

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра общей психологии и психологии развития

И.О. Косарева

О.В. Таркина

**НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД
В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ
СОПРОВОЖДЕНИИ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Учебное пособие

Самара

Издательство «Универс групп»

2006

*Печатается по решению Редакционно-издательского совета
Самарского государственного университета*

УДК 159.9

ББК 88.3

К 71

Рецензент

к.п.н., доцент кафедры общей психологии и психологии развития
Лисецкий К.С.

Редактор

к.п.н., старший преподаватель кафедры общей психологии и психологии
развития **Самыкина Н.Ю.**

Косарева, И.О., Таркина О.В.

К 71 Нарративный подход в психологическом сопровождении бе-
ременности [Текст] : учебное пособие / И.О. Косарева, О.В. Тар-
кина. – Самара : Изд-во «Универс групп», 2006. – 110 с.

ISBN 5-467-00101-9

Данное учебное пособие предназначено как для психологов, работающих в сфере подготовки женщины и семьи к рождению ребенка, так и для студентов психологических специальностей. Пособие предлагает новый практический подход в подготовке к родам, базирующийся на принципах нарративных практик. В пособии рассматриваются проблемы психологии материнства, переживания беременности, анализируются существующие в настоящее время психопрофилактические программы подготовки к родам, описываются базовые принципы нарративного подхода в психологии. На основе предпринятого авторами анализа и опыта практической деятельности специалистам и всем интересующимся предлагаются программа подготовки к родам и родительству с использованием нарративного подхода и программа подготовки психологов к работе с беременными в нарративном подходе.

УДК 159.9

ББК 88.3

ISBN 5-467-00101-9

© Косарева И.О., Таркина О.В., 2006

© Самарский государственный университет, 2006

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Раздел 1. Материнская потребностно-мотивационная сфера, ее развитие в онтогенезе	8
1.1. Материнство как самостоятельная потребностно-мотивационная сфера	8
1.2. Беременность как заключительный этап развития материнской сферы	16
1.3. Мотивы сохранения беременности	21
1.4. Стили переживания беременности	24
1.5. Значение сформированности материнской сферы в психологической готовности к материнству	27
Резюме	36
Вопросы для самопроверки к разделу 1	37
Темы рефератов	37
Задания для самостоятельной работы	38
Рекомендуемая литература	38
Раздел 2. Проблема психологической помощи в материнстве и существующие формы психологической помощи	40
2.1. Задачи психологической помощи семье в период ожидания ребенка	40
2.2. Особенности и содержание запроса беременных женщин на психологическую помощь	45
2.3. Психопрофилактические методы подготовки к родам	46
2.4. Обзор различных программ и методик психологической помощи	47
Резюме	49
Вопросы для самопроверки к разделу 2	50
Темы рефератов	50
Задания для самостоятельной работы	51
Рекомендуемая литература	51
Раздел 3. Нарративный подход в психологическом консультировании, психологической профилактике и психологической коррекции	53

3.1. Об истории нарративного подхода	53
3.2. Теоретические положения нарративного подхода	55
3.3. Теоретические основания нарративного подхода	57
3.4. Стратегии нарративного подхода.....	60
3.5. Основные техники нарративного подхода	61
3.6. Профессиональная идентичность нарративных практиков.....	65
Резюме	69
Вопросы для самопроверки к разделу 3	69
Темы рефератов	70
Задания для самостоятельной работы	70
Рекомендуемая литература	70
Заключение	72
Общий список использованной литературы	74
Приложение 1. Ожидаемые результаты психологической работы с семьей.....	79
Приложение 2. Базовые принципы работы профессионала.....	80
Приложение 3. Факторы, благоприятные для сохранения беременности.....	81
Приложение 4. Неадекватные мотивы сохранения беременности.....	82
Приложение 5. Программа подготовки специалистов, работающих с беременными женщинами, с применением нарративного подхода	83
Приложение 6. Программа подготовки беременных женщин к родам и родительству с применением нарративного подхода	87
Приложение 7. Интервью для беременной.....	90
Приложение 8. Проективный тест «я и мой ребенок».....	95
Приложение 9. Нарративные практики	101

ВВЕДЕНИЕ

Проблеме психологического сопровождения беременности в современной психологической практике уделяется довольно много внимания: практически в каждом родильном доме, в каждой женской консультации есть курсы подготовки к родам, все больше беременных получают сопровождение психолога, Интернет изобилует материалами и сайтами для будущих родителей. Однако современная социальная ситуация, характеризующаяся снижением рождаемости, ориентацией современной молодежи на построение карьеры, а также ряд исследований отечественных ученых убеждают в слабом репродуктивном здоровье современной молодежи, недостаточно осознанном отношении к принятию роли родителей, что катастрофически сказывается на физическом, психическом и интеллектуальном здоровье детей.

Вынашивание и рождение ребенка является для самой женщины глубоким, нередко психотравмирующим событием, относящимся к числу самых серьезных испытаний, отражающимся на эмоциональных потребностях и поведении.

На сегодняшний день беременная женщина окружена пристальным вниманием исключительно медиков, ставящих своей целью физическое здоровье ребенка и сохранение здоровья матери. В тоже время, в период внутриутробного развития закладываются основы не только физического, но и психического здоровья человека. Решением проблемы оказания всесторонней поддержки беременной женщине может стать лишь взвешенный компромисс между введением научных медицинских методов обеспечения безопасности матери и ребенка и психологической поддержкой и помощью семье в этот период.

В настоящее время исследователи рассматриваемой нами проблемы заняты поиском новой – целостной – модели материнской сферы, в основании которой лежит осознание, как потребностей

самой матери, так и особенностей психического развития ребенка. На практике это проявляется в повышении запроса родителей на квалифицированную психологическую помощь при освоении своих родительских и, в частности, материнских функций. Подобная помощь в нашей стране пока еще не имеет должного научного, методического и практического обеспечения.

В руках грамотного психолога интеграция методик дает возможность работы с различными аспектами материнской сферы. Отсутствие четкого понимания задач психологической помощи с учетом перспективы развития ребенка и семьи после родов, отсутствие понимания места каждого используемого средства в решении этих задач, не только снижает эффективность работы консультанта, но и вовсе превращает его деятельность во вторжение в психологическое пространство женщины с целью апробирования конкретной психологической техники.

Из всего вышеизложенного следует актуальность разработки методологии психологического сопровождения женщин в период беременности.

В последние годы появилось достаточное количество работ в таких областях, как психологическая готовность к родам и психологическая готовность к материнству. В частности, изучено влияние различных психологических методов на повышение личностной зрелости, коррекцию родительских установок и форм взаимодействия с ребенком, отработку навыков поведения в родах и навыков ухода за ребенком, развитие материнской компетентности. Одновременно с этим не изучено влияние психологических подходов на формирование и коррекции материнской потребностно-мотивационной сферы.

В настоящем пособии мы рассматриваем и анализируем психологические проблемы, связанные с материнством, существующие в настоящее время различные подходы подготовки к беременности и родам, и предлагаем собственную программу, основанную на нар-

ративном подходе. Нам представляется, что этот подход является наиболее оптимальным в работе с беременной женщиной, и, в частности, с проблемами коррекции ее потребностно-мотивационной сферы. Это связано с такой тем, что нарративный подход является одновременно и глубоким, и наименее травматичным методом работы со смысловой сферой личности. Это также и достаточно быстрый метод, что также является немаловажным в работе с беременной женщиной. Нами также разработана программа подготовки специалистов к работе с беременными женщинами в нарративном подходе, содержание которой представлено в приложении.

РАЗДЕЛ 1. МАТЕРИНСКАЯ ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА, ЕЕ РАЗВИТИЕ В ОНТОГЕНЕЗЕ

1.1. Материнство как самостоятельная потребностно-мотивационная сфера

Изучение *материнства как психологического феномена* в отечественной психологии началось сравнительно недавно. Поскольку материнство представляет собой явление сложное и многостороннее, то проблематика, затрагиваемая его исследователями, крайне широка и разнообразна.

Материнство является составной частью *родительства*, которое определяется как социально-психологический феномен, представляющий собой эмоционально и оценочно окрашенную совокупность знаний, представлений и убеждений относительно себя как родителя, реализуемую во всех проявлениях поведенческой составляющей родительства. Как над-индивидуальное целое, родительство неотъемлемо включает в себя обоих супругов, решивших дать начало новой жизни и, конечно, самого ребенка.

Развитая форма родительства характеризуется относительной устойчивостью и стабильностью, и реализуется в согласованности представлений супругов о родительстве, комплементарности динамических проявлений родительства.

Мы предполагаем, что в развитой форме родительство включает в себя:

- 1) ценностные ориентации супругов (семейные ценности);
- 2) родительские установки и ожидания;
- 3) родительское отношение;
- 4) родительские чувства;
- 5) родительские позиции;
- 6) родительскую ответственность;

7) стиль семейного воспитания [32; 10-11].

Родительская семья является первичной социальной средой индивида, где он получает первый социальный опыт, например, относительно реализации родительской модели поведения. Большинство исследователей сходятся в том, что супружеская семейная система во многом копирует родительскую семейную систему.

Чтобы развести значение понятий *родительство*, *материнство*, *отцовство*, необходимо отметить следующее: родительство является над-индивидуальным целым, выходящим за рамки индивида, в то время как материнство и отцовство касаются, прежде всего, отдельной личности.

Материнство как индивидуальный феномен изучено в литературе более подробно, чем отцовство.

Материнство имеет глубокие биологические предпосылки, однако предстает в человеческой культуре как сформированный в процессе исторического развития общества социальный заказ, определяющий самосознание и чувства женщины-матери [30; 10-12]. В каждой культуре есть целый институт материнства, который в качестве составной части включает в себя способы воспитания женщины как матери. В обществе постоянно происходят изменения модели материнства и детства, соответствующие изменению в самих общественных отношениях. Изменяется и отношение женщины к своей роли матери.

В наши дни материнство занимает незначительное место в иерархии ценностей женщины. Налицо новая модель личности, не обеспеченная соответствующей моделью материнства. Женщина на пороге материнства оказывается неосведомленной об элементарных особенностях развития ребенка и своих функциях в уходе за ним и общении. Кроме того, уменьшение количества детей в семье ведет к тому, что часто первый младенец, с которым встречается мать, является ее собственным ребенком.

Сегодня, обсуждая социальную ситуацию, необходимо учитывать как старые, так и новые социальные проблемы. Наряду с такими, всегда существовавшими, проблемами, как голод, сиротство, материнская депривация, всё громче заявляют о себе другие проблемы. Мы живем во времени, когда дитя можно возвращать в пробирке и, следовательно, чудо зачатия, вынашивания и возвращения начинают девальвироваться. Речь идет о неумолимо изменяющейся ментальности материнства как социально исторического явления [16; 93-95].

Интерес к особенностям материнства в младенческий период развития ребенка в психологии возник первоначально в русле двух направлений: при изучении роли матери в образовании ранних личностных структур (психоанализ и другие направления психологии личности: З. Фрейд, К. Хорни, Э. Эриксон, Дж. Боулби и др.), и в практических исследованиях, связанных с нарушением психического развития ребенка (детская психиатрия, исследования задержки и нарушений психического развития, социальной дезадаптации, психологических проблем детей и подростков: А. Фрейд, М. Кляйн, Д. Винникотт, М. Малер и др.).

В отечественной психологии в рамках второго направления изучалось материнское отношение, материнская (родительская) позиция, детско-родительское взаимодействие (В.И. Гарбузов, Э.Г. Эйдемиллер, А.С. Спиваковская, А.Я. Варга, А.Д. Кошелева, В.И. Перегуда, И.Ю. Ильина и др.). Другой аспект материнства представлен в русле изучения материнско-детского взаимодействия в детской психологии – как отечественной, так и зарубежной. Роль взрослого в развитии ребенка как представителя человеческого рода, принятая в качестве основополагающей в культурно-историческом подходе и психологии деятельности (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец) легла в основу выделения взаимодействия ребенка со взрослым в качестве самостоятельного объекта исследования (М.И. Лисина, Е.О. Смир-

нова, Н.Н. Авдеева, С.Ю. Мещерякова, О.В. Баженова, Л.Л. Баз, Г.В. Скобло и др.). Поведение матери рассматривается в качестве источника развития ребенка как субъекта познавательной активности, общения и самосознания. В данном направлении исследователи активно обращаются к теории привязанности Дж. Боулби. Качества матери как объекта привязанности (ее физическая и психологическая доступность, а также качество и своевременность оказываемой поддержки) служат источником формирования поведения и базовой структуры личности (привязанности), обеспечивающей стратегическое отношение субъекта к миру и своему существованию в нем. Феномену привязанности матери и ребенка придается большое значение в формировании эффективного материнского поведения [9; 125].

В зарубежных исследованиях, осуществляемых в первую очередь в рамках таких подходов, как социальное научение, психоанализ, теории объектных отношений, мать и ребенка рассматриваются как составляющие единой диадической системы, только в рамках этой системы приобретающие статус «матери» и «ребенка» и взаимно развивающиеся как элементы этой системы.

Самостоятельным направлением можно считать *перинатальную психологию*, занимающуюся проблемами беременности, родов, послеродового периода (Г.Г. Филиппова, Н.П. Коваленко, И.В. Добряков, Е.Б. Айвазян, А.Н. Васина, В.В. Абрамченко и др.). Материнство рассматривается здесь как часть личностной сферы женщины, имеющая историю своего формирования, связь с другими личностными сферами, находящаяся под влиянием общественных норм и ценностей [20; 105].

Г.Г. Филиппова рассматривает материнство как обеспечение матерью эволюционно ожидаемых условий для развития ребенка, являющегося представителем своего вида и одновременно членом своей конкретной культуры. Этим определяется выделение двух

основных категорий материнских функций: видотипичных и конкретно-культурных [39; 109].

Если обобщать все основные направления исследований, то можно обнаружить, что материнство как психосоциальный феномен рассматривается с двух основных позиций: материнство как обеспечение условий для развития ребенка и материнство как часть личностной сферы женщины [38; 6].

Во всех исследованиях материнства отмечается, что простое выделение разных факторов и форм опыта в жизни женщины и общества не дает возможности полноценно представить развитие материнской сферы. Выделение материнства как самостоятельной потребностно-мотивационной сферы позволяет структурировать ее онтогенез как развитие соответствующих потребностей, операционального и ценностно-смыслового блока [38; 153].

Материнская сфера является вариантом более общей родительской сферы, которая сама входит в состав репродуктивной сферы, наряду с половой. Половая и родительская потребностно-мотивационные сферы объединяются в общую – репродуктивную – по характеру лежащих в их основе потребностей (как потребностей субъекта) и по функции, которая обеспечена деятельностью субъекта по удовлетворению этих потребностей.

Одной из основных особенностей материнской сферы у человека является прижизненно формирующееся наполнение ценностно-смыслового блока потребностей и способов их удовлетворения. Можно говорить о конкретно-культурной модели материнства, которая ориентирована на развитие соответствующего конкретно-культурного варианта личности ребенка. Воспитание необходимого для каждой культуры типа индивидуальной материнской сферы, в свою очередь, обеспечено различными средствами и может быть описано как «онтогенетический путь к модели». Этот путь обеспечивает наличие материнских функций и их соответствие конкретной культурной модели.

Г.Г. Филиппова выделяет *два уровня развития материнства*. С эволюционной точки зрения материнство – вариант родительской сферы поведения, присущего женскому полу, которое приобретает особое значение у млекопитающих. Это связано с вынашиванием и выкармливанием потомства и необходимостью обеспечения заботы о нем именно материнской особью. Исключительность материнского поведения на высших эволюционных стадиях развития позволяет выделить материнство в самостоятельную материнскую потребностно-мотивационную сферу поведения. Ее эволюционным назначением является обеспечение матерью адекватной заботы о потомстве, что и является материнскими функциями. В поведении матери ее функции выражаются в эмоциональных реакциях на ребенка, выполнении операций по уходу и общению с ним.

