

*Н.Л. Мамышева**, *И.Л. Шелехов***

МАТЕРИНСТВО В ЗЕРКАЛЕ НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА

*Сибирский государственный медицинский университет

**Томский государственный педагогический университет

Психология материнства – одна из наиболее сложных и малоразработанных областей современной науки. Материнство изучается в русле различных наук: психологии, социологии, медицины, истории, культурологии, физиологии, биологии поведения. Зарубежные исследования в области психологии материнства и смежных проблем, в противовес отечественным, отличаются чрезвычайной обширностью, разнонаправленностью концепций и подходов [1]. В последние годы появился интерес к комплексному, междисциплинарному изучению материнства, что нашло отражение в ряде коллективных монографий [2–4]. Исследователи Р.М. Shereshefsky и L.J. Yarrow [4] выделили более 700 факторов, представленных в 46 шкалах, характеризующих адаптацию женщины к беременности и раннему периоду материнства, включающих историю жизни женщины, ее семейное, социальное положение, личностные качества, связь с особенностями развития ребенка.

Исследователи, занимающиеся этой проблемой, занимают либо социоцентрическую (Элизабет Бадинтер), либо биологическую позицию (К. Лоренц, Н. Тинберген, Р. Хайнд), но и те и другие, во-первых, сходятся в понимании необходимости продолжения психологических исследований материнства как целостного явления, а во-вторых, констатируют отсутствие адекватного подхода и теоретической концепции для осуществления такого исследования. Актуальность целостного психологического подхода к изучению материнства обусловлена также тем, что, несмотря на современные достижения в области медицины, физиологии, гинекологии и акушерства, а также повышение научного и технического уровня родовспоможения и неонатальных практик, число психологических проблем материнства и раннего детства не снижается [1].

Для многих женщин беременность и деторождение становятся колоссальным сдвигом в уровне зрелости, в изменении самооценки в зависимости от исхода этого процесса. В этих условиях могут измениться даже ценностные ориентиры и стереотипы поведения в системе отношений мать–дитя.

Ситуацию беременности у очень молодых женщин и особенности раннего периода отношений мать–дитя ярко обрисовали Бибринг с соавторами [5], Энтони и Бенедек [6], Дейч [7, 8], Каплан [9]

и др. Изучая эти работы и соотнеся их с собственным опытом психоаналитического и психотерапевтического лечения беременных и молодых матерей, зарубежные исследователи [10] выдвинули предположение, что в ряде случаев возможно предвидеть негативные изменения психологического состояния, которые могут вызвать невротические состояния и послеродовую депрессию.

По мнению ряда авторов, беременность можно рассматривать как кризисное состояние для женщины, в особенности для юной, у которой эмоциональные реакции еще недостаточно зрелы и часто сопровождаются противоречивыми требованиями к окружающим, ощущением зависимости и беспомощности. Одна из наиболее выразительных черт, на которую следует обратить внимание во время анализа психологического состояния беременных, это возврат ранее вытесненных в подсознание фантазий и судьба этих фантазий после рождения ребенка. Серьезные конфликты, возникшие на ранних стадиях развития, оживают, как это бывает в любой кризисной точке человеческой жизни, и молодая женщина должна заново приспособливаться к своему внутреннему и внешнему объективному миру. В это время женщина нуждается в эмоциональной и физической поддержке и заботе, чтобы она в свою очередь могла помочь своему ребенку и облегчить ему вхождение в жизнь. Суть этой адаптации женщины на пути к зрелости состоит в достижении устойчивого и удовлетворительного баланса между бессознательными фантазиями, мечтами, надеждами и реальностью отношений с самой собой, мужем, ребенком и социальным окружением [10].

Многие зарубежные и отечественные исследователи [10–15] обращали внимание на разочарование матери внешностью своего ребенка, зарождающееся у него базальную нарциссическую уязвленность, которая мало меняется в последующем, даже несмотря на реальные успехи во взрослой жизни. Ранний образ «собственного Я» закрепляется и остается неизменным в «истинном Я». Случается, что болезненные отклонения в ранних отношениях с матерью не компенсируются, и женщина переживает этот кризис вновь и вновь на каждом переходном этапе жизненного цикла, несмотря на обогащающую реальность продолжительных взаимоотношений с мужчиной, и даже на глубокую эмоциональ-

ную зрелость, принесенную материнством и позволившую воспитать нормальных детей.

