы* и *сыровидная* (или первородная) *смазка*. Это вещество серовато-белого цвета, имеющее творожистую консистенцию, которое образуется из выделений сальных желез и поэтому больше всего скапливается в местах, изобилующих ими: в подмышечных и паховых складках, на лице, на волосистой части головы, за ушами, в сгибах рук и ног. Первородная смазка

обладает бактерицидными свойствами и предохраняет кожу плода от вредного воздействия микроорганизмов. Кроме того, она защищает его кожу и от механических повреждений. Важнейшее событие этого месяца — первое шевеление плода, уже отчетливое, которое ощущается как толчок. Для первородящих женщин первое шевеление и является первым биением ребенка. Повторнородящие женщины в это время начинают ощущать большую уверенность и силу в движениях плода, его явно возросшую активность.

Легкие плода проходят первую стадию формирования, и к концу месяца он начинает совершать ими первые эпизодические движения. Продолжает работать кишечник, функционируют половые железы, работают почки. Начинает функционировать как орган кроветворения селезенка. Постепенно начинают функционировать практически все органы эндокринной системы: гипофиз, эпифиз, надпочечники, поджелудочная, щитовидная и околощитовидная железы. Выделяемые ими гормоны оказывают огромное влияние на рост и развитие плода. В это время начинает формироваться его пассивный иммунитет за счет поступления к нему через плаценту иммунных тел матери. Продолжает развиваться головной мозг, формируется вестибулярный аппарат. Плод активно сосет палец руки, на его лице появляется мимика: он может жмуриться, улыбаться и скорбно опускать уголки губ. К концу месяца длина плода составляет 25—27 см, вес — около 300 г.

### **Шестой месяц развития (20-24 недели)**

Внешний вид плода становится более привлекательным. Его кожа продолжает оставаться морщинистой, но под ней уже начинают образовываться отложения жира. Голова плода все еще велика, но его лицо продолжает оформляться. Глаза хорошо сформированы, на веках появляются ресницы, над глазами различаются брови. Плод двигает веками, открывая и закрывая глаза. Его носик приобретает более четкие очертания, а ушки увеличиваются в размере и принимают окончательную форму. Все тело плода покрывают пушковые волосы и сыровидная смазка.

Плод начинает совершать постоянные дыхательные движения. При этом легкие не раскрываются, но в них попадает небольшое количество околоплодной жидкости, которая очень быстро впитывается, не причиняя ему вреда. «Тренируясь» таким образом, плод делает 50—60 дыхательных движений в минуту. Однако он не совершает дыхательные движения непрерывно. Он делает довольно продолжительные паузы на полчаса-час, а затем снова возобновляет «дыхание».

На шестом месяце у плода уже хорошо сформированы все отделы пищеварительной системы: пищевод, желудок, кишечник (толстый и тонкий),

поджелудочная железа, печень. Кроветворные функции полностью переходят к красному костному мозгу, селезенке, лимфатическим узлам, вилочковой железе.

Заканчивается формирование отделов головного мозга, образование борозд и извилин на его поверхности.

Движения плода становятся энергичными. Он свободно перемещается в околоплодной жидкости. Периоды активности плода сменяются периодами сна, на долю которого в общей сложности приходится 16—20 часов. Электроэнцефалограмма мозга плода дала возможность ученым установить, что сон плода имеет две фазы, характерные для сна взрослого человека, — это фазы *быстрого* и *медленного* сна. Интересно, что на долю быстрого сна у плода приходится 50 и более процентов времени, в то время как у взрослого человека только 20 процентов.

Шестимесячный плод способен реагировать на зрительные и звуковые раздражители: яркий свет и резкий звук. Если живот беременной осветить яркой лампой, то в ответ на это плод проявляет двигательную реакцию: совершает движения веками, руками, ногами и головой. В ответ на резкие звуки плод пугливо сжимается или, напротив, начинает вести себя очень беспокойно.

К исходу шестого месяца длина плода составляет примерно 30 см, вес — 600—700 г.

### **Седьмой месяц (24-28 недель)**

На седьмом месяце развития кожа плода по-прежнему очень тонкая и нежная, сохраняет красный цвет. Плод все еще имеет старческий вид из-за обилия морщин, хотя у него более интенсивно продолжает развиваться подкожный жир, и морщины частично сглаживаются, а ручки и ножки начинают округляться. В это время хрящи его ушей и носа еще мягкие, а ногти не доходят до кончиков пальцев рук и ног. Седьмой месяц характеризуется высокой двигательной активностью плода. Движения его хотя и активны, но беспорядочны. В это время в полости матки еще много места, объем околоплодных вод достигает 0,7 литра, и плод свободно перемещается в ней. Именно поэтому его положение в матке неустойчиво и чаще всего его голова находится вверху.

Важный процесс происходит в легких — начинают формироваться альвеолярные ходы (тончайшие воздухоносные трубочки) и альвеолы (микроскопические пузырьки). Через тонкие стенки альвеол происходит обмен углекислого газа на кислород. Альвеолы расправятся и наполнятся воздухом только после появления ребенка на свет, когда он сделает свой первый вдох. Благополучно осуществить первый вдох и процесс дыхания вообще поможет *сурфактант*, вещество, обеспечивающее раскрытие альвеол во время вдоха.

Именно на седьмом месяце развития сурфактант начинает вырабатываться в легких плода, чтобы достичь нужной концентрации к моменту рождения. Если концентрация сурфактанта будет недостаточной, то это грозит плоду различными неприятностями. Поэтому организм плода начинает готовиться к рождению загодя, чтобы обеспечить функцию дыхания, без которого существование вне материнского организма невозможно.

Продолжается становление эндокринной системы. Важное значение приобретает гормон роста, вырабатываемый гипофизом, а также гормоны щитовидной железы, надпочечников, поджелудочной железы. С этого времени щитовидная и поджелудочная железы матери освобождаются от двойной нагрузки и даже могут получать от плода помощь. В связи со становлением эндокринной системы плода начинает формироваться его специфический тип обмена веществ. Значительный этап развития проходит нервная система и мозг плода. Он получает информацию от своих органов чувств и уже начинает дифференцировать ее. Воспринимая информацию через органы чувств, плод уже способен дифференцировать и запоминать ее. К исходу седьмого месяца длина плода составляет 35 см, а вес — около 1000-1200 г.

### **Восьмой месяц развития (28 — 32 недели)**

На восьмом месяце развития у плода интенсивно накапливается подкожный жир. Но будущий младенец все еще имеет старческий вид, его кожа сохраняет красный цвет, а тело по-прежнему покрывают пушковые волосы и первородная смазка. Очень заметно растет его голова, достигая 60 процентов размера головы взрослого.

Двигательная активность плода сохраняется. Но теперь значительно выросший плод занимает практически все пространство матки, поэтому места для движений остается сравнительно немного и его движения становятся более рациональными. В это время плод занимает положение, в котором он будет рождаться. Чаще всего он располагается головой вниз, а спиной с левой стороны матки (*головное предлежание*). Значительно реже плод располагается тазовым концом или ногами вниз, а головой вверх (*тазовое предлежание*), и еще реже он ложится поперек матки (*поперечное предлежание*).

Почти окончательно формируется сердце, но и оно, и вся кровеносная система сохраняют особенности, присущие именно плоду. В сердце остается баталлов проток — овальное отверстие между правым и левым предсердиями, которое у новорожденного закрывается. Во всей кровеносной системе плода нет чистой артериальной крови, даже в артериальной системе циркулирует смесь крови венозной и артериальной. Артериальная кровь течет лишь по пупочной вене от матери к плоду.

Продолжают формироваться альвеолы легких. В печени начинается формирование долек, она как бы «оттачивает» свою форму и функции. Ее клетки располагаются в строгом порядке, характерном для строения зрелого органа. Они укладываются рядами от периферии к центру каждой дольки, отлаживается ее кровоснабжение, и она все больше приобретает функции главной химической лаборатории организма. Продолжается формирование поджелудочной железы, которая уже полностью снабжает плод инсулином. Продолжается развитие всех остальных органов плода.

К концу восьмого месяца длина плода составляет около 40 см, а вес — около 1500-1600 г.

### **Девятый месяц развития (32—36 недель)**

На девятом месяце развития у плода существенно увеличивается жировой слой, благодаря чему округляются формы его тела, кожа становится гладкой и розовой. Пушковые волосы, покрывающие все тело, начинают исчезать, а волосы на голове становятся гуще и длиннее. В это время количество сыровидной смазки уменьшается. Ногти у плода начинают выступать за кончики пальцев. В течение девятого месяца плод примерно вдвое увеличивает свой вес и занимает почти весь объем матки, поэтому его двигательная активность несколько снижается. Движения плода становятся более упорядоченными. К исходу 36-й недели плод уже готов к рождению.

К этому времени заканчивается закладка альвеол и сурфактант покрывает практически каждую из них. Дыхательный центр в головном мозге теперь способен обеспечить процесс дыхания. Это говорит о том, что родившийся плод сможет совершить первый вдох — его легкие уже могут раскрыться и функционировать с первым вздохом ребенка. Печень и поджелудочная железа продолжают свое развитие, но их формирование не завершается к моменту рождения, оно продолжается еще в первые годы жизни ребенка. Продолжается также созревание почек и других органов.

Развивается мозг плода. Он чувствует настроения матери и реагирует на них. Начиная с 32-й недели плод реагирует на музыкальные звуки, дифференцирует голоса людей, окружающих его мать. Более того, плод уже начинает различать интонацию голосов. Это очень важно знать родным, окружающим беременную женщину, ведь именно в это время будущий новорожденный узнает, кто и как относится к нему и его маме, узнает, от кого ждать вражды, а от кого мира. Кроме органа слуха, совершенствуются и уточняются вкусовые и зрительные ощущения плода. К концу девятого месяца длина плода составляет примерно 45 см, а вес — 2500—2600 г. Плод жизнеспособен, хотя еще и сохраняет признаки незрелости. Если роды

наступят в это время, то ребенок сможет выжить даже без специального ухода, но все же лучше рождение в срок.

### Десятый месяц развития (36—40 недель)

К исходу десятого месяца развития, а точнее к 38—40 неделе, плод является полностью зрелым, или *доношенным*. Все его функциональные системы готовятся к процессу рождения и адаптации к внеутробному существованию. Многие из них уже выполняют свои специфические функции. Пищеварительный тракт становится полностью проходимым, ворсинки кишечника уже сформированы, и он совершает слабые перистальтические движения, продвигая в нижние отделы первородный кал меконий. Уже функционируют железы желудка, вырабатывая пепсин, основные структуры поджелудочной железы сформированы и уже готовы подключиться к процессу пищеварения. Содержимое пищеварительной системы абсолютно стерильно. Бактерии, способствующие процессу пищеварения, начнут поселяться в ней только с момента попадания в нее молока матери.

Активно формируется аппарат сосания. Слизистая оболочка рта богата кровеносными сосудами и имеет красную окраску. После рождения ребенка и перехода к другому типу питания — грудному вскармливанию — процесс всасывания пищи начинается у него уже во рту. Жевательная мускулатура и слюнные железы развиты слабо. Но как только ребенок начинает сосать, мускулатура жевательного аппарата очень быстро укрепляется. Слюнные железы начнут функционировать лишь спустя месяц после рождения. У новорожденного есть специфические приспособления, облегчающие сосание, — это специальные валики на слизистой оболочке губ и челюстей.

К исходу десятого месяца заканчивается формирование половой системы. У девочек большие половые губы закрывают малые, а у мальчиков яички опускаются в мошонку. Иногда у мальчиков опускается одно яичко, а второе может опуститься в течение первого года жизни. Но если этого не произойдет, ребенку потребуется специальное лечение.

Происходят изменения в эндокринной системе плода. Увеличиваются надпочечники и становятся значительно больше почек. Во время родов они усиленно вырабатывают гормоны стресса: адреналин и норадреналин. Исследования показали, что в крови новорожденного этих гормонов содержится гораздо больше, чем у взрослого человека в состоянии сильнейшего стресса. Это необходимое приспособительное изменение, позволяющее плоду быть активным участником родов и помогающее ему родиться.

У плода существуют и другие «приспособления», облегчающие процесс родов. Самым главным из них является состояние костей черепа — они мягки

и податливы, швы черепа не сформированы, и между ними образуются два родничка: *теменной* (побольше) — над лобной костью, и *затылочный* — в области затылка. Благодаря мягким швам и родничкам кости черепа остаются подвижными и могут менять конфигурацию во время прохождения плода по родовым путям.

Продолжается развитие нервной системы плода и его органов чувств. Плод проявляет реакцию на эмоциональные сигналы, исходящие от матери. К исходу десятого месяца плод подает матери импульс — сигнал к началу родовой деятельности, что и определяет начало родов. К концу десятого месяца длина плода становится 47—60 см, вес — 2500—5000 г. Количество околоплодных вод достигает 1—1,5 литра. Прделав колоссальный путь развития, теперь плод готов появиться на свет.

## Приложение 8

### **Влияние эмоционального состояния матери на развитие плода<sup>9</sup>**

Известно, что внешние стресс-факторы непосредственно не влияют на будущего ребенка и только беременная женщина, пропуская их через себя, допускает в той или иной степени воздействие на него этих факторов. Поэтому чрезвычайно важным является скорейшее прохождение женщиной психотравмирующих симптомов, особенно симптома принятия решения о сохранении беременности.

Помимо того, что эмоциональное состояние матери влияет на развитие психических процессов плода, испытываемые в утробе матери состояния влияют на «жизненный сценарий» («родовой сценарий») будущего ребенка (Э.Берн). «Жизненный сценарий», начиная формироваться во внутриутробном периоде развития, транслируется ребенку после рождения и к 5-6 годам, по мнению ученого, принимает почти заверченный вид.

При стрессе организм матери, в частности надпочечники, начинает вырабатывать так называемые стрессовые гормоны (катехоломины, кортизон, кортизол), которые помогают женщине справиться с возникшей ситуацией. Эти гормоны проникают через плацентарный барьер и оказывают воздействие на плод, формируя физиологическое состояние, отражающее состояние матери. Однако у плода оно гораздо сильнее и имеет большую значимость, поскольку у взрослого человека за время его жизни развиваются защитные реакции, отсутствующие у плода.

---

<sup>9</sup> Подготовлено по материалам следующего источника:  
Бертин, А. Воспитание в утробе матери, или рассказ об упущенных возможностях // [http://www.koob.ru/bertin\\_andre/vospitanie\\_v\\_utrobe\\_materi](http://www.koob.ru/bertin_andre/vospitanie_v_utrobe_materi)

Необходимо заметить, что речь идет об очень сильных стрессах. Ребенок страдает от глубоких и длительных переживаний матери. Причины стрессов могут быть разными: плохие отношения между супругами, которые, повторяясь, превращаются в застывшую модель общения, неприязненные отношения с родителями и т.д. Единственной защитой для ребенка служит его мать. Материнская любовь способна защитить плод от вредного воздействия даже в очень тяжелых, экстремальных ситуациях.