На субъективном уровне для самой матери выполнение ее материнских функций достигается за счет наличия у нее соответствующих потребностей. Базовой потребностью для материнской сферы является потребность в контакте с объектом, носителем специфических этологических стимулов – *гештальта младенчества*. Эта потребность не единственная, но может рассматриваться как системообразующая для материнской сферы. Исследования автора позволили выделить в гештальте младенчества три компонента:

- физический (внешний вид, запах, звуки и т.п.);
- поведенческий (инфантильный стиль движений);
- инфантильную результативность (результаты жизнедеятельности, результаты двигательной активности, продукты деятельности).

Все три компонента гештальта младенчества имеют возрастную динамику и требуют различной реакции и различных ресурсных затрат матери.

Г.Г. Филиппова выделяет шесть этапов становления материнской потребностно-мотивационной сферы поведения в онтогенезе:

1. Этап взаимодействия с собственной матерью в раннем онтогенезе.

У человека этот этап включает пренатальный период и продолжается на всех онтогенетических этапах развития при взаимодействии с собственной матерью (или ее дублерами – носителями материнских функций).

Наиболее важным является возрастной период до трех лет. В это время происходит освоение эмоциональной стороны материнско-детского взаимодействия, а также возникновение эмоциональной реакции на некоторые ключевые стимулы физического компонента гештальта младенчества и некоторые элементы операционального состава материнской сферы (baby talk, мимические реакции, эмоциональная окраска движений при взаимодействии с объектом, носителем гештальта младенчества).

2. Игровой этап и взаимодействие со сверстниками.

Специфическим отличием этого этапа у человека является формирование и развитие основных компонентов материнской сферы в процессе сюжетно-ролевых игр с куклами, в «дочки-матери», в «семью».

3. Этап нянчания.

На этом этапе закладываются основы «потребности в материнстве», формируются потребности в охране ребенка и заботе о нем – то есть развивается восприятие ребенка как объекта деятельности. Эта потребность требует рефлексии своих субъективных состояний и соотнесения с условиями и способами их получения. Данный этап имеет хорошо выраженные возрастные границы (с 5-6 лет до начала полового созревания). Он включает опыт собственного взаимодействия с объектом – носителем гештальта младенчества, наблюдение за взаимодействием взрослых с ребенком, восприятие и рефлексиию отношения других людей и общества в целом к взрослым, выполняющим материнские функции.

4. Этап дифференциации мотивационных основ половой и родительской (в данном случае – материнской) сферы поведения.

В субъективном опыте существует взаимное «перекрытие» некоторых ключевых стимулов (ольфакторных, визуальных, слуховых, тактильных) в обеспечении мотивационных основ половой и материнской сфер поведения. Для материнской сферы у человека особое значение имеет объединение компонентов гештальта младенчества на ребенке (как объекте деятельности) до начала полового созревания. Это обеспечивает адекватное мотивационное значение ситуации взаимодействия с ребенком после родов. Присутствие объекта деятельности материнской сферы в этом случае становится медиатором, обеспечивающим возникновение ситуативных эмоций, включающихся в опредмечивание постнатальной стимуляции при взаимодействии с ребенком (контакт «кожа-кожа», субъективные состояния матери при акте сосания и т.п.). Этот этап онтогенеза имеет специфику на человеческой стадии, связанную с осознанием связи половой и материнской сфер и конкретно-культурными моделями полового и материнского поведения.

5. Этап конкретизации онтогенетического развития материнской сферы в реальном взаимодействии с ребенком.

Этот этап включает несколько самостоятельных периодов: беременность, роды, послеродовой период, младенческий возраст ребенка и период перехода к следующему, шестому этапу развития материнской сферы.

Сравнительный анализ позволил охарактеризовать возникновение и развитие в ходе беременности отношения к шевелению плода и подготовки к осуществлению материнских функций в родовом и послеродовом периодах, обеспечивающих динамику развития эмоционального отношения матери к соответствующей динамике развития гештальта младенчества. Эта динамика также может быть разной, она зависит как от истории развития материнской сферы

женщины, так и от конкретных условий актуального материнства, в том числе и от самого ребенка.

6. Послеродовый этап.

Ему свойственны образование у матери эмоциональной привязанности к ребенку, личностное принятие и личностный интерес к внутреннему миру ребенка, к его развитию и изменению. В результате образуется устойчивая детско-родительская связь после выхода ребенка из возраста, характеризующегося гештальтом младенчества, происходит продление его потребности в заботе и модификация содержания потребности в материнстве у матери [38; 153-212].

Обобщая, можно сделать вывод: материнская сфера – часть потребностно-мотивационной сферы личности, направленная на осуществление материнской функции.

1.2. Беременность как заключительный этап развития материнской сферы

До сих пор в психологии не существует единой концепции беременности. В исследованиях последних десятилетий показано, что от психологического состояния женщины во время беременности во многом зависят физиологическое течение беременности и родового акта, состояние плода и новорожденного. Кроме того, психологическое состояние женщины во время беременности отнесено к числу факторов, определяющих психическое развитие ребенка на ранних этапах онтогенеза.

С психологической 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 [7; 6-7].

В работах, посвященных этой проблеме, беременность понимается как острый переходный период, который нередко сопровождается кризисными переживаниями.

«Тип кризиса, представленный перинатальным периодом, во многих отношениях очень интересен. Во-первых, по своей форме он относится к предсказуемым кризисам. Это дает возможность изучать некий психологический процесс в его временном развитии. Кризис обладает ограниченным во времени течением, делящимся на ряд отдельных фаз: беременность, роды, послеродовой период. Во-вторых, включает в себя наряду с психическими процессами и телесные изменения. В-третьих, эта форма кризиса в сильнейшей мере затрагивает проблему идентификации индивида» [11; 12-13].

«Беременность – это нормальный кризис, который присутствует у всех женщин, приводит к резкой потере устойчивости и часто ведет к росту полного созревания... Результат этого развивающего кризиса оказывает глубокое влияние на ранние детско-родительские отношения... Беременность – одна из имеющих решающее значение, необратимых поворотных точек в развитии. Это движение по направлению к новой роли наивысшей важности, сравнимое с такими событиями как пубертат или климакс» [5; 72-73].

С психоаналитических позиций, чувство привязанности к ребенку возникает не вдруг – после его рождения, а проходит длительный путь становления, начиная с периода вынашивания беременности (а возможно и раньше) и продолжается уже после родов, в тесном контакте с ребенком. Одним из главных новообразований периода беременности у женщин является возникновение интрацептивного сенсорного опыта взаимодействия с плодом. Можно видеть, как наделенная смыслом беременность воодушевляет будущую мать, создает соответствующий аффективный фон, обеспе-

чивает оптимальную жизнедеятельность внутриутробного младенца [10; 75,77].

Е. Дойч подробно описала природу и содержание конкретных форм «присутствия» детского опыта матери и попыталась увязать «присутствие» матери и присутствие плода. Под термином присутствие понимают разные формы проявления внутреннего мира (субъективности) как матери, так и плода. Рассматривая беременность как психологическую прелюдию к материнству можно сделать вывод, что беременность как эмоциональный комплекс – независимая единица, от которой тянется мост к материнству и в которой подготавливается отношение к ребенку [14; 107].

Д. Пайнз утверждает, что беременность дает телесное подкрепление идентификации женщины в внутренним образом своей матери. Телесные изменения во время беременности неизбежно сопровождаются воспроизведением инфантильного эмоционального развития. Молодая мать может осознать у себя первичные, ранее вытесненные фантазии и конфликты, выросшие из детских сексуальных теорий о своем зачатии, внутриутробной жизни и рождении [33].

Одна из задач, стоящих перед женщиной в период беременности, – это выделение в своем субъективном мире места для своего ребенка. Но для этого необходимо осознать свой субъективный мир. Надо быть достаточно взрослой. Достижение женской зрелости возможно через принятие своей телесности. Для будущей матери период беременности – время существования разнонаправленных потребностей и поиск гармоничного их примирения. Это одновременно и симбиотическая общность, и дифференциация «собственного Я» и «объекта внутри меня». Прохождение процессов дифференциации необходимо для становления материнства и развития раннего диалога с ребенком. В противном случае осознание соматического состояния при беременности будет замещать осознание себя матерью [25; 38-39].

Для самой женщины беременность 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 [7, 10-11].

Беременность является значимой составляющей материнства и может выступать как деятельность либо как поведенческая активность женщины. Беременность имеет полимотивированный характер и реализуется женщиной в качестве деятельности в том случае, если смыслообразующий мотив ее действий соответствует социокультурному значению беременности. Психологическая специфика периода беременности связана с особенностями предмета деятельности беременной женщины, а именно: с формированием и развитием внутриутробного ребенка и подготовкой к его рождению [3,124].

Е.Б. Айвазян предлагает применить для понимания механизмов психического развития женщины в период беременности идеи Л.С. Выготского. У взрослого человека переходу на новую ступень развития также предшествуют кризисы, содержанием которых является смена социальной ситуации развития. Каждый новый возрастной этап характеризуется также появлением психологических новообразований, представляющих собой новые способности, качественно изменяющие структуру личности. Предполагается, что беременность представляет собой «психологический возраст», то есть период, характеризующийся особым отношением между субъектом и окружающей его действительностью, а также возникновением психологических новообразований, не свойственных предшествующим этапам развития.

Беременность предполагает телесные перемены, изменение семейного и профессионального статуса, системы отношений с окру-

жением, структуры деятельностей, в которые включена женщина, перспективы жизни в целом.

Осознание женщиной своей беременности означает осознание конца независимого существования и начала новых отношений «мать – дитя». Для женщины ребенок «рождается тогда, когда она осознает его существование, то есть в ее социальную жизнь включается новый индивид, и начинает формироваться новый социальный контекст, который встраивается в иерархию социальных контекстов, составляющих социальную ситуацию развития матери. С этого момента в психике женщины начинают происходить качественные изменения.

Будущий ребенок должен занять какое-то место в структуре смысловых образований женщины, обрести «ценность». В зависимости от того, какое место в иерархии мотивов начинает занимать «ценность ребенка», женщина строит свою жизненную перспективу, оценивает окружающий мир и саму себя. Она изменяется как личность. В результате включения ценности ребенка в смысловую сферу женщины специфически меняется ее внутреннее отношение к действительности, формируется специфическая внутренняя позиция. Принятие будущего материнства рассматривается как личностное новообразование периода беременности. Именно эта позиция создает мотивационную направленность деятельности женщины на выполнение материнских функций в ходе беременности, позже – в родах и после рождения ребенка, то есть обеспечивает формирование родительского отношения.

Таким образом, отношения беременной женщины с социальным миром в период беременности уникальны и, если и не испытывают изменения в данный момент, то подразумевают такие перемены после рождения ребенка. Подобное глобальное изменение действительности неминуемо вызовет сдвиги в миропонимании и мироощущении женщины, поставит перед беременной задачу найти и принять собственное место в системе социальных отношений, за-

нять в ней определенную внутреннюю позицию. Это является переломным пунктом для развития личности.

Многое – скачкообразный характер личностных изменений, дестабилизация структуры социального окружения и его специфичность, формирование новообразований личности женщины, наконец факт необходимости решения определенных задач (и задач развития в том числе) в сжатые сроки – все это говорит о том, что беременность – критический период в развитии личности женщины, период кардинального пересмотра своих жизненных позиций и перспектив.

Воздействие на операционально-технические и когнитивный уровни женщины в ходе подготовки к родам и материнству не приводит к ее личностному изменению, а при наличии личностных преобразований, при сформированной внутренней материнской позиции мы можем ожидать осознанного и серьезного отношения к выполнению материнских функций, готовности к получению новых знаний и овладению новыми навыками, необходимыми для воспитания ребенка [4; 77-79].

Беременность является заключительным этапом становления материнской сферы, связанным с интеграцией ранее сформированных компонентов материнской сферы и обретением личностного смысла в предстоящем материнстве [26; 154].

1.3. Мотивы сохранения беременности

Мотивы сохранения беременности главным образом зависят от личностных установок женщины и социальных нормативов общества, определяемых культурно-историческим временем, в котором она живет. Н.В. Боровикова и С.А. Федоренко выделили ряд мотивов сохранения беременности. Первые два мотива проявляются как на бессознательном, так и на сознательном уровнях, остальные обычно не осознаются женщинами [32].

1. *Беременность ради ребенка* – наиболее позитивный мотив, отражающий психологическую потребность женщины в материнстве и готовность к нему.

2. *Беременность от любимого человека* способствует созданию высокого уровня адаптивности женщины к беременности. Будущий ребенок выступает как частица любимого человека, символ «светлого» прошлого или настоящего, который женщина хочет пронести через всю жизнь.

3. *Беременность как соответствие социальным ожиданиям* – этот мотив обычно присущ молодым девушкам из обеспеченных семей или вышедших замуж по расчету, когда пожилые родители не имеют внуков (то есть они рожают ребенка не для себя, а для своих родителей). Следует отдельно выделить *беременность для мужчины*. При этом ребенок рождается не столько в соответствии со своим желанием, сколько по просьбе мужа или значимого мужчины.

4. *Беременность как протест* – это «беременность назло» любимому мужчине или родителям. Беременность носит характер вызова, противостояния миру взрослых, является для женщины драматической, и часто тяжело травмирует ее психику. Будущий ребенок используется в качестве объективного аргумента, объясняющего невозможность возврата к прежним отношениям.

5. *Беременность ради сохранения отношений*, когда женщина решается на рождение ребенка, чтобы внести нечто новое в близкие отношения с мужчиной и удержать его рядом.

6. *Беременность как отказ от прошлого* – в этом случае беременность может расцениваться самой женщиной как желание почувствовать себя личностью, обрести женскую индивидуальность, зачеркнуть свое прошлое. Нередко символизирует начало нового этапа в жизни и наиболее часто встречается у женщин с «туманным и бурным» прошлым.

7. *Беременность как уход от настоящего* преобладает у одиноких женщин, потерявших надежду на личное счастье. Они пыта-

ются уйти от собственных проблем в своего ребенка, заместить свою жизнь его жизнью.

8. *Беременность ради сохранения собственного здоровья* – мотив обусловлен боязнью причинить вред своему здоровью абортom или утратить возможность деторождения в будущем.

Описанные мотивации не существуют в психике женщины в чистом виде, а взаимно дополняют друг друга на фоне доминирования одной из них. Кроме того, их присутствие отличается особым мотивационным фоном. Были выделены три таких фона.

1. Для молодых женщин эту роль часто играют привлекательность неизвестного, стремление к новым, острым ощущениям. Решение родить ребенка обычно характеризуется недопониманием степени ответственности материнства, что обуславливается, прежде всего, незрелостью и несформированностью личности. При условии благоприятной в целом атмосферы социального окружения женщины беременность может протекать в экзальтированном, приподнятом настроении. Поведенческие реакции характеризуются как игровые, с преобладанием в них детских паттернов поведения.

2. Для женщин старше (после 25 лет) решение сохранить беременность может определяться стремлением быть «не хуже других». Особенно ярко это проявляется у женщин, несколько лет состоящих в бездетном браке. В этом случае беременность приобретает позитивную психологическую окраску: ребенок является ожидаемым и желанным, а сама женщина испытывает чувство гордости, связанное со своим новым положением.

3. Самоутверждение через беременность. Основной характеристикой этого фона является его приобретенность. Он навязывается женщине в процессе социализации посредством воспитания и всего комплекса прививаемых ей с детства психологических установок.

