

КЛИНИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ В ПРОГНОЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ

Г.В. Залевский, Н.Л. Мамышева, И.Л. Шелехов (Томск)

Аннотация. Исследование посвящено личностным особенностям беременных женщин, составляющих группу риска возникновения девиантных форм материнского поведения. Рассматриваются возможные механизмы формирования девиантных форм материнского поведения, вызванных внутриличностным конфликтом, обусловленным конкуренцией ценностей, дефектами установок или неадекватной мотивацией деторождения. Отмечается актуальность данного направления психологических исследований для понимания механизмов возникновения нарушений материнского поведения, а также для разработки комплексных психокоррекционных и реабилитационных программ.

Ключевые слова: психология материнства, беременность, личность, девиантные формы поведения, внутриличностный конфликт, ценность, установка, мотивация, психокоррекционные мероприятия.

Девиантное материнство в настоящее время является одной из наиболее актуальных областей исследования психологии материнства как в практическом, так и в теоретическом аспектах [1]. Сюда включаются и проблемы, связанные с женщинами, отказывающимися от своих детей и проявляющими по отношению к ним открытое пренебрежение и насилие, и проблемы нарушения материнско-детских отношений, которые служат причинами снижения эмоционального благополучия ребенка и отклонений в его психическом развитии в младенческом, раннем и дошкольном возрастах [4–6].

По данным Г.В. Скобло, А.А. Северного, А.А. Баландиной (1995), около 50% обследованных психически здоровых матерей не могли выработать адекватного отношения к ребёнку после его рождения. При исследовании готовности к материнству было обнаружено, что уже примерно у 40% беременных женщин выявляются те или иные особенности поведения, способные впоследствии оказать неблагоприятное влияние на психологическое развитие ребёнка (Копыл О.А., Бас Л.Л., Баженова О.В., 1994).

Отечественные исследователи [2] выделяют две группы причин, играющих особую роль в формировании нарушений родительно-детских взаимоотношений:

Отклонение личности самих родителей. Акцентуации личности и психопатии нередко предопределяют нарушения в воспитании. При неустойчивой акцентуации родитель чаще склонен проводить воспитание, характеризующееся гипопротекцией, пониженным удовлетворением потребностей ребенка, пониженным уровнем требований к нему. Инертно-импульсивная (эпилептоидная) акцентуация родителей чаще других обуславливает доминирование, же-

стокое обращение с ребенком. Стилль доминирования может также обуславливаться чертами тревожной мнительности. Демонстративно-гиперкомпенсаторная акцентуация личности и истероидное расстройство личности у родителей нередко предрасполагают к противоречивому типу воспитания: демонстрируемая забота и любовь к ребенку при зрителях и эмоциональное отвержение в отсутствие таковых. Во всех случаях необходимо выявить отклонение личности родителей, убедиться в том, что именно оно играет решающую роль в возникновении нарушений в воспитании.

Психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка. В основе негармоничного воспитания может лежать какая-то личностная проблема, чаще всего носящая неосознаваемый характер и связанная с ранее не реализованной потребностью. Родитель пытается разрешить её (удовлетворить потребность) за счет воспитания ребенка. Попытки разъяснительной работы, уговоров изменить стиль воспитания оказываются неэффективными. Перед психологом и врачом-психотерапевтом встает трудная задача – выявить психологическую проблему родителя, помочь ему осознать её, преодолеть действие защитных механизмов, препятствующих такому осознанию [2].

Д. Пайнз [3] считает, что важными причинами отказа от ребенка или других форм отклоняющегося материнского поведения является психологический инфантилизм, стимулирующий проявление у таких женщин садистских черт по отношению к ребенку, и разные формы подавления инфантицидных импульсов. К. Бонне выявила некоторые общие черты развития беременности у таких женщин. Так, для них характерным оказалось позднее обнаружение бере-

менности, и еще более позднее обращение к врачу, блокирование развития чувства привязанности к ребенку. К. Бонне полагает, что это является симптомом риска отказа. Она также считает, что это связано с защитным отрицанием, скрывающим под собой инфантицидный комплекс. Важным объектом исследований в последние годы стал один из вариантов родительской жестокости – психологическое неприятие матерью своего ребенка, или «скрытый инфантицид», «скрытый инфантицидный комплекс», который проявляется в «стремлении уничтожить своего ребенка» и «защитном отрицании» этого побуждения, вызывающего острое чувство вины [4]. Данное социальное явление в нашей стране имеет тенденцию к постоянному росту [5, 6]. Оно часто наблюдается у матерей с высоким социальным статусом, в мотивационно-личностной сфере которых присутствует конкуренция ценностей.