В тех случаях, когда мы испытываем чувство радости и счастья, наш мозг вырабатывает «гормоны радости» (эндорфины). Они способны сообщать ощущения покоя или радости бытия плоду. Если он часто испытывает эти состояния в утробе матери, то они запоминаются и, по мнению Э. Берна, определенным образом влияют на «жизненный сценарий» ребенка, позволяя ему расти «победителем», «счастливчиком». Очень полезно культивировать в себе состояние счастья и внутренней свободы, передавая его ребенку, который зафиксирует в своих клетках это ощущение неизбывной радости. Музыка, поэзия, пение, искусство, природа помогают достигнуть такого внутреннего состояния и воспитывают в ребенке чувство прекрасного. Здесь важную роль начинает играть и отец. Отношение к жене, к ее беременности и к ожидаемому ребенку – важнейшие факторы, формирующие у малыша ощущение счастья и силы, которое передается ему через уверенную в себе и спокойную мать.

И те, и другие «гормоны настроения» одинаково важны для ребенка. Строго говоря, он «знакомится» со всем спектром материнских эмоций, благодаря гормонам радости, удовольствия, удовлетворения и гормонам стресса.

Жизнь подчас нарушает любую идиллическую картину, и стрессы неизбежны. Что же следует делать в этих обстоятельствах? Главное, чтобы стрессовое состояние матери не затягивалось и не превращалось в дистресс (длительное пребывание в состоянии стресса). Самое разумное – попытаться справиться с возникшей проблемой.

Объясните свое состояние ребенку так же, как вы бы объяснили состояние и его причину себе самой. Какие бы вы нашли аргументы для себя? Любящая мать разговаривает с ребенком, объясняя ему происходящее, успокаивает его. Возможно, в это время ребенок «записывает» на клеточном уровне информацию о том, что в жизни есть взлеты и падения, которые нужно и можно преодолеть. Таким образом закладывается основа сильного, выносливого человека.

В руках каждой женщины есть инструменты, помогающие ей бороться со стрессом. Прекрасным антидепрессантом является творчество. Многие женщины, осваивая вновь или вспоминая забытые хобби во время



беременности, продолжали им заниматься и после рождения и даже превращали его в «дело жизни».

Другим средством по борьбе со стрессами могут стать приемы релаксации. При регулярном применении их в повседневной жизни, они помогают быстро расслабиться и отдохнуть, быстро засыпать, а для беременной женщины это немаловажно.

## Приложение 9

### Погода в доме<sup>10</sup>

Ни для кого не секрет, что гармоничное развитие ребенка зависит от того, насколько гармонично сложились отношения между его родителями, а также его родителями и другими членами семьи (их родителями, братьями-сестрами и т.д.). Поэтому на занятиях мы поговорим не только о внутриутробном развитии ребенка, но и о семье как о системе, в которую ребенок оказывается включенным уже в момент его зачатия.

Семья, как и отдельный человек, как любой живой организм, не остается неизменной на протяжении всей своей жизни. Она проходит определенные стадии развития, которые включают периоды покоя, стабильности, гомеостаза и периоды изменений, перестроек семейной системы, так называемые кризисные периоды развития. Слово «кризис» не означает здесь чего-то болезненного или несущего риск для существования семьи. Это просто время перемен, и как любое время перемен оно связано с определенными трудностями.

Причинами изменений в жизни семьи могут стать события, происходящие как снаружи, так и внутри семейной системы. Например, влиянием извне может служить глобальный банковский кризис, а внутренним событием – поступление ребенка в первый класс. Так или иначе, оба события потребуют перестройки семейной системы, которая со временем сменится периодом покоя и стабильности. Нарушение равновесия или кризис всегда наблюдается тогда, когда внутри семьи происходят некоторые изменения, которые толкают ее к переходу на новый этап, на котором у нее возникают новые задачи, и для их решения требуются новые навыки.

Разные ученые выделяют разные этапы (стадии) в жизни семьи. Е.Дюваль выделил следующие фазы в жизненном цикле семьи:

---

<sup>10</sup> Подготовлено по материалам следующих источников:

Минухин, С., Фишман, Ч. Техники семейной терапии / С. Минухин, Ч. Фишман. М., 1998.  
Эйдемиллер, Э.Г. Юстицкис, В. Психология и психотерапия семьи / Э.Г.Эйдемиллер, В.Юстицкис. СПб., 1999.

1. 1. Вовлечение. Встреча супругов, их эмоциональное притяжение друг к другу.

2. Принятие и развитие новых родительских ролей.

3. Принятие в семью новой личности. Переход от диадных отношений супругов к отношениям в треугольнике.

4. Введение детей во внесемейные институты.

5. Принятие подростковости.

6. Экспериментирование с независимостью.

7. Подготовка к уходу детей из семьи.

8. Уход детей из семьи, принятие их ухода, жизнь супругов «глаза в глаза».

9. Принятие факта ухода на пенсию и старости.

В этой и любых других моделях вы увидите, что ожидание и рождение ребенка – важнейший этап в жизни каждой семьи, который меняет ее жизнь, а соответственно и образ жизни ее членов, добавляя к их супружеским ролям новые роли – родительские. С новыми ролями возникают и новые задачи.

На первом этапе – этапе образования пар – два человека, имеющие разный стиль жизни и разные устремления, вынуждены как-то примирить их, создать мир собственной семьи со своими границами, которые с одной стороны будут оберегать их интимное пространство, а с другой, будут определять отношения с родителями, сослуживцами, соседями и прочими людьми, не входящими в эту конкретную пару-семью. Новая пара-семья должна научиться преодолевать конфликты, которые возникают, когда два разных человека создают новое целое, будь-то вопрос о том, надо ли закрывать окно в спальне на ночь, или разногласия по поводу семейного бюджета. Выработать продуктивные способы поведения и разрешения конфликтов – важнейшая задача этого периода.

Самим молодоженам приходится изменять правила, которые удовлетворяли каждого супруга в отдельности. И это часто может ощущаться молодыми супругами как отказ от части своей индивидуальности.

Подобный переход на новый уровень сложности почти всегда болезнен для членов семьи. Именно поэтому говорят, что семейная жизнь – это непрекращающаяся работа. Однако если семье удалось выжить в столь непростых условиях, она стабилизируется и отношения в ней уравниваются.

Второй этап начинается с беременностью жены и рождением первого малыша. Если представить обоих супругов в виде двух кругов, а их взаимодействие стрелками, то видно, что с появлением нового члена семьи их «линейные» взаимодействия становятся «треугольными».

И если раньше они общались только в рамках пары «муж – жена», то теперь им предстоит общаться как «муж – жена», «мать – ребенок», «отец – ребенок». Т.е. отношения усложняются, супруги должны освоить новые роли. От успешности овладения ролью родителей зависит благополучие и стабильность семьи на новой стадии развития – семья с маленькими детьми.

Если супруги не успели выработать правила, регулирующие отношения «муж – жена», не научились разговаривать и договариваться друг с другом, то может возникнуть опасность наслоения проблем, связанных с приходом в семью нового ее члена, к тому же требующего в прямом смысле неусыпного внимания и заботы со стороны родителей.

С этой точки зрения период беременности стоит рассматривать еще и как возможность разрешить вопросы, которые возникают в вашей паре каждый день.

Во втором и третьем триместре беременности эмоциональное состояние беременной женщины приобретает огромное значение. Опасны для благополучного развития малыша длительные стрессы. Вспомните, как на стресс реагирует организм взрослого человека. А теперь представьте внутриутробного ребенка, у которого нет еще никаких защитных механизмов. На этом этапе очень много зависит от окружения женщины, от ее семьи, так как ребенок чувствует окружение матери опосредованно, через ее переживания.

С началом шевеления ребенка женщина начинает чувствовать особое с ним единение, которое продлится и после рождения малыша. В связи с этим у супруга может возникнуть ощущение покинутости, недостатка внимания. В этот момент важно прояснить задачи каждого из супругов и пары в целом: мать должна выносить и, буквально, поставить на ноги ребенка, с которым находится в симбиотическом единстве; отец выполняет задачи добытчика и защитника, т.е. заботится о благосостоянии семьи и ее безопасности. В целом, уже на этапе ожидания ребенка супруги могут общаться с ним, прикасаясь к животу (гаптономия) и получая ответные сигналы (толчки) от ребенка. Совместное общение с малышом важно для поддержания эмоционального контакта в паре, т.к. помогает мужчине лучше понять чувства женщины, а женщине разделить свою радость с супругом и почувствовать себя понятой.

И до, и после рождения ребенка нельзя забывать о времени, уделяемом друг другу. Женщине следует выделить свободный час-другой и использовать его для того, чтобы посвятить партнера в различные спектры переживаемых ею чувств и ощущений.

Учитесь просить о помощи, договариваться об уступках и просить прощения.

Учитесь говорить о том, как каждый из вас чувствует в данный конкретный момент.

Учитесь общаться, искренне, открыто и честно выражая свои чувства и желания.

Учитесь слушать и слышать, что говорит вам ваш партнер.

Готовьтесь вместе к появлению на свет малыша. Стремитесь к тому, чтобы атмосфера, царящая в вашей семье, стала для него наиболее комфортной.

Если вы или ваш супруг все-таки чувствуете, что не можете сами разрешить противоречия, приглашаем вас на индивидуальную консультацию к психологу. Возможно, это поможет вам по-новому взглянуть на проблему и друг на друга.

## Приложение 10

### Текст ведущего к упражнению «Царство будущего»<sup>11</sup>

Двое детей, Тильтиль и Митиль, главные герои волшебного действия, ушли из дома в поисках Синей птицы. В этом путешествии их вызвалась сопровождать фея – Душа Света. Они встретили много чудес на своем пути прежде, чем попасть в необъятные залы Лазоревого Дворца. В Лазоревом дворце ожидают своей очереди Дети, которым предстоит родиться.

Лазоревый Дворец – это бесконечные ряды сапфировых колонн, на которых держатся бирюзовые своды. Все здесь ярко-голубого цвета. Справа, между колонн, большие опаловые двери. За этими дверями – Земная Жизнь и Гавань Зари.

Зал наполнен Маленькими Детьми в длинных лазоревых одеждах. Одни играют, другие гуляют, третьи беседуют или мечтают. Многие спят. Многие, расположившись между колонн, трудятся. В толпе Детей скользят взад и вперед высокие фигуры, отличающиеся величавой и строгой красотой – они напоминают ангелов.

Приход Тильтиль и Митиль вызывает движение среди Лазоревых Детей. Они сбегаются отовсюду, обступают нежданных гостей и с любопытством их разглядывают.

– Где мы? – спрашивает Тильтиль фею.

– В Царстве Будущего, среди еще не родившихся детей. Люди и не подозревают о существовании этой страны, нам же благодаря алмазу на

---

<sup>11</sup> Метерлинк М. Синяя птица // [http: www.ladoshki.com/19716-books-книга-Синяя-птица.htm](http://www.ladoshki.com/19716-books-книга-Синяя-птица.htm)

шапочке Тильтиль все будет явственно видно, и, по всей вероятности, мы здесь-то и найдем Синюю Птицу...

– Синей она будет непременно – здесь все такое синее! – восклицает Тильтиль. – Какая красота!

Вокруг неожиданных гостей растет толпа Лазоревых Детей, которые восторженно кричат: «Маленькие Живущие Существа!...Идите смотреть на Маленькие Живущие Существа!...»

Тильтиль удивленно спрашивает:

– Почему они называют нас Маленькими Живущими Существами?

– Потому что сами они еще не живут. Они ждут, когда настанет час их рождения. Дети, которые рождаются у нас на Земле, приходят отсюда. Каждый ждет своей очереди. Когда отцы и матери желают иметь детей, вон те большие двери, что направо, отворяются и малыши спускаются на Землю. Их очень много. Всех сейчас не видно. Вам непременно надо познакомиться с этими малышами. Вот этот, по-моему, будет занятней других. Поди, поговори с ним.

– О чем? – спрашивает Тильтиль.

– О чем хочешь.

Тильтиль подходит к Лазоревому Ребенку и протягивает ему руку в знак приветствия:

– Здравствуй! Сколько тебе лет?

– Я скоро должен родиться, – отвечает Ребенок. – Я рожусь через 12 лет. Нам сказали, что матери ждут нас за Дверями. Правда, что они добрые?

– Еще какие добрые! Лучше мам никого нет на свете. А во что ты играешь? Что это за большие голубые крылья?

– Это для изобретения, которое я сделаю. На Земле я должен буду изобрести Машину Счастья. Я тружусь над ней каждый день. Она почти готова. Хочешь посмотреть?

Вдруг к Тильтилю подбегает другой Ребенок и тянет его за рукав: «А на мое изобретение хочешь посмотреть? Это тридцать три способа продления жизни. Вон там – в голубых склянках».

Навстречу им выступает Третий Ребенок, сияющий небывалым светом: «А я несу на Землю свет, пока еще ей неведомый».

– А я машину, которая летает по воздуху, как птица, только без крыльев!

– Нет-нет, посмотри сперва мою машину – она отыскивает сокровища, спрятанные на Луне!

Лазоревые Дети толпятся вокруг Тильтиля и Митиль и кричат все сразу: «Нет, мою», «Нет, моя лучше», «Он украл у меня идею»...

Под эти выкрики Дети тащат Тильтиля и Митиль к мастерским, и там каждый изобретатель приводит в движение свою идеальную машину. Вокруг поднимается круговерть дисков, маховиков, шестеренок, блоков, приводных ремней и каких-то странных, еще не имеющих названия предметов, окутанных голубоватой дымкой необычайного. Множество затейливых и загадочных летательных аппаратов поднимается в воздух, кружит под самыми сводами или ползет у подножия колонн, а в это время Дети разворачивают карты и чертежи, открывают книги, показывают статуи, несут огромные цветы и гигантские плоды.

Лазоревый Малыш, согнувшись под тяжестью громадных голубых маргариток, кричит:

– Посмотрите, какие у меня цветы! Это маргаритки! Вот такие я буду выращивать на Земле.

– Не может быть! – восклицает Тильтиль. – Они же величиной с колесо! А когда ты будешь на Земле?

– Через пятьдесят три года четыре месяца и девять дней.

Еще один Ребенок сгибается под тяжестью корзины, наполненной яблоками величиной с дыню:

– Когда я буду жить на Земле, яблоки будут такими. Я открыл систему...

Третий Ребенок привез на голубой тачке дыни больше тыквы:

– Ну, как мои дыньки? Когда я сойду на Землю, моим дыням будет чем гордиться! Меня возьмет в садовники Король Девяти Планет.

Тильтиль удивился:

– Король Девяти Планет? А где он?

Вперед гордо выступил малыш, которому на вид было года четыре. Он еле держался на своих кривых ножках.

– Вот он я! – сказал он важно и многозначительно.

– Ну, ростом ты невелик, – разочарованно проговорил Тильтиль.

– Зато я совершу великие дела. Я создам Всеобщую Конфедерацию Планет Солнечной Системы. В ее состав войдут все Планеты.

Тильтиль:

– А что сделает тот бутуз, который ковыряет в носу?..

– Он должен найти огонь, который будет согревать Землю, когда остынет Солнце...

– А те двое, что держатся за руки и поминутно целуются, – это брат и сестра?

– Да нет! Это влюбленные. Это старик Время дал им такое шутовское прозвище. Они не могут наглядеться друг на друга, все целуются и прощаются. Кажется, им нельзя будет уйти отсюда вместе. Они родятся в разное время.

Тильтиль указал на множество Детей, спящих возле колонн, на ступенях, на скамьях.