1.4. Стили переживания беременности

Содержание материнской сферы в течение беременности претерпевает существенное изменение, которое отражается в переживании женщиной симптоматики беременности, в ее внешней активности и психическом состоянии. Все это определяет индивидуальный стиль переживания беременности. В него входят физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности, переживание симптоматики беременности, динамика переживания симптоматики по триместрам беременности, преимущественный фон настроения по триместрам беременности, переживание первого шевеления, переживание шевелений в течение всей второй половины беременности, содержание активности женщины в третий триместр беременности.

Г.Г. Филиппова выделяет шесть стилей переживания беременности.

1. *Адекватный.*

Идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций; живот нормальных размеров; соматические ощущения отличны от состояний небеременности, интенсивность средняя, хорошо выражена; в первом триместре возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов, во втором триместре благополучное эмоциональное состояние, в третьем триместре повышение тревожности со снижением к последним неделям; активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к послеродовому периоду; первое шевеление ребенка ощущается в 16-20 недель, переживается положительно-эмоционально, приятно по соматическому ощущению; последующие шевеления четко дифференцированы от других ощущений, не характеризуются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями.

2. *Тревожный.*

Идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком

большой или слишком маленький по сроку беременности; соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние в первый триместр повышено-тревожное или депрессивное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовый период; первое шевеление ощущается рано, сопровождается длительными сомнениями или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, переживается с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения; дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, тревогой по поводу здоровья ребенка и себя, характерны направленность на получение дополнительных сведений, патронаж.

3. Эйфорический.

Все характеристики носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается не критическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка. Обычно к концу беременности появляются осложнения. Проективные методы показывают неблагополучие в ожиданиях послеродового периода.

4. Игнорирующий.

Идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса; первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуются как доставляющие физическое неудоб-

ство; активность в третьем триместре повышается и направлена на содержания, не связанные с ребенком.

5. Амбивалентный.

Общая симптоматика сходна с тревожным типом, особенностью являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений; интерпретация своих отрицательных эмоций преимущественно выражена как страх за ребенка или исход беременности, родов; характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

6. Отвергающий.

Идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена; переживание всей беременности как кары, помехи и т.п.; шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается неудобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний.

Исследования Г.Г. Филипповой показали, что стили переживания беременности соотносятся с адекватной ценностью ребенка в 100% случаев [38; 188-189].

В беременности возможен прогноз недостаточной материнской компетентности и неблагоприятного содержания таких компонентов материнской сферы, как стиль эмоционального сопровождения, субъективизация ребенка, использование своего состояния и ориентация на состояние ребенка как средств контроля развития ребенка, гибкость приспособления к режиму и т.п. Подобный прогноз позволяет проводить направленную коррекцию и психотерапию.

Переживание беременности и динамика стиля переживания беременности отражает ценность ребенка с другими значимыми для женщины ценностями, является прогностическим для выявления особенностей материнского отношения и динамики ценности ре-

бенка после родов. Очевидно, что наступление беременности не означает одномоментного наступления готовности к материнству. Возникает вопрос: что определяет такую готовность?

1.5. Значение сформированности материнской сферы в психологической готовности к материнству

Изучение готовности к материнству в последние годы ведется в разных аспектах: в плане социологических исследований позднего материнства и материнства несовершеннолетних (С.О. Кашапова); при исследовании факторов риска психической патологии ребенка в связи с социальными и психическими аномалиями матерей (А.И. Захаров; Г.В. Скобло, А.А. Северный, Г.В. Козловская и др.); в филогенетическом аспекте. Исследуются значимые личностные характеристики будущей матери (Е.И. Исенина), разрабатываются методы, выявляющие отношения родителей к еще не родившемуся ребенку (Н.В. Боровикова, С.А. Федоренко), изучаются факторы, влияющие на материнское поведение (С.Н. Копыл, Л.Л. Баз, В.И. Брутман, С.Н. Еникополов).

В понятии *готовность к материнству* можно выделить три взаимосвязанных аспекта: физиологический, социальный и психологический.

На основе учения А.А. Ухтомского о доминанте И.А. Аршавским было предложено понятие «гестационной доминанты», которая обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Психологический компонент гестационной доминанты представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы. В результате изучения анамнестических сведений, наблюдений за беременными женщи-

нами и бесед с ними, И.В. Добряков выделяет пять типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, гипогестозогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный. Тип ПКГД отражает, прежде всего, личностные изменения и реакции женщины, то есть изменения в системе ее отношений [44; 107-110].

В концепции С.Ю. Мещеряковой *психологическая готовность к материнству* рассматривается как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-субъектная ориентация по отношению к еще не родившемуся ребенку. Она формируется под влиянием неразделимых биологических и социальных факторов и, с одной стороны, имеет инстинктивную основу, а с другой – выступает как особое личностное образование.

Основными составляющими структуры психологической готовности к материнству являются:

- особенности коммуникативного опыта, полученного в детстве;
- переживания женщиной беременности, в том числе отношение к еще не родившемуся ребенку;
- ориентация на стратегию воспитания и ухода за младенцем.

По результатам исследования С.Ю. Мещеряковой были выделены три *уровня психологической готовности к материнству* (УПГМ).

1. *Низкий УПГМ.*

Женщины этой группы часто отмечали наличие колебаний в принятии решения иметь ребенка, негативных переживаний и ощущений во время беременности; скупо и формально отвечали на вопросы, касавшиеся их отношения к еще не родившемуся ребенку (многие не переживали чувства общности с ребенком, не пытались вступать в общение с ним, не придумывали имя, не представляли себе малыша). Они, как правило, оказывались сторонницами «стро-

гого» воспитания, опасались избаловать ребенка. Многие отмечали отсутствие привязанности к матери в детстве и строгое отношение родителей; редко играли с куклами. Большинство предпочитали детей старше трех лет.

2. Средний УПГМ.

Женщины этой группы давали ответы, частично сходные с ответами в первой группе, и частично – с ответами в третьей группе. В установках на воспитание они обнаружили намерение не брать часто ребенка на руки, соску предлагать в случае крайней необходимости, но при этом не были сторонницами кормления по часам. Половина женщин из этой группы отметила отсутствие привязанности к матери, их ранний детский опыт взаимоотношений с родителями был неоднозначным (на вопросы, часто ли их ласкали, баловали или проявляли строгость, большинство отвечали, что бывало «по-всякому»), треть группы отдавала предпочтение в детстве играм с куклами; половина отмечала, что особенно любит детей до года, остальные – детей постарше.

3. Высокий УПГМ.

Женщины этой группы не испытывали колебаний в принятии решения иметь ребенка, радовались, узнав о своей беременности, отмечали преобладание положительных ощущений и переживаний в период беременности; развернуто отвечали на вопросы, касающиеся их отношения к еще не родившемуся ребенку (переживали чувство общности с ним, разговаривали, обращаясь к ребенку, прислушивались к шевелению, реагировали на него какими-либо действиями), придумывали имя для малыша. Они ориентировались на стратегию «мягкого» воспитания (допускали кормление по потребностям ребенка, намеревались чаще брать его на руки, не боялись приучать к соске). Женщины этой группы имели благоприятный коммуникативный опыт в детстве: почти все отмечали наличие привязанности к матери, ласковое отношение родителей. Большин-

ство отдавали предпочтение играм с куклами; все отмечали, что любят детей младенческого возраста.

С.Ю. Мещерякова предполагает, что для женщин из первой группы будет характерно преобладание объектной ориентации в отношении к ребенку, а для женщин из третьей группы – преобладание субъектной ориентации [28; 144-153].

В готовности к материнству Г.Г. Филиппова выделяет пять основных блоков [41; 63-65].

1. *Личностная готовность*: общая личностная зрелость (адекватная возрастно-половая идентификация; способность к принятию решений и ответственности; прочная привязанность; внутренняя каузальная атрибуция и внутренний локус контроля; отсутствие зависимостей) и личностные качества, необходимые для эффективного материнства (эмпатия; способность к совместной деятельности; способность быть «здесь и теперь»; творческие способности; интерес к развитию другой личности; интерес к деятельности выращивания и воспитания; умение получать удовольствие; культура тела).

2. *Адекватная модель родительства*: адекватность моделей материнской и отцовской ролей, сформированных в своей семье, по отношению к моделям личности, семьи и родительства своей культуры; оптимальные для рождения и воспитания ребенка родительские установки, позиция, воспитательные стратегии, материнское отношение.

3. *Мотивационная готовность*: зрелость мотивации рождения ребенка, при которой ребенок не становится средством полоролевой, возрастной и личностной самореализации женщины; средством удержания партнера или укрепления семьи; средством компенсации своих детско-родительских отношений; средством достижения определенного социального статуса и т.п.

4. *Сформированность материнской компетентности*: отношение к ребенку как к субъекту не только физических, но и психических потребностей и субъективных переживаний; сензитивность

к стимуляции от ребенка; способность к адекватному реагированию на проявления ребенка; способность ориентироваться для понимания состояний ребенка на особенности его поведения и свое состояние; гибкое отношение к режиму и установка на ориентацию на индивидуальный ритм жизнедеятельности ребенка в ранний период его развития; необходимые знания о физическом и психическом развитии ребенка, особенно возрастных особенностях его взаимодействия с миром; способность к совместной деятельности с ребенком; навыки воспитания и обучения, адекватные возрастным особенностям ребенка.

5. *Сформированность материнской сферы.* Материнство как часть личностной сферы женщины (материнская потребностно-мотивационная сфера) включает три блока:

А. Потребностно-эмоциональный блок.

Содержит потребность в контакте с ребенком как с объектом – носителем гештальта младенчества, потребность в его охране и заботе о нем и потребность в материнстве. Развитие потребностно-эмоционального блока происходит поэтапно и включает образование эмоциональной реакции на компоненты гештальта младенчества, образование объекта деятельности – ребенка, динамику отношения к онтогенетическим изменениям гештальта младенчества, возникновение и развитие потребности к охране и заботе, а также возникновение потребности в материнстве на основе рефлексии своих переживаний.

Б. Операциональный блок.

Состоит из двух частей: операции по уходу и охране, операции общения с ребенком. Особенностью этих операций, помимо их инструментальной стороны, является эмоциональная окраска, которая придает самим операциям специфические стилевые характеристики, соответствующие свойствам ребенка как объекта деятельности: осторожность, мягкость, бережность и т.п., специфику вокализаций и мимики.

В. Ценностно-смысловой блок.

Включает отношение к ребенку как к самостоятельной ценности, что связано с моделью материнско-детских отношений в обществе и его конкретно-культурным вариантом, а также ценность материнства как состояния «быть матерью», которое также включает в себя соответствующую внешнюю модель [42; 70-71].

Обе ценности связаны как с потребностями материнской сферы, так и с культурными моделями материнства и детства, и, поскольку им соответствуют содержания культурных моделей, сами участвуют в развитии потребностей индивидуальной материнской сферы.

Можно выделить 4 основных типа ценности ребенка:

1. Самостоятельная ценность ребенка как объекта материнской сферы (основное содержание взаимодействия с ребенком – положительно-эмоциональные переживания матери).

2. Повышенно-эмоциональная (с вариантами: аффективная, эйфорическая или концентрация на ребенке всей потребности в эмоциональной привязанности при отсутствии других объектов эмоциональной привязанности у матери).

3. Замена самостоятельной ценности ребенка на ценности из социально-комфортной сферы (ребенок как средство для достижения других ценностей: повышения социального и семейного статуса матери, избавления от страха одиночества в будущем, реже как источник материального благополучия и т.п.).

4. Полное отсутствие ценности ребенка [40; 149-150].

Ценность материнства, в свою очередь, связана с рефлексией своих переживаний при выполнении материнских функций и способствует формированию потребности в материнстве.

Поскольку ценностно-смысловой блок конкретной потребностно-мотивационной сферы поведения в своем генезисе связан с общей структурой ценностно-смысловых ориентаций личности матери, то естественно, что ценности ребенка и материнства интерфе-

рируют с другими ценностями матери, и эта интерференция является динамичной, изменяющейся в процессе жизни матери и ее взаимодействия с ребенком. Наибольшим влиянием «внедряющихся» из других потребностно-мотивационных сфер поведения ценностей подвержена ценность ребенка.

Во время беременности происходит внедрение или встраивание ценности ребенка в уже имеющуюся у женщины структуру ценностей [17; 80].

Внедряющиеся ценности могут быть доминирующими в субъективном пространстве женщины по отношению к появившейся ценности ребенка, и тогда тип их интерференции обозначается формулой « $i \rightarrow v$ ». Если доминирует ценность ребенка, в которую внедряются другие ценности, то это обозначается формулой « $v \rightarrow i$ ». Усиление интерференции обозначается двойными стрелками. Гармоничный баланс ценностей (ценность ребенка естественно встраивается в иерархию ценностно-смысловых ориентаций) обозначается формулой: « $i = v$ ». Тенденция к победе какого-либо типа ценностей обозначается его знаком с дробью (например, « $i \rightarrow v/i$ »: ценность ребенка внедряется в другие изначально актуальные для женщины ценности и берет над ними верх).

Содержание внедряющихся ценностей обозначается (условно) следующим образом:

– ценности из социально-комфортной сферы (обеспечение физического и эмоционального комфорта, не связанного с ребенком, овладение профессией, стремление к развлечениям, общению с друзьями и т.п.);

– ценности из личностной сферы (стремление к самореализации, половозрастной идентификации средствами, не связанными с рождением ребенка); ценности половой сферы (самостоятельная ценность сексуальных переживаний, не связанная с репродуктивной функцией) [38; 149-152].

Согласно представлениям об уровне характере регуляции поведения, успешность осуществления конкретных знаний и операций напрямую зависит от содержания более высоких личностных структур – мотивационно-потребностной и ценностно-смысловой сфер личности. Самые важные преобразования происходят именно на этом уровне. Поэтому задача подготовки беременных к родам наиболее легко выполняется в отношении тех женщин, в ценностной структуре которых ценность ребенка имеет приоритетное значение. В этом случае получаемые знания и навыки усваиваются как бы сами собой. В том случае, если ценности еще не заняли устойчивой позиции и отсутствует определенность в том, что будет означать ребенок для женщины, или ценность ребенка не значима (ниже других в ценностной структуре), то ориентирование женщины на эту ценность не будет залогом успешной реализации помогающего ребенку поведения. Действия, направленные на поддержание состояния ребенка, о которых женщину информируют на курсах подготовки, не будут иметь для нее смысла и могут не осуществляться ею именно по указанной выше причине. Таким образом, возникает необходимость обращения к еще более высокому уровню организации деятельности человека – ценностно-смысловому. И тогда задача подготовки женщины к родам выходит за пределы обучения того, как правильно себя вести.

Изменения в жизни женщины начинаются не с момента появления ребенка на свет, а значительно раньше. С будущей матерью происходят физические, психические, психологические и социальные изменения – меняется вся жизнь женщины. Ей предстоит перестроить систему своих жизненных приоритетов для того, чтобы найти в ней место для ребенка. Таким образом, ситуация актуального ожидания ребенка выступает как условие преобразования ценностно-смысловой сферы личности.

Итогом анализа проблемы эффективности подготовки является предположение о том, что информационный и операциональный

компоненты необходимы, но недостаточны для становления психологической готовности к родам и материнству; главная роль в становлении данного образования принадлежит ценностно-смысловому компоненту [17; 75-78].

Экспериментальные исследования разных этапов развития материнской сферы на разных группах испытуемых показало, что динамика изменения основных показателей содержания материнской сферы в беременности зависит от наличного тина и динамики интерференции ценностей «ребенок-внедряющиеся» [10]. Сам тип интерференции и начальная ценность ребенка, имеющиеся у матери к началу пятого этапа, формируются в онтогенезе на всех предыдущих этапах развития. Связь этих содержаний с личностными особенностями матери и содержанием ее социально-комфортной сферы обуславливает ситуативное развитие ценности ребенка в конкретных условиях пятого этапа.