Английский психоаналитик Дианора Пайнз, наблюдая своих пациенток, пришла к выводу, что существуют варианты поведения, использующие беременность и даже злоупотребляющие ею. На сознательном уровне женщина может забеременеть, чтобы иметь ребенка, но ее бессознательно амбивалентное отношение к своей беременности может проявиться в виде недонашивания или выкидыша. Беременность может использоваться и для разрешения бессознательных конфликтов, касающихся сексуальной идентичности или других психических проблем, таких как бессознательный гнев против матери [10].

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

Выделяются две диаметрально противоположные группы потенциально девиантных матерей. С одной стороны, это женщины, находящиеся на содержании мужчины и служащие для организации его досуга, а с другой – женщины, принимающие на себя функции мужчины по содержанию семьи. И та и другая не может в полной мере реализовать семейные и материнские социальные функции.

Опираясь на существующие в литературе представления [16–21, 22–27] можно говорить о возрастающей актуальности вопросов, связанных с социально-ролевой функцией материнства, и необходимости поиска новых, эффективных путей решения этих проблем.

Таким образом, перед психологами стоит задача регулирования взаимоотношений матери и ребенка, точнее, своевременной коррекции материнского поведения уже на этапе планирования деторождения и беременности. Эта задача требует раннего выявления отклонений в материнском поведении, понимания их причин и, соответственно, изучения закономерностей их становления.

Была обследована группа женщин, находящихся на разных сроках беременности – от 6 до 39 недель. Исследование проводилось на базе акушерской клиники СибГМУ и женской консультации родильного дома № 3 им. Н.Н. Семашко (г. Томск). Использовался сплошной метод на добровольной основе. В исследовании приняли участие беременные в возрасте от 19 до 29 лет в количестве 150 человек, из них 90 первородящих и 60 повторно-

родящих. Средний возраст – 24±6 лет. Беременные обследовались по единой диагностической программе, включающей опрос (структурированное интервью) и заполнение карты обследования.

Изучая особенности личности и репродуктивные установки женщины, мы обратили внимание, что в ряде случаев личность на пути к реализации социально-ролевой материнской функции оказывается в конфликтной ситуации. Можно выделить несколько типов таких конфликтов, преимущественно относящихся к ролевым конфликтам [28, 29]:

1. *Личностно-ролевой конфликт.* Возникает, когда субъективное «Я» вступает в противоречие с предписаниями социальной роли. Такие конфликты возникают при незапланированной и поздно диагностированной беременности, когда у женщины появляется ребенок и она вынуждена исполнять материнские функции. Именно этот вид невротического конфликта лежит в основе формирования наиболее выраженных, крайних форм девиантного материнского поведения: отказ от ребенка; проявление по отношению к ребенку открытого пренебрежения и насилия; скрытый инфантицидный комплекс, который проявляется в провоцировании несчастных случаев. Личностно-ролевой конфликт является одним из самых распространенных, мы наблюдали его у 42.7 % первородящих и 40.5 % повторнородящих женщин.

2. *Межролевой (интерролевой) конфликт.* Возникает в случае предписания разных социальных ролей, выполняемых личностью, и наличия противоречия между данными ролями. Примером может служить женщина – преподаватель вуза, увлеченная научной работой и работающая над диссертацией. Все это требует значительных затрат времени и сил. С другой стороны, женщина недавно вступила в поздний брак и считает, что в полноценной семье должен быть ребенок, что совпадает с представлениями супруга. Остроту интерролевого конфликту придает конкуренция равнозначных ценностей и установок: научно-административная карьера – семья; женщина должна быть независимой – женщина должна иметь семью. Межролевой конфликт мы отмечали у 33.5 % первородящих и 12.5 % повторнородящих женщин.