– А те, что спят, – ой, сколько их! – они ничего не изобретут?

– Они думают... Они непременно должны с чем-нибудь прийти на Землю, с пустыми руками туда не пускают. У дверей стоит старик по имени Время. Он такой упрямый.

Большие опаловые двери медленно отворяются. С Земли, точно далекая музыка, доносится неясный гул. На пороге показывается Время, высокий бородатый старик с косою и песочными часами, а вдали виднеются белые и золотые паруса корабля, стоящего в гавани, которую образует предутренний туман.

Старик Время спросил: «Те, чей пробил час, готовы? Опять вас больше, чем нужно. Твоя очередь еще не пришла, приходи завтра. А ты приходи через 10 лет. А инженеры среди вас есть?»

Еще требуется честный человек, хотя бы один, в качестве необычайно редкого явления... Уж больно ты чахлый, не протянешь.

А ты что несешь? Ничего? С пустыми руками? Так не пройдешь. Приготовь хоть что-нибудь..., мне все равно. Только что-нибудь непременно надо.

Требуется Герой, чтобы побороть Несправедливость! Это ты? Значит надо идти...».

– Нет-нет, я не хочу! – кричит малыш. – Я не хочу рождаться! Я лучше здесь останусь!

– Как так – не хочешь? Пора – значит пора! Ну, живо, вперед!

Еще один Ребенок пробрался вперед:

– Пропустите меня! Вместо него! Вместо него! Говорят мои родители старые, и они заждались меня!

– Всему свой черед и свое время. Один хочет, другой не желает, этому слишком рано, другому слишком поздно. Сбегайтесь! Нам осталось всего шестьсот двенадцать секунд. На корабле Зари нас уже ждут! Опоздаете – будете вечно ждать в царстве сестры моей Вечности. Ну как, все готовы, все на местах?

Паруса проплывают мимо и скрываются. Крики детей звучат все тише и тише. А с земли доносится нежное пение – это поют матери, ожидающие рождения детей. В их песнях радость скорой встречи.

**Приложение 11**

## «Обычная преданная мать»<sup>12</sup>

Как сказать что-то новое на избитую тему? Мое имя у людей ассоциируется со словами, взятыми для заголовка этой главы, и сначала, пожалуй, я объяснюсь по этому поводу.

Однажды летом 1949 года я отправился в бар с режиссером Би-Би-Си Изой Бензи, теперь уже ушедшей на пенсию, однако для меня незабвенной (именно она тогда предложила, чтобы я выступил с серией из девяти бесед на любую интересную мне тему). Изе требовалось броское название для серии радиопередач — а я не подозревал...

Я не склонен, ответил я, указывать другим, что им делать. Да и сам этого не знаю ... Но могу рассказать матерям о том, что они и так успешно делают, — только потому, что каждая предана своему ребенку или, может быть, близнецам. Обычно, сказал я, ребенок, с самого начала оставленный без «квалифицированного» ухода, — это исключение. Иза Бензи схватывала на лету. «Отлично! — заметила она. — Обычная преданная мать!» Вот как все это было.

Представьте, сколько мне досталось насмешек из-за этой фразы. Многие думают, что матери вызывают у меня сентиментальность, будто я идеализирую матерей и не принимаю во внимание отцов, будто не способен понять, что некоторые матери действительно плохи — чтобы не сказать, совсем невыносимы. Мне пришлось примириться с этими маленькими неудобствами, потому что я не стыжусь того, что заключено в этих словах.

Другого рода критика исходит от тех, кто слышал, как я говорил, что одним из факторов в этиологии аутизма является то, что мать ребенка не сумела быть ему «обычной преданной матерью». Но зачем же пренебрегать логикой? Отсутствие или недостаток того, что мы называем «преданностью» и считаем по-настоящему важным, естественно, будет иметь неприятные последствия. Я вернусь к этому позже — обсуждая смысл, который мы вкладываем в понятие «вины».

Я понимаю, что не избежать очевидных вещей. И это банально, когда я объясняю, что под «преданностью» я понимаю просто преданность. У вас, например, есть обязанность — украшать цветами алтарь церкви в конце недели. Раз взялись, то уже не забудете. По пятницам вы спокойны: цветы — вот они, приготовлены. А свалит грипп — начнете обзванивать прихожан или передадите с молочником кому-нибудь просьбу выполнить за вас эту обязанность, хотя и больно думать, что с ней кто-то справится без вас. Но

---

<sup>12</sup>Винникотт, Д.В. Маленькие дети и их матери / Д.В. Винникотт. М., 1998.



такого просто не бывает, чтобы прихожане собрались в воскресенье, а алтарь — не убран... или увядшие цветы в грязных вазах обезображивают святое место. Однако, надеюсь, что с понедельника по четверг находятся другие дела и вас не гложет беспокойство из-за цветов. Эта забота где-то дремлет в вашей голове, а пробуждается и начинает вас будоражить в пятницу или, возможно, в субботу.

Так и женщин безотвязно не поглощает мысль о том, что их обязанность — ухаживать за детьми. Они играют в гольф, бывают полностью поглощены работой, им вполне удаются разные мужские занятия: проявлять безответственность, считать все само собой разумеющимся, тратить время на автомотогонки. Это их «понедельник», «вторник», «среда», «четверг» — если прибегнуть к аналогии с цветами для алтаря.

Но однажды они обнаруживают, что стали хозяйками при новых человеческих существах, решивших поселиться под их крышей и предъявляющих требование за требованием; только когда-нибудь в отдаленном будущем женщины вновь обретут мир и покой, вновь получат возможность для самовыражения более непосредственным образом. В эти же долгие «пятницу», «субботу», «воскресенье» женщины выражают себя через идентификацию с тем, кто при благоприятных обстоятельствах станет младенцем, который у них родится, и затем обретет независимость и примется кусать кормящую его руку.

К счастью, у женщин есть девять месяцев, чтобы постепенно переключиться с одной формы эгоизма на другую. Нечто похожее происходит и с отцами, а также с теми, кто решил стать приемными родителями. Они обдумывают саму возможность усыновления, добиваются ее осуществления, но момент «материализации» ребенка иногда сопровождается разочарованием: люди уже не уверены, что они его хотят.

Подчеркну важность подготовительного периода. В пору обучения на медицинском факультете у меня был друг — поэт. Благодаря ему мы, студенты, обзавелись отличным жильем в трущобах Северного Кенсингтона. Вот как это получилось.

Мой друг, очень высокий, праздный, с неизменной сигаретой во рту, брел по улице, пока не увидел симпатичный с виду дом. Он позвонил. Дверь открыла женщина, лицо которой ему понравилось. Мой друг сказал: «Я хотел бы снять здесь комнату». Она ответила: «У меня есть свободная. Когда вы переедете?» Он сказал: «Я уже переехал». Он вошел в дом, и когда ему показали спальню, сказал: «Мне что-то нездоровится, я сразу и лягу. В котором часу у вас чай?» Он лег в постель — и пролежал полгода... За

несколько дней мы все там прекрасно устроились, но наш поэт остался любимцем хозяйки.

Но природа распорядилась так, что младенцы не выбирают себе матерей. Младенцы просто «являются» к ним, а матерям отпущено время, чтобы переориентироваться. У матери есть несколько месяцев, чтобы привыкнуть к тому, что теперь ее ориентиром будет не солнце на востоке, а нечто в самом центре ее существа.

Как вы знаете (и, я думаю, каждый согласится со мной), обычно женщина вступает в фазу, из которой обычно выходит через несколько недель или месяцев после родов, — когда она в высокой степени является своим младенцем, а ее младенец — ею самой. И здесь нет никакой мистики. В конце концов, она когда-то была грудным ребенком и в ней живет память о своем младенчестве, а также память о том, как о ней заботились. Эти воспоминания служат либо подспорьем, либо помехой для ее собственного материнского опыта.

Я думаю, что ко времени появления ребенка на свет мать — если о ней достаточно заботится муж или государство, или и муж, и государство, — готова действовать, прекрасно зная нужды ребенка. Я говорю не о том, что она знает, голоден ребенок или нет, и другие простейшие вещи; я имею в виду те многочисленные тонкости, для которых только мой друг поэт сумел бы найти верные слова. Я же склонен использовать слово «забота» распространяя его значение на все, чем является мать и что она делает для своего ребенка в это время. Я считаю это время критическим, но боюсь произносить подобные слова, потому что это может заставить женщину действовать сознательно как раз там, где она естественно действует естественным образом. Это то знание, которое ей не почерпнуть из книг. Ей даже Спок ни к чему, когда она чувствует: младенца нужно взять на руки или положить, не трогать или перевернуть; если она понимает, что самым важным является простейшее из переживаний, основанное на контакте без действия, которое дает возможность двум отдельным существам чувствовать себя как одно целое. Это дает возможность ребенку быть, из которой затем вырастает способность действовать и испытывать воздействие. Здесь заключена основа того, что постепенно для ребенка станет бытием через собственный опыт.

Все эти действия матери совершенно незначительны, но, повторяемые раз за разом, они дают ребенку основу способности ощущать себя реально существующим. С этой способностью ребенок может смело встретиться с миром, или, я мог бы сказать, — устремляться вперед в унаследованном им процессе взросления.

Когда эти условия созданы — обычно так и бывает, — у ребенка появляется возможность развить способность испытывать чувства, которые в какой-то мере соответствуют чувствам, испытываемым матерью, идентифицирующейся с ним, или лучше сказать, полностью отдающейся ребенку и заботе о нем...

Следует помнить, что требуется длительное время, прежде чем способности, впервые возникающие в начале жизни, разовьются в более или менее отлаженный механизм психической деятельности ребенка. То, что имелось в некий момент, позже может быть утрачено. Но более сложное развивается только из самого простого, и сложность здорового ума, здоровой личности является результатом постепенного, последовательного роста, всегда от простого к сложному.

Приходит время, когда ребенку становится необходимо, чтобы мать потерпела «неудачу» в своих стараниях приспособиться к нему. Эта «неудача» — тоже постепенный процесс, о котором не узнать из книг. Человеческому детенышу было бы скучно по-прежнему ощущать себя всемогущим, когда уже сформировался «аппарат», позволяющий справляться с фрустрацией и относительным несовершенством окружения. Большое удовлетворение доставляет гнев — при условии, что не ведет к отчаянию.

Любые родители поймут, что я имею в виду, когда говорю, что хотя вы и обрекаете ребенка на ужаснейшие фрустрации, вы никогда не бросите его в отчаянье, то есть ваше «я» всегда доступно для «я» ребенка. Не бывает так, чтобы младенец проснулся, расплакался — и никто его не услышал бы. А пользуясь языком более поздней ступени, скажу: вы не пытались отделаться от вашего ребенка, прибегнув ко лжи.

Конечно, вышесказанное подразумевает не только то, что мать оказалась способна посвятить себя заботе о ребенке, но также то, что ей повезло. Нет надобности перечислять невзгоды, которые могут обрушиться даже на самую благополучную семью. Приведу три примера, чтобы проиллюстрировать три типа сложностей. Первый — чистая случайность: мать тяжело заболела, умирает и бросает ребенка, чего никогда не сделала бы, будь она жива. Или она вновь забеременела, прежде чем считала приемлемым. Возможно, в какой-то степени она сама ответственна за это, впрочем, здесь случай не простой. Или же мать впадает в депрессию, и хотя понимает, что лишает ребенка необходимого, ничего не может поделать со своим настроением, часто являющимся реакцией на неприятности личного характера. В этом случае причина осложнений, конечно, кроется в ней самой, но никто не станет ее обвинять.

Иными словами, по самым разным причинам дети бывают оставлены в то время, когда еще не способны справиться с фактом ухода матери, — и это ранит и калечит их зарождающуюся личность.

Наблюдая процесс развития ребенка во всей его сложности, мы должны быть способны сказать: в этом конкретном случае мать не сумела быть «обычной преданной матерью», причем сказать, никого в этом не обвиняя.

Вернусь к понятию вины. Я не хочу искать виновных. Матери и отцы обычно обвиняют себя, но это совсем другое; в самом деле, они обвиняют себя буквально во всем — например в том, что их ребенок страдает болезнью Дауна, за что они, конечно же, не несут ответственности.

Но мы должны быть способны видеть этиологию и, если необходимо, констатировать, что некоторые неудачи процесса развития, с которыми мы встречаемся, проистекают из неудачи матери при попытке быть «обычной преданной матерью» (или, другими словами, из отсутствия «фактора обычной преданной матери») в определенный момент или на протяжении целой фазы развития. Это не имеет ничего общего с моральной ответственностью. Это совсем иная тема.

Однако есть одна особая причина распределить этиологическую важность. Она заключается в том, что нет другого способа понять позитивное значение «фактора обычной преданной матери» — то есть того, что каждому ребенку жизненно необходимо получать чью-то поддержку на ранних ступенях психического развития, или психосоматического развития, или, я бы сказал, развития человеческой личности, вначале совершенно незрелой и абсолютно зависимой.

Я не верю в легенду о Ромуле и Рэме, при всем моем уважении к волчицам. Не стану говорить, что мы, мужчины и женщины, чем-то обязаны той, которая для каждого из нас сделала свое материнское дело. Мы ничем не обязаны. Но мы обязаны признаться перед самими собой, что вначале мы были психологически абсолютно зависимы и это «абсолютно» означает Абсолютно. И нам повезло — нас встретили обычной преданностью.

Можно ли объяснить, почему мать должна суметь предельно приспособиться к нуждам ребенка, только что появившегося на свет? Легко говорить о более очевидных, хотя и менее простых потребностях подросткового ребенка или детей на той ступени развития, когда их отношения лишь с одной матерью сменяются отношениями в треугольнике. Легко заметить, что в этом случае ребенок нуждается в жесткой рамке — (сеттинге), чтобы проработать его конфликт любви и ненависти и две его основные тенденции: одну — базирующуюся на ориентации на родителя того же пола и другую — базирующуюся на ориентации на родителя противоположного пола. К этому

можно относиться как к борьбе гетеро- и гомосексуальной направленностей в объектных отношениях.

Однако вам наверняка хотелось бы узнать о нуждах ребенка на самой ранней ступени развития, когда почти всегда рядом с ним находится материнская фигура, мысли которой заняты только ребенком, чья зависимость от нее на этой стадии абсолютна. Я много писал об этом и ничего лучшего не придумаю. В нескольких словах перескажу главное. В эти первые недели жизни, фактически все и определяющие, ребенок имеет возможность усвоить опыт ранних ступеней развития. Если окружение достаточно благоприятное — а вокруг должны быть люди, непосредственно заинтересованные в нем, — врожденная тенденция ребенка к росту реализуется, и он делает первые важные достижения. Какие? Назову. Для важнейшего из них есть определение “интеграция”. Все элементы, частицы ощущений и действий, формирующие конкретного ребенка, постепенно соединяются, и наступает момент интеграции, когда младенец уже представляет собой целое, хотя, конечно же, в высшей степени зависимое целое. Скажем так: поддержка материнского “я” облегчает организацию “я” ребенка. В конечном счете, ребенок становится способным утверждать свою индивидуальность, у него даже появляется чувство идентичности. Процесс кажется очень простым, если все идет хорошо, а основу этого процесса составляет ранняя связь, устанавливающаяся между младенцем и матерью, когда они являются единым целым. Здесь нет никакой мистики. Мать идентифицируется с ребенком чрезвычайно сложным образом: она чувствует себя им, разумеется, оставаясь взрослым человеком. С другой стороны, ребенок переживает свою идентичность с матерью в моменты контакта, являющиеся скорее не его достижением, а отношениями, которые стали возможными благодаря матери. С точки зрения ребенка, на свете нет ничего кроме него самого, и поэтому вначале мать — тоже часть ребенка. Иначе говоря, это то, что называют «первичной идентификацией».