На основе изучения онтогенеза и динамики преобразования всех компонентов материнской сферы на пятом этапе развития выявилось, что базовыми содержаниями ценности ребенка являются эмоциональная ценность и замена ценности ребенка на ценности социально-комфортной сферы. Из них под влиянием интерференции с внедряющимися ценностями и в конкретных условиях материнско-детского взаимодействия дифференцируются все варианты окончательной ценности ребенка.

В период беременности наиболее прогностичными показателями, характеризующими динамику интерференции ценностей «ребенок-внедряющиеся», являются отношение к шевелению и стиль переживания беременности.

Показано, что особенности материнской сферы являются относительно устойчивыми для каждой женщины. Однако они могут варьировать относительно каждого конкретного ребенка к моменту рождения ребенка у матери есть некоторый «стартовый уровень» содержаний всех блоков материнской сферы, обусловленный исто-

рией ее развития, включая опыт, полученный с предыдущими детьми. Актуальное материнство модифицирует содержание материнской сферы в зависимости от конкретных условий. Наиболее устойчивыми являются стиль эмоционального сопровождения, некоторые другие содержания операционального блока. Более вариативен потребностно-эмоциональный блок. Ценностно-смысловой блок является самым лабильным, так как зависит от развития всей личности и динамики других ценностей. Интерференция ценностей ребенка и материнства с другими внедряющимися ценностями существенно изменяется непосредственно в актуальном материнстве, то есть на пятом этапе онтогенеза материнской сферы.

Проведенный анализ имеющихся представлений о структуре и содержании психологической готовности к материнству позволяет выделить ценностно-смысловой компонент психологической готовности как основной для этого и указать механизм становления психологической готовности через работу с данным компонентом.

Резюме

1. Материнство как психосоциальный феномен можно рассматривать как условие для развития ребенка и как часть личностной сферы женщины.

Исключительность материнского поведения на высших эволюционных стадиях развития позволяет выделить материнство в самостоятельную материнскую потребностно-мотивационную сферу поведения. Одной из основных особенностей материнской сферы у человека является прижизненно формирующееся наполнение ценностно-смыслового блока потребностей и способов их удовлетворения.

2. Беременность можно назвать критическим переходным периодом в жизни женщины, в ходе которого перестраивается ее сознание и взаимоотношения с миром. Беременность представляет собой «психологический возраст», то есть период, характеризующий-

ся особым отношением между субъектом и окружающей его действительностью, а также возникновением психологических новообразований, не свойственных предшествующим этапам развития. В период беременности наиболее прогностичными показателями, характеризующими динамику интерференции ценностей «ребенок-внедряющиеся», являются отношение к шевелению и стиль переживания беременности.

3. Ценностно-смысловой блок является самым лабильным, так как зависит от развития всей личности и динамики других ценностей. Одновременно с этим ситуация актуального ожидания ребенка выступает как условие преобразования ценностно-смысловой сферы личности. Информационный и операциональный компоненты необходимы, но недостаточны для становления психологической готовности к материнству; главная роль в становлении данного образования принадлежит ценностно-смысловому компоненту.

Вопросы для самопроверки к разделу 1

1. Проанализируйте понимание в психологии феноменов материнства, родительства, беременности.

2. Охарактеризуйте современные представления о материнской потребностно-мотивационной сфере: дайте определение, опишите структуру и этапы ее развития в онтогенезе.

3. Какие современные социальные феномены и изменения в обществе способствуют формированию материнской сферы, а какие являются блокирующими и проблематизирующими ее развитие?

4. Что представляет собой психологический компонент гестационной доминанты?

Темы рефератов

1. Проблема формирования и коррекции психологической готовности к материнству.

2. Структура материнской сферы в работах отечественных исследователей материнства.

3. Зависимость характера родительско-детских отношений от особенностей материнской сферы.

4. Отцовство в системе родительства.

Задания для самостоятельной работы

1. Проанализируйте выделенные Г.Г. Филипповой стили переживания беременности и типы ценности ребенка. На основе выполненного анализа выделите соответствующие стили родительского воспитания. Сравните эти стили и предположите, как происходит процесс их формирования.

2. Схематически представьте структуру психологической готовности к материнству и выделите в ней место ценностно-смыслового компонента.

Рекомендуемая литература

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 350 с.

2. Агнаева Е.Х. Образ будущего ребенка у беременной женщины // Перинатальная психология и психология родительства. №2, 2004. – С.118-128.

3. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003.

4. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. <http://www.kid.ru/32002/index> .

5. Захарова Е.И., Кукушкина Н. Особенности ценностно-смысловой сферы женщин, ожидающих ребенка / Перинатальная психология и психология родительства, 2005, №1. – С.75-92

6. Ковалева Е.В., Сергиенко Е.А. Исследование представлений беременных о будущем ребенке и отношения к нему. Материалы III-й Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С.104-109
7. Ласая Е.В. Беременность и телесность. Перинатальная психология и психология родительства, №1, 2006. – С.35-41.
8. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. Вопросы психологии, 2000, №5. – С.18-27.
9. Мухина В.С. Психологические проблемы материнства. Материалы VI-го Всероссийского конгресса по перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. – М., 2003, – С.10-15.
10. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб., 1997. – 300с.
11. Сорокина Т.Г. Роды и психика. – Минск, 2003. – 240с.
12. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными. Перинатальная психология. Психология родительства. Методическое руководство для специалистов. – М., 2006, – С.74-82.
13. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М., 2002. – 315с.
14. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода. / Сост. А.Н.Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – 328с.

РАЗДЕЛ 2. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МАТЕРИНСТВЕ И СУЩЕСТВУЮЩИЕ ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Задачи психологической помощи семье в период ожидания ребенка

В настоящий момент семья в период ожидания ребенка и первого года его жизни окружена заботой исключительно медиков. Само по себе это очень важно, однако существует ряд серьезных проблем, с которыми сталкивается семья в этот трудный период, в разрешении которых требуется компетентная психологическая помощь.

Медицинская помощь имеет целью формирование здорового ребенка и сохранение здоровья матери. Однако в начальный период развития закладывается не только физическое, но и психическое здоровье ребенка, и такие важные характеристики личности, как отношение к себе и окружающим, эмоциональный и интеллектуальный потенциал, стереотип поведения при столкновении с трудностями и, в определенной степени, характер и судьба человека. Представляется важной профилактика и коррекция нарушений психического развития и родительно-детских отношений именно в раннем возрасте, когда может быть получен наибольший эффект. Для этого семья должна иметь возможность обратиться к специалистам, которые помогут сформировать родительскую ответственность и компетентность, приобрести знания в области обучения и воспитания младенцев, диагностируют и скорректируют на раннем этапе возможные отклонения.

Душевное состояние женщины, ее контакт с ребенком, психологический комфорт в семье являются такими же факторами формирования соматического и душевного здоровья матери, как и те

показатели, которые находятся в зоне пристального внимания специалистов медицинского профиля [23; 314].

Сравнительная характеристика медицинской и психологической моделей работы с семьей

Таблица 1

Сравниваемая характеристика	Медицинская помощь	Психологическая помощь
Объект помощи	Мать, ребенок	Семья в целом
Цель просветительской работы	Повышение родительской компетентности в вопросах укрепления здоровья	Повышение родительской компетентности в вопросах воспитания и обучения ребенка и гармонизации семейных отношений
Цель профилактической работы	Профилактика соматической заболеваемости	Профилактика психической заболеваемости и девиантного поведения
Предмет диагностики и терапии (коррекции)	Соматическое развитие и здоровье	Психическое и социальное развитие и здоровье

Проблема психологической готовности к материнству является важнейшей в плане развивающей, профилактической и коррекционной работы в области психологии материнства. В практике работы с беременными специалисты и исследователи чаще всего предлагают следующее:

- повышение уровня знаний о беременности, родах, развитии ребенка;
- подготовку к родам;
- личностный рост;

– освоение навыков ухода за ребенком.

Теоретические и практические исследования в области психологии материнства свидетельствуют, что для эффективной подготовки женщины к рождению и воспитанию ребенка необходимо осуществлять психологическую работу в нескольких направлениях: повышение личностной зрелости; коррекция родительских установок и форм взаимодействия с ребенком; оптимальная мотивация рождения ребенка; повышение материнской компетентности; коррекция онтогенетического развития материнской сферы [38; 62].

Цель психологической работы с будущими родителями – содействие формированию ответственного и компетентного родителя. Несмотря на то, что запрос большинства будущих матерей к психологу состоит в подготовке к родам и формулируется как обучение техникам дыхания, обезболивания, снятию страха перед родами и т.п., работа психолога не может сводиться к ответу на этот запрос, хотя в конечном итоге должна удовлетворять и его. Психолог, в отличие от большинства родителей, представляет перспективы формирования родительской сферы – качеств, которые потребуются от родителя на разных этапах развития ребенка. Работа психолога, направленная на эмоционально-потребностный, ценностно-смысловой и операциональный блоки родительской сферы (Г.Г. Филиппова), в конечном итоге должна привести к укреплению у родителей доверия к самим себе как к «достаточно хорошим родителям» (Д. Винникотт), к развитию интереса к ребенку, формированию средств взаимодействия с ним, а также к пониманию возможностей получения поддержки от социальных структур, которыми они могут воспользоваться в процессе рождения, ухода за ребенком и его воспитания [24].

По мнению Е.Б. Айвазян, «в период беременности необходима внутренняя работа по смысловой саморегуляции, которая не только поможет женщине справиться с изменением жизненной ситуации, но и открыть в этой ситуации новые смыслы. Воздействие на опера-

ационально-технический и когнитивный уровни женщины в ходе подготовки к родам и материнству не приводит к ее личностному изменению, а при наличии личностных преобразований, при сформированной внутренней материнской позиции мы можем ожидать осознанного и серьезного отношения к выполнению материнских функций, готовности к получению новых знаний и овладению новыми навыками, необходимыми для воспитания ребенка» [4; 78-79].

Исходя из этого, можно сформулировать цель адекватной психологической помощи женщине в период беременности как создание психологических условий для личностного развития беременной женщины. Только при такой позиции можно надеяться на благополучное решение проблем беременности, на оптимизацию детско-родительских отношений в послеродовой период.

М.Е. Ланцбург рассматривает гуманистический и экзистенциальный подходы в качестве цементирующего и определяющего основания практической работы с будущими родителями. «Важно, чтобы специалист доверял тем процессам, которые происходят внутри диады «мать-дитя». Внимательно отнесись к интенциональности самой женщины, прежде всего в отношении беременности, приняв во внимание иерархию ее ценностей и место в ней ребенка, учитывая онтогенез ее материнской сферы, мы должны далее отследить процесс развития личности, женщины в течение беременности и те опоры, которые для нее важны (внешние или внутренние). Психолог сопровождает женщину в ее внутреннем поиске. Он способствует в чем-то направлению, а в чем-то фасилитации этого поиска, помогая женщине в нахождении оптимальных форм взаимодействия с ребенком и принятия себя в роли матери» [24].

Психологическая помощь может быть обращена к различным уровням (структурам) индивидуума (табл. 2):

1) личностному уровню: работе с ценностями, мотивацией, смысловыми образованиями, установками;

2) эмоциональному уровню: поощрению открытого выражения чувств вербальными и невербальными средствами, обучению эмпатийному слушанию;

3) когнитивному уровню: передаче знаний;

4) операциональному уровню: формированию навыков и умений (поведения в родах, ухода за ребенком);

5) психофизическому уровню: обучению регуляции функциональных и психических состояний средствами аутогенной тренировки, арттерапии, телесно-ориентированной терапии [24; 121-123].

Задача подготовки беременных к родам наиболее легко выполняется в отношении тех женщин, в ценностной структуре которых ценность ребенка имеет приоритетное значение. В этом случае получаемые знания и навыки усваиваются как бы сами собой. В случае, если ценности не заняли еще устойчивой позиции и нет определенности, что будет означать ребенок для женщины, или ценность ребенка не значима (ниже других в ценностной структуре), то ориентирование женщины на эту ценность не будет залогом успешной реализации помогающего ребенку поведения. Действия, направленные на поддержание состояния ребенка, о которых женщину информируют на курсах подготовки, не будут иметь для нее смысла и могут не осуществляться ею именно по указанной выше причине. Таким образом, возникает необходимость обращения к еще более высокому уровню организации деятельности человека – ценностно-смысловому. И тогда задача подготовки женщины к родам выходит за пределы обучения того, как правильно себя вести [17; 76].

Уровни и методы воздействия в рамках психологической работы с будущими родителями

Таблица 2

Уровень воздействия	Методы Воздействия
Личностный	Групповая, семейная и индивидуальная психотерапия, аутотренинг, арттерапия, ролевые игры
Эмоциональный	Арттерапия, ролевые игры, телесно-ориентированная терапия, групповая психотерапия
Когнитивный	Лекции, семинары
Операциональный	Отработка навыков
Психофизический	Аутотренинг, арттерапия, телесноориентированная терапия

2.2. Особенности и содержание запроса беременных женщин на психологическую помощь

По данным исследования М.Е. Блох, в настоящее время запрос беременных женщин на психологическую помощь складывается из двух групп вопросов [5].

В первой группе вопросов можно выделить две категории. К первой категории относятся вопросы, связанные с чувственной сферой беременной женщины. Во-первых, это вопросы, связанные с различными страхами (страх боли в родах, страх за жизнь и здоровье ребенка, страх неблагоприятного исхода родов, страхи неопределенной этимологии). Во-вторых, вопросы, связанные с изменением своего эмоционального состояния во время беременности (обострение чувствительности, нервозность и раздражительность, депрессия и угнетенность, нервные срывы). В-третьих, сны во время беременности и их влияние на ребенка.

Ко второй категории относятся вопросы о социальных ролях беременной женщины. Во-первых, вопросы относительно восприятия и принятия себя и мужа в родительской роли. Во-вторых, вопросы изменения взаимоотношений с близкими (с мужем, с родителями мужа, собственными родителями, беспокойство об отношении первых детей к еще не родившемуся брату или сестре).

Вторая группа вопросов характеризуется направленностью сознания беременной женщины на ребенка, его состояние, чувствительность, восприимчивость к чему-либо, возможность общения с ним в период внутриутробного развития.

2.3. Психопрофилактические методы подготовки к родам

Приоритет создания целой системы психопрофилактических методов принадлежит И.З. Вельвовскому. Преимущество его системы заключается в том, что ею могут при определенной подготовке пользоваться акушеры-гинекологи, она может быть применена ко всем беременным женщинам и не имеет противопоказаний. И.З. Вельвовский, отстаивая оригинальность и самостоятельность разработанной им системы, упорно проводил мысль о том, что в системе психопрофилактического обезболивания родов ведущую роль играют не психотерапия, не внушение и, тем более, не гипнотический его компонент, а дидактические, стимулирующие и активизирующие меры, способствующие активации роженицы во время родов.

При этом женщина расширяет свои представления о физиологии родов, ее приучают к мысли, что роды могут быть безболезненными. Сам И.З. Вельвовский стремился с помощью разработанной им системы достичь следующих целей:

- максимальное предупреждение нарушений физиологического течения беременности, ранее их диагностирование и своевременная ликвидация в случае возникновения;

- максимальное избавление женщины от ложных тревог, страхов и связанных с ними отрицательных эмоций;
- такое осведомление, обучение и воспитание женщины, чтобы акт родов, ранее казавшийся ей таинственным, инстинктивно протекающим, стал понятным и осознанным в его главнейших физиологических закономерностях;
- обучение на этой основе мерам, способствующим физиологическому родовспоможению и воспитанию разумно-активного поведения женщин в родах и стационаре;
- влияние на окружение беременной в духе опровержения укоренившихся представлений о неизбежности страданий в родах [36; 258-261].

