

Ряд научных исследований, проведенных в последние годы, позволили по-новому взглянуть на проблему психологии личности, психологии жизни и смерти, истоков психического и физического здоровья, обусловленных различными обстоятельствами и факторами перинатального развития. Это прежде всего работы зарубежных исследователей: С. Грофа, Ж. Грабера, Ф. Дольто, Х. Никеля, С. Фанти, Д. Верни, А. Бертинаидр. Среди отечественных ученых этой проблемой занимаются Э.К. Айламазян, В.В. Абрамченко, А.С. Батуев, Г.И. Брехман, А.И. Брусиловский, К. Гайдебранд, А.И.Захаров, Ю. Змановский, Н.Н. Константинова и др. Кратко обобщив выводы исследований этих авторов, можно сказать, что они рассматривают перинатальную стадию жизни как первый этап человеческого существования, где различные факторы оказывают значительное влияние на развивающийся организм и психику, а взаимообусловленность духовного, психического и соматического наиболее наглядна и достоверна.

Важнейшими факторами, воздействующими на ребенка, являются факторы со стороны матери. Именно мать является автором жизненного сценария ребенка, который он впоследствии воспроизводит в своей жизни.

Для формирования ребенка далеко не безразлично не только то, чем мать питалась и каково было состояние ее здоровья, - не менее важно ее психологическое самочувствие, гармоничные взаимоотношения с окружающими, отсутствие страхов по поводу родов и жизни ребенка, излишних эмоциональных реакций на стрессы. Традиция предписывала тщательное соблюдение правил, направленных на охрану душевного спокойствия беременной женщины, т.к. именно ее психика формирует качества психики младенца.

Исследования подтвердили особую значимость первой реакции женщины на факт беременности для формирования качеств психики ребенка. Негативная реакция порождает самые тяжелые психические проблемы, мать закладывает так называемую программу «смерти и саморазрушения» в очень глубокие слои бессознательного своего ребенка. Это вполне понятно, если учесть тот факт, что время в утробе течет иначе, оно уплотнено, поэтому воздействие психических вибраций беременной женщины на ранних этапах внутриутробного развития формирует самые глубокие слои психики ребенка и влияют на всю его последующую жизнь.

В перинатальный период в организме и психике женщины происходят глобальные

преобразования, вырабатывается отношение женщины к своему еще не родившемуся ребенку. О характере этого отношения можно судить по особенностям взаимодействия будущей матери с ним, наличию или отсутствию воображаемого общения. Поэтому перинатальное развитие ребенка не есть «созревание», а скорее напоминает, по мнению В.Синельникова, процесс гальванопластики - нанесения золотого покрытия на пластину из обычного металла. И мать является тем мастером-ювелиром, который из простого природного материала создает произведение искусства. Но она еще и источник тех свойств, которые получит ребенок. Она - его первая Вселенная, в которой он обретает свое существование.

Любовь матери к своему ребенку, ее мысли о нем, общение с ним расширяют формирующиеся возможности ребенка, его клеточную память, определяя главные силы личности. Если мать сознательно готовилась к зачатию и родам, старалась всю беременность пребывать в позитивном состоянии, была чутка к своим желаниям и потребностям, во время беременности представляла будущего ребенка, его внешность, характер, прислушивалась к шевелениям, старалась понять их язык, нежными прикосновениями к животу стимулировала ответную реакцию, придумывала имя для мальчика и девочки, ощущала ребенка и как часть себя, и, временами, как отдельное существо, то тогда формируется гармоничная перинатальная матрица.

Нами было проведено эмпирическое изучение передачи первых сценарных посланий матери ребенку, жизненных позиций и функциональных эго-состояний рожениц, которые влияют на соматическое состояние, патологию беременности и родов. В исследование было включено 30 женщин в возрасте от 17 до 37 лет. При исследовании были использованы: структурированное интервью «Раннее сценарное программирование»; опросник «ОК-Томаса» для построения ОК-Коррала испытуемых; опросник «Личностного стиля» для выявления их эгограммы; опросник «Рабочий стиль»; опросник «Внутренние эго-состояния». Полученные данные были дополнены клинико-анамнестическими сведениями.

Исследование проводилось в модальности транзактного анализа. Большую помощь в проведении исследования оказали медицинские работники роддома № 1 г. Рязани, консультации кандидата медицинских наук Ховрачева А.П., участие в экспериментальном исследовании студентки факультета педагогики и психологии РГУ им. С.А. Есенина Гуськовой А.А.