Противоположностью интеграции является неудача интеграции, или дезинтеграция, расщепление цельности. Это непереносимо. Это одна из основных немислимых форм тревоги, а предотвратить ее может обычная забота, которую почти все дети получают от взрослых. Укажу еще на один-два основных аспекта роста. Не следует считать, что психика ребенка обязательно успешно формируется вместе с сомой, то есть с телом и его функциями. Психосоматическое существование является достижением. И хотя такого рода единство базируется на врожденной тенденции роста, оно не реализуется без активного участия взрослого человека — того, кто нянчит ребенка и заботится о нем. Провал в этой области имеет отношение к нарушению телесного здоровья, что фактически проистекает из нечеткости личностной структуры.

Такая “поломка” на ранних этапах роста немедленно приводит нас к совокупности симптомов, характерных для пациентов психиатрических клиник, поэтому предупреждение заболеваний психики начинается с заботы о младенце — с того, что естественно получается у матери, желающей иметь ребенка и заботиться о нем.

Другой момент связан с началом объектных отношений. Этот момент ведет к сложным понятиям психологии. Однако вам будет нетрудно распознать, что объекты — при условии удовлетворительных отношений между ребенком и матерью — могут использоваться ребенком символически. Например, есть не только большой палец для сосания — его еще можно схватить и держать, и эта возможность позволит ему позже играть в игрушки. Если этого не происходит, у ребенка не развивается способность к отношениям с объектами.

Хотя мы говорим вроде бы о самом простом, речь идет о вещах жизненной важности, которые являются основой для психического здоровья. Разумеется, многое оформляется на более поздних ступенях развития, но только при условии удачного начала все, что происходит потом, даст положительный эффект. Иногда матерей будоражит мысль, что все, что они делают, имеет огромное значение, и в таком случае лучше не говорить им этого. Иначе они начинают обдумывать свои действия и хуже с ними справляются. Научиться материнству невозможно, и тревога не может служить заменой очень простой любви почти физического свойства. Тогда зачем трудиться и разбирать все эти вопросы? Я убежден: кто-то должен взять на себя такой труд, потому что в противном случае мы забудем о том, как важны отношения матери и младенца на самой ранней ступени его развития. Забудем и, не задумываясь, станем вмешиваться, чего как раз делать не следует. Если мать — без особых усилий — способна быть матерью, мы никогда не должны вмешиваться. Она не сможет защитить себя, потому что просто не поймет, в чем ее обвиняют. А мы покалечим ее. Только это будет не перелом ноги, не кровоточащая рана на руке. Все это обернется изувеченной психикой ее ребенка. Как часто мать тратит долгие годы, пытаясь исцелить увечье, которое фактически нанесли мы, без надобности вмешавшись во что-то столь простое, что кажется неважным.

## Приложение 12

### Особенности активности и сенсорного развития внутриутробного ребенка.

## Общение с ребенком до родов<sup>13</sup>

### Сон

Плод имеет собственный ритм суточной активности. Периоды его активности сменяются периодами сна, достигающими в общей сложности 16—20 часов. Электроэнцефалограмма мозга плода позволила установить, что его сон имеет две фазы, характерные для сна взрослого человека, — это фазы *быстрого* и *медленного* сна. Интересно, что на долю быстрого сна у плода приходится 50 и более процентов времени, в то время как у взрослого человека — всего 20%.

Плод спит большую часть суток. Его активность тесно взаимосвязана с фазами Луны. У здорового плода двигательная активность обычно повышается в вечерние часы, особенно между 21.00 и часом ночи. Интересно, что эту ритмичность сна и бодрствования он сохраняет еще некоторое время после рождения.

Чтобы определить, насколько долго сохраняются внутриутробные ритмы «сон-активность», исследователи предложили беременным вести дневник суточной активности плода. Матери, которые во время беременности вели такой дневник, отмечали, что им было легко приспособиться к ребенку после его появления на свет, потому что они знали, когда малыш будет спать, а когда бодрствовать. Это позволило им более точно распределять свое время и дало значительные бытовые преимущества.

### Зрение

Глаз плода практически сформирован уже к 10 неделям развития, а к пяти месяцам он проходит этапы своего окончательного формирования. Хотя с 20-й недели плод уже может видеть, считается, что зрительное восприятие включается только после рождения, когда ребенок попадает под непосредственное влияние света. Действительно, находясь в материнском чреве, окруженный околоплодными водами, видеть в обычном понимании этого слова плод не может. Он практически изолирован от воздействия света и находится в замкнутом пространстве матки, как в «темной комнате». При направленном освещении живота матери сильной лампой плод видит только слабый оранжеватый или красноватый свет.

---

<sup>13</sup> Подготовлено по материалам следующих источников:

Цареградская, Ж.В. Ребенок от зачатия до года. Универсальное пособие / Ж.В. Цареградская. М., 2005.

Саковская, О.Н. Волшебство общения с малышом / Школа эффективного родительства «В ожидании чуда». Методическое пособие. Ярославль, 2010.

Долгое время считалось, что новорожденный ребенок не может видеть или видит все в перевернутом виде. Только в 1960 году впервые было убедительно доказано, что новорожденный ребенок способен и нормально видеть, и различать цвета. Новорожденный одного часа от роду способен фиксировать взгляд на 10—15 секунд и поворачивать глаза и голову за объектом. Более того, новорожденный способен анализировать увиденное и предпочитать один объект другому. Так, например, если показать ему две картинки — с прямоугольником и с овалом, — он задерживает взор на картинке с овалом («лицеподобное» изображение), если показать картинку с овалом и овал со схемой лица — то есть с изображением глаз и рта, — ребенок отдаст предпочтение второй, если показать схему лица и живое лицо — он будет вглядываться в живое лицо, если предъявить лица двух людей и один из этих людей заговорит — ребенок «выберет» говорящего (то есть предпочтет полимодальный стимул).

### **Вкус и обоняние**

Начиная с седьмого месяца внутриутробного развития плод способен различать вкусы и некоторые запахи. Для иллюстрации этих способностей плода обратимся к лекциям Андре Бертин: «Вкус уже хорошо развит, плод даже демонстрирует предпочтение одного другому. Ежедневно он поглощает определенное количество амниотической жидкости. Добавление к ней сахара путем введения его раствора заставляет плод с жадностью «проглатывать» двойную порцию. При использовании же горького раствора количество употребляемой плодом жидкости крайне мало. Более того, удалось получить изображение плода с гримасой недовольства (!), являющейся следствием отрицательных вкусовых ощущений. Околоплодная жидкость подвержена влиянию всего, что съедает и выпивает мать. Это способствует привыканию плода к вкусу той пищи, которую он будет употреблять после рождения и которая характерна для региона проживания его родителей».

Таким образом, существуют механизмы, позволяющие плоду познакомиться с семейной кухней еще задолго до своего рождения. Причем надо заметить, что в дальнейшем именно этой кухне он будет отдавать предпочтение перед всеми остальными. Поэтому питание беременной должно соответствовать ее национальным особенностям и географическому месту проживания. Учитывая эти принципы, беременная сможет познакомить своего будущего ребенка со вкусовыми качествами различных продуктов питания и особенностями национальной кухни.

### **Слух**



По данным разных авторов, фоновый шум в матке, создаваемый мышечной активностью матери, ее кровотоком и кровотоком в плаценте, сокращением кишечника матери, шумами ее сердца, легких, периодически звучащим голосом и звуками, поступающими извне, достигает 95 Дб.

Внешние звуки 65—70 Дб (нормальная разговорная речь) проникают в матку в ослабленном и измененном виде (редко более 30 Дб) за счет шумового фона и водной среды. Наиболее высокой интенсивностью обладает передающийся в полость матки тон голоса матери, что объясняется его непосредственной передачей через ткани (по каналу костной проводимости).

В настоящее время считается доказанной способность новорожденного узнавать голос матери, который он слышал, находясь еще внутриутробно.

Слух, как дифференциация различных звуков, появляется у малыша после того, как начало функционировать среднее ухо (с 20 недели), до 16 недели, пока оно формируется, ребенок ощущает лишь вибрации материнского тела, т.к. звук имеет волновую природу.

На шестом-седьмом месяцах внутриутробной жизни (в некоторых источниках с 32 недели) плод не только слышит, но и хорошо дифференцирует внутренние звуки. Более того, для него далеко не безразлично, взволнованно или спокойно бьется сердце матери, грустно или весело звучит ее голос, ровно или прерывисто, с напряжением дышат ее легкие. Если мать волнуется, у нее встревоженно бьется сердце, сбивается ритм дыхания, то малыш притихает, замирает, будто бы в предчувствии опасности. И действительно, через некоторое время эта опасность становится вполне реальной — до плода доходят гормоны, соответствующие отрицательным эмоциям матери, которые вызывают ухудшение его самочувствия. Эта связь — характер звука и соответствующее ему эмоциональное и физиологическое состояние — закрепляется и остается в его памяти. С этого же времени становится возможным зафиксировать реакцию плода на внешнее звуковое воздействие: в ответ на резкие звуки малыш пугливо сжимается или начинает вести себя беспокойно. *Таким образом, с этого момента мы можем говорить не только о способности плода дифференцировать внутренние звуки и о его умении отличать их от внешних шумов, но и о его эмоциональном восприятии звуков и о формировании соответствующего опыта.*

Под влиянием эмоций матери он способен «делить» голоса окружающих людей на дружеские и враждебные. Так, если при общении с кем-то беременная волнуется (неровно бьется ее сердце, голос звучит напряженно), это является для малыша сигналом опасности. Напротив, если в общении с кем-то беременная спокойна, радостна и довольна (ее сердце бьется ровно, голос звучит без напряжения), то малыш чувствует себя в безопасности. Добросердечное

общение матери с окружающими служит для будущего ребенка знаком того, что звучит голос друга и нет причин для страха.

Внутриутробный опыт плода способствует его адаптации к новой внешней среде после рождения. В этом отношении положительные эмоции матери в ответ на внешнее звуковое раздражение (голоса других людей или звуки) и доброжелательные интонации ее собственного голоса являются важным фактором, обеспечивающим формирование положительного опыта плода.

### **Осязание и телесные ощущения плода**

Кожная чувствительность плода появляется на третьем месяце внутриутробного развития. Свидетельством этого является сжатие пальцев в кулачок в ответ на раздражение кисти руки. Тактильные ощущения и осязание плода тесным образом связаны с его общими телесными ощущениями и восприятием пространства. На самых ранних сроках беременности (до 16—20 недель), когда плод свободно плавает в околоплодных водах и почти не касается стенок матки, он может переживать «ощущение парения в пространстве» и свое единство с окружающим его «безграничным» объемом. Постепенно, по мере роста, плоду становится в матке все более и более тесно. Наталкиваясь на ее стенки, он начинает понимать, что существуют какие-то границы, но воспринимает эту перемену не как сужение окружающего пространства, а как свидетельство о форме собственного тела.

Примерно с 33—34-й недели значительно выросший плод занимает все внутриматочное пространство. Околоплодные воды уже не обеспечивают ему свободу движений, а лишь выполняют роль «смазки». Он соприкасается со всей поверхностью матки, буквально облекаясь в ее ткани. Поэтому он принимает характерную позу, обусловленную формой матки, — свернувшись калачиком, тесно прижав подбородок к груди, скрестив на груди ручки и поджав ножки, согнутые в коленях. Однако вынужденное положение тела и ограниченность в движениях не являются для плода неудобством. Напротив, на последних месяцах беременности у него возникает привычка к ограниченному пространству и вынужденной позе, в которой он приближается к форме шара.

Благодаря осязанию и тактильным ощущениям плод получает представление о шарообразной форме своего тела, которая идентична форме матки. Таким образом, к концу беременности у внутриутробного младенца складывается опыт, в соответствии с которым его тело имеет форму шара, а точнее, овоида (т.е. тело, имеющее яйцевидную форму), не имеющего ни рук, ни ног.

В связи с этим «тактильный голод», который испытывает новорожденный и младенец вплоть до седьмого месяца от роду, необходимо утолять, прикасаясь к малышу, массируя его тельце, целуя и поглаживая, т.к. это позволяет ему осознать границы своего тела, его новую «схему». К тому же это пока самая доступная для ребенка проявление любви, возвращающее его в комфортное состояние маминого животика. Исходя из этого, можно сделать вывод, что взрослый, которому не нравятся прикосновения к собственному телу, недополучил в свое время поглаживаний по животу, когда был в утробе матери и не утолил свой «тактильный голод» после рождения, т.е. был недолюблен. А тактильная чувствительность – важная составляющая чувственной жизни человека, в том числе, здоровой сексуальной жизни.

### **Общение с матерью**

Общение матери с внутриутробным ребенком можно рассматривать с точки зрения пользы для ребенка и с точки зрения пользы для матери.

Польза для ребенка объясняется с научной точки зрения явлением клеточной памяти. Существует гипотеза, что любая информация, регулярно повторяющаяся или важная для организма, сохраняется клеткой довольно долго (от 1 до 3 месяцев), но если воздействие было длительным и охватило не одну, а сотни клеток, то эта память сохраняется на годы. Эмбриональные клетки отличаются от зрелых клеток взрослого организма необычайно большой емкостью памяти, что позволяет им фиксировать и сохранять на неопределенно длительное время информацию обо всех дошедших до них событиях.

Итак, для ребенка, находящегося в утробе матери общение с ней – это возможность иметь в клеточной памяти положительные эмоции. Для ребенка это в дальнейшем, то, что мы называем уверенностью. Наверняка вы встречали людей, у которых в руках все спорится, за что они не возьмутся. Они не боятся начинать новое и производят впечатление гармоничных и целостных людей. Они, не соревнуясь, оказываются на высоте и чувствуют удовлетворение жизнью. За это им нужно благодарить, в первую очередь, свою мать.

Для матери общение с внутриутробным ребенком еще более важно в свете предстоящих родов. Во-первых, образ ребенка, к которому мать обращается постоянно, лучше всего вслух, помогает ей рожать, т.к. гормональный коктейль, который за две недели до родов начинает продуцироваться материнским организмом, напрямую зависит от отношения роженицы к ребенку. Если этот коктейль не испорчен гормонами стресса, которые подавляют окситоцин, гормон, влияющий на интенсивность схваток, то лежащие в его основе эндорфины – природное обезболивающее, сможет

сработать в полной мере. Именно поэтому женщины с деструктивным мотивом зачатия хуже рожают, т.к. думают в этот момент не о ребенке, а о том, чтобы мучения скорее прекратились.

К тому же яркий образ малыша, который рождается и испытывает во много раз более сильные ощущения, чем роженица, отвлекает ее от телесной боли. Если мама привыкла общаться с малышом до родов вслух: петь колыбельные и протяжные песни, медленно разговаривать с ним, рассказывать о происходящем, эта привычка может сослужить ей хорошую службу в родах, т.к. медленный разговор с ребенком вслух – это лучшая дыхательная гимнастика и до, и во время родов.