В программе В.В. Абрамченко и Н.П. Коваленко предложен блок по работе с «болью». Одним из принципов является обучение женщин снятию болезненного синдрома через массаж биологически активных точек. Параллельно рекомендуется использование позитивных мыслеформ (например, чистый поток, солнечные лучи и т.д.). Снятие болевого синдрома осуществляется и с помощью голосовых упражнений. В аспекте психологической подготовки широко применяется аффирмация – это положительная мысль, которую женщина выбирает и утверждает в своем сознании для получения желаемого результата [19; 55-57].

С помощью аутогенной тренировки достигаются саморегуляция эмоционально-вегетативных функций, оптимизация состояния покоя, повышение возможностей реализации психофизиологических резервов организма и личности [2; 157].

2.4. Обзор различных программ и методик психологической помощи

Программа «Глория» позволяет дифференцированно и комплексно подойти к подготовке к материнству и родам. Ее структура

включает следующие блоки: обучение родам (техники родов, обезболивающие механизмы и приемы); коррекция эмоциональных состояний; творческое развитие личности матери и отца; общеукрепляющая, оздоровительная программа; сексуальное воспитание пары; семейное консультирование, дородовое воспитание ребенка [1; 181].

Задачи Программы Повышения Личностной Эффективности (ПЛЭ) – помочь молодым супругам стать эффективными, результативными, добиваться успеха в жизни, воплощать поставленные цели, уметь быть организатором своей судьбы. В программе ПЛЭ отражен синтез методик с интроверсивным подходом. Самоанализ, самонаблюдение, самописание, самопрограммирование, самореализация – опорные механизмы этой программы. Гештальттерапия, арттерапия, эмпаурмент, НЛП – базовые методики для реализации этих механизмов. Программа ПЛЭ – это интегрированный подход, который позволяет человеку сначала в группе, а потом самостоятельно пройти этапы самоанализа и позитивного планирования своих жизненных установок, поведения и добиться нового качества жизни в трудный период ожидания ребенка [1; 218-224].

Методика свободного рисования используется в рамках комплексной программы, разработанной коллективом психологов и врачей под руководством М.Е. Ланцбург. Задач, решаемых при помощи свободного рисования, шесть:

- актуальные – выражение в рисунке и осознаваемые при обсуждении собственных мотивов, установок, чувств, отношений;
- изменение чувств под влиянием свободного рисования;
- достижение лучшего взаимопонимания в семейной паре;
- долгосрочные – получение эффективного средства регуляции эмоциональных состояний;
- принятие индивидуальности каждого человека (выражаемой в его рисунке);
- осознание необходимости приобщения ребенка к спонтанной изобразительной деятельности с раннего возраста [22].

В психологической работе применяются методы телесно-ориентированной терапии. Е.В. Ласая говорит о том, что «выбирая телесно-ориентированную терапию как основу психотерапевтического вмешательства, мы руководствовались тем, что явные изменения происходят именно в теле беременной. Этот тезис подтверждают такие важные особенности беременных, как фиксация на соматических проявлениях беременности и неприятие образа своего тела. Кроме того, методы телесно-ориентированной терапии позволяют не только существенно улучшить состояние во время беременности, но и развивают способность женщины «чувствовать и владеть своим телом», что важно для правильного поведения в родах» [25; 40].

Нарушенные сексуальные и семейные отношения определяют необходимость применения элементов семейной терапии, в частности, нового направления перинатальной семейной психотерапии [13; 144-157].

Социально-психологическое сопровождение беременности, основанное на методе психодрамы, способствует оптимизации отношений женщины к себе и значимым другим и формированию определенного типа отношения к родам, материнству и родительству [26; 144-152].

Резюме

1. Целью адекватной психологической помощи женщине в период беременности является создание психологических условий для личностного развития беременной женщины. Задача подготовки беременных к родам наиболее легко выполняется в отношении тех женщин, в ценностной структуре которых ценность ребенка имеет приоритетное значение. Внутренняя работа по смысловой саморегуляции поможет женщине не только справиться с изменением жизненной ситуации, но и открыть в этой ситуации новые смыслы.

2. Применяемая в медицинских учреждениях подготовка к родам направлена на коррекцию психофизиологических и эмоциональных состояний.

3. Существующие в настоящее время методы подготовки женщины к родам и родительству направлены на операционально-технический и когнитивный уровни психологической готовности к материнству: сформированность родительской ответственности и компетентности, получение знаний и навыков в области обучения и воспитания младенцев, принятие телесных изменений.

4. Существующие методы психологической подготовки к родам не направлены на сформированность ценностно-смыслового блока материнской потребностно-мотивационной сферы.

Вопросы для самопроверки к разделу 2

1. Дайте определение понятию родительство.
2. Опишите предпочитаемую вами модель подготовки к родам.
3. Какие методы, помимо указанных в данном пособии, можно использовать в процессе сопровождения беременности и подготовки к родам?

Темы рефератов

1. Роль психологической диагностики в психологическом сопровождении беременности.
2. Родительство как психологический феномен.
3. Методология психологического сопровождения беременности.
4. Принципы деятельности психолога в сопровождении беременности.

Задания для самостоятельной работы

1. Проведите психодиагностическое обследование семьи, находящейся на этапе ожидания ребенка и на основе полученных результатов спрогнозируйте особенности родительско-детских отношений в этой семье.

2. Составьте программу работы с отцами в психологическом сопровождении беременности.

3. Составьте психологический портрет супружеской пары, ожидающей первого ребенка. Выделите фокус психологического воздействия при работе с такой парой.

Рекомендуемая литература

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: Сотис, 2001. – 127с.

2. Айвазян Е.Б., Павлова А.В. Психологическая помощь женщине в период беременности. Теоретический аспект // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. Материалы IV-го Всероссийского конгресса по перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. – М. 2003. – С. 76-79.

3. Блох М.Е. Психологическое сопровождение беременной женщины // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы. – Кострома, 2002. – С. 159-161.

4. Добряков И.В. Перинатальная психотерапия // Журнал практического психолога. 2003. №4 – 5. – С.144-157.

5. Захарова Е.И. Проблема содержания психологической подготовки к родам // Материалы III-й Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С.73-75.

6. Качалина Т.С., Третьякова Е.В., Стельникова О.М., Каткова Н.Ю. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам: Учебно-методическое пособие. – 3-е изд. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2005. – 96с.

7. Ланцбург М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка // Психотерапия и клиническая психология: Методы, обучение, организация. Мат. Росс. Конф. 26-28 мая 1999г., Санкт-Петербург-Иваново, 2000. – С.312-320.

8. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциально-гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей // Журнал практического психолога, № 4-5, 2003.

9. Могилевская Е.В. Влияние типа психологического сопровождения беременных на их отношение к родам и родительству. Перинатальная психология и психология родительства, № 2, 2004. – С.144-153.

10. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 319с.

11. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М., 2002. – 315с.

РАЗДЕЛ 3. НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

3.1. Об истории нарративного подхода

В философии постмодернизма нарратив, наряду с понятием дискурса, является базовым понятием. Основной лозунг постмодернизма «мир как текст» предполагает отношение к языку не просто как к средству коммуникации и передачи опыта, а как к основному способу моделирования собственной жизни, истории, мира и окружающей действительности. Психическая реальность представлена нам с помощью языка, так как и сознание имеет языковой характер. Языковое сознание предполагает способность каждого из нас описывать себя и свою жизненную историю (нарратив), используя законы литературных жанров. Теперь уже не психофизиология, а литература лежат в основе понимания психики и особенностей личности.

Сопоставление жизненных историй, представлений человека о реальности, социальных дискурсов и литературных жанров, поиск их общих закономерностей позволили определить предмет изучения *нарратологии* – новой отрасли, развивающейся на «стыке» нескольких наук. Изучение нарратива как жизненной истории, влияющей на наше существование, принципов подобного повествования является фокусом внимания этой отрасли.

Нарративная терапия, называемая также «нарративными практиками», возникла как направление в конце XX века.

Выделяют 3 принципа нарративного повествования:

1. Целостность, подразумевающая стремление сделать повествование законченным, связным, логичным, последовательным.

2. Сгущение, выражающееся в фокусировании на событиях, субъективно воспринимаемых как важные при абстрагировании от событий, субъективно воспринимаемых несущественными.

3. Детализация, ведущая к прояснению и уточнению деталей повествования.

При этом рассказываемая история является нарративом тогда, когда соблюдается ряд правил.

1. Четко определяются время, место и участники действия.

2. Существуют некие временные последовательности событий и действий с активным участием рассказчика, влияющие как на него, так и на окружающих.

Майкл Уайт, олицетворение нарративного движения в психотерапии и социальных сферах, живет в настоящее время в Аделаиде (Южная Австралия). В молодости Уайт был механиком в электро-механической мастерской, пока не осознал, что работе с машинами предпочитает работу с людьми. Будучи убежденным противником механистических подходов в психотерапии и напрочь отвергая идеи системного мышления и кибернетику, Уайт в 1967г. получил диплом социального работника и с тех пор более чем тридцать лет отдал поиску способов оказания профессиональной помощи людям.

В конце 1970-х гг. Уайт заинтересовался работой Грегори Бейтсона. Его особое внимание привлекли не мысли Бейтсона о паттернах поведения, дающих информацию другим, основанным на системе моделям, а его взгляды на конструирование мира людьми. Под влиянием Бейтсона и Фуко Уайт сформулировал свои оригинальные идеи относительно «экстернализации» проблем. Он рассматривал их как нечто, воздействующее на людей, а не возникающее в результате их действий. В конце 1980-х, познакомившись с нарративным направлением, Уайт нашел, что идея нарративной метафоры хорошо согласуется с когнитивными аспектами теории Бейтсона и с идеями Фуко о высвобождении людей из тисков доминирующих представлений.

Майкл Уайт представил свою теорию, идеи и практический опыт в России на семинаре в октябре 2005 года.

Вторым наиболее влиятельным создателем нарративного направления считается Дэвид Эпстон, семейный психотерапевт из Окленда (Новая Зеландия). Эпстон познакомился с нарративной метафорой благодаря своему интересу к антропологии. Он внес весомый вклад во многие аспекты теории и практики нарративного направления: разработал и классифицировал различные вопросы, обратил внимание на то, что для утверждения своих новых повествований (историй) клиенты нуждаются в поддержке окружающих. Эпстон способствовал развитию «лиг» – групп клиентов, преодолевающих одну и ту же проблему. Он первым начал писать письма своим клиентам, указав на то, что по прошествии времени, когда влияние психотерапевта ослабевает, клиенты могут читать его письма, которые поддерживают их новые повествования и помогают решению проблем [31].

3.2. Теоретические положения нарративного подхода

Нарративная терапия («повествовательная» от англ. «*narrative*» – история, повествование) – направление в консультировании и социальной работе, основывающееся на идее о том, что жизни и отношения людей формируются в процессе социального взаимодействия.

Понимание событий нашей жизни возникает из историй, которые мы рассказываем друг другу и самим себе. Одна и та же история может быть пересказана с разных точек зрения, и то, как это будет сделано, повлияет на восприятие, оценку происходящего и дальнейшие действия человека.

В каждой культуре существуют доминирующие представления о реальности, которые влияют на наши жизни. Такие широко распространённые представления называются *дискурсами*.

Дискурс – это система слов, действий, правил, убеждений и общих ценностей. Любой дискурс задаёт какое-нибудь определённое

ное миропонимание. Можно сказать, что дискурс – это мировоззрение в действии. Часто дискурсы остаются невидимыми. Поэтому мы считаем некоторые знания «само собой разумеющимися», а реальность – «объективной» или «истинной».

В нарративной терапии мы выявляем такие системы представлений о реальности (дискурсы), которые негативно влияют на нашу жизнь и поддерживают так называемые *проблемные истории идентичности* или *отношений*. Отнесение проблем к определённому дискурсу помогает нам увидеть людей отделёнными от тех проблем, которые они испытывают. Сравните: «он злой и грубый» или «злость заставляет его говорить грубости». Некоторые теории помещают проблему внутрь человека или систему взаимоотношений между людьми. Нарративная терапия размещает проблемы внутри дискурсов конкретного общества. Этот концептуальный сдвиг позволяет сделать влияние дискурса видимым. Те дискурсы, которые поддерживают существование проблемы, могут быть увидены, оценены и заменены на альтернативные, более подходящие человеку.

Итак, что же такое нарративная терапия?

1. Нарративная терапия – это подход к консультированию и социальной работе, в котором люди рассматриваются как эксперты в собственных жизнях, а профессиональная позиция предполагает уважительное, необвиняющее и заинтересованное отношение к любым человеческим историям.

2. Этот подход предполагает, что проблемы отделены от людей, а сами люди достаточно компетентны, дееспособны и обладают большим количеством способностей и умений, которые могут помочь им изменить неудовлетворительные отношения с проблемой.

3. Важными принципами работы в этом подходе являются неподдельное любопытство со стороны терапевта и его искреннее желание задавать вопросы, на которые он действительно не знает ответа, а, следовательно, готов услышать и принять любой.

4. Терапевтическая беседа может принять любое направление, всегда существует множество возможных путей (нет какого-то одного «правильного хода беседы, известного терапевту как эксперту).

5. Человек, консультирующийся у терапевта, играет существенную роль в определении хода терапевтического процесса [15; 275-276].

Утверждение нарративного (повествовательного) характера социальной реальности не претендует быть «истиной» или «правдой», но говорит о нашем способе ее освоения или понимания.

Нарративная практика не противопоставляет себя другим теоретическим подходам, хотя и вырывает терапевтическую работу из привычного экспертного контекста профессиональной психологической помощи.

3.3. Теоретические основания нарративного подхода

В основе нарративного подхода лежит культурно-исторический подход Л.С. Выготского, основное положение которого можно сформулировать следующим образом: мы понимаем наш мир, усваивая значения, разделяемые окружающими нас людьми.

Все люди конструируют определенные значения объектов и событий, которые передаются из поколения в поколение через наблюдение, а также через язык. Мы приходим к пониманию и достигаем мастерского владения, главным образом, через «ученичество у более опытных учителей». Это направляемое участие позволяет нам все лучше и лучше понимать окружающий нас мир, вырабатывать все большее количество навыков.

Л.С. Выготский определял существование двух уровней когнитивного развития. Первый из них – актуальный уровень, зона актуального развития, определяемая возможностью самостоятельного решения различных задач. Второй – это уровень потенциального развития, определяемый показателями решения задач ребенком под руководством взрослого или в условиях сотрудничества, игры с бо-

лее опытным сверстником. Эта дистанция между тем, что ребенок может сделать самостоятельно, и тем, что он может делать с помощью других, называется зоной ближайшего развития [12] .

Основная предпосылка нарративной терапии – это идея о том, что жизни и отношения людей формируются:

- знаниями и историями, которые были созданы сообществами людей и привлекаются этими людьми для осмысления и описания их опыта;

- определенными практиками «Я» и отношений, в которых способы жизни связываются с этими знаниями и историями.

Нарративная терапия помогает людям разрешить их проблемы:

- позволяя им отделить жизнь и отношения от тех знаний и историй, которые по их мнению, уже себя исчерпали;

- помогая им бросить вызов тем способам жизни в соответствии с альтернативными, предпочитаемыми (самими людьми) историями их идентичности и в соответствии с предпочтительными (для самих людей) способами жизни.

Для нарративных практиков «история» – это некие события, увязанные в определенные последовательности на некотором временном промежутке и приведенные таким образом в состояние наделенного смыслом сюжета. Жизнь любого человека состоит из значительного большего количества событий, чем те, которые он отбирает для своих историй. Истории никогда не создаются вне множественных контекстов окружающего мира. Из этих контекстов – семьи, друзей, коллег, транслирующих культуру средств массовой информации и текстов, – человек узнает, какой смысл следует приписать тому или иному событию. Не вписывающиеся в наши *доминирующие истории* события, интерпретации других людей или наши собственные интерпретации – все это может послужить толчком к рождению нового нарратива.

