

**Забара Анна Владимировна**

студентка

**Шутенко Елена Николаевна**

канд. психол. наук, доцент

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный  
национальный исследовательский университет»

г. Белгород, Белгородская область

## **ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ**

***Аннотация:** в статье рассмотрены различные аспекты изучения отношения матери к ребенку до беременности, во время беременности и после рождения ребенка. Особое внимание уделено изучению отношения к ребенку женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом.*

***Ключевые слова:** материнство, отношение к ребенку, отягощенный гинекологический анамнез, выкидыш.*

На данный момент демографическая ситуация в России характеризуется большим падением рождаемости. К сожалению, даже государственная поддержка материнства, введенная в 2006 году, не смогла решить полностью данную проблему. Наличие гинекологических заболеваний у женщин фертильного возраста является одной из причин снижения рождаемости.

Материнство – это основная биологическая функция женского организма, направленная на продолжение человеческого рода (вынашивание, рождение, вскармливание ребенка, но некоторым женщинам дается данный этап с трудом [1]. В большинстве случаев проблему может решить оперативное медицинское вмешательство и долгое лечение. Выкидыш, замершая беременность, внематочная беременность, смерть ребенка после родов оставляют в душе женщины неизгладимый след, особенно если это ее первый ребенок. Наличие такого опыта может повлиять на взаимоотношения с будущим ребенком.

Изучением феномена материнства занимались О.В. Баженова, Л.Л. Баз, А.С. Батуев, В.И. Брутман, Н.П. Коваленко, О.А. Копыл, С.Ю. Мещерякова, Р.В. Овчарова, М.С. Родионова, Г.Г. Филлипова и др., переживанием перинатальной утраты – В.В. Аверьянов, И.В. Добряков, К. Изард, И.А. Колесников, Е.М. Костерина, Д. Чемберлен. Проблему взаимоотношения матери и ребенка изучали А.С. Батуев, М.И. Лисина, В.А. Денисова, Е.С. Григорьева, Г.Г. Филиппова. Эти исследования свидетельствуют о том, что отношение матери к ребенку и наличие в ее гинекологическом анамнезе выкидышей, замерших беременностей, внематочных беременностей взаимосвязаны.

Если обобщить имеющиеся исследования, то можно разделить изучение отношения матери к ребенку на три направления:

- взаимоотношение матери с ребенком до беременности;
- взаимоотношение матери с ребенком во время беременности;
- взаимоотношение матери с ребенком после его рождения.

О взаимоотношении матери с ребенком до беременности, а точнее о формировании таких отношений говорила Г.Г. Филиппова. В своих работах она выделила 6 этапов развития материнства, которые потом смогут повлиять на взаимоотношения между матерью и ребенком [10].

Первый этап начинается во внутриутробный период и продолжается всю жизнь. На этом этапе важно эмоциональное содержание взаимодействия с матерью. Второй этап основывается на развитии материнской сферы в игровой деятельности. Девочка примеряет на себе роли матери во время сюжетно-ролевых игр. Третий период можно назвать периодом «нянченья» и начинается он с 4,5 лет и продолжается до 6–10 лет. Из-за страха родители не позволяют старшему ребенку «нянчить» младшего. Взрослый больше поглощен общением с малышом, поэтому у ребенка происходит уменьшение эмоционального общения с родителями. Результатом чего может служить ревность, деформация ценности ребенка и беспокойства о нем. Четвертый этап – дифференциация мотивационных принципов материнской и половой сфер. Он начинается с 6–10 лет и заканчивается беременностью женщины. Подростки зачастую оценивают имеющийся

у них опыт как недостаточный для взаимодействия с маленькими детьми. Они испытывают страх перед ними, который закрепляется и сохраняется на всю жизнь, особенно если контакт был недолгим [9]. Пятый этап заключается во взаимодействии с собственным ребенком. В этом этапе выделяются самостоятельные периоды: беременность, роды, период грудного вскармливания. Уникальная ситуация взаимодействия матери и ребенка актуализирует весь наработанный за всю жизнь опыт. Поэтому данный этап является самым насыщенным. Шестой этап характеризуется отношением к ребенку после окончания периода новорождения. Стабильный уровень эмоционального благополучия определяет и поддерживает отношение матери к ребенку.