Внутри матки ребенок слышит множество звуков: стук материнского сердца, звуки пищеварительного тракта, шум крови, бегущей по артериям, голос матери и окружающих и музыку. С 26 недели (а по данным некоторых авторов, с 22 недели) ребенок уже может дифференцировать различные звуки.

У малыша в головном предлежании больше возможности для получения информации извне. На сроке 36 недель его ухо полностью созрело для «внешнего» пользования и реально воспринимает звуки окружающего мира. При тазовом предлежании органы слуха плода расположены поблизости от сердца и легких матери, ребенок прежде всего воспринимает их ритм и звуки, а не звуки извне.

Можно научить ребенка «выходить на связь» в определенное время или реагировать на определенные звуки. Это поможет лучше понять своего кроху, а также успокоить его при стрессовых ситуациях. Специальный метод общения с внутриутробным малышом при помощи прикосновений к животу матери, запатентованный голландцами, называется гаптономия.

Сначала понаблюдайте за шевелениями ребенка в течение нескольких дней и отметьте то время суток, когда шевеления ощущаются сильнее всего. Это и будет время вашего общения. В следующий раз в это время вы должны находиться дома, чтобы иметь возможность расслабиться, сосредоточиться, не отвлекаться на другие дела хотя бы в течение 15-20 минут. Время контакта всегда одно и то же.

Затем выберите характер тактильного или голосового воздействия. Который вы будете использовать при общении с малышом. Это может быть похлопывание ладонью, поглаживание, перебирание пальцами и т.п. найдите то место на животе, через которое вы будете общаться. Нашли? Теперь сопровождайте ваши прикосновения голосом – можете спеть куплет песенки или колыбельную, прочитайте строфу стихотворения, просто сказать крохе нежные слова. Такое общение нужно проводить каждый день. Ребенок через

пару недель привыкнет и сам будет напоминать вам о времени «урока счастья».

Папа, братики и сестрички тоже могут проводить с ним свои беседы. Начиная с 32 недели, ребенок уже различает голоса людей, окружающих его мать. Более того, он даже различает интонацию голосов. Это важно знать домашним беременной женщины.

Принцип установления контакта тот же, но часть живота, тактильное движение, голосовое воздействие они должны выбрать другое.

В самом начале установления контакта с вами ребенок будет прислушиваться и притихать, но вы не останавливайтесь. После нескольких сеансов ребенок, выдержав паузу, начнет отзываться в направлении вашей руки, как будто говоря: «Мама, я тут». Этот голос каждая мама слышит по-своему: кто-то ощущает физически, кто-то видит образы, а кто-то и впрямь слышит детский голосок. Это не главное, в каком виде. Главное воспринимать. Тогда становится понятно, кто в данный момент хочет яблоко – ребенок или мама, хочет он слушать музыку или гулять?

Если родители относятся бережно и уважительно к глубинной предрасположенности ребенка, то тогда он еще до рождения приобретает опыт удовлетворения собственных желаний, а значит, в дальнейшем будет воплощать свой истинный интерес в жизни.

## Приложение 13

### Роды – это работа<sup>14</sup>

Есть три основных признака, по которым можно понять, что роды начались:

1. ритмичные сокращения матки с равным интервалом времени;
2. отхождение вод;
3. появление кровянистых слизистых выделений.

При появлении любого из этих трех признаков женщине обычно легко понять, что ее ребенок готов появиться на свет.

Предродовые схватки («ложные») отличаются от родовых («реальных»).

Предродовые схватки:

– Нерегулярные, не становятся сильнее, чаще или продолжительнее.

---

<sup>14</sup>Саковская, О.Н. Путеводитель по родам. Части I, II / Школа эффективного родительства «В ожидании чуда». Методическое пособие. Ярославль, 2010.

– Могут не вызывать неприятных ощущений или вызывать слабые неприятные ощущения в паху и нижней части живота. Матка становится похожей на твердый шар.

– Не усиливаются при ходьбе.

– Прекращаются, когда вы ложитесь или меняете положение. Становятся слабее или исчезают, когда вы принимаете ванну или становитесь под душ.

– До начала родов может наблюдаться некоторое раскрытие и стирание шейки матки, но осмотры не выявляют существенных изменений.

– Обычно не сопровождаются кровянистыми выделениями; иногда бывает лишь коричневатая слизь.

Родовые схватки:

– Следуют в определенном ритме, становятся все регулярнее, сильнее, продолжительнее и чаще.

– Могут ощущаться как сильные менструальные схватки. Иногда сопровождаются болью в пояснице, которая распространяется на низ живота. Возникает ощущение давления внутри живота, которое распространяется к бедрам.

– Усиливаются при ходьбе.

– Не прекращаются, когда вы ложитесь или меняете положение.

– Осмотр показывает размягчение или стирание шейки матки; раскрытие постепенно увеличивается.

– Обычно сопровождаются выделениями в виде розовой слизи.

Если вы не уверены, какие у вас схватки, родовые или предродовые, понаблюдайте за ними в течение часа. В общем случае, если схваток было шесть или больше, продолжительность каждой превышала тридцать секунд, а интенсивность нарастала, велика вероятность того, что роды уже начались.

*Страх, стресс.*

Процесс родов требует высокого уровня физической, интеллектуальной и эмоциональной активности матери.

Ученые – психологи и психотерапевты – считают, что на успешность родов, переживание боли во время схваток существенным образом влияет отношение женщины к процессу родов. Роды – процесс бессознательный. Поэтому управлять им нельзя. Но управлять собственным страхом можно и нужно.

Точно так же, как существует химия любви, существует и химия родов. В теле роженицы циркулируют гормоны, которые способствуют развитию плода, ускоряют роды и ослабляют неприятные ощущения. Известно как минимум десять гормонов родов, каждому из которых соответствует определенное время, место и функция. Эндорфины – это вырабатываемое организмом болеутоляющее, которое поднимает настроение у роженицы и ребенка. Пролактин, или гормон материнства, снимает напряжение и стимулирует выработку молока. Окситоцин усиливает схватки. Гормоны надпочечников – кортизол и катехоламины – придают матери сил, помогая перенести стресс. Релаксин расслабляет шейку матки и ткани таза, помогая сформировать родовые пути. Простагландины способствуют «созреванию» шейки матки и играют определенную роль в развитии плода. Эстроген и прогестерон управляют уровнем сократимости и возбудимости мышц матки. Эти гормоны автоматически вырабатываются во время беременности и родов. Но их сила и эффективность зависит от роженицы. Для того чтобы вся эта биохимия работала с максимальной эффективностью, необходимо расслабиться. Потому что выброс катехоламинов, сопровождающий страх и стрессовую ситуацию, «гасит» выработку гормона окситоцина, который усиливает схватки, т.е. стимулирует родовую деятельность. Таким образом, напряжение, страх и болезни мешают родам. Поэтому, готовясь к естественным родам, важно научиться способам релаксации.

Оптимальной установкой является отношение к родам, как к творческой работе. В этом случае женщина настроена на длительную, работу, осознает, что в родах необходима ее активность, однако главным считает не сам процесс, а его результат — успешное рождение ребенка. Именно в этом случае можно быть максимально уверенными в том, что роды пройдут успешно и для материнского организма.

Более того, чтобы ребенок был впоследствии более спокойным и уверенным в себе, матери необходимо помочь ему – стать активной участницей родов под руководством медицинского персонала, сопровождающего родовой процесс. Нужно помнить, что это первый опыт ребенка в достижении цели. От того, насколько успешен он будет, зависит его будущая уверенность в своих силах».

### *Боль.*

Можно не только изменить ситуацию, которая вызывает страх, но и изменить свое восприятие боли.

Чтобы понять смысл происходящих в родах процессов и механизм возникновения боли, необходимо остановиться на том, как работает матка во время родов.

«Представьте себе матку в виде перевернутой груши, оплетенной сотнями продольных резиновых лент – мышц. Верх «груши» – самая широкая часть матки – носит название «дна». Нижняя и самая узкая часть «груши» – шейка матки. Мускулатура матки работает в двух режимах: верхняя группа мышц, которая разворачивается над «дном» матки выталкивает ребенка, а нижняя натягивает на него шейку матки. Чтобы роды были успешными, обе эти группы мышц должны работать синхронно: верхние – напрягаются, сокращаются, нижние – расслабляются, расширяются. В конечном итоге матка из грушевидной превращается в цилиндрическую, что позволяет ребенку опуститься в родовые пути. Если вы напряжены и оказываете сопротивление действиям матки, работа этих двух групп мышц рассогласовывается, и сокращение верхней группы мышц совпадает с напряжением нижней»<sup>15</sup>.

#### *Стадии родов.*

Различают три стадии родов. I стадия, или раскрытие шейки матки, начинается тогда, когда схватки становятся регулярными, а заканчивается полным раскрытием шейки матки. II стадия связана с прохождением ребенка по родовым путям; она начинается после полного раскрытия шейки матки, а заканчивается рождением ребенка. Эта стадия и есть настоящие роды. III стадия – это изгнание плаценты.

Итак, роды начались, и роженица вступила в активную фазу. Активную фазу также называют фазой ускорения, потому что в этот период схватки становятся сильнее, продолжительнее и чаще, а шейка матки раскрывается до 8 см. Интенсивность схваток может заставить роженицу врасплох после предыдущей стадии, когда они были менее интенсивными. Именно в этот период важно помнить о релаксации, дыхании и техниках обезболивания. Все мышцы необходимо по возможности расслабить, особенно в интервалах между схватками; дышать надо глубоко и только через нос; своевременно опорожнять мочевой пузырь, т.к. его переполнение нарушает родовую деятельность и усугубляет боли.

Как обезболивающие в этот период применяются следующие приемы:

– делать глубокие вдохи и выдохи с начала и до конца каждой схватки;

---

<sup>15</sup> Сирз, У. и М. В ожидании малыша. / У. и М. Сирз. М., 2007.



– одновременно с глубоким вдохом-выдохом поглаживать нижнюю часть живота кистями обеих рук. Движения рук должны быть направлены наружу и вверх;

– большими пальцами обеих рук прижать кожу к внутренней поверхности гребня подвздошной кости в области обеих передне-верхних осей;

– поглаживать кожу в крестцово-поясничной области;

– глубоко дышать<sup>16</sup>.

Между первой и второй стадией родов располагается фаза, которую большинство женщин предпочли бы пропустить. Это самая трудная часть родов для большинства женщин. Одним из самых надежных сигналов о наступлении этой фазы служит восклицание самой роженицы: «Я больше не могу».

Что происходит в это время в организме роженицы? Она готовится ко II стадии родов, во время которой происходит выталкивание ребенка. Шейка матки расширяется еще на несколько последних сантиметров, а ребенок начинает опускаться во влагалище. Причина того, что переходная фаза бывает такой болезненной в том, что участвующие в родах мышцы переключаются с одной работы на другую – с раскрытия шейки матки на выталкивание ребенка. Переходная фаза часто характеризуется максимальным напряжением окружающих шейку матки мышц, и сильное напряжение мешает роженице поддерживать расслабленное состояние мышц. Поэтому в этот период боль может быть самой сильной. В активной фазе схватки можно сравнить с нарастающими волнами, а в переходной – с большой штормовой приливной волной. Схватки могут возникать каждые две минуты и продолжаться от одной минуты до полутора. Роженица не успевает отдохнуть от одной схватки, как уже начинается следующая. У них может быть несколько пиков, между которыми почти нет промежутка. В этот момент сомнения и растерянность – это норма.

Когда ребенок пересекает границу между маткой и влагалищем, вы можете почувствовать усиление боли в спине, а также сильное давление в области прямой кишки. Кроме того, у рожениц в этот момент иногда возникает напряжение диафрагмы, которое вызывает икоту и изжогу. У некоторых женщин во время переходной фазы отмечается тошнота и рвота, спазмы в горле (предвестник позыва к потугам), приливы жара и холода, дрожь во всем теле, и особенно в ногах. Нередки даже недовольство, раздражительность и ворчливость (придирчивость). К счастью, переходная фаза – это самый

---

<sup>16</sup> Милюкова, И.В. Большая энциклопедия оздоровительных гимнастик / И.В. Милюкова. М., 2007.

короткий период родов, который занимает всего от десяти до двадцати схваток и редко длится более часа. Необыкновенно интенсивные схватки – это признак прогресса.

После того как шейка матки полностью раскрылась, вы можете почувствовать непреодолимое желание тужиться. Это непровольная реакция – роженица обнаруживает, что начинает тужиться в ответ на схватку раньше, чем успевает это осознать. У части рожениц позывы к потугам возникают еще до полного раскрытия шейки матки. Преждевременные потуги не приносят никакой пользы, а иногда и вредны, когда шейка матки не поддается давлению. Врач или акушерка посоветуют роженице сдерживать потуги при помощи продолжительного выдоха, как будто она задувает свечу (можно потренироваться на занятии).

Желание тужиться возникает следующим образом. По мере того как головка ребенка растягивает мышцы влагалища и тазового дна, микроскопические рецепторы этих тканей подают сигналы, вызывающие желание тужиться, а также усилить выработку гормона окситоцина, стимулирующего схватки. Эти два рефлекса, которые заставляют вас тужиться и дают команду матке сокращаться, работают совместно, и поэтому важно их синхронизировать. Зачем нужно тужиться? Сокращение мышц живота и потуги создают давление на верхний отдел матки, заставляя ее выталкивать ребенка.

На последнем этапе можно наблюдать, как во время потуг появляется голова ребенка, а после окончания схватки исчезает, чтобы вновь появиться во время следующей. Как говорится, два шага вперед, один назад. Это постепенное поступательно-возвратное движение ребенка по родовым путям облегчает растяжение тканей влагалища, защищая промежность от разрывов. После того как головка ребенка повернется и окажется под лобковой костью, она больше не сможет втянуться обратно. Промежность будет выпячиваться все больше и больше. Когда врач или акушерка объявят: «Головка прорезалась», это значит, что промежность роженицы полностью растянулась и наделась, как корона на голову ребенка. В этот момент роженицей ощущается сильное жжение, которое может испугать, если не понимать, что происходит. (Попробуйте взяться за уголки рта и растянуть его. Обратите внимание на ощущение жжения. Усиьте это ощущение во множество раз и вы получите то, что чувствует роженица). Жжение – это сигнал перестать тужиться. В этот момент врач советует роженице не тужиться, чтобы защитить шейку матки и промежность. Лучше осторожно высвободить ребенка. Давление полностью растянувшейся промежности приводит к онемению нервных окончаний кожи, и ощущение жжения исчезает. После прорезывания

головки она может выйти наружу уже после следующей схватки. Позвольте ребенку самому определить момент своего рождения. Врач напоминает роженице, что нужно воздержаться от потуг. Нужно внимательно прислушиваться к сигналам, которые подает ваше тело, а также к советам врача и акушерки. В этом случае возможно даже почувствовать, в какой момент появилась голова ребенка. Затем головка ребенка поворачивается – это его плечи огибают лобковую кость. Последние усилия – и ребенок выскальзывает на руки акушерки.

Врач или акушерка перережут пуповину, а затем положат его животом на ваш живот, чтобы вы смогли обнять его.