Нарративная метафора как способ понимания социальной реальности конструируется через знаковые системы. Язык, слова, как

средства описания и коммуникации, возникают и используются в определенном культурном и историческом контексте. В контексте нарративного подхода язык считается способом производства самой действительности. Возможность понимания мира через идею нарратива является технологией конструирования социальности для них обоих.

Использование нарративной аналогии позволяет прояснить наши намерения в терапевтической работе, задает контекст, в котором жизненный опыт не только переструктурируется, не только переосмысливается, а перепроживается через создание альтернативных историй. Любую часть жизни можно не только вспомнить или вообразить, но и сколько угодно раз перепрожить с помощью нарративного перерассказывания [43; 35].

По мнению Дж. Фридман и Комбс, «как только люди начинают заселять и переживать эти альтернативные истории, результаты выходят за решения проблем. В рамках новых историй люди могут переживать новое представление о себе, новые возможности во взаимоотношениях и новое будущее» [43; 36].

Какой бы культуре мы ни принадлежали, ее нарративы влияют на нас, побуждая приписывать определенные значения определенным жизненным событиям и относиться к другим как к относительно незначительным. Каждое запомнившееся событие составляет историю, которая вместе с другими историями составляет жизненный нарратив. В эмпирическом смысле наш жизненный нарратив – это наша жизнь.

«В любой жизни всегда больше событий, которые не удостоиваются истории, чем тех, которым повезло. Даже в самых длинных и развернутых автобиографиях за их пределами остается больше, чем в них включено. Это означает, что когда жизненные нарративы несут болезненные смыслы или предлагают, как кажется, неблагоприятный выбор, они могут быть изменены путем выявления других, ранее не помещенных в историю событий или извлечения но-

вого смысла из уже получивших свою историю событий, что позволяет конструировать новые нарративы. Или, когда доминирующие культуры несут деспотические истории, люди могут противостоять их диктату и найти поддержку в субкультурах, живущих другими историями» [43; 57].

Социальная среда и ближайшее окружение сильно влияют на нашу интерпретацию реальности. Но в свою очередь, та интерпретация, которой мы станем придерживаться, повлияет на наши взаимоотношения с людьми и социумом. Понимание событий нашей жизни возникает из историй, которые мы рассказываем друг другу и самим себе. Одна и та же история может быть пересказана с разных точек зрения, и то, как это будет сделано, повлияет на восприятие, оценку происходящего и дальнейшее развитие человека [43; 35].

3.4. Стратегии нарративного подхода

В стратегии нарративной практики выделяют три стадии. На первой стадии терапевт имеет дело с проблемным нарративом. Далее выявляются исключения: частичные победы над горестями и примеры эффективных действий. И, наконец, привлечение поддержки. Поощрение к проигрыванию ситуации в новом ее значении, с целью подкрепления новых предпочтительных интерпретаций, движение не просто к действию, но к действию социально поддерживаемому.

Тактика нарративной практики предполагает использование тщательно разработанной серии вопросов.

1. Деконструктивные вопросы экстернализуют проблему: «Что вам нашептывает беременность?», «К каким выводам о ваших взаимоотношениях вы пришли из-за данной проблемы?».

2. Вопросы, открывающие пространство, выявляют уникальные эпизоды: «Бывали ли времена, когда разногласия в родительских мнениях могли бы контролировать ваши взаимоотношения, но им это не удалось?»

3. Вопросы предпочтения имеют целью удостоверить, что уникальные эпизоды представляют собой предпочтительный опыт: «Улучшил новый образ жизни, обусловленный беременностью, положение вещей или ухудшил?», «Было это положительным или отрицательным развитием?»

4. Вопросы о развитии повествований, цель которых – создать новое повествование на основе предпочтительных уникальных эпизодов: «Чем это отличается от того, что вы сделали бы прежде?», «Кто сыграл роль в формировании такого образа действия?», «Кто первым заметит произошедшие в Вас положительные изменения?».

5. Вопросы о смысле разработаны для того, чтобы можно было преодолеть негативный взгляд на себя и подчеркнуть положительные стороны: «О каких ваших чертах говорит то, что вы сумели справиться с этим?».

6. Вопросы, способствующие распространению повествования на будущее, предназначены для того, чтобы поддержать изменения и подкрепить позитивное развитие: «Каким вам видится наступающий год?» [31; 729-730].

3.5. Основные техники нарративного подхода

Идею *уникального эпизода*, некоего опыта (поведенческих и коммуникативных актов, переживаний, мыслей и пр.), который не соответствует, выбивается из логики и смыслов проблемно-насыщенных историй, рассказывая которые, люди описывают себя и свою жизнь, сформулировал Майкл Уайт. Именно уникальные эпизоды – основной ресурс, используемый нарративными терапевтами для создания необратимого времени, в котором прошлое, настоящее и будущее неоднозначно взаимосвязаны и полны возможностей. «Всегда существуют «яркие события», которые противоречат проблемно-насыщенным историям, нужно побудить людей взять эти события и преобразовать их в истории, которыми они

смогут жить, – и в этой жизни познать себя с предпочтительных, удовлетворительных сторон» [43; 108].

Толчком к рождению нового нарратива могут стать:

- события, которые до этого момента не вписывались в наши доминирующие истории;
- интерпретации различных событий жизни человека, предлагаемые другими людьми;
- наши собственные интерпретации.

К уникальным эпизодам могут относиться намерения, планы, действия, заявления/высказывания, убеждения, качества, желания, мечты, мысли, взгляды, способности, решения и пр. Уникальные эпизоды могут находиться в прошлом, настоящем и будущем. Истину можно найти в описании событий, которые никогда не происходили.

Вынесение этих ресурсов на передний план помогает людям восстановить их связь с их истинными предпочтениями, надеждами, мечтами и идеями, что, в свою очередь, должно оказать влияние на их поведение в будущем.

Еще одна базовая идея нарративной практики, основанная на ее представлениях о роли языка в жизни людей, звучит так: «Люди – это не проблемы. Проблемы – это проблемы». Но отношение, которое человек имеет к набору источников, с помощью которых он придает смысл своей ситуации, может поместить его «в», «внутри» проблемы. Причины этого коренятся в том, что язык, который мы унаследовали в наших культурах, способствует тому, чтобы мы осмыслили себя и наши отношения с миром определенными способами.

Некоторые различия между интернализирующей и экстернализирующей беседами

Таблица 3

В интернализирующей беседе	В экстернализирующей беседе
Проблематизируется человек	Проблематизируется проблема
Проблемы локализируются в человеке	О проблеме говорится как о чем-то внешнем по отношению к человеку, что создает пространство для обсуждения взаимоотношений человека с этой проблемой
Ведутся поиски того, что с человеком «не так» или чего ему не хватает. В основе – дефицитарная модель	Проблема помещается во внешний по отношению к человеку или его идентичности контекст
Действия, поступки человека рассматриваются как видимые проявления его глубинного «Я»	Действия рассматриваются как события, увязанные в последовательности на определенных промежутках времени в соответствии с некими сюжетами
Поведение и проблемы объясняются на основе мнения других людей	Людям предлагается распознать, какие смыслы и объяснения они сами приписывают событиям своей жизни
Используемые описания стремятся представить человека и его идентичность как нечто цельное и законченное, оставляя мало пространства для иных описаний идентичности	Открывается пространство для создания множественного описания идентичности
Социальные практики, поддерживающие проблему, остаются вне сферы обсуждения	Создаются условия для того, чтобы социальные практики, поддерживающие и питающие существование проблемы, стали хорошо видны и доступны для обсуждения

Такая беседа ведет к ограниченным, жестким выводам относительно жизни, «Я» и отношений	Подобная беседа приводит к богатым, насыщенным описаниям различных способов жизни и отношений
Исследуются внутренние влияния, происходящие в людях, обратившихся за помощью	Исследуются культурные и социополитические влияния на жизни людей, обратившихся за помощью
Такая беседа приводит к классификации людей в терминах степени и характера их отличия от «нормы» Для этого чтобы описать человеческий опыт или проблемы, изобретаются специальные термины или лейблы. Когда люди описываются как «отличающиеся», они часто чувствуют себя дискриминированными	Отличия и разнообразие приветствуются, а идеи нормы подвергаются сомнению. Отличия принимаются, а дискриминационные практики проговариваются, делаются видимыми и доступными для обсуждения
Проблемы понимаются как «части людей и их идентичностей». Следовательно, беседа организуется вокруг поиска путей «жизни с» последствиями определенного диагноза. Например, как жизнь с аутизмом или с синдромом дефицита внимания	Терапевт обсуждает с людьми возможные изменения в их отношениях с проблемой
Люди, которые, как считается, находятся вне сферы влияния данной проблемы (например, профессионалы), рассматриваются как эксперты	Люди сами – эксперты в своих жизнях и отношениях
В качестве агентов измерения выступают создаваемые другими стратегии, которые, как предполагается, должны «исправить проблему»	Изменения происходят на основе сотрудничества и порождаются в этом сотрудничестве. В процессе беседы обнаруживаются компетенции и знания человека, которые уже имеются

Часто происходит обширное обсуждение проблемы и связанных с ней нюансами	Ведутся поиски альтернативных описаний и историй, находящиеся за пределами проблемного описания
--	---

Лингвистическая практика, помогающая людям отделить себя от проблем (то есть от проблемно-насыщенных историй, которые они воспринимают как собственную идентичность), посмотреть на них со стороны, посмотреть на свои отношения с проблемой, взять на себя больше ответственности за характер этих отношений и почувствовать себя способными в значительной степени определять эти отношения, называется *экстернализацией* и является еще одной базовой техникой нарративной терапии [15; 304-305].

Нарративные практики применяют *деконструктивное выслушивание*, цель которого – поиск скрытых смыслов, пространств и разрывов, признаков конфликтующих историй.

3.6. Профессиональная идентичность нарративных практиков

Некоторые установки относительно того, что для человека лучше, у нарративных терапевтов все-таки имеются. Это установка на позитивную историю и на активную позицию человека. Первая исходит из сути терапевтического проекта в целом – психотерапия помогает людям улучшить их жизнь. Предполагается, что человек, которого все устраивает, не пойдет к психотерапевту. Человек же, пришедший к психотерапевту, расскажет, что его не устраивает. В терминах нарративной терапии это и будет проблемно-насыщенная история. Позитивная же история – это история, в которой такой проблемы нет. Вторая установка, по сути, означает, что нарративные терапевты более внимательны к событиям, которые могут быть пересказаны как история «борьбы против несправедливости», нежели к тем, которые рассказываются как истории о человеке как о жертве.

Прочная вера в людей, которую сторонники нарративной терапии выражают и искренним уважением, и заботой, заразительна. По мере того, как клиенты начинают доверять терапевту, они могут заимствовать эту уверенность и использовать ее для того, чтобы справиться со своими проблемами.

Нарративные терапевты свергают власть бесполезных историй через экстернализацию (отделение) проблем. Бросая вызов неподвижным и пессимистическим версиям событий, терапевты создают пространство, в котором могут обнаружиться новые, гибкие и более оптимистические истории. Наконец, клиентов поощряют создавать окружение, которое поддерживает и помогает им выстраивать предпочитаемые способы жизни.

Позиция Уайта, как лидера нарративной терапии, основывается не только на его творческих идеях, но и на его вдохновляющем упорстве в видении лучшего в людях, даже когда они потеряли веру в себя. Уайт известен своим постоянством в изменении негативных представлений и неустанным оптимизмом в развитии более здоровых интерпретаций жизненного опыта.

Нарративное мировоззрение задает определенный фокус внимания психолога. Специалист, работающий в нарративном походе, будет стремиться к тому, чтобы:

- 1) помогать людям увидеть свои истории с разных точек зрения, заметить, как они сконструированы);
- 2) побуждать людей относиться к своим жизненным нарративам не как к пассивно получаемым фактам, а как к активно конструируемым историям, в которых главным автором является сам человек;
- 3) отмечать ограничения в старой истории и обнаруживать, что существуют другие возможные нарративы, которые могут быть составлены по-другому, предпочитаемым человеком образом;
- 4) развивать понимание доминирующих (или потенциально доминирующих) историй в нашем обществе и разрабатывать спо-

собы совместного исследования влияния этих историй, когда мы ощущаем их воздействие на жизнь и взаимоотношения людей, которые приходят к нам на консультацию.

Таким образом, нарративный терапевт выступает для клиента как некий временный профессиональный сопровождающий в процессе выборов, совершаемых клиентом на основе его личных предпочтений, принятия им ответственности за эти выборы, описания им своей, устраивающей его идентичности и ориентации его в мире с доминирующим дискурсом релятивизма [15; 272-285] .

Намерение нарративного терапевта – сотрудничать с людьми в развитии новых предпочитаемых нарративов о них самих, и мире, в котором они живут.

Для этого нарративные терапевты слушают истории, которые рассказывают люди, и задают вопросы, приглашая людей прояснить понимание на каждом повороте беседы. Все вопросы задаются из позиции *не-знания*.

Вопросы помогают сохранять приоритет опыта других людей перед опытом терапевта лучше, чем интерпретации или утверждения. В нарративном подходе вопросы задают, чтобы породить опыт, а не собирать информацию для выдвижения терапевтических гипотез или проведения интервенций. Те вопросы, которые задаёт терапевт, оказывают влияние на процесс, выдвигая на первый план одни фрагменты опыта, затеняя или исключая другие.

Ответственность нарративного терапевта в том, чтобы направление спрашивания соответствовало интересам клиентов и открывало пространство для исследования, и дальнейшего уплотнения или деконструкции названных ими нарративов. Вопросы терапевта постоянно осмысливаются в контексте личного опыта клиентов («Это именно то, о чём бы вы хотели поговорить? Эта беседа помогает вам? Как именно? Были ли вопросы, которые показались вам более полезными? Почему?»).

Работая в рамках нарративного подхода, терапевт встречается с обратившимися за его услугами людьми, для того чтобы объединить с ними усилия по исследованию историй их жизней и отношений, смыслов и влияний этих историй, а также контекстов, в которых они были «написаны» и приняты как свои.

Выстраивание профессиональной идентичности психолога является важным аспектом его профессиональной подготовки и сопровождения его профессионального роста, обладающим самостоятельной ценностью.

Под *идентичностью* мы в данном случае понимаем совокупность ценностей, принципов, намерений, идей, знаний и умений, связанных в единую целостность посредством рассказывания человеком самому себе и другим историй о том, кем он был, является и хотел бы стать.

Особенность профессионального развития психолога, по сравнению с представителями других профессий, заключается в том, что предметом его познавательной и преобразующей деятельности является реальность жизни человека в повседневных и экстремальных ситуациях, его переживания, его выборы, поступки и т.п. Сам психолог, принадлежа к множеству людей, оказывается одним из тех, на кого направлено его собственное профессиональное воздействие.

Получая профессиональную подготовку психолога, человек не может избежать «проработки» собственной жизненной реальности с профессионально-психологической точки зрения, что подчас вызывает достаточно сильный дискомфорт, так как существующее на данный момент психологическое знание можно назвать в лучшем случае эклектическим; ему не хватает внутренней согласованности. К тому же, в жизненной реальности человека, который обучается психологии, присутствуют, помимо психологии, другие контексты упорядочивания и осмысления переживаний. Такие, например, как религия, культурные традиции, духовные практики, искусство и пр.

Попытки отрефлексировать все перечисленные контексты, определить их применимость и «правильность» для формирования индивидуальной траектории развития человека и его профессиональной позиции в контексте этой индивидуальной траектории, часто вызывают дистресс, особенно в ситуации, когда психолог начинает работать самостоятельно, и практический опыт заставляет его по-иному взглянуть на приобретенные знания.