На первом этапе мы применили структурированное интервью «Раннее сценарное программирование», направленное на определение социального положения женщины,

на исследование общего анамнеза, течение беременности и родов, отсутствия или наличия патологий как матери, так и ребенка. Также рассматривались возраст, уровень образования, семейное положение не только самой роженицы, но и ее близких родственников: родителей, мужа. Ключевые вопросы интервью сформулированы таким образом, что позволяют выявить особенности коммуникативного опыта, полученного в детстве, переживания женщиной беременности, отношения к неродившемуся ребенку.

Рассматривая возраст роженицы, были сделаны следующие выводы:

1. Чем старше роженицы, тем выше их уровень образования;
2. От возраста увеличивается количество болезней, уменьшаются сопутствующие патологии, вредные привычки;
3. Чем старше роженица, тем хуже протекает период кормления ребенка грудью, роженицы пребывают в ВД эго-состоянии, а СД с возрастом теряет свою значимость.

Анализ коммуникативного опыта женщины говорит о его значимости. Складывающееся в общении первое личностное образование может рассматриваться как первый вклад в становление будущего родительского поведения. Если опыт общения с близкими взрослыми был положительный, это означает, что стартовые условия для формирования субъективного отношения к другим людям были благоприятными и основа для формирования субъектного отношения к своему ребенку заложена.

Мы предположили, что о характере раннего коммуникативного опыта, полученного роженицей в общении с близкими взрослыми, можно судить по эффективным следам, оставленным в ее первых воспоминаниях о себе и родителях, об их стиле воспитания, о своих привязанностях.

Если родители были ласковы, общение оставило в памяти женщины яркий след, если была сильная привязанность к матери или другим родственникам, значит в раннем детстве женщина имела благоприятный опыт эмоционального общения, что ставит ее в

более выгодные условия в прогнозе будущего материнского поведения по сравнению с теми, кто такого опыта не имел. И здесь мы говорим о том, что механизм запущен: родительская программа начала действовать.

На втором этапе нашей работы исследовался процесс передачи ранних предписаний. К этому нас побудила следующая оценка роли перинатального периода: характер протекания беременности, родов и первых дней жизни выливается в мощные сценарные предписания, которые формируют не только степень и характер будущей психопатологии, но и, возможно, являются ответственными за «влечение к смерти».

Мы говорим об этом, потому что при анализе 12 классических типов предписаний, выделенных М. и R. Goulding (1979), а именно:

1. Не живи (сгинь, умри);
2. Не будь самим собой;
3. Не будь ребенком;
4. Не расти (оставайся маленьким);
5. Не делай успехов;
6. Не делай (ничего не делай);
7. Не будь первым (не будь лидером, не высывайся);

8. Не принадлежи;

9. Не будь близким;

10. Не чувствуй себя хорошо (не будь здоровым);

11. Не думай;

12. Не чувствуй.

В перинатальный период в явном виде обнаруживаются только два. Это предписание «Не будь собой», дающееся матерью, ожидающей рождения ребенка противоположного пола, и проклятье «Не живи», являющееся результатом всех негативных воздействий данного периода.

Если рассматривать суммарное воздействие всех форм передачи послания «Не живи», то в нашем исследовании не осталось ни одного ребенка, который не получил бы его тем или иным способом.

Возникает вопрос: «Зачем родители отдают ребенку приказ «Не живи»? По-видимому, это происходит потому, что в своем эго-состоянии Ребенка родитель чувствует, что собственный ребенок мешает или угрожает ему. Или, возможно, у женщины уже есть несколько детей, и она больше не хочет их иметь. «Совершенно случайно» она все же рождает еще одного ребенка. В эго-состоянии Ребенка она кричит: «Нет! Не хочу больше! Хочу, чтобы уделяли внимание моим желаниям!». Она, скорее всего, будет подавлять ярость своего Ребенка, не признаваясь в этом даже себе, тем не менее, скрытыми способами она передает родившемуся ребенку свой отказ от него.

Необходимо помнить, что ребенок может чувствовать угрозу смерти из-за поведения матери или внешних событий, которые взрослому кажутся абсолютно безобидными.

Впоследствии ребенок может сам отдать себе приказание «Не живи», если мать в скрытом виде предала ему, на пример, следующее послание: «Ты причинил мне боль, когда родился». (Берн назвал это сценарием «Разорванной матери»). В этом случае ребенок может решить: «Своим рождением я причинил матери боль, следовательно, заслуживаю мучений или смерти».