Третья стадия родов – изгнание плаценты – по сравнению с двумя первыми стадиями обычно бывает короткой и легкой. Через несколько минут после рождения ребенка матка вновь начинает сокращаться, стараясь избавиться от плаценты. Некоторые женщины ощущают эти сокращения как сильные схватки. Другие даже не замечают происходящего.

Прилив материнских чувств от вида и прикосновений малыша усилят выработку гормона окситоцина, который помогает матке сократиться и завершить свою работу. Окситоцин также вырабатывается в то время, когда ребенок сосет грудь. Именно по этой причине первые несколько дней после родов мама может ощущать сокращения матки во время кормления ребенка.

## Приложение 14

### Базовые факторы полноценного развития ребенка после рождения<sup>17</sup>

Мир матери – это первое, что ребенок встречает в этой жизни. От того, будет ли этот мир равнодушен к малышу, тревожен или спокоен, дружелюбен и ласков, зависит, как сложатся дальнейшие отношения матери и ребенка, будет ли малыш чувствовать себя в жизни защищенным или одиноким, будет ли он уверен в себе и насколько.

Для реализации врожденных потенциальных возможностей, заложенных в ребенке, необходимы соответствующие окружающие условия. При отсутствии благоприятных условий самые богатые задатки не получают возможности проявиться. У малыша в этот период уже есть так называемые базовые психологические потребности, которые требуют удовлетворения: потребность в

---

<sup>17</sup> Подготовлено по материалам следующего источников:  
Цареградская, Ж.В. Успешное грудное вскармливание / Ж.В. Цареградская . М., 2001.

Юрченко, Т.Ф. Забота о малыше / Школа эффективного родительства «В ожидании чуда». Методическое пособие. Ярославль, 2010.

безопасности (защищенности), привязанности (первичная привязанность к матери, эмоциональная связь), впечатлениях (стимулах для развития), комфорте (надлежащем уходе).

### *Психологические аспекты грудного вскармливания*

Следующие за родами 1,5 суток не менее важны для матери и ребенка, чем само рождение. Они считаются сенситивным периодом для развития взаимосвязи мать-дитя и предполагают непрерывный контакт, насыщенный достаточно интенсивной деятельностью матери: бдительным вниманием, обеспечением физического комфорта и поддержанием благополучного эмоционального состояния ребенка за счет самого присутствия мамы, ее «чувственного мира».

Для полноценного развития ребенка чрезвычайно большое значение имеет грудное вскармливание: это контакт с мамой, привычные запахи и вкусы, телесный комфорт, удовлетворение рефлекса сосания, чувство безопасности, источник пищи и жизни, становление всех функций организма, становление и развитие иммунной, нервной и эндокринной систем.

Меньше всего первые кормления связаны с удовлетворением пищевой потребности. Небольшое количество молозива необходимо главным образом для поддержания иммунной системы ребенка. Чувства, испытываемые матерью при кормлении ребенка грудью, передаются ему гормонально, через телесный контакт, сердцебиение, взгляд, интонацию голоса. Ни один даже самый лучший заменитель молока не несет в себе информацию о любви и нежности.

Грудное вскармливание – это продолжение связи, которая во время беременности осуществлялась между матерью и младенцем через пуповину. Молоко матери имеет вкус, подобный вкусу околоплодных вод, которые плод заглатывал с 16-й недели внутриутробного развития. Секрет, выделяемый железами околососкового кружка материнской груди, имеет запах, подобный запаху околоплодной жидкости. Поскольку малыш сохраняет внутриутробную привычку очень часто сосать (свой палец) и помнит вкус плодных вод, частое прикладывание к груди позволяет ему сохранить и применить эти привычки в другом качестве. Кроме этого, во время грудного кормления его все время окружают запахи матери, что является для новорожденного гарантом надежности. К 6-му дню неонатальной жизни дети узнают запах молока своей матери и предпочитают его запаху молока другой женщины.

Помимо источника пищи и привычных ощущений грудное вскармливание является основой и истоком взаимоотношений младенца с объектами внешнего мира. Первый объект, с которым после появления на свет новорожденный

вступает в контакт, – это материнская грудь. Первое прикладывание новорожденного к груди матери – это начало взаимоотношений с окружающим миром. Поэтому самое важное в кормлении – это не только кормление, но и контакт матери и ребенка что называется «кожа к коже».

Очень важно, чтобы ребенок прикладывался к груди, как только захочет, и сосал столько времени, сколько он хочет, т.е. предпочтительно кормление по требованию. Прикладывание к груди является полноценным средством для компенсации стрессов ребенка. Если малыш расплакался от боли или страха, мать дает ему грудь, и он очень скоро успокаивается, забыв о своем горе.

За счет грудного вскармливания дети реализуют и потребность в сосании. Помимо этого малыши сосут свои пальчики и кулачки. Это невинное детское занятие часто считается дурной привычкой, которую необходимо искоренить. Сосание рук – это внутриутробная привычка младенца, которая постепенно угасает за счет продолжительных и частых прикладываний к материнской груди. Преувеличенное сосание рук встречается у детей при неудовлетворенности кормлением грудью и плохом уходе. Если базовые нужды ребенка не удовлетворяются или удовлетворяются неполно, то он пытается активным сосанием достичь ощущения комфорта и таким образом компенсировать свои негативные переживания.

Множество вопросов, возникающих у только что родивших мам на тему грудного вскармливания, вполне разрешимы. Всегда готов помочь медицинский персонал родильного дома, а в последующем участковый врач и медсестра.

Независимо от того, кормит женщина грудью или из бутылочки, во время кормления лицо ребенка должно быть обращено к груди матери; голова и туловище ребенка должны находиться на одном уровне (на прямой линии); туловище ребенка должно быть прижато к телу матери; мать должна поддерживать ребенка снизу (если он новорожденный).

Для матери первые кормления грудью также выполняют несколько функций. Отхождение молока в процессе кормления сопровождается образованием пролактина и окситоцина, которые стимулируют сокращения матки и выработку эндорфинов, способствующих переживанию матерью удовольствия от акта кормления.

Трудно сказать, что здесь важнее. Стимуляция грудных желез помогает выработке молока, стабилизации физиологических и эмоциональных состояний, образованию психологической взаимосвязи с ребенком.

*Потребность во впечатлениях и общении*

Потребность ребенка во впечатлениях не менее важна, чем остальные базовые психологические потребности.

Стимуляция органов чувств в период новорожденности помогает им быстро развиваться для того, чтобы ребенок мог полнее и богаче ощущать окружающий мир. Чтобы развитие ребенка протекало в норме, мать должна общаться с ним, сопровождая свои действия словами, начиная с первых дней его жизни. Новорожденному ребенку необходим постоянный контакт с мамой: лицо, руки и голос матери не только успокаивают малыша, но и служат первыми стимулами для развития зрения и слуха. Важно во время бодрствования ребенка как можно больше разговаривать с ним, улыбаться ему, петь песенки.

Все в матери и ребенке приспособлено для их общения: фокусное расстояние глаз новорожденного, соответствующее расстоянию между его глазами и глазами матери во время кормления, немигающий взгляд младенца, его способность выделять лица, и не просто лица, а говорящие лица, а также его удивительная способность к имитации. Таким образом, общаясь с матерью, он подражает ей и уже на этом этапе усваивает законы общения (соотнесение мимики и интонации) и чувство сопричастности. Отклик матери кормлением не только на голод, но также на беспокойство и тревогу создают для ребенка ту атмосферу любви и защищенности, без которых невозможно полноценное развитие его интеллекта и психики. Именно у груди и на руках у матери осуществляется постепенное усложнение форм общения, углубление психологической взаимосвязи, любви и поддержки в познании. В норме малыш должен хотеть общения с матерью и требовать его доступными ему способами, т.е. кряхтением, криком.

Со второй недели жизни необходимо выкладывать ребенка на животик, при этом он учится приподнимать и поворачивать голову.

Манеж или кроватка-манеж должна быть снабжена игрушками для развития ребенка. На 3-4 неделе жизни следует подобрать несколько крупных шариков и погремушек красного, оранжевого и желтого цвета и подвесить их над кроваткой на расстоянии 40-50 см от груди малыша. Как подсказывает опыт, самые лучшие игрушки могут быть сделаны мамой из чистых, хорошо обработанных подручных материалов. Важно, чтобы они были разнообразны по форме, размеру, материалу и безопасны.

Нельзя забывать, что осязание – первый язык, доступный ребенку. Поэтому во время бодрствования ручки малыша должны быть свободными, чтобы он мог беспрепятственно прикасаться и ощущать окружающие его поверхности. А прикосновения взрослого должны нести ему сообщение: «Ты любим», «С тобой все в порядке».

### *Укачивание*

Раньше считалось, что укачивание – это дурная привычка, которую не стоит поддерживать. Укачивание – это физиологическая потребность, удовлетворение которой необходимо для полноценного развития вестибулярного аппарата младенца. Во время беременности мать постоянно качала ребенка в ритм своих шагов, обеспечивая развитие его органа равновесия. После рождения малыш тоже нуждается в развитии вестибулярного аппарата. Ношение младенцев на руках и укачивание – это необходимые действия взрослых, обеспечивающие полноценное развитие нервной системы и вестибулярного аппарата ребенка. Следует отметить, что размеренное укачивание младенца на руках оказывает положительный эффект и на нервную систему матери. Ритмичные движения успокаивают и расслабляют женщину, создают у нее ощущение комфорта и улучшают сон.

К тому же ношение ребенка на руках – холдинг – необходим еще и потому, что наиболее полно обеспечивает физический контакт с матерью, а следовательно, и ежедневную физиологическую норму тактильной стимуляции кожи ребенка. Это влияет на развитие осязания.

Осуществляя холдинг или нянчась с младенцем, очень важно делать это правильно. От умения мамы держать малыша на руках, от ее ловкости и уверенности зависит его самочувствие. Держа ребенка на руках, необходимо поддерживать его голову. Это очень важно, т.к. ребенок воспринимает себя целостно, не отделяя голову, тело, ноги, руки. Эту целостность самовосприятия ребенка необходимо поддерживать и ради психического здоровья малыша. Этот навык женщина приобретает в процессе обучения и практики общения с ребенком. В своих статьях Д.Винникот неоднократно отмечал, что ребенок, которого достаточно хорошо держат на руках, отличается от ребенка, которого держат неудовлетворительно.

### *Сон новорожденного*

В отличие от сна взрослого человека у новорожденного фаза глубокого медленного сна наступает не сразу после засыпания, а лишь через 20-30 минут. Кроме того, глубокий сон младенца длится не более 1 часа, а затем он вновь сменяется быстрым сном и веки малыша начинают двигаться, он меняет позу, вздрагивает, на его лице меняются гримасы – то он улыбается, то вдруг нахмурится, то всхлипнет, и его губы искривятся в гримасе скорби.

У младенцев циклы медленного сна значительно короче, а циклы быстрого поверхностного сна продолжительнее, поэтому их сон вдвое более чуток, чем у взрослых, и они быстро пробуждаются, если начинают испытывать дискомфорт. Если у малышей нарушен психоэмоциональный контакт с

матерью или они испытывают неудовлетворенность окружением, они вообще с большим трудом погружаются в глубокий сон, их мозг все время находится в возбужденном состоянии. В этом случае мы можем говорить о беспокойном сне ребенка, который представляет собой непрерывный поверхностный сон.

Эти особенности сна новорожденного, его склонность к частым пробуждениям в первые месяцы жизни объясняется тем, что в это время их ночные потребности особенно остры, а сами они удовлетворять их еще не в состоянии. Например, малыш замерз, или проголодался, или срыгнул и захлебнулся, или у него что-то произошло с дыханием, или забился нос, или у него возникла необходимость в мочеиспускании, конечно, он должен быть способен быстро пробуждаться, чтобы вовремя позвать на помощь и избежать проблем. Помимо защитной функции поверхностный сон полезен для развития головного мозга ребенка.

По мере роста ребенка периоды глубокого сна удлиняются, а поверхностного – укорачиваются. Таким образом, дети погружаются в глубокий сон быстрее, а частота пробуждений становится меньше. Постепенно сон малыш становится зрелым. Родители должны знать заранее об особенностях сна новорожденных и запастись терпением. Родителям нужно быть готовыми к ночным пробуждениям, чтобы сэкономить моральные и физические силы.

#### *Правила, позволяющие сделать сон малыша более комфортным*

Помещение следует проветривать перед тем, как ребенок укладывается спать.

В помещении, где спит ребенок, не должно быть сквозняков и любого движения воздуха; малыши чувствуют себя комфортно, когда они спят в тепле и утыкаются носиком в теплую мамину грудь или подушку.

Под подушкой подразумевается либо сложенная в несколько раз плотная фланелевая пеленка, либо сшитая плоская думка, но никак не высокая перьевая подушка.

Новорожденный и грудной ребенок лучше всего засыпает под грудью, лежа с матерью в постели или у нее на руках, когда она слегка укачивает его, поскольку сосание и ритмичное покачивание вызывают у него успокоенность, сонливость и способствуют засыпанию.

Если малыш заснул на руках, то прежде чем переключать его в коляску или кровать, необходимо дождаться погружения в глубокий сон. Стадия глубокого сна наступает примерно через 20-30 минут от момента засыпания и характеризуется полным расслаблением ребенка. Матери следует набраться



терпения и дождаться момента, когда ребенок заснет глубоко, а не торопиться перекладывать его.

Новорожденные во время раздельного с матерью сна любят спать спеленутыми. Это имитирует внутриматочное комфортное состояние и препятствует пробуждению во время резких движений младенца.

Во время сна ребенка не должно присутствовать громких звуков. Малыш может не реагировать на громкие звуки, поскольку в матке было гораздо более шумно, но звуки влияют на развитие его нервной системы не в лучшую сторону. Это может закончиться тем, что малыш в конце концов будет бояться громких звуков, или, напротив, будет отказываться спать в тишине.

### *Гигиена среды новорожденного*

В комнате, где находится малыш, температура воздуха должна быть +20 – +22 градуса по Цельсию. Кроватка малыша должна быть хорошо проветриваемой. Пучок дневного света должен быть направлен с разных сторон (слева и справа). Если нет возможности поменять в комнате расположение кроватки, надо периодически менять положение ребенка.

## Приложение 15

### Бланк

#### опросника «Оценка уровня информированности»<sup>18</sup> для I блока программы «Адаптация к беременности»

**Инструкция:** «Отметьте степень Вашего согласия с утверждениями».

№ п/п	Утверждение	верно	неверно	затрудняюсь ответить
1.	Эмоциональная нестабильность – симптом, характерный для всего периода беременности.			
2.	Плацента окончательно формируется во второй половине беременности.			
3.	Воспитательская стратегия матери напрямую связана с мотивацией зачатия.			

<sup>18</sup> Разработан специалистами Отдела социально-психологической помощи Служба «Молодежь и семья» ГУ ЯО ЯОМИЦ

4.	Длительный стресс матери негативно отражается на развитии ее будущего ребенка.			
5.	Гормоны поставляются только от матери к плоду.			
6.	Беременность меняет женщину как личность.			
7.	Ознакомление с приемами релаксации беременной нужно начинать не раньше, чем за месяц до родов.			
8.	Общаться с ребенком отец должен опосредованно, через нежное и доброжелательное отношение к его матери.			
9.	Все конфликты в семье разрешаются с рождением ребенка.			
10.	Эмоциональное состояние матери особенно важно во втором и третьем триместрах беременности.			
11.	Проявление у ребенка сосательного рефлекса обнаруживается с момента рождения.			
12.	В период внутриутробного развития ребенок ощущает вкус околоплодной жидкости.			