Подтверждая слова Г.Г. Филипповой о том, что зарождение в девушке материнских качеств и способов взаимодействия с ребенком закладываются еще до рождения ее ребенка, Е.И. Исенина выделяет этап от рождения матери к ее беременности. Именно в этот период происходит развитие системы потенциальных условий для формирования после родов базовых качеств матери. Главным его составляющим является взаимодействие беременной с собственной матерью [3].

Отношение к своему ребенку и взаимодействие с ним в период беременности зависит в первую очередь от сложных гормональных процессов, а так же от смысла беременности, социальной ситуации, семейного положения, материального обеспечения, уровня поддержки и, конечно же, самой личности беременной [13]. На основе физического и эмоционального переживания момента идентификации беременности, а так же преимущественного фона настроения в эти периоды, Филипповой Г.Г. были выделены шесть вариантов стилей переживания беременности:

1. Адекватный. Беременность протекает на фоне положительного эмоционального настроения, отрицательные эмоции почти отсутствуют.

2. Тревожный. Беременность протекает на фоне тревожности. Будущая мать постоянно чувствует необоснованные беспокойство и страх.

3. Эйфорический. Беременность протекает на фоне неадекватной эйфорической окраски. Девушка некритически оценивает возможные риски в отношении беременности и материнства.

4. Игнорирующий. Девушка осознает, что беременна очень поздно, при этом ей неприятно свое положение и даже мысли о таком состоянии.

5. Амбивалентный. Общая симптоматика сходна с тревожным типом, особенностью являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям.

6. Отвергающий. Беременность протекает на фоне отрицательных эмоций, отказом от беременности [10].

Взаимоотношение матери с ребенком после его рождения начинается, как только ребенок появляется на свет. Не смотря на короткий срок их прямого взаимодействия, ребенок уже имеет положительную эмоциональную связь с матерью. Первые ее явные проявления можно заметить уже с третьей недели жизни. При виде матери ребенок пытается повернуть голову в ее сторону, замирает, начинает оживленно двигаться. Таким образом, у ребенка появляется комплекс оживления, который при нормальном развитии малыша ко второму месяцу проявляется в активной форме и сопровождается вокализацией [8].

Г.Г. Филиппова описала четыре основных типа реагирования матери на ребенка:

1. Адекватная реакция матери. Мать постоянно держит контакт с ребенком, используя успокаивающую и ободряющую интонацию. Постоянно пытается удовлетворить потребности ребенка. На отрицательную эмоцию ребенка у нее возникает чувство жалости и тревоги. Положительные эмоции матери по интенсивности адекватны ситуации.

2. Усиление эмоций ребенка (как отрицательных, так и положительных). Переживание ребенком отрицательных эмоций вызывает у матери чувства страха и паники. При этом переживание ребенком положительных эмоций вызывает у женщины неадекватные эйфорические переживания. При удовлетворении потребностей ребенка мать синтонирует его состояние.

3. Игнорирование эмоций ребенка. Выражается в поведении по типу «формального общения», может сопровождать как отрицательные, так и положительные эмоциональные реакции ребенка и процесс взаимодействия [10].

Полноценное эмоциональное общение матери с ребенком позволяет не просто учить манипуляции предметами, а обучать его новым навыкам и воспитывать малыша. В такие моменты у матери формируется стиль семейного воспитания, который так же определяет аспекты отношения между ней и ребенком.