К счастью, люди делают все возможное, чтобы остаться в живых. В первые годы жизни ребенок, имеющий приказ «Не живи», вероятно, принимает сложные решения, чтобы защитить себя от фатального исхода. Эти решения могут быть приняты в виде: «Я буду жить, пока...» Многоточие может быть заполнено различными решениями, например, «... буду много работать» или «... если не буду сближаться с людьми». Страшный вывод...

Мать, которой в детстве заложили приказание «Не живи», может передать это послание своему сыну или дочери. Она полагает, что это принесет освобождение от данного ей приказания. На психологическом уровне она говорит своему ребенку: «Если ты сгинешь, то я не умру». Таким образом, это приказание похоже на эстафетную палочку, которая передается из поколения в поколение.

В отношении другого предписания мы получили следующие цифры: 10 % матерей не строили планов по поводу предпочтительного пола своего ребенка; 50 % хотели родить мальчика; 40 % хотели родить девочку; 33 % матерей были разочарованы в своих ожиданиях, а соответствующий процент детей получил предписание «Не будь самим собой». При этом их невербальное послание будет: «Не будь мальчиком (девочкой)». Это может выразиться в выборе имени ребенку: девочку могут назвать мужским именем, а мальчика - женским. Девочку будут одевать «под мальчика», а мальчика - «под девочку».

Во взрослой жизни человек, имеющий приказание «Не будь мальчиком (девочкой)», может продолжать носить одежду и иметь привычки, соответствующие другому полу.

«Не будь самим собой» является более общим приказанием и передается обычно посланием: «Не будь самим собой, будь другим ребенком». Родители могут предпочитать младшего ребенка старшему или брата сестре, сравнивать с другими детьми. В данном случае мать хранит образ желаемого «идеального ребенка». Поэтому она положительно реагирует лишь на те аспекты своего реального ребенка, которые напоминают этот образ, и игнорирует остальные.

Естественно, что нам было интересно посмотреть, чем детерминируется та или иная форма сценарного предписания. Оказалось, что возраст, уровень образования, семейное и материальное положение не имеют существенного значения. Самые ранние способы передачи «Не живи», осуществляемые с помощью патологии беременности, значимо и позитивно коррелировали ($r = + 0,417$; $P < 0,002$) с выраженностью Адаптированного Детского эго-состояния матери, тогда как первая экзистенциальная позиция «Я - ОК, Ты - ОК» была для них препятствием ($r = - 0,351$; $P < 0,01$).

Данная жизненная позиция была взаимосвязана с большим ростом и весом родившихся детей ($r = + 0,356$; $P < 0,01$ и $r = + 0,282$; $P < 0,03$, соответственно), что может быть расценено как наличие сценарного послания «Живи».

Проклятья, полученные через патологию родов соотносились со второй жизненной позицией «Я - не ОК, Ты - ОК» ($r = + 0,264$; $P < 0,04$). Эта корреляция подтверждается и более низкой оценкой новорожденных от женщин с данной позицией по шкале Апгар ($r = - 0,275$; $P < 0,03$), свидетельствующей о принятии младенцами летального материнского предписания.

Детская патология, полученная в течение первых пяти суток жизни, отрицательно коррелировала с первой экзистенциальной позицией ($r = - 0,275$; $P < 0,03$). А послания, передаваемые через нарушения лактации, оказались детерминированы выраженностью материнского эго-состояния Контролирующего Родителя ($r = + 0,377$, $P < 0,004$).

В противоположность этому, увеличение эго-состояния Адаптированного Дитя предотвращало появление нарушений лактации ($r = -0,263$; $P < 0,04$).

Однако эго-состояние Адаптированного Дитя в целом было благоприятным фактором передачи проклятья «Не живи», оцениваемого по суммарному количеству негативных перинатальных воз действий ($r = + 0,247$; $P < 0,05$). Принятие данного летального предписания, отслеживаемое по нарушению питания ново рожденного, также было связано с выраженностью эго-состояния Адаптированного Дитя у матерей ($r = + 0,279$; $P < 0,03$), тогда как усиление жизненной позиции «Я - ОК, Ты - ОК» свидетельствовало об обратном процессе ($r = -0,300$; $P < 0,02$).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о явной, но структурно сложной взаимосвязи стиля и экзистенциальной основы материнского поведения с передачей летальных предписаний.