Исследования, направленные на выяснение причин, лежащих в основе девиантного материнского поведения, указывают на полиморфизм факторов, predisposing к этому [1, 5, 6, 9]. Одним из существенных, но малоизученных аспектов проблемы является обнаруженный еще в начале XX в. феномен искаженного восприятия матерью своего нежеланного ребенка. В последующем аналогичные явления наблюдались у женщин с послеродовой депрессией (Мухамедрахимов Р.Ж., 1994; Саватье С., 1982; Lebovici S., 1988). Лебовиси (1988) предположил, что эти изменения связаны с эмоциональным состоянием женщины, амбивалентно переживающей резкое расхождение между реальным и «идеальным» ребенком, о котором мать мечтает во время беременности. При этом он может восприниматься как существо, обманувшее ее надежды, источник принуждения и страдания. Жадаш считает, что к таким искажениям особенно predisposed одинокие матери с их повышенной тревожностью, потребностью в благодарности, с неосознанным чувством вины. Они легко проецируют на новорожденного «дурную часть самих себя» или образ исчезнувшего родителя (ребенок воплощает в себе зло, которое они испытали; все, в чем они себе отказывают; он воспринимается ими как симптом поражения в личной жизни). С точки зрения Саватье, материнская амбивалентность естественна. Однако у невротических личностей это может привести как к отвержению своего ребенка, так и к особой сверхкомпенсации в виде стремления к пронизанному тревогой «безупречному материнству».

Как показывают данные исследований, у женщин, отвергающих своих детей, искажения в восприятии младенца прослеживаются уже во время вынашивания нежеланной беременности. Отмечено, что у таких беременных перцептивные искажения захватывают даже область телесной чувствительности.

Это приводит в том числе к известным феноменам – гипозестезии и гиперэстезии шевеления плода [4–6].

Проведенное отечественными авторами изучение психологического состояния женщин, вынашивающих нежеланного ребенка и впоследствии отказывающихся от материнства, обнаружило резкие, но вполне стереотипные изменения в психической сфере: инфантильность, эгоцентризм, повышенная агрессивность [4–6]. Причем было очевидно, что эти психологические свойства обусловлены не только личностными особенностями женщин. В отношении к ребенку проигрывается невротический конфликт, истоки которого скрываются в родительской семье будущей матери [4].

Результаты предыдущих работ [4–9] свидетельствуют о преемственности стилей переживания беременности и материнского отношения к ребенку. Адекватный стиль переживания беременности устойчиво коррелирует с ценностью ребенка и с адекватностью материнского отношения к нему. Эмоционально отстраненный стиль переживания беременности устойчиво сочетается с низкой ценностью ребенка и эмоционально отстраненным, регулирующим стилем материнского отношения. Тревожно-амбивалентный стиль переживания беременности коррелирует с пониженной или неадекватно завышенной ценностью ребенка и тревожно-амбивалентным стилем материнского отношения. Следовательно, при обследовании женщин можно по особенностям протекания беременности выделить группы риска в отношении девиантного материнства [4].

Эмоционально отстраненный стиль переживания беременности, наиболее трудный для коррекции, ведет к такому же типу материнского отношения (эмоционально отстраненному, регулирующему), который плохо поддается коррекции как в раннем, так и в более старшем возрасте ребенка [7–9].