3. *Внутриролевой (интраролевой) конфликт.* Порожден несовместимостью ожиданий, предъявляемых к женщине, выполняющей социально-ролевую материнскую функцию. Такая противоречивая ситуация возникает в случае совместного проживания женщины со своими родителями или родителями мужа, предъявляющими к женщине противоположные требования. Особенно тяжело такие конфликты протекают в условиях конкурирующих взглядов на воспитание ребенка у матери, отца и свекрови. Конфликт этого типа мы наблюдали у

11.2 % первородящих и 9.8 % повторнородящих женщин.

4. *Конфликт ролевой перегрузки.* Для характеристики данного состояния используется термин «ролевой стресс», возникающий в том случае, когда женщине приходится выполнять чересчур много социальных ролей. Такая ситуация часто возникает на фоне сложных семейных отношений, когда супруг уклоняется от забот по уходу за ребенком и его воспитанию, перекладывая их на женщину, и в то же время требует к себе внимания, равного или даже превышающего его объем, существовавшего до рождения ребенка. Конфликт может усугубляться дополнительными требованиями, связанными с ведением домашнего хозяйства, что мотивируется наличием у женщины незанятого времени, если она находится в предродовом или послеродовом отпуске. Конфликт ролевой перегрузки наблюдается у 63.8 % первородящих и 60.3 % повторнородящих женщин.

5. *Конфликт ролевой недогрузки.* Возникает в случае отсутствия у женщины возможности уделять ребенку достаточно времени. Такая ситуация возникает, когда одинокая женщина вынуждена работать, чтобы прокормить семью, а основные заботы по уходу и воспитанию ребенка берет на себя бабушка. В некоторых случаях на фоне конфликта ролевой недогрузки и тревоги появляется защитный механизм сверхкомпенсации, выраженный в стремлении к «безупречному материнству». Этот тип конфликта был выявлен у 9.4 % первородящих и 3.2 % повторнородящих женщин.

Кроме указанных конфликтов, мы обнаружили следующие психологические феномены, относящиеся к противоречивым взаимоотношениям реального и идеального:

1. *Амбивалентное отношение к беременности.* Невротический конфликт этого типа проявляется в декларируемом желании беременности и надеждой на ее самопроизвольное прерывание (следует отметить, что каждая четвертая из первых беременностей заканчивается самопроизвольным абортом, чаще всего возникающим в первом триместре беременности [10]). Амбивалентное отношение к беременности мы наблюдали у 58.9 % первородящих и 35.4 % повторнородящих женщин.

2. *Амбивалентное отношение к ребенку.* Опираясь на данные исследований, можно говорить о наличии у ряда пациенток внутриличностного конфликта, вызванного противоречием между образом «идеального» ребенка, о котором женщина мечтала во время беременности (отмечались такие качества, как спокойный, веселый, пухленький, крепыш), и качествами, которыми обладает реально существующий ребенок (беспокойный, шумный, непослушный, капризный). Очевидно, что если такой

женщине не оказывается своевременная психологическая помощь, направленная на изменение ожиданий и установок по отношению к ребенку, у женщины наступает разочарование и ощущение «обманутых надежд», которые приводят к неприятию ребенка матерью и формированию девиантной формы материнского поведения. Амбивалентное отношение к ребенку наблюдалось у 24.3 % первородящих и 18.5 % повторнородящих женщин.

3. *Амбивалентное отношение к эталону женщины.* Аналогичную картину мы наблюдали при описании пациентками образа «идеальной» женщины. В ряду предъявляемых требований (женщина должна быть) указываются взаимоисключающие качества, которые могут быть сгруппированы в дуальные пары: быть независимой, свободной – семейной; волевой – уютной; общительной, иметь много друзей и знакомых – быть домохозяйкой; иметь возможность самореализации – быть домашней. Также указывается, что плохо, когда женщина не реализовала себя в профессии, карьере – уделяет ребенку недостаточно времени; не имеет семьи – уделяет недостаточно времени профессиональной деятельности. Феномен амбивалентного отношения к эталону женщины наблюдался у 86.5 % первородящих и 44.6 % повторнородящих женщин.