На третьем этапе исследования мы провели корреляционный анализ связей между жизненными позициями и активностью функциональных эго-состояний, а также более детальный анализ взаимосвязи выраженности отдельных эго-состояний с акушерской патологией. Наши родители имели эго-состояния Родителя, Взрослого и Ребенка. Они передали нам сценарные послания из этих трех эго-состояний, а мы приняли и распределили их в трех наших эго-состояниях.

В построенной по результатам тестирования эгограмме данной группы эго-состояние Контролирующего Родителя (КР) было минимальным. Заботящийся Родитель (ЗР) и эго-состояние Взрослого (В) превалировали над другими. Выраженность эго-состояний Свободного Дитя (СД) и Адаптированного Дитя (АД) почти не различались между собой.

В целом, полученная эгограмма выглядит довольно стандартным образом благополучно и не свидетельствует о беременности и родах как о серьезном психическом расстройстве, и, казалось бы, не предвещает больших сценарных посланий.

Анализ взаимосвязи эго-состояний с акушерской патологией оказался не столь обнадеживающим. Так, например, наиболее доминирующее эго-состояние Заботящегося Родителя (ЗР) позитивно коррелировало на значимом уровне с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r = 0,253$; $P < 0,05$), соматической патологией, ассоциированной с беременностью ($r = 0,327$; $P < 0,02$) и патологией родов ($r = 0,259$; $P < 0,04$).

Такой характер взаимоотношений позволяет говорить о преобладании негативного компонента в эго-состоянии Заботящегося Родителя (ЗР), который реализуется в позиции Спасителя и, следовательно, попытках разрешить проблемы собственного депрессивного радикала за счет самопожертвования.

Эго-состояние Адаптивного Дитя (АД) было положительно связано с патологией раннего развития матерей ($r = 0,248$; $P < 0,05$). Нарастание Адаптивного Дитя (АД) сопровождается статистически значимым снижением уровня патологии предшествующих родов ($r = -0,300$; $P < 0,03$) и нарушений лактации ($r = -0,263$; $P < 0,04$). Анализ причинных связей данных корреляций показал, что это снижение происходит за счет увеличения патологии плода во время беременности ($r = 0,417$; $P < 0,003$), снижения роста и веса новорожденного ($r = -0,320$; $P < 0,02$ и ($r = -0,250$; $P < 0,05$) и нарастания нарушений питания новорожденного ($r = -0,279$; $P < 0,03$).

Таким образом, здесь мы имеем дело с передачей патологии следующему поколению. Безусловно, этот момент должен быть одним из главных фокусов коррекционной работы в психопрофилактических занятиях с беременными.

Конструктивное отношение к своему поведению, проявляющееся в функционировании эго-состояний Взрослого (В), позитивно коррелировало с уменьшением времени между поступлением женщины в роддом и моментом самих родов ($r = 0,310$; $P < 0,02$). Кроме того выраженность Взрослого (В) эго-состояния отрицательно соотносилась с акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r = -0,410$; $P < 0,003$) и патологией прошлых родов ($r = 0,365$; $P < 0,006$).

В целом, полученные результаты соответствуют теоретической позиции ТА о проблемно разрешающей функции Взрослого (В) эго-состояния, увеличение которого могло бы стать целью терапевтической работы с беременными.

Далее мы рассмотрим жизненные позиции рожениц.

Их распределение оказалось следующим: жизненная позиция «Я - ОК, Ты - не ОК» выражена в меньшей степени, тогда как остальные - приблизительно равны. Обращает на себя внимание величина жизненной позиции «Я - не ОК, ты - ОК» и «Я - не ОК, ты - не ОК», свидетельствующих о значительной базальной патологии личности. В этой связи превалирование Заботящегося Родителя (ЗР) в эгограмме приобретает характер защитного механизма, запускающего функции «Спасителя». Это должно приводить к игнорированию потребностей ребенка в ходе отчаянных попыток материнской фигуры компенсировать собственный депрессивный радикал через гиперопекающее поведение.

Данная точка зрения была подтверждена в ходе корреляционного анализа, обнаруживающего статистически значимую позитивную зависимость эго-состояния Заботящегося Родителя (ЗР) как с жизненной позицией «Я - не ОК, ты - ОК» ($r = 0,547$; $P < 0,001$), обращающей депрессивность сценарного решения самой роженицы, так и с позицией «Я - не ОК, ты - не ОК» ($r = 0,260$; $P < 0,003$), что свидетельствует о предпочтении переключения к роли «Жертвы» для подтверждения правильности сценарных решений.