Проанализировав нарративный подход, мы предположили, что он является эффективным средством работы психолога в формировании и коррекции материнской сферы беременных женщин, ее ценностно-смыслового блока.

Резюме

Психологическая работа в нарративном подходе направлена на поиск внутренних ресурсов человека, на его активную позицию, на поощрение к проигрыванию ситуации в новом ее значении, с целью подкрепления новых предпочтительных интерпретаций и является эффективным средством в формировании и коррекции ценностно-смыслового блока.

Вопросы для самопроверки к разделу 3

1. Какие положения теории Л.С. Выготского легли в основу нарративного подхода?
2. Каким образом в нарративной терапии строятся отношения к проблеме и с проблемой клиента?
3. Какие основные принципы нарративного подхода вы знаете?
4. Чем уникальна предлагаемая в нарративном подходе позиция терапевта?
5. Каково отношение в истории человека в нарративном подходе?

6. Перечислите и охарактеризуйте базовые техники нарративного подхода.

7. Какие типы вопросов используются в нарративном подходе?

Темы рефератов

1. Деконструкция – основная техника нарративного подхода. История возникновения и развития понятия «деконструкция» в современной философии и психотерапии.

2. Методологические принципы классического психотерапевтического и нарративного подходов: сравнительный аспект.

3. Нарративное сообщество и профессиональная идентичность психологов.

4. История развития нарративного подхода.

Задания для самостоятельной работы

1. Напишите по 5-7 вопросов каждого типа для использования их в психологическом сопровождении беременности.

2. Составьте план экстернализирующей беседы с беременными женщинами, имеющими различные уровни психологической готовности к материнству.

Рекомендуемая литература

1. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 512с.

2. Жорняк Е.С. Нарративная психотерапия / Системная семейная терапия: Классика и современность / Составитель и научный ред. А.В. Черников. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 400 с.

3. Кутузова Д.А. Проект программы «Выстраивание профессиональной идентичности психолога». <http://www.narrative.ru>.

4. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы / Пер. с англ. О. Очкур, А. Шишко. – М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 960 с.
5. Савельева Н.В. Нарративная метафора. <http://www.narrative.ru>
6. Савельева Н.В. Терапевтическая позиция специалиста в нарративном подходе. http://www.narrativ.ru/Ter_position.htm.
7. Сорокина Т.Г. Роды и психика. – Минск, 2003. – 240с.
8. Фридман Джилл, Комбс Джин. Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия. – М., Независимая фирма «Класс», 2001. – 368с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная работа предлагает нарративный подход в качестве методической и методологической основы формирования и коррекции материнской потребностно-мотивационной сферы беременных женщин.

В результате анализа литературы по проблемам становления и содержания материнской потребностно-мотивационной сферы и литературы, посвященной проблемам психологической готовности к родам и психологической готовности к материнству, мы пришли к выводу, что в период беременности происходят личностные изменения женщины на уровне ценностно-смысловой сферы.

Беременность представляет собой «психологический возраст», то есть период, характеризующийся особым отношением между субъектом и окружающей его действительностью, а также возникновением психологических новообразований, не свойственных предшествующим этапам развития. Сформированная материнская сфера предполагает ценностно-смысловую интеграцию сомато-психического и социального уровней личностной идентичности. Ценностно-смысловой компонент выступает как отправной пункт и основное направление психологической работы с беременными.

Существующие в настоящее время методы подготовки женщины к родам и родительству направлены на операционально-технический и когнитивный уровни психологической готовности к материнству: сформированность родительской ответственности и компетентности, получение знаний и навыков в области обучения и воспитания младенцев, принятие телесных изменений.

Существующие в настоящее время методы психологической подготовки к родам обходят стороной задачу формирования ценностно-смыслового блока материнской потребностно-мотивационной сферы.

Предлагаемый нами нарративный подход оказывает наибольшее влияние на формирование адекватной ценности ребенка, что подтверждают результаты нашей практической работы. Исходя из полученных результатов и выводов, можно констатировать: нарративный подход эффективен в психологической подготовке беременных женщин к родам, оптимально влияет на динамику ценности ребенка в ценностно-смысловом блоке материнской потребностно-мотивационной сферы. У беременных женщин, прошедших подготовку к родам с применением нарративного подхода, ценность ребенка преимущественно определена как адекватная с тенденцией к балансу ценностей.

Таким образом, нарративный подход является оптимальной стратегией и тактикой психологической работы с беременными женщинами как в процессе индивидуального консультирования, так и в групповой подготовке к родам.

ОБЩИЙ СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 350 с.
2. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: Сотис, 2001. – 127 с.
3. Агнаева Е.Х.-М. Образ будущего ребенка у беременной женщины // Перинатальная психология и психология родительства. №2, 2004. – С. 118-128.
4. Айвазян Е.Б., Павлова А.В. Психологическая помощь женщине в период беременности. Теоретический аспект // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. Материалы IV-го Всероссийского конгресса по перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. – М. 2003. – С. 76-79.
5. Бибринг Г.Л. Беременность как нормальный кризис / Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н.Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – 328 с.
6. Блох М.Е. Психологическое сопровождение беременной женщины // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы. – Кострома, 2002. – С. 159-161.
7. Боровикова Н.В. Синдром беременности / Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – 328 с.
8. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003.
9. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности / Хрестоматия по пе-

ринатальной психологии / Сост. А.Н.Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – С. 75-86.

10. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. <http://www.kid.ru/32002/index>.

11. Брюдаль Л.Ф. Перинатальный период как кризис / Хрестоматия по перинатальной психологии / Сост. А.Н. Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – С. 12-17.

12. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 512 с.

13. Добряков И.В. Перинатальная психотерапия // Журнал практического психолога. 2003. №4 – 5. – С. 144-157.

14. Дойч Э. Психология женщины / Хрестоматия по перинатальной психологии. / Сост. А.Н. Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – С.102-107.

15. Жорняк Е.С. Нарративная психотерапия / Системная семейная терапия: Классика и современность / Составитель и научный ред. А.В.Черников. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 400 с.

16. Захарова Е.И. Проблема содержания психологической подготовки к родам // Материалы III-й Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 73-75.

17. Захарова Е.И., Кукушкина Н. Особенности ценностно-смысловой сферы женщин, ожидающих ребенка // Перинатальная психология и психология родительства. 2005, №1. – С. 75-92.

18. Исенина Е.И. О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери. <http://psymama.ru/articies/isenina 1.html>.

19. Качалина Т.С., Третьякова Е.В., Стельникова О.М., Каткова Н.Ю. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам: Учебно-методическое пособие. – 3-е изд. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2005. – 96 с.

20. Ковалева Е.В., Сергиенко Е.А. Исследование представлений беременных о будущем ребенке и отношения к нему // Материалы III-й Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 104-109.

21. Кутузова Д.А. Проект программы «Выстраивание профессиональной идентичности психолога». <http://www.narrative.ru>.

22. Ланцбург М.Е. Методика свободного рисунка в психологической подготовке к материнству и отцовству. <http://psymama.ru/articles>.

23. Ланцбург М.Е. Психологическая помощь семье в период ожидания ребенка // Психотерапия и клиническая психология: Методы, обучение, организация. Мат. Росс. Конф. 26-28 мая 1999г., Санкт-Петербург-Иваново, 2000. – С. 312-320.

24. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциально-гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей // Журнал практического психолога, № 4-5, 2003.

25. Ласая Е.В. Беременность и телесность // Перинатальная психология и психология родительства, №1, 2006. – С. 35-41.

26. Могилевская Е.В. Влияние типа психологического сопровождения беременных на их отношение к родам и родительству. Перинатальная психология и психология родительства, № 2, 2004. – С. 144-153.

27. Мещерякова С.Ю., Авдеева Н.Н., Ганошенко Н.И. Изучение психологической готовности к материнству как фактора развития последующих взаимоотношений матери и ребенка. <http://psymama.ru/articles>.

28. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии, 2000, №5. – С. 18-27.

29. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во С.- Петерб. Ун-та, 2001. – 288 с.

30. Мухина В.С. Психологические проблемы материнства // Материалы VI-го Всероссийского конгресса по перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. – М., 2003. – С. 10-15.

31. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы / Пер. с англ. О. Очкур, А. Шишко. – М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 960 с.

32. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. – 319 с.

33. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб., 1997. – 300 с.

34. Савельева Н.В. Нарративная метафора. <http://www.narrative.ru>

35. Савельева Н.В. Терапевтическая позиция специалиста в нарративном подходе. http://www.narrativ.ru/Ter_position.htm.

36. Сорокина Т.Г. Роды и психика. – Минск, 2003. – 240 с.

37. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными / Перинатальная психология. Психология родительства. Методическое руководство для специалистов. – М., 2006. – С. 74-82.

38. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М., 2002. – 315 с.

39. Филиппова Г.Г. Психология материнства (сравнительно-психологический анализ) // Дис. докт. псих. наук. – М., 2000.

40. Филиппова Г.Г. Отношение беременной к шевелению ребенка: прогностические возможности // Тезисы к докладу на III Всероссийской конференции по психотерапии. http://psymama.ru/print_articles/f1/html.

41. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству / Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н.Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005. – 328 с.

42. Филиппова Г.Г. Развитие материнской потребностно-мотивационной сферы в онтогенезе / Хрестоматия по перинаталь-

ной психологии / Сост. А.Н. Васина – М.: Изд-во УРАО, 2005. – С. 66-71.

43. Фридман Джилл, Комбс Джин. Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия. – М., Независимая фирма «Класс», 2001. – 368 с.

44. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2005. – 336 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ

Усиление конструктивных факторов

- Принятие на себя ответственности за семью, ребенка
- Самоанализ и самосовершенствование
- Повышение родительской компетентности
- Уважение к ребенку и направленность на взаимодействие с ним
- Принятие жизни в развитии, изменений в семье и близких
- Уважение к проявлениям многообразия в природе и культуре
- Усиление позитивных чувств: радости, уверенности, спокойствия, любви

Ослабление разрушительных факторов

- Эмоциональное безразличие
- Пассивность
- Отношение к ребенку как к объекту
- Устранение негативных чувств: вины, страха, тревоги, агрессии, уныния, неуверенности, беспомощности.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ПРОФЕССИОНАЛА

1. Целостный подход к человеку.
2. Преемственность в работе специалистов на различных этапах развития семьи и ребенка.
3. Любовь и принятие ребенка.
4. Защита интересов ребенка.
5. Признание человека субъектом с начала его развития.
6. Признание приоритета и активной позиции семьи в воспитании ребенка.
7. Ориентация на естественные и индивидуальные темпы развития ребенка.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ФАКТОРЫ, БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ресурсы матери:

1. Личностная зрелость.
2. Сформированность материнской сферы.
3. Желанность ребенка.
4. Пластичность психики.
5. Состояние психического и физического здоровья.
6. Резервы времени.

Ресурсы семьи:

1. Ресурсы отца.
2. Гармоничность супружеских отношений.
3. Отсутствие конфликта в отношениях с прародителями.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

НЕАДЕКВАТНЫЕ МОТИВЫ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Поддержание социального статуса.
2. Реализация через ребенка несбывшихся ожиданий.
3. Ребенок как опора в старости
4. Укрепление семейных отношений
5. Удержание партнера
6. Замещение значимого умершего человека (ребенка, мужа, родителя, кумира).
7. Доказательство своей способности выносить беременность и родить.
8. Сохранение здоровья матери (установки на укрепление здоровья и избегание вреда от аборта).
9. Получение социальных выгод (отсрочки от армии, жилплощади).
10. Получение личных выгод (наследства, возможности манипулировать другим членом семьи).
11. Вытеснение факта беременности.
12. Религиозный мотив (запрет на аборт).
13. Ребенок как модулятор эмоционального состояния (характерно для сирот).
14. Вынужденная беременность (когда поздно обнаруживается сам факт беременности).

Задача психологического сопровождения – сдвиг мотива на цель.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ НАРРАТИВНОГО ПОДХОДА

Цель программы: дать теоретическую и практическую подготовку специалистам, имеющим общее психологическое образование и специализирующимся в области перинатальной психологии и психологии родительства, необходимую для работы с женщиной и ее семьей в период подготовки к родительству, беременности и раннего развития ребенка (новорожденность, младенчество, ранний возраст).

Содержание программы:

Раздел 1. Теоретические основы психологической помощи в период беременности.

Тема 1. Теоретические подходы в пре- и перинатальной психологии. Психология личности женщины. Психология развития ребенка. Трансперсональная психология. Базовые перинатальные матрицы. Диадический подход.

Тема 2. Основные концепции развития ребенка. Теория объектных отношений. Теория привязанности. Теория социального научения.

Раздел 2. Психологическая готовность к материнству. Ее структура и возможности психологической коррекции. Онтогенез материнства. Репродуктивная функция женщины, ее значение и отличие от других функций организма. Материнство как ролевая позиция женщины. Диагностика онтогенеза материнской сферы. Структура психологической готовности к материнству: личностная готовность, личностная зрелость. Модели родительства. Родительские установки: позиция, стратегии, отношение. Мотивационная готовность. Мотивация рождения ребенка и ее диагностика. Адек-

ватная и неадекватная мотивация рождения ребенка. Материнская компетентность. Составляющие материнской компетентности: субъективизация ребенка, сензитивность, респонсивность, средства контроля, отношение к режиму, знание о развитии ребенка, умение понимать состояния ребенка. Сформированность материнской сферы. Потребностно-эмоциональный блок: реакция на гештальт младенчества, потребность во взаимодействии с ребенком; потребность в охране и заботе, потребность в материнстве. Операциональный блок. Ценностно-смысловой блок: ценность ребенка, ценность материнства.

Определяющее значение ценностно-смыслового блока. Планирование рождения ребенка и зачатие. Родительские функции. Родительские ожидания по поводу своего ребенка.

Раздел 3. Психология беременности и родов.

Беременность как социальная ситуация развития. Формирование внутренней позиции. Принятие будущего материнства как личностное новообразование периода беременности. Стили переживания беременности: адекватный, тревожный эйфорический, амбивалентный, отвергающий, игнорирующий. Диагностика переживания шевеления ребенка.

Задачи психологической помощи семье в период беременности. Раннее развитие ребенка и материнские функции. Критические периоды пренатального развития. Формирование диадических отношений. Установление контакта с ребенком в период беременности.

Психология родов. Задачи подготовки к родам. Формула переживания родов. Отношение к боли в родах. Стадии родов. Что чувствует мать и ребенок в родах. Страхи в связи с родами и работа с ними.

Работа с посттравматическим опытом родов.

Раздел 4. Период новорожденности.

Начало образования привязанности. Первый и второй сензитивный период. Раннее прикладывание к груди, его психологическое значение. Психологические аспекты грудного вскармливания.

Модели материнства. Потребность ребенка в контакте со взрослым. Значение спокойствия и комфорта матери для ребенка. Факторы напряженности материнского труда.

Послеродовые депрессии и их профилактика.

Психологические потребности младенца и их освещение в курсе для будущих родителей. Задачи психологического сопровождения на первом году жизни.

Раздел 5. Виды психологической помощи и различных подходов в психологической работе с беременными.

Задачи и ожидаемые результаты психологической работы с беременными. Уровни направленности психологической работы. Различные подходы в психологической работе с беременными. Арт-терапия, ролевые игры, телесно-ориентированная терапия и др.

Раздел 6. Нарративный подход в работе с беременными женщинами.

Теоретические основы нарративного подхода. Нарративная метафора. Основные стратегии нарративного подхода. Вопросы в нарративной практике. Техники нарративной практики: уникальный эпизод, экстернализация проблемы, деконструкция, пересочинение. Возможности нарративного подхода в формировании принятия и ценности ребенка. Работа со страхами и болью в нарративном подходе. Построение модели материнства в нарративном подходе.

Раздел 7. Профессиональная идентичность специалиста, работающего с семьей, ожидающей ребенка.