**Бланк  
опросника «Оценка уровня информированности»<sup>19</sup>  
для II блока программы «Психологическая подготовка к родам»**

**Инструкция:** «Отметьте степень Вашего согласия с утверждениями».

№	утверждение	верно	неверно	затрудняюсь ответить
---	-------------	-------	---------	-------------------------

<sup>19</sup> Разработан специалистами Отдела социально-психологической помощи Служба Молодежь и семья» ГУ ЯО ЯОМИЦ

1	Успешные роды требуют от роженицы умения расслабиться.			
2	На первом году жизни ребенок нуждается только в комфорте и безопасности.			
3	Чем больше роженица сосредоточена на ребенке, тем успешнее роды.			
4	1,5 суток, следующие за родами, особенно важны для развития взаимосвязи мать-дитя.			
5	Во время родов главное – считать вдохи-выдохи.			
6	Страх и напряжение разрушают баланс гормонов родов.			
7	В стабильной семье правила устанавливаются раз и навсегда.			
8	Отношения в супружеской паре остаются главными независимо от количества детей в семье.			
9	Гормоны радости обеспечивают активность ребенка в родах.			
10	Кормление грудью стимулирует сокращения матки.			
11	С рождением ребенка начинается его общение с матерью.			
12	Начиная с 32 недели внутриутробного развития, ребенок различает голоса людей, окружающих мать.			

**Бланк**  
**опросника «Оценка уровня информированности»<sup>20</sup>**  
**для III блока программы «Психологическая подготовка супружеской пары к рождению ребенка»**

**Инструкция:** «Отметьте степень Вашего согласия с утверждениями».

<sup>20</sup> Разработан специалистами Отдела социально-психологической помощи Служба Молодежь и семья» ГУ ЯО ЯОМИЦ

№	утверждение	верно	неверно	затрудняюсь ответить
1	Семья – это система, чутко реагирующая на изменения, происходящие с каждым из ее элементов.			
2	«Если супруг(а) меня любит, он(а) станет таким(ой), как я хочу.			
3	Представления супругов о любви могут не совпадать.			
4	Источник ведущего «языка любви» человека находится в детско-родительских отношениях.			
5	Любящие супруги не конфликтуют.			
6	Воспитание детей начинается с воспитания родителей.			
7	В стабильной семье правила устанавливаются раз и навсегда.			
8	Отношения в супружеской паре остаются главными независимо от количества детей в семье.			
9	Основная задача родителей – объяснить детям, что такое «хорошо» и что такое «плохо».			
10	Мать – первый стимул для развития ребенка.			
11	В первый год жизни ребенок нуждается только в комфорте и безопасности.			
12	Родительская роль – на всю жизнь.			

### Инструкция к обработке результатов

Первичная обработка результатов осуществляется вручную.

По опроснику оценки уровня информированности необходимо определить количество правильных ответов в бланке участника (количество совпадений ответов с ключом). Это число и будет итоговый балл одного участника. Он должен быть не меньше 0 и не больше 12.

## Расчет показателей

Расчет итоговых показателей по каждому циклу занятий и средних данных по темам за отчетные периоды производится при помощи компьютерной программы. Для работы программы необходимо ввести следующие данные (по каждому циклу занятий):

1. Месяц окончания цикла занятий.
2. Тема цикла занятий (выбирается из предложенного списка).
3. Наименование цикла занятий.
4. Количество человек, опрошенных до начала занятий.
5. Сумма баллов по группе по опроснику оценки информированности (до начала занятий).
6. Сумма баллов по группе по опроснику оценки мотивации (до начала занятий).
7. Количество человек, опрошенных после занятий.
8. Сумма баллов по группе по опроснику оценки информированности (после занятий).
9. Сумма баллов по группе по опроснику оценки мотивации (после занятий).
10. Сумма баллов по группе по опроснику оценки удовлетворенности (после занятий).

### Ключ к опросникам «Оценка уровня информированности»

№ п/п	верно	неверно	затрудняюсь ответить
1.	+		
2.		+	
3.	+		
4.	+		
5.		+	
6.	+		
7.		+	
8.	+		

9.		+	
10.	+		
11.		+	
12.	+		

### Интерпретация показателей

Показатель «Динамика информированности» отражает изменения, которые произошли в уровне информированности участниц и их супругов по результатам проведения цикла занятий. Они выражаются в процентах и могут принимать значения от – 100% до + 100%. К примеру, динамика информированности составила 12,88%. Это значит, что по итогам цикла занятий информированность по теме повысилась на 12,88%. Если показатель динамики отрицательный, это значит, что информированность по итогам занятий снизилась.

### Приложение 16

#### Бланк опросника «Оценка уровня мотивации»<sup>21</sup> для I и II блока программы

**Инструкция:** Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы (подчеркните нужные варианты ответов):

Насколько, по Вашему мнению, беременные женщины нуждаются в психологической помощи?

помощь совершенно не нужна	помощь скорее не нужна	помощь не помешает	скорее нужна	совершенно необходима
----------------------------------	------------------------------	-----------------------	-----------------	--------------------------

Влияет ли отсутствие психологической поддержки на качество жизни беременной женщины?

<sup>21</sup> Разработан специалистами Отдела социально-психологической помощи Служба «Молодежь и семья» ГУ ЯО ЯОМИЦ

качество жизни не меняется	качество жизни снижается не существенно	качество жизни снижается	качество жизни существенно снижается	качество жизни крайне снижается
----------------------------	---	--------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

Нужно ли посещать групповые занятия психологического сопровождения беременности?

нет	скорее не нужно	желательно, но не обязательно	скорее нужно	да, это необходимо
-----	-----------------	-------------------------------	--------------	--------------------

Насколько Вам как беременной женщине необходима психологическая поддержка группы?

мне это не нужно	скорее не нужно	желательно, но не обязательно	скорее нужно	это необходимо
------------------	-----------------	-------------------------------	--------------	----------------

### **Инструкция к обработке результатов**

Первичная обработка результатов осуществляется вручную.

По опроснику оценки уровня мотивации необходимо присвоить каждой клетке таблицы в бланке ответов определенный балл в соответствии с ключом и сосчитать общее количество баллов в отмеченных участницей клетках. Это число не должно быть меньше 0 и больше 16.

### **Расчет показателей**

Расчет итоговых показателей по каждому циклу занятий и средних данных по темам за отчетные периоды производится при помощи компьютерной программы. Для работы программы необходимо ввести следующие данные (по каждому циклу занятий):

1. Месяц окончания цикла занятий.
2. Тема цикла занятий (выбирается из предложенного списка).
3. Наименование цикла занятий.
4. Количество человек, опрошенных до начала занятий.
5. Сумма баллов по группе по опроснику оценки информированности (до начала занятий).
6. Сумма баллов по группе по опроснику оценки мотивации (до начала занятий).

7. Количество человек, опрошенных после занятий.
8. Сумма баллов по группе по опроснику оценки информированности (после занятий).
9. Сумма баллов по группе по опроснику оценки мотивации (после занятий).
10. Сумма баллов по группе по опроснику оценки удовлетворенности (после занятий).

**Ключ  
к опроснику «Оценка уровня мотивации» для I и II блоков программы**

1. Насколько, по Вашему мнению, беременные женщины нуждаются в психологической помощи?

помощь совершенно не нужна	помощь скорее не нужна	помощь не мешает	скорее нужна	совершенно необходима
0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

2. Влияет ли отсутствие психологической поддержки на качество жизни беременной женщины?

качество жизни не меняется	качество жизни снижается не существенно	качество жизни снижается	качество жизни существенно снижается	качество жизни крайне снижается
0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

3. Нужно ли посещать групповые занятия психологического сопровождения беременности?

нет	скорее не нужно	желательно, но не обязательно	скорее нужно	да, это необходимо
0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

4. Насколько Вам как беременной женщине необходима психологическая поддержка группы?



мне это не нужно	скорее не нужно	желательно, но не обязательно	скорее нужно	это необходимо
0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

### **Интерпретация показателей**

Показатель «Динамика мотивации» отражает изменения, которые произошли в уровне мотивации участниц по результатам проведения цикла занятий. Они выражаются в процентах и могут принимать значения от – 100% до + 100%. К примеру, динамика мотивации составила 12,88%. Это значит, что по итогам цикла занятий мотивация участниц по теме повысилась на 12,88%. Если показатель динамики отрицательный, это значит, что мотивация по итогам занятий снизилась.

### **Приложение 17**

#### **Социализация несовершеннолетних беременных.**

В настоящее время актуальной проблемой остается проблема несовершеннолетнего материнства. Спектр причин подростковой беременности достаточно широк: нарушенные детско-родительские отношения, низкий уровень психосексуальной культуры, беспорядочные интимные связи, изнасилование, беременность как решение проблем, желание, выгода или просто психологическая перестройка личности. В любом случае беременность в раннем возрасте не всегда является желанной.

Можно утверждать, что само по себе несовершеннолетнее материнство не может исключительно квалифицироваться как проблема. Не возраст сам по себе, а общественное мнение не позволяет молодой маме социально адаптироваться и выработать для себя, а значит и для будущего ребенка положительный жизненный сценарий.

Адаптация несовершеннолетних беременных, молодых матерей к взрослой жизни, материнству затруднена по многим причинам: они, как правило, не успевают получить среднее образование, у них нет возможности устроиться на работу. Юные матери экономически зависимы от своих родителей, ближайшего окружения, которые обычно довольно остро реагирует на их необычное положение, в качестве решения проблемы часто предлагая аборты.

Несовершеннолетние беременные (молодые матери), попадая в ситуацию стресса, нуждаются в многоаспектной поддержке: психологической, медицинской, социальной и правовой.

Поэтому очень важна поддержка несовершеннолетних беременных и юных матерей.

Помощь несовершеннолетним беременным (несовершеннолетним матерям) должна быть следующей:

- получение консультации врача о состоянии здоровья, состоянии ребенка, возможностях, которые возникают в связи с состоянием несовершеннолетней беременной или несовершеннолетней матери, встать на учет, получить лечение и т.д.;

- организация социально-психологической помощи для ближайшего социального окружения несовершеннолетних матерей, поддержать и возможно направить тех, кто будет оказывать помощь и поддержку маме и ребенку;

- работа над ответственным отношением к материнству, развитием и укреплением материнских чувств (привязанности) (создание программ, занятий);

- решение вопроса профессионального обучения, обсудить возможности, которые обязательно изменятся с появлением на ее попечении ребенка (необходим ли академический отпуск, в какой профессии она может реализоваться);

- помощь в материальном плане: оформление необходимых пособий и как это сделать, какие документы собрать, какие выплаты может получить сама мама;

- организовать психологическую поддержку.

Юное материнство требует моральных сил, а у большинства несовершеннолетних матерей к наступлению беременности накапливается негативный багаж, который, скорее всего, будет осложнять процесс заботы о ребенке. Если обеспечить несовершеннолетнюю беременную благоприятными социально - психологическими условиями, то можно сформировать адекватное ответственное материнство и осознанное родительство.

Осознанное родительство включает в себя прежде:

- осознанность когнитивной составляющей семейных ценностей, установок и ожиданий родителя, родительских позиций, чувств, родительского отношения, родительской ответственности, стиля воспитания;

- понимание себя, своих реакций, мотивов родительского поведения, осознание родительской составляющей своей личности;

- осознание родительского единства себя и своего брачного партнера, включая потребность в родительском единстве (осознание себя родителями, а не только матерью и отцом).

Материнство несовершеннолетних в современных условиях не должно квалифицироваться исключительно как проблема. Благополучная ситуация в родительской семье и в редких случаях, хорошие отношения с отцом ребенка фактически являются тем ресурсом, с помощью которого эти трудности вполне преодолимы. Тот факт, что девушки не отказались от ребенка, можно расценивать как ответственную позицию. Доброжелательная семейная атмосфера, социальная поддержка близких, устойчивость социально-экономического и брачного статуса женщины могут в большой степени нейтрализовать социальные факторы риска.

Очень важно оказывать психологическое сопровождение и социально-психологическую поддержку несовершеннолетним беременным (юным матерям).

Психолого-педагогическое сопровождение можно рассматривать как двухсторонний процесс, направленный, с одной стороны, на повышение собственной активности несовершеннолетней беременной (юной матери), посредством изменения отношения к себе, к будущему малышу (к своему малышу), с другой, на изменение отношения к ней и её ребенку со стороны общества и ближайшего окружения.

Психологическая помощь несовершеннолетней беременной (юной матери) направлена на осознание и принятие своего нового статуса и новой социальной роли, формирование мотивации и ответственного отношения к себе и своему ребенку.

#### ***Цели и задачи социально-психологической поддержки.***

1. Формирование безопасной поддерживающей социальной среды через организацию работы с родителями (законными представителями) и ближайшим окружением, направленной на сохранение и восстановление родственных связей, устранение факторов риска.

2. Развитие механизмов социально-психологической поддержки путем расширения социальных услуг и организации социального сопровождения (в период беременности и после рождения ребенка) с использованием эффективных технологий и практик работы, включая дистанционные; развитие социальной инфраструктуры, обеспечивающей адресность, полноту и эффективность социально-психологической поддержки.

3. Формирование у несовершеннолетних матерей положительных жизненных ориентиров на материнство, семейные ценности и осознанное родительство, профилактика отказов от детей.

4. Совершенствование информационно-просветительской работы в отношении несовершеннолетних матерей и их ближайшего окружения с использованием различных информационных ресурсов, включая Детский телефон доверия.

5. Создание условий для развития личностного потенциала несовершеннолетних матерей, в том числе формирование здорового образа жизни у несовершеннолетних в период беременности и после появления новорожденного, оказание им содействия в защите законных прав и интересов, получении образования и дальнейшем трудоустройстве.

Социально-психологическая поддержка оказывается несовершеннолетним матерям в период беременности и после рождения ребенка до достижения положительной динамики и стабилизации ситуации в семье.

Психологическое сопровождение включает в себя:

- а) комплексную диагностику;
- б) экстренную психологическую помощь;
- в) эмоциональную поддержку, разрешение личностных проблем, актуализацию собственного потенциала;
- г) подготовку несовершеннолетних матерей к самостоятельной жизни и мобилизации собственных ресурсов;
- д) воспитание ответственного отношения к материнству, развитие и укрепление материнских чувств (привязанности);
- е) психологическое консультирование и коррекция;
- ж) профилактику аномального материнства (в том числе, отказа от новорожденных).