Выраженность эго-состояний Контролирующего Родителя (КР) позитивно коррелировало на статистически значимом уровне с жизненной позицией «Я - ОК, ты - не ОК» ($r = 0,458$; $P < 0,001$) и негативно - с позицией «Я - не ОК, ты - ОК» ($r = - 0,490$; $P < 0,001$), отражая наличие у ряда рожениц защитного механизма паранойяльного типа и готовности занять место «Преследователя».

Наиболее нарушенная базовая стратегия адаптации, вытекающая из жизненной позиции «Я - не ОК, ты - не ОК» обнаружила негативные черты депрессивной позиции. Депрессивный радикал проявился в позитивной корреляционной зависимости выраженности данной экзистенциальной позиции и соматической патологии, ассоциированной с беременностью ($r = 0,404$; $P < 0,003$).

Избегающая экзистенциальная позиция также, как и эго-состояние АД, была положительно связана с увеличением времени между поступлением женщины в роддом до момента самих родов ($r = 0,252$; $P < 0,04$), создавая таким образом возможность для развития патологических стратегий. Здоровая жизненная позиция «Я - ОК, ты - ОК», наоборот, сокращала промежуток времени между поступлением женщины в роддом и моментом родов ($r = 0,296$; $P < 0,03$). Ее усиление уменьшало выраженность акушерской патологией во время прошлых беременностей ($r = -0,300$; $P < 0,03$). Однако отсутствие значимых корреляций данной позиции с активностью эго-состояний Заботящего Родителя (ЗР) и Контролирующего Родителя (КР), а особенно Взрослого (В) и Свободного Дитя (СД), при наличии такой взаимосвязи с эго-состоянием Адаптированного Дитя (АД) ($r = 0,294$; $P < 0,03$), возможно отражает функциональную регрессию родильниц во время столь значимого события как рождение ребенка.

Выводы по результатам исследования

1. Выявлено, что каждая роженица, оказавшаяся в исследовательской группе, имела ту или иную степень нарушения состояния здоровья или патологии беременности и родов.

2. Установлено, что характер протекания беременности и родов выливается в мощные сценарные предписания, которые формируют не только степень и характер будущей патологии, но и являются ответственными за «влечение к смерти».

3. Из двенадцати классических типов предписаний, выделенных М. и К. Goulding, в перинатальный период в явном виде обнаруживаются только два. Это предписание «Не будь собой», дающееся матерью, ожидающей ребенка противоположного пола, и проклятье «Не живи», являющееся результатом всех негативных воздействий данного периода.

4. При рассмотрении суммарного воздействия всех форм передачи сценарного послания «Не живи» в исследованной группе не осталось ни одного ребенка, который не получил бы его тем или иным способом.

5. При рассмотрении той или иной формы сценарного предписания выявлено, что возраст, уровень образования, семейное и материальное положение не имеют существенного значения.

6. Полученные результаты свидетельствуют о явной, но структурно сложной взаимосвязи стиля и экзистенциальной основы материнского поведения с передачей летальных предписаний. Поэтому более подробное изучение реальной картины передачи перинатальных сценарных посланий представляется нам крайне актуальным вопросом.

7. Проведенный корреляционный анализ отражает наличие значительной базальной патологии личности, центральным ядром которой представляется актуализация базальной тревоги.

Таким образом, мы считаем, что крайне актуальной задачей является предоставление беременным женщинам профессиональной психологической помощи или самой по себе, или в рамках системы психопрофилактической подготовки к родам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения. М., 1991. С.12-42.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. М., 2001. С.189-286.
3. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи. М., 1988.
4. Васильева О.С., Могилевская Е.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психологический журнал. 2001. Т. 22. С.82-89.
5. Грейс Крайг. Мнения и факты: возможно ли обучение ребенка до рождения? // Психология развития. 2000.№ 2. С. 164.
6. Захаров А.И. Детские неврозы. СПб., 1995.
7. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка. Воронеж, 1997. С.44-72.
8. Пэрну Л. Я жду ребенка. М., 1986. С. 27-40.
9. Равич Р. Тайная жизнь еще не рожденного ребенка // Семья и школа. № 9. 1995. С. 10-12.
10. Hay J. Transactional Analysis for Trainers Watford, UK, Minneapolis, USA, Sherwood Publishing, 1996. 256 p.

Источник:

Коррекционная педагогика, 2006 - № 5