В результате проведенных исследований нами также был выявлен ряд факторов, способствующих формированию различных эмоционально-волевых и когнитивных нарушений, в ряде случаев приводящих к развитию расстройств преимущественно невротического или невротоподобного характера. К неблагоприятным экзогенным факторам относятся:

1) отсутствие гармоничных отношений в семье, когда рождение ребенка призвано исправить эти отношения;

2) гибель брачного партнера;

3) финансовые затруднения и неудовлетворенность жилищными условиями.

Неблагоприятные эндогенные факторы:

1) первая беременность;

2) беременность, осложненная акушерской и экстрагенитальной патологией;

3) наличие в анамнезе самопроизвольных аборт и поздние роды.

Материалы, полученные в результате проведенных исследований, позволяют повысить эффективность мероприятий, направленных на коррекцию пограничных нервно-психических расстройств, протекающих на фоне беременности, а также могут использоваться в качестве основания для разработки перспективных коррекционных программ по формированию ролевой материнской функции и уточнения иерархии мотивов в мотивационной сфере женщины-матери.

Литература

1. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учеб. пос. М., 2002.
2. The different faces of motherhood / Eds. B. Berns, F. Hay. N.Y.; L., 1988.
3. The development of attachment and affiliative systems / Ed. by Emde R.N. et al. N.Y.; L., 1982.
4. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation / Eds. P.M. Shereshefsky and L.J. Yarrow. N.Y., 1973.
5. Bibring G.L., Dwyer T.F., Huntington D.S., Valenstein A.F. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship // *Psychoanal. Study Child*. 1961. Vol.16.
6. Antony E.J., Benedek T. Parenthood: Its psychology and psychopathology. Boston, 1970.
7. Deutch H. The psychology of women. N.Y., 1944.
8. Deutch H. Epilogue: the climacterium // *The Psychology of Women*. N. Y., 1945.
9. Caplan G. Concept of mental health and consultation. Washington, DC, 1959.
10. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Пер. с англ. Е.И. Замфир. Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб., 1997.
11. An approach to community mental health. L., 1961.
12. Хорни К. Самоанализ. Психология женщины. СПб., 2002.
13. Брутман В.И. и др. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // *Вопр. психол.* 2002. № 1.
14. Брутман В.И. и др. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // *Там же*. 2002. № 3.
15. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // *Там же*. 2001. № 2.
16. Скобло В.Г., Дубовик О.Ю. Система «мать – дитя» в раннем возрасте как объект профилактики // *Соц. и клинич. психиатрия*. 1992. Т. 2. № 2.
17. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб., 2000.
18. Архиреева Т.В. Методика измерения родительских установок и реакций // *Вопр. психол.* 2002. № 5.
19. Айвазян Е.Б. и др. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологии // *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология*. 2002. № 3.
20. Асмолов А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. М., 2001.
21. Безрукова О.Н. Репродуктивные мотивации женщин // *Социол. исслед.* 2000. № 12.
22. Мамышева Н.Л. и др. Системные детерминанты состояния мотивационной сферы у беременных женщин (в современных социально-экономических условиях) // *Вестн. Томского гос. пед. ун-та*. 2000. Вып. 3 (19).
23. Берестнева О.Г., Уразаев А.М., Муратова Е.А. и др. Математические методы в психологии. Томск, 2001.
24. Pryse C.R. et al. (Eds.) *Motherhood in human and nonhuman primates: Biological determinants*. Basel, 1995.
25. Shrock P. Sexual health in pregnancy // *Reprod. Life: Adv. Res. Psychosomat. Obstet. and Gynaecol.: Proc. 10 th Int. Congr. Psychosomat. Obstet. and Gynaecol.* Stockholm, 14–17 June 1992. Garnforth, 1992.
26. Verry T. (Ed.) *Pre- and perinatal psychology: An introduction*. N.Y., 1987.
27. Ajzen I., Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Engelwood Cliffs, N.Y., 1980.
28. Blacher J. Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact or artifact? // *Mental Retardation*. 1984. Vol. 22. № 2.
29. Психология: Учеб. / Под ред. А.А. Крылова. М., 1999.