Дианора Пайнз рассматривает беременность как критический период жизни женщины, важнейшую стадию ее полоролевой идентификации и совершенно особую ситуацию для адаптации. Нередко в этот период актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы, осложнявшие взаимодействие с собственной матерью [3]. Наряду с особенностями, отличавшими модель материнства, заданную матерью будущей роженицы, в переживаниях беременности немалую роль играет и успешность адаптации женщины к супружеству [10]. В динамике личностных изменений отмечается инфантилизация, обострение внутриличностных конфликтов, рост зависимости, усиление тревожности [8, 10].

На реализацию женщиной материнской функции оказывает влияние совокупность следующих факторов: индивидуальные особенности личности и семейного воспитания, культурный и социальный статус.

Наиболее оптимальным является вариант, когда материнство рассматривается женщиной как самоцель (обеспечение условий для развития ребёнка), а ребенок обладает самостоятельной ценностью. В противном случае рождение ребенка для женщины вполне может быть (или стать в результате соответствующего психологического воздействия, оказываемого в некоторых группах подготовки к сознательному родительству) средством для достижения целей самореализации и самоактуализации, самоутверждения и экономического расчета, что будет свидетельствовать о замене самостоятельной ценности ребенка на ценности из других потребностно-мотивационных сфер. А это является отрицательным фактором в материнско-детском взаимодействии [4, 7, 12].

Нами проводилось обследование группы беременных, находящихся на разных сроках беременности – от 6 до 39 недель. Исследование проводилось на базе акушерских клиник СибГМУ, женской консультации родильного дома им. Н.Н. Семашко (г. Томск) и родильного дома № 1 (г. Ленинск-Кузнецкий) сплошным методом на добровольной основе (135 человек, беременных в возрасте от 19 до 29 лет, из них 96 – перво- и 39 – повторнородящих, средний возраст 24 ± 6 лет). Беременные обследовались по единой диагностической программе, включающей опрос (структурированное интервью) и заполнение карты обследования.

Беременность, как и болезнь, не может быть представлена пациентке иначе, как в виде внутренней картины состояния. В ходе исследования внутренней картины беременности были получены данные, представленные в табл. 1, 2.

Установлено, что к астенодепрессивному типу реакции наиболее склонны личности с выраженными циклоидными и гипотимными чертами. Психас-

тенический тип реакции наиболее характерен для психастеников, ипохондрический чаще всего встречается у психастеников и эпилептоидов. Истерический тип реакции отмечается у личностей с преобладанием демонстративных черт, а эйфорически-анозогнозический – у циклоидных, гипертимных и истероидных личностей (табл. 3).

Анализируя полученные данные, можно выделить взаимосвязь между отношением к беременности, вариантами реакций личности на беременность и структурой внутренней картины беременности. Так, преобладание во внутренней картине беременности сенситивного (чувственного) уровня отмечается при истерическом и ипохондрическом типах реакции на беременность. Доминирование сенсорного уровня отмечается у женщин с ипохондрическим и психастеническим типом реакции; идеаторный уровень (мысли о беременности) чаще наблюдается у личностей с ипохондрическим вариантом реакции; а информационный уровень характерен для ипохондрического типа реакции и нормонозогностического отношения к беременности.

По результатам проведенных исследований контингент обследованных был разделен на 3 группы: группа 1 – компенсированное отношение к беременности; группа 2 – субкомпенсированное; группа 3 – декомпенсированное отношение. При использовании психодиагностической методики «Роза «качества жизни» (И.А. Гундаров) [11], позволяющей провести самоанализ удовлетворенности жизнью, был выявлен общий уровень соматического и психического здоровья (табл. 4)

Женщины с компенсированным отношением к беременности в наибольшей степени оценивают свое состояние как состояние физического и психологическо-

Таблица 1

Отношение к беременности (нозогнозия) в среднем в группе

Тип отношения	% обследованных
Нормонозогностическое	33,5
Ипохондрическое	9,5
Депрессивное	11,5
Нозофильное	4,5
Нозофобное	11,1
Гипонозогнозия	21,4
Гипернозогнозия	8,5

Таблица 2

Варианты реакций личности на беременность
в среднем в группе (по Л.Л. Рохлину)

Тип реакции	% обследованных
Астенодепрессивный	15
Психастенический	16
Ипохондрический	11
Истерический	48,5
Эйфорически-анозогнозический	9,5

Таблица 3

Структура внутренней картины беременности (в среднем по группе)

Ведущий уровень внутренней картины беременности	% обследованных
Сенситивный (чувства)	68
Сенсорный (ощущения от плода)	12,5
Идеаторный (мысли о беременности)	13,5
Информационный (знания о беременности)	6

Таблица 4

Значение показателей удовлетворенности качеством жизни в трех группах испытуемых (в среднем по группе), усл. ед.

Показатели	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Семья	100	80	50
Дети	100	85	60
Здоровье	90	80	60
Материальный достаток	80	75	50
Жилищные условия	85	80	60
Питание	100	90	60
Условия в районе проживания	90	90	70
Духовные потребности	100	80	80
Общение с друзьями	100	80	60
Развлечение, отдых	100	70	50
Положение в обществе	100	90	60
Работа	100	100	70
Сексуальная жизнь	90	90	50
Душевный покой	90	85	35

го комфорта. Пациентки из группы 2 не в полной мере удовлетворены своим состоянием, из группы 3 (декомпенсированное отношение к беременности) оценивают свое состояние как невысокий уровень соматического и психического здоровья. Наиболее низкий уровень удовлетворенности наблюдается по таким показателям, как семья, материальный достаток, развлечение и отдых, сексуальная жизнь, душевный покой.

Изучение мотивации к деторождению в обследованных группах (опросник Н.Л. Мамышевой) показало, что основным мотивом к деторождению в группе 1 является обоюдное желание супругов иметь ребёнка; в группе 2 наблюдается преобладание двух мотивов – обоюдное желание супругов иметь ребёнка и стремление сохранить семью; а в группе 3 ведущим мотивом рождения ребенка является стремление сохранить семью (табл. 5).

Использование цветового теста отношений Эткинда [12], направленного на определение степени

принятия собственного «Я», будущего ребенка, и отца ребенка выявило, что группа 1 характеризуется максимальной степенью принятия собственного «Я», ребенка и брачного партнера; для группы 2 отмечены усредненные показатели; в группе 3 преобладает формальное принятие (табл. 6).

Сравнивая контингент обследованных женщин по группам, можно говорить о благоприятном течении беременности и успешном формировании материнской функции, в группе 1; недостаточно полном формировании социально-ролевой материнской функции, у женщин, входящих в группу 2; наличие оснований для прогнозирования девиантных форм материнского поведения в группе 3.

В результате проведенных исследований нами также был выявлен ряд факторов, способствующих формированию девиантных форм материнского поведения, различных эмоционально-волевых и когнитивных нарушений, в ряде случаев расстройств

Таблица 5

Значение показателей мотивации к деторождению в трех группах испытуемых (в среднем по группе), %

Основной мотив	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Стремление сохранить семью	5,5	27,5	59,5
Желание другого супруга иметь ребёнка	5,5	3,0	2,5
Боязнь прерывания беременности в связи с состоянием здоровья матери	2	4,5	5,7
Собственное желание иметь ребёнка вопреки желанию супруга	7,4	9,5	8,9
Обоюдное желание супругов иметь ребёнка	79,6	55,5	23,4

Значение показателей психологического принятия субъектов в трех группах испытуемых
(в среднем по группе), %

Оценки	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Я			
Явное неприятие	3,0	3,9	11,6
Формальное неприятие	7,6	5,6	19,0
Формальное приятие	11,5	25,3	34,4
Явное приятие	77,9	65,2	35,0
Ребенок			
Явное неприятие	1,0	1,5	1,5
Формальное неприятие	3,5	4,0	4,2
Формальное приятие	6,5	23,0	59,0
Явное приятие	89,0	71,5	35,3
Отец ребенка			
Явное неприятие	2,2	3,0	15,4
Формальное неприятие	3,5	6,5	26,1
Формальное приятие	25,8	34,7	36,5
Явное приятие	68,5	55,8	22,0

преимущественно невротического и невротоподобного типа.

К неблагоприятным экзогенным факторам относятся: отсутствие гармоничных отношений в семье, когда рождение ребенка призвано исправить эти отношения; гибель брачного партнера; финансовые затруднения и неудовлетворенность жилищными условиями.

Неблагоприятные эндогенные факторы – это первая беременность; беременность, осложненная акушерской и экстрагенитальной патологией; наличие в анамнезе самопроизвольных аборт и поздние роды.

Могут быть выделены две группы женщин характеризующихся повышенной вероятностью формирования девиантных форм материнского поведения: группа 1 – женщины, находящиеся на содержании мужчины и служащие для организации его досуга; группа 2 – одинокие женщины, принимающие на себя функции мужчины по материальному обеспечению семьи. В эмоциональном отношении к ребенку у женщин группы 1 часто присутствует амбивалентность, а у женщин из группы 2 – эмоциональная холодность, обусловленная состоянием утомления. Женщины обеих групп сталкиваются со значительными трудностями в реализации семейных и материнских социальных функций. Для исследованного нами контингента женщин, имеющих предпосылки к форми-

рованию девиантного материнства, характерны следующие особенности: выраженный психический инфантилизм; дисфункция семейных отношений; нарушения нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сферы личности.

Психотерапевтическое воздействие, направленное на коррекцию девиантных форм материнского поведения, целесообразно проводить в следующих направлениях: формирование адекватной самооценки; увеличение чувства ответственности за свое поведение; формирование и стабилизация системы ценностей; расширение временной перспективы будущего и формирование позитивного жизненного сценария; обеспечение доступа к внутренним ресурсам; осознание и переформирование деструктивных паттернов поведения.

Материалы, полученные в результате проведенных исследований, позволяют повысить эффективность мероприятий, направленных на профилактику девиантных форм материнского поведения, коррекцию пограничных нервно-психических расстройств, протекающих на фоне беременности, а также могут использоваться в качестве основания для разработки перспективных коррекционных программ, направленных на формирование ролевой материнской функции и уточнение иерархии мотивов в материнской мотивационной сфере.

Литература

1. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 22–36.
2. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Методическое пособие // Серия «Психодиагностика: педагогу, врачу, психологу». Вып. 1 / Под общ. ред. Л.И. Вассермана. М.: Фолиум, 1996. 48 с.
3. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Пер. с английского Е.И. Замфир; Под ред. М.М. Решетникова. СПб.: Совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К., 1997. 195 с.
4. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. Т. 21, № 2. С. 79–87.
5. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. № 1. С. 59–68.

6. Брутман В.И., Филипова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. № 3. С. 110–118.
7. Хамитова И.Ю. Семейная история: влияние на переживание женщиной беременности и родов // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 3 (30). С. 125–150.
8. Филипова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 22–36.
9. Филипова Г.Г. Психология материнства (сравнительно-психологический анализ): Дис. ... д-ра психол. наук. М., 2001.
10. Varga A., Hamitova I., Sidorova V. Deviant mother, her parental family and baby perception. Reconciliation. New voices for a new era: XXII IFTA Family Therapy World Congress. Oslo, Norway, 2000. P. 162.
11. Семке В.Я., Красноперов О.В., Бабушкина Л.В. Этюды о сне. Томск: ТГУ, 1998. С. 38.
12. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. СПб.: Речь, 2002. 440 с.

INDIVIDUALLY-PSYCHOLOGICAL FEATURES PREGNANT IN THE FORECAST
OF FORMATION OF DEVIATING FORMS OF PARENT BEHAVIOUR

G.W. Zalevskyi, N.L. Mamysheva, I.L. Shelehov (Tomsk)

Summary. Research is devoted to personal features of the pregnant women making group of risk of occurrence of deviating forms of parent behaviour. Mechanisms of occurrence of deviating forms of parent behaviour caused by the neurotic conflict, a competition of values, defects of installations or inadequate motivation to birth of the child are considered. The urgency of the given direction of psychological researches for understanding of mechanisms of occurrence of infringements of parent behaviour, and as for development complex programs of correction of mentality and rehabilitation programs is marked.

Key words: psychology of motherhood, pregnancy, the person, deviating forms of behaviour, value, installation, motivation, correction of mental infringements.