Стиль семейного воспитания это стиль взаимоотношений с ребенком в семье, характеризуемый степенью контроля, заботы и опеки, теснотой эмоциональных контактов между родителями и ребенком (эмоционально теплый- эмоционально холодный), характером руководства поведением ребенка со стороны взрослых (демократический – авторитарный), количеством запретов (ограничительный- попустительский) и т.п. [6].

Д. Баумринд, основываясь на поведении детей, выделила три стиля родительского воспитания.

1. Авторитетные родители – инициативные, общительные дети. Такие родители требуют от ребенка осмысленного поведения. Они стараются помочь ему, объяснить, что плохо, а что хорошо, не навязывая своего мнения. Сталкиваясь с детскими капризами, такие родители проявляют твердость. Их дети обычно любознательны, активны, ответственно относятся к своим обязанностям.

2. Снисходительные родители – импульсивные, агрессивные дети. Таким родителям не свойственно контролировать своих детей. Они не требуют от них ответственности и самоконтроля, а на капризы так и вовсе не обращают внимание.

3. Авторитарные родители – раздражительные, склонные к конфликтам дети. Такие родители ограничивают самостоятельность ребенка, лишают права на свое личное мнение и какие-либо возражения, жестко контролируют поведение ребенка. Для этого они применяют запугивание, угрозы и физическое или психологическое насилие. Дети таких родителей чаще всего угрюмы, встревожены. Им тяжело налаживать контакт с окружающими [6].

Таковы основные аспекты изучения отношения женщин к своему ребенку. Однако под призмой тех или иных причин они могут меняться. Женщин, имеющих в своих гинекологических картах запись «отягощенный гинекологический анамнез», становится все больше. Ребенок у таких женщин становится не просто желанным, а выстрадавшим из-за постоянного медикаментозного лечения и процедур. Выкидыши, замершие беременности, внематочные беременности наносят женщине психологическую травму.

Т.В. Корчагина, Е.Б. Смагина провели исследование, в котором было выявлено, какими личностными характеристиками обладают женщины, страдающие первичным выкидышем. Анализ их истории жизни показывает наличие неудовлетворительных отношений с матерью и защитной реакцией на проявление чувств и эмоций в период детства. Таким женщинам свойственна сдержанность, высокий самоконтроль, склонность «все усложнять». Они готовы доминировать в межличностных отношениях, но в тоже время имеют внутреннюю потребность в зависимости и опеке [5].

В исследовании особенностей беременных с угрозой прерывания К.Д. Хломов и С.Е. Ениколопов выявили, что женщины с угрозой прерывания беременности склонны к следующим способам реагирования на стресс: бегство из ситуации, отрицание, соматизация. Для них характерны вспыльчивость, нетерпеливость, ослабленный самоконтроль. Такие женщины воспринимают стрессогенные ситуации как отсутствие соответствия субъективным ожиданиям. Данные черты способствуют усилению негативных проявлений, в том числе и соматических, в том случае, если беременность протекает не таким образом, как запланировала беременная [12].

Ю.В. Ковалева в своем исследовании показала, что неблагополучной беременности сопутствуют нестабильная семейная организация и комплекс негативных переживаний. Она говорит о том, что способность женщин организовать собственное поведение в трудной жизненной ситуации является весомым фактором успешного вынашивания ребенка. Если же данная способность не развита, то ребенок может родиться с осложнениями или не родиться вовсе [4].

И.В. Завгородняя, Е.В. Кирюшина раскрыли в своем исследовании мотивы беременности и сохранения плода. Неконструктивными мотивами они считают те, которые предполагают, что ребенок должен быть рожден для решения проблем своих родителей (жилищных, материальных, моральных). При доминировании данного мотива женщина не столько ориентирована на ребенка, сколько на выполнение ожидаемой от нее роли социума [2]. Так же К.Д. Хломов предполагает, что рождение ребенка, для девушек с угрозой прерывания беременности, может быть способом решения каких-либо жизненных ситуаций, в которых они не чувствуют себя уверенно, испытывают внутренние противоречия [12]. Е.В. Миронова считает это признаком неготовности к материнству. В случае неготовности беременной женщины к материнству у нее возникает внутренний конфликт, который может проявляться в соматической форме и приводить к угрозе прерывания беременности [8]. Рождение ребенка в большинстве случаев не решает той проблемы, из-за которой он был зачат. Это может повлиять на отношение матери своему к ребенку.

Таким образом, анализ рассмотренных нами работ об отношении к ребенку матерей с отягощенным гинекологическим анамнезом позволяет прийти к выводам:

1. Отношение матери к ребенку начинает формироваться задолго до его рождения и включает в себя как психологические факторы (близость со своей матерью, взаимодействие с малышами), так и социальные (семейное положение, финансовое обеспечение, социальный статус).

2. Наличие у женщины отягощенного гинекологического анамнеза может говорить не только о физиологических нарушениях в организме, но и о специфических личностных особенностях, ее способности реагирования на стресс и даже неготовности к материнству.

Важно отметить, что при изучении отношения к ребенку женщины с отягощенным гинекологическим анамнезом большое внимание уделяется мотивации рождения ребенка, негативным переживаниям матери в период беременности или до нее, в то время как отношение женщины к родившемуся ребенку после

череды неудавшихся беременностей не учитывалось, что может стать предметом дальнейшего изучения.

### ***Список литературы***

1. Вербицкий А.А. Энциклопедический словарь по психологии и педагогике // Педагогический энциклопедический словарь. – 2013.

2. Завгородняя И.В. Мотивация рождения ребенка в связи с социально-психологическими условиями жизни беременной женщины / И.В. Загородняя, Е.В. Кирюшина // Перинатальная психология и психология родительства. – 2009. – №2. – С. 51–58.

3. Исенина Е.И. О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери / Е.И. Исенина // Перинатальная психология и психология родительства. – 2009. – №4. – С. 63–65.

4. Ковалева Ю.В. Контроль поведения при различном течении беременности / Ю.В. Ковалева // Перинатальная психология и психология родительства. – 2009. – №2. – С. 98–109.

5. Корчагина Т.В. Личностные характеристики женщин, страдающих первичным бесплодием и привычным выкидышем в отсутствие органических расстройств репродуктивной системы / Т.В. Корчагина, Е.Б. Смагина, И.В. Пинаева, Е.А. Шадымова // Известия Алтайского государственного университета. – 2003. – №3. – С. 96–98.

6. Кузьмина Т.Л. Стили семейного воспитания: отечественная и зарубежная классификация / Т.Л. Кузьмина, Е.С. Амелина, А.А. Пермякова, Е.А. Хохлова // Современная зарубежная психология. – 2014. – №1. – С. 16–25.

7. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения / М.И. Лисина. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.

8. Миронова Е.С. Психологические факторы неготовности к материнству: на примере женщин угрозой прерывания беременности: диссертационная работа / Е.С. Миронова // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2011. – №4 (4). – С. 110–124.



9. Трунов М. Экология младенчества. Первый год / М. Трунов – М.: Центр Экология семьи фирмы Социнновация, 2010. – 211 с.
10. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. – М.: Педагогика, 2009. – 116 с.
11. Филиппова Г.Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе / Г.Г. Филиппова // Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества, 1996 – 133 с.
12. Хломов К.Д. Исследование психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей беременных с угрозой прерывания / К.Д. Хломов, С.Е. Еникопов // Перинатальная психология и психология родительства. – 2010. – №3. – С. 38–49.
13. Шутенко Е.Н. Удовлетворенность браком супругов с различными семейными и межличностными установками молодежи / Е.Н. Шутенко, Д.М. Саенко // Актуальные проблемы психологии личности в норме и патологии: Сборник материалов Межвузовской научно-практической конференции. – Белгород: БелГУ, 2016. – С. 126–132.