Осознание собственной родительской позиции. Влияние социальных дискурсов о беременности, родах, материнстве и воспитании на профессиональную и родительскую идентичность. Сообще-

ство профессионалов, работающих в сфере помощи материнству и детству. Профессиональные проблемы. Создание позитивной мотивирующей истории для профессионала.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К РОДАМ И РОДИТЕЛЬСТВУ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАРРАТИВНОГО ПОДХОДА

Цель программы:

1. Формирование адекватного отношения к родам и предстоящему материнству, субъектного отношения к ребенку; формирование уверенности в себе как в родителе; активной родительской позиции с адекватной ценностью ребенка.
2. Ознакомление с информацией о развитии ребенка. Получение знаний и навыков поведения в родах, ухода и общения с ребенком.

Тема 1. Изменения в жизни женщины в период беременности

Что такое готовность к материнству и отцовству.

Для чего готовиться к родительству.

Психология беременной – изменение эмоционального состояния, принятие телесных и личностных изменений, тревоги и страхи при беременности. Сновидения беременных.

Изменения в образе жизни семьи, для чего они еще не родившемуся ребенку.

Беременность и роды – средство получить здорового ребенка.

Симбиоз «мать – дитя». Гормональная и эмоциональная связь.

Формирование родительской позиции, умение отдавать: тело, чувства, жизненные ресурсы.

Условия реализации своих родительских функций: через развитие своей чувствительности: тактильные(лепим), тактильные(взаимодействие руками), наблюдательность.

Значение психологического комфорта матери для здоровья будущего ребенка. Способы регуляции своего психологического состояния.

Изменения в семье, роли матери и отца.

Тема 2. Ребенок до рождения

Развитие ребенка по неделям беременности. Органы чувств ребенка. Осязательная, вкусовая, зрительная, слуховая чувствительность ребенка.

Взаимодействие с ребенком до рождения. Обучение приемам гаптономии.

Внутриутробный опыт единства с матерью. Развитие восприятия и эмоций ребенка до рождения.

Выработка приемов контакта, успокоения, облегчения состояний ребенка.

Подготовка к рождению ребенка. Приданое. Выбор врача и роддома.

Тема 3. Роды

Как организм женщины готовится к родам. Состояние в родах: в начале первого периода, при ощутимых и интенсивных схватках, во втором периоде, сразу после родов. Задача мамы довериться себе.

Психологическая работа с болью. Как ребенок готовится к родам. Чем можно помочь себе и ребенку в родах.

Индивидуальные формы переживания и поведения в родах. Что делать, если все идет не так, как хотелось.

Что происходит с ребенком во время родов. Зачем роды нужны ребенку.

Взаимодействие с врачами, акушеркой в родах. Партнерство в родах. Кто может быть партнером в родах.

Тема 4. Построение отношений с новорожденным ребенком

Состояние психики ребенка сразу после рождения.

Готовность ребенка к контакту с матерью. Значение раннего прикладывания. Что делать, если послеродовой контакт не состоялся, если роды были с осложнениями, при кесаревом сечении.

Налаживание кормления. Первые дни дома. Уход за новорожденным. Понимание состояний ребенка, как и что с ним можно и нужно делать. Психологические потребности ребенка. Значение для ребенка эмоционального контакта с мамой.

Модели материнства.

Послеродовые состояния женщин. Факторы напряженности материнского труда.

Стили родительского воспитания. Общение отца с ребенком. Развивающая среда и развивающее взаимодействие с ребенком. Налаживание контакта (тактильный, зрительный, речевой контакт).

Что делать, если нужно выходить на работу. Как выбрать няню для ребенка.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ

Дата проведения интервью.....
ФИО.....
Семейное положение.....
Срок беременности.....
Роды.....Беременности.....Аборты.....Выкидыши.....
Осложнения.....

1. Желанная ли беременность

Как узнали, что беременны, когда, при каких обстоятельствах?

Что почувствовали, о чем подумали?

Скрывали ли беременность, от кого и почему?

Кому первому рассказали о беременности?

Все ли друзья, родные и пр. знают о беременности?

2. Есть ли разница в том, какой вы были до беременности и какой стали сейчас?

Что изменилось с беременностью в вас (каким было, каким стало в каждом триместре, как оцениваете):

- Физическое состояние
- Аппетит
- Сон
- Сновидения
- Настроение
- Характер
- Эмоциональное состояние
- Поведение
- Интересы
- Ценности

Что более всего интересовало, волновало, было значимым до беременности, в первой трети беременности, во второй трети, в последней трети беременности?

3. Расскажите подробно о ребенке, которого вы носите:

Как вы представляете себе ребенка (опишите его)?

Что вы о нем думаете?

Общаетесь ли вы с ним, и если да, то как?

Какие телесные ощущения, связанные с ребенком?

Когда ребенок начал шевелиться?

Как вы это почувствовали, при каких обстоятельствах?

О чем подумали?

Какие чувства испытали?

Как вы теперь чувствуете шевеление ребенка (приятно или нет, мешает или нет, есть ли болевые ощущения, какой характер ощущений, есть ли разница в шевелениях)?

Можете ли вы сказать, что переживает ребенок и как вы это узнаете?

Чего вы боитесь?

Чего вы хотите для ребенка?

Для себя?

Что способствует реализации ваших желаний?

Что препятствует?

Удовлетворены ли вы отношением к себе и ребенку отца ребенка, вашей мамы, других близких, медицинского персонала?

4. Что ожидаете от родов?

Чего боитесь?

Какая помощь вам нужна?

Что значат для вас роды?

Что значат роды для ребенка?

Что можете добавить?

5. Расскажите какая жизнь будет у вас от рождения ребенка до его 6-ти месяцев?

Образ жизни

Режим дня

Кто будет помогать и в чем?

Как будете узнавать, что надо ребенку?

Какие трудности вас ждут, будете ли вы к ним готовы?

Что самое приятное будет для вас?

Что самое трудное?

Что самое неприятное?

Что можете добавить?

6. Онтогенез материнской сферы

1 этап (отношения с матерью)

Расскажите, какими были Ваши отношения с мамой в детстве (теплые, близкие; холодные, напряженные; конфликтные, неустойчивые).

Что мама рассказывала о своей беременности?

О родах?

О кормлении грудью?

Были ли разлуки, в каком возрасте, на какой период?

За что и как мама ругала Вас в детстве?

За что и как хвалила?

За что и как хвалила?

За что и как жалела?

В каких ситуациях мама смотрела вам в глаза?

Характер тактильного контакта?

Участие мамы в Вашей эмоциональной жизни.

Считаете ли Вы, что Ваша мама была удовлетворена собой как матерью и своими детьми?

Хотели бы Вы, чтобы ваша мама помогала Вам в уходе за ребенком, и почему?

2 этап (игра в куклы)

Расскажите о том, как Вы играли в куклы в детстве.

Любили играть или нет?

Содержание игр

Расскажите о своей любимой кукле.

Особые воспоминания, связанные с игрой в куклы

Как относилась Ваша мама к вашим играм с куклой (играла вместе, помогала, участвовала эмоционально, только покупала игрушки, не вмешивалась, отстранялась, осуждала, запрещала)

3 этап (няньчание)

Опишите ситуацию, когда Вы впервые увидели младенца.

Сколько Вам было лет?

Возраст младенца?

Что с ним делали?

Длительность контактов?

Эмоциональные переживания и впечатления?

Реакции взрослых на Ваши действия и переживания?

4 этап (половое созревание)

Как Вы относились к возможной беременности в ранней юности?

Как Ваша мама относилась к такой возможности?

Как бы отнеслась Ваша мама к факту Вашей беременности в этом возрасте (если такой случай был, расскажите об этом)

Как бы вы хотели, чтобы Ваша мама отнеслась к факту Вашей беременности в ранней юности?

5 этап

Как Вы относитесь к абортam, в каком случае, по-вашему, следует сделать аборт?

Как протекала Ваша предыдущая беременность (желанность, состояние по триместрам, шевеление ребенка)

Как Ваша мама отнеслась к беременности и рождению ребенка?

Как прошли роды?

Как оцениваете роды?
Кормление грудью?
Когда и как стали понимать состояния ребенка?
Были ли разлуки с ребенком?
Были ли явления послеродовой депрессии?
Что было самым трудным?
Что было самым легким?
Что было самым неприятным?
Что было самым приятным?
Удовлетворены ли Вы собой, как матерью, и своим ребенком?
Удовлетворены ли Вы отношением к себе и ребенку своей мамы и других близких?

7. Рисунок «Я и мой ребенок»

Реакция на предложение нарисовать рисунок

Эмоции при рисовании

Словесное сопровождение

Последовательность рисования, паузы

Возраст ребенка на рисунке

Почему именно этот возраст

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ПРОЕКТИВНЫЙ ТЕСТ «Я И МОЙ РЕБЕНОК»

Рисуночные методы широко применяются в психологических исследованиях, они хорошо зарекомендовали себя в диагностическом, прогностическом и терапевтическом аспектах. Многолетние исследования Г.Г. Филипповой позволили предложить в качестве наиболее информативного метода рисунок на тему «Я и мой ребенок». Использование этой методики позволяет предположить большую диагностическую и прогностическую ценность [38; 74-82.].

По рисуночному тесту учитывалось наличие на рисунке матери и ребенка, содержание образа ребенка и его возраст, наличие совместной деятельности матери с ребенком, психологическая дистанция, а также характеристика общего состояния (благополучное состояние, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам рисунка, принятым психодиагностике (качество линии, расположение на листе, детали рисунков и т.д.).

По этому показателю выделены типы рисунков, соответствующие следующим особенностям переживания беременности и ситуации материнства: благоприятная ситуация – 1; незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности – 2; тревога и неуверенность в себе – 3; конфликт с беременностью или с ситуацией материнства – 4.

Описание симптомокомплексов, характеризующих выделенные типы рисунков.

1. Благоприятная ситуация

Формальные признаки:

- 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.

Содержательные признаки:

- наличие на рисунке себя и ребенка;
- отсутствие замен образов себя и ребенка на растения, животных, неживые объекты, символы;

- соразмерность фигур матери и ребенка;
- отсутствие других людей; дополнительные предметы и детали не составляют главную часть рисунка, их количество, степень прорисовки, размеры не давят над фигурами матери и ребенка;

- наличие совместной деятельности матери и ребенка;
- наличие телесного контакта (мать держит ребенка на руках или за руку);

- ребенок не спрятан (в кроватке, в коляске, пеленках или животе матери) и не изолирован (ребенок, завернутый в пеленки, с прорисованным лицом, которого мать держит на руках – нормальный признак);

- прорисовка лица ребенка;
- все фигуры нарисованы лицом к зрителю;

- возраст ребенка приближается к младенческому прогрессивно с первого к третьему триместру;

2. Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности.

Формальные признаки:

- 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.

Содержательные признаки

- наличие на рисунке себя и ребенка без замены образов;

- фигура ребенка слишком большая или маленькая;

- наличие мужа, других детей;

- большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры;

- ребенок в коляске или другом подвижном объекте (на санках, в кресле качалке, на игрушке-качалке и т.п.), при этом мать держит ребенка за руку или за деталь объекта, в котором расположен ребенок, фигура и лицо ребенка прорисованы;

- все фигуры лицом к зрителю, или в профиль;

- совместная деятельность может отсутствовать; возраст ребенка в беременности в пределах раннего, к концу беременности приближается к младенческому.

3. Тревога и неуверенность в себе.

Формальные признаки

- плохое качество линии;

- рисунок очень мелкий, расположен внизу листа или в углу;

- наличие линии основания, штриховки в большом количестве.
- Содержательные признаки:
- наличие на рисунке себя и ребенка без замены образов;
 - фигура ребенка слишком большая или слишком маленькая;
 - большое количество дополнительных объектов, тщательная прорисовка деталей одежды;
 - недостаточная прорисовка фигур и лиц себя и ребенка, схематизация;
 - отсутствие совместной деятельности;
 - контакт с ребенком может быть по типу 1 или 2 , или рядом с ребенком без контакта (при этом ребенок не изолирован), возможно протянутые друг к другу руки без прямого контакта;
 - наличие на рисунке несколько членов своей семьи, своей матери;
 - большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры, они покрывают практически весь лист;
 - возраст ребенка в пределах дошкольного, к концу беременности приближается к раннему или младенческому.

4. Конфликт с беременностью или ситуацией материнства.

Формальные признаки:

- 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, в первую очередь фигуры матери и ребенка).

Содержательные признаки:

- отсутствие на рисунке себя и\или ребенка;
- замена образа себя на растение, животное, символ;

- отсутствие совместной деятельности;
- отсутствие контакта с ребенком;
- ребенок спрятан (в пеленках, коляске, кроватке, животе матери);
- ребенок изолирован при помощи предметов, отделяющих его от матери или полностью изолирован без контакта с матерью (в коляске, кроватке, на коврик, на качелях и т.п.);
- большая пространственная дистанция между фигурами матери и ребенка;
- фигуры нарисованные спиной;
- отсутствие у фигур лица, режес тела;
- большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры, они покрывают практически весь лист;
- возраст ребенка дошкольный, режес ранний, к концу беременности не снижается, или даже увеличивается.

Полученные результаты.

1) отклонения в стиле переживания беременности во всех случаях отражается в рисуночном тесте, причем в большинстве случаев – по типу наличия тревоги и конфликта с беременностью;

2) адекватный стиль переживания беременности устойчиво сочетается с благополучной ситуацией по рисунку и с адекватной ценностью ребенка;

3) неудовлетворительное отношение к изменениям, связанным с беременностью устойчиво сочетается с неблагополучной ситуацией по рисуночному тесту.

Показателями неблагополучной ситуации по рисуночному тесту служат: выраженная тревога, неуверенность в себе и конфликт с беременностью. Эти показатели устойчиво сочетаются:

- С отклонением от адекватного стиля переживания беременности;
- С отклонением от адекватной ценности ребенка.

Наиболее диагностически значимыми являются следующие особенности рисунка:

- Отсутствие на рисунке себя
- Отсутствие на рисунке ребенка
- Замена образа себя и/или ребенка на символ, растение, животное
- Ребенок спрятан в кроватке, коляске, животе матери
- Изоляция ребенка
- Пространственная дистанция матери с ребенком.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

НАРРАТИВНЫЕ ПРАКТИКИ

Упражнение 1.

Как помочь людям распознать, что они действительно предпочитают?

В западном обществе привилегированное положение занимают факты – знания, которые могут быть зафиксированы. Нарративная психология не поддерживает структуралистские представления о том, что всё в этом мире имеет истинную структуру, которая глубока и часто нам не видна. Понятно, что как биологические существа мы наделены определенной структурой. Но когда мы говорим о нашей идентичности, то имеем в виду доступную для наших усилий по изменению структуру «в голове».

Мы придаём значение нашему опыту через истории. Но истории только частично описывают нашу жизнь. Истории – это карты нашей жизни. Карта – не территория. Мы можем иметь много карт и составлять их сами. По своим картам мы можем сами прокладывать маршруты. Правда, мы не можем конструировать свои истории без участия других людей, так как на нас оказывают влияние окружающие и широкий социальный контекст. Если мы общаемся с другими людьми так, что им интересно, то это помогает им и нам открывать предпочитаемые смыслы. Если наши идеи разделяются с другими людьми, то это тоже помогает составлять предпочитаемую идентичность. Понимание нашей идентичности через истории даёт возможность вкладывать много значений, которые не станут единственно верными.

Отличия между структуралистскими и не-структуралистскими категориями идентичности

Структуралистские категории	Неструктуралистские Категории
Побуждения	Цели
Черты характера	Сознательные намерения
Потребности	Желания
Мотивация	Ценности
Расстройства	Надежды и мечты
Природные способности	Принципы, по которым живёшь
Истинное «Я