Основные формы и методы работы с несовершеннолетними определяются исходя из специфики факторов риска и сложившейся ситуации:

- предоставление временного комфортного нахождения несовершеннолетних матерей в период беременности и после рождения:
- индивидуальные консультации, беседы;
- кризисное консультирование;
- тематические встречи, в том числе, в рамках клубных сообществ;
- организация групп социально-психологической поддержки;
- тренинги;
- занятия;
- мастер-классы;
- организация работы школы молодой матери;

– краткосрочные курсы получения профессии (продавец, парикмахер, повар);

Для беременных несовершеннолетних необходимым является создание программы, которая предполагает курс групповых занятий и индивидуальных консультаций, направленных на формирование ответственного отношения к материнству, развитие и укрепление материнских чувств, и включающих в себя определенные психотерапевтические методы, развитие навыков творческого самовыражения, направленные на снижение тревожности, страхов и невротических проявлений у женщин. Предусматривается воспитание чувства материнства через установление и формирование духовной связи между матерью и ребенком, повышение уровня ее материнских компетенций, осознание личностных смыслов и ценностей материнства.

Ценностью групповой формы работы является возможность взаимодействия с несколькими людьми и их переживаниями, получение большего количества обратной связи, поддержки, возможность проживания социальных установок и ролей. Беременные похожи и, в то же время, не похожи в своих эмоциях.

В процессе групповой работы они учатся пониманию своего состояния, а также пониманию других людей – сопереживанию.

Групповая форма работы позволяет обсудить, проработать интересующие женщин вопросы, в безопасных условиях, показывает, что она не одинока, у других есть похожие проблемы, тревоги. Данная форма работы оказывает огромное позитивное влияние на беременную женщину.

Большинство занятий включают в себя теоретический блок (сообщается информация по различным темам в форме лекции - беседы) и практический блок, который включает в себя упражнения для достижения поставленной цели, 1-2 упражнения для достижения эмоционального расслабления (комфорта).

Каждое занятие начинается с обсуждения эмоционального состояния участников, их настроенности на работу, их возможных пожеланий и просьб.

В конце каждого занятия проводится обсуждение впечатлений от упражнений, чувств по поводу них, пожеланий на будущие занятия.

## **СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ**

Занятие делится на 2 части с перерывом 10 минут.

**1-ая часть (40 минут)** работа в группе, включает в себя теоретическую часть – лекции-беседы по различным темам;

**2-ая часть (45 минут)** – тренинг.

## **Методы и приемы работы**

1. Тематические беседы – лекции.
2. Аутогенная тренировка.
3. Телесно-ориентированная терапия.
4. Арт-терапия.
5. Ролевые игры.
6. Визуализации.
7. Гапнотомия (поглаживания, легкие постукивания живота), голосовые упражнения, приемы дыхательной гимнастики.
8. Ароматерапия (используется на протяжении всех занятий).
9. Спокойная медленная музыка (используется на протяжении всех занятий).

На протяжении всех занятий будущая мама ведет рабочую тетрадь.

Эта работа, позволяет повысить значимость перинатального периода развития ребенка, отследить все этапы становления родительских чувств, подготовиться к сознательному материнству. В рабочую тетрадь заносятся наблюдения беременной женщины за своими эмоциональными состояниями, мысли и впечатления от посещаемых занятий, выполняются отдельные упражнения занятий с психологом в виде опросников, рисунков, перспективных планов. В дальнейшем это позволяет проанализировать свой путь развития, становления за этот период и может быть полезным при воспитании ребенка.

Несовершеннолетние беременные требуют дифференцированного подхода. Педагог-психолог должен не только проводить занятия, но и следить за реакциями слушательниц, чутко реагировать на них.

Проблема подростковой беременности и юного материнства является актуальной, очень важно оказывать поддержку и помощь юным беременным и молодым матерям. Необходимо разрабатывать специальные программы помощи «маленьким мамам», которые позволили бы снизить риски, с которыми сталкиваются несовершеннолетние, уменьшить количество абортов и отказов от ребенка среди юных матерей.

## **Примерное содержание групповых занятий по работе с несовершеннолетними беременными.**

### **Занятие.**

#### **Цель:**

- повышение самооценки несовершеннолетних беременных;
- повышение компетентности будущих матерей в вопросах жизни ребенка до рождения, информирование о внутриутробном развитии ребенка, формирование представления о плоде как социальном существе;
- создание позитивных установок на благоприятное течение беременности и обучение навыкам саморефлексии, самопонимания;
- приобретение уверенности в своём будущем и будущем ребёнка.

Ритуал приветствия участников

Разминка.

Содержание занятия:

Лекция/видео: «Жизни ребенка до рождения, внутриутробное развитие ребенка.

Формирование представлений о плоде как социальном существе» (лекция психолога).

### **Упражнение 1 «Три плана»**

Цель: научиться акцентировать внимание на своих чувствах, отделять их от мыслей и внешнего мира, принятие "нового Я" беременной женщиной.

Процедура: сейчас посмотрите на своего соседа слева, на следующие 15 минут вы будете работать с ним в паре. Прошу сесть вас напротив друг друга и закрыть глаза на одну минуту. Ваша задача, как можно полнее почувствовать внешние воздействия: слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные. Примите удобное положение, расслабьтесь... Откройте, пожалуйста, глаза. Теперь расскажите друг другу, какие внешние воздействия вы ощутили на себе, начиная со слов: «Во внешнем плане ощущала...».

#### ***Обсуждение ощущений.***

Еще раз закрываем глаза, теперь в течении минуты обращаем внимание только на ощущения, идущие от своего тела, стараясь как можно полнее почувствовать и осознать свои мышечные ощущения, напряжение или расслабленность царят в вашем теле, сосредоточьтесь на дыхании и т. д.

Минута истекла, расскажите друг другу, что происходило с вашим телом за эту минуту, начиная словами: «Во внутреннем плане я ощущала...».

#### ***Обсуждение ощущений.***

Расскажите друг другу, какие мысли были у вас, когда вы закрывали глаза, о чем вы думали?

#### ***Обсуждение в круге.***

- Что было легче формулировать - чувства, мысли?
- Что помогало вам, а что мешало в выполнении этого задания?

## **Упражнение 2 «Хоровод»**

Цель: повышение самооценки и уверенности в себе, формирование направленности личности будущих матерей на счастливое ответственное материнство.

Процедура: сейчас давайте разделимся на две равные группы и образуем два круга внутренний и внешний стоя лицом друг к другу. Стоящие лицом друг к другу образуют пару. Теперь участник, стоящий во внутреннем круге, оказывает искренний вербальный знак внимания партнеру, стоящему напротив, то есть говорит ему что-либо приятное. Тот отвечает: «да, конечно, но кроме того я еще и ... (называет то, что в себе ценит, и акцентирует особое внимание на своем положении), поэтому я уверена, что буду замечательной мамой, а мой ребенок будет счастлив. Знаками внимания могут быть отмечены поступки, навыки, внешность и др. Затем партнеры меняются ролями, после чего делают шаг влево и таким образом, образуют новые пары, взявшись за руки. Все повторяется до тех пор, пока не будет сделан полный круг.

### ***Рефлексия:***

- - Какие чувства вы испытывали, когда оказывали другому знаки внимания?
- - Что вы чувствовали, когда знаки внимания оказывали вам?
- - Легко ли вам было реагировать на оказанные знаки внимания заданным образом?

## **Упражнение 3 Арт-терапевтическая техника «Я в ожидании ребенка»**

(выдают листы формата а4 и цветные карандаши)

**Цель:** принятие нового образа «Я», осознание материнской роли.

**Процедура:** Возьмите, пожалуйста, лист, карандаши и нарисуйте себя в данный период вашей жизни. Так как вы видите себя. Прошу не подписывать листы.

Теперь прошу перевернуть листы и передать их мне. Сейчас я буду показывать рисунки, а вы попробуйте догадаться, кто изображен на рисунке.

Итак, мы определились, кто на этом рисунке, а теперь, спросим у автора, что бы он хотел сам дорисовать на этой картине, а теперь ваши предложения, что бы вы добавили такого, что сделало бы рисунок более живым и полным и, если автору понравится эта идея, он даст разрешение дорисовать это на его картине. Обсуждается каждый рисунок и отдается владельцу.

У каждого в руках свои рисунки, что вы чувствуете, держа его в руках?

Положите, пожалуйста, руки на живот, примите удобное положение, подумайте о себе, что вы чувствуете сейчас. Подумайте о своем ребенке, который живет под вашим сердцем, что он чувствует сейчас, когда вы думаете



о нем, погладьте живот, мысленно скажите, как вы любите его, как он желанен, как все его любят и ждут.

Откройте глаза, как вы себя чувствуете?

#### **Упражнение 4 «Свеча»**

**Цель:** приобретение уверенности в своём будущем и будущем ребёнка.

**Процедура:** ведущий зачитывает текст: вы видите маленький огонёк свечи, он дрожит в темноте. От него исходит мягкий свет, тепло, от него веет покоем и умиротворением. Огонь был всегда, он был до нас и будет после нас. Он напоминает нам о том, что наша жизнь – это короткий миг. За это короткое время нам предстоит успеть очень многое.

Вы уверены в себе, полны сил и здоровья. Вы понимаете, что не стоит раздражаться и расстраиваться по пустякам. Вы стараетесь направить всю силу и энергию вашего организма на то, чтобы ваша беременность прошла нормально.

Постарайтесь запомнить это (состояние беременности), ваши чувства, ощущения, мысли. Будьте горды тем, что вам дана возможность испытать состояние ожидания материнства. Далеко не все женщины получают этот дар.

Вы даёте начало новой жизни. Каким родится ребёнок, во многом зависит от вас, зависит от того, сколько добра, мудрости и искренности вы можете ему отдать.

Но в данную минуту вы твёрдо верите в то, что вы – прекрасная мать для ребёнка. И это действительно так. Вы уверены, что ребёнок появится на свет здоровым и красивым и станет для вас самым дорогим и любимым существом. А момент появления уже приближается. И это прекрасно.

Вы молоды и сильны. Вы уверенно и спокойно преодолеваете все жизненные трудности, они только подтверждают вашу уверенность в том, что жизнь прекрасна.

Впереди ещё много-много непрожитых лет, дней, часов, минут, мгновений. Мгновений счастья, удивления, восторга, огорчений, сомнений, отчаяния. Вы знаете, об этом и всякий раз благодарите судьбу за то, что все это дано вам. Вам дано время и дана возможность чувствовать.

Огонь согрел вас, успокоил и вселил уверенность. Сейчас мы включим свет и задует свечу, но состояние покоя, уюта и тепла ещё долго не покинет вас.

**Рефлексия:** получение обратной связи от участниц, выражение чувств участницами.

**Ритуал завершения занятия.**

**Тематический план проведения индивидуальных занятий с  
несовершеннолетними беременными и юными матерями.**

<b>№ п/п</b>	<b>Мероприятие</b>	<b>Количество часов (из расчета в среднем на одного клиента)</b>	<b>Ответственный</b>
1.	Психологическая диагностика.	2	Психолог
2.	Психологическое консультирование беременной, родителей несовершеннолетней беременной.	По запросу	Психолог
3.	Органическое развитие плода в перинатальный (дородовый) период. Характерные изменения плода в 1 триместре.	1	Психолог Социальный педагог
4.	Органическое развитие плода в перинатальный (дородовый) период. Характерные изменения плода во 2 триместре.	1	Психолог Социальный педагог
5.	Органическое развитие плода в перинатальный (дородовый) период. Характерные изменения плода в 3 триместре.	1	Психолог Социальный педагог
6.	Психический статус не рождённого ребенка.	1	Психолог
7.	Факторы риска в развитии плода. Гигиена беременных.	1	Психолог Социальный педагог
8.	Физиология родов.	1	Психолог
9.	Преждевременные роды. Последствия.	1	Психолог
10.	Кесарево сечение.	1	Психолог
11.	Помогающее поведение матери при родах.	1	Психолог
12.	Дыхательные и расслабляющие техники.	3	Психолог

13.	Изменение веса и строения тела беременной.	1	Психолог
14.	Изменение эмоционального состояния беременной по триместрам.	1	Психолог
15.	Личностные изменения женщины в период ожидания ребенка.	1	Психолог
16.	Работа со страхами беременной женщины.	2	Психолог
17.	Роды без боли.	1	Психолог
18.	Работа на снижение уровня тревожности и раздражительности у несовершеннолетних беременных.	2	Психолог
19.	«Особенности взаимоотношений в семье в период ожидания ребенка»	1	Психолог Социальный педагог
20.	«Организация грудного вскармливания».	2	Педиатр
21.	Социальные гарантии несовершеннолетней матери.	1	Специалист по социальной работе.
22.	Права и обязанности несовершеннолетних родителей.	1	Специалист по социальной работе.
23.	«Особенности взаимоотношений в семье после рождения ребенка»		Психолог Социальный педагог
24.	Отношения «мать и дитя» (детско-родительские отношения) «Мама, я тебе нужен!».	1	Психолог Социальный педагог
25.	Физиологические и психические особенности ребенка от рождения до 1 года.	1	Психолог Социальный педагог
26.	«Мое здоровье – здоровье моей семьи». Репродуктивное здоровье.	1	Социальный педагог
27.	Вредные привычки и их влияние на здоровье». Твой малыш и курение.	1	Социальный педагог

28.	Правила гигиены. Здоровье и красота женщины.	1	Социальный педагог
29.	«Дом – территория здоровья». Санитарно-просветительское занятие.	1	Социальный педагог
30.	«Домашняя экономика».	1	Социальный педагог
31.	Подготовка ребенка к МБДОУ.	1	Социальный педагог Психолог.
32.	«Твое будущее в твоих руках». Профорientационные беседы.	1	Социальный педагог
33.	«Все в твоих руках» - тренинг личностного роста.	1	Социальный педагог Психолог.

## Список литературы

1. Андриянова Е.А., Новокрещенова И.Г., Аранович И.Ю. Готовность к роли матери: медико-социологический анализ факторов формирования // Изв. Саратов. ун-та Нов. Сер. Социология. Политология. 2011. №4. С.5-12
2. Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Панкратова М.С. Некоторые результаты социологического и психологического обследования женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей// Вопросы психологии. 1994. N 5. С. 31-36.
3. Брутман В.И., Северный А.А. Нежеланная беременность как фактор риска психической патологии будущего ребенка // Актуальные вопросы детской психоневрологии: Материалы республиканской конференции. Томск, 1992. 1992. С.29 - 30.
4. Брутман, В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика: психологического состояния женщин во время: беременности; и после родов; Текст.// Вопросы психологии. 2002. № 1. С. 59 - 68.
5. Василенко Т.Д. Переживание беременности как фактор принятия социальной роли матери в контексте жизненного пути личности. // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2011. № 1. С. 93-97.
6. Волкова В.В. Психологические особенности отношения к материнству матерей-подростков Автореф...дис. кан. псих. наук. Петропавловск-Камчатский: КамГУ. 2005. 21 с.
7. Волкова, В.В. Проблемы психологической детерминации юного материнства // Проблемы психологии личности: возрастной, социальный и культурно-исторический аспект. Петропавловск-Камчатский, 2004. С. 9-23.
8. Григорьян И.Г. Некоторые психологические особенности готовности к материнству студенток различных профессиональных направлений // Научнометодический электронный журнал «Концепт». 2012. №2 (Февраль). С. 31–35.
9. Григорьян И.Г. Особенности психологической готовности студенток к материнству: Автореф...дис. кан. псих. наук. Москва: ПГСГА. 2012. 23 с. 11.
10. Григорьян И.Г. Факторы и психолого-педагогические условия формирования готовности студенток к материнству. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. т. 14. №2 (2). 2012. с. 362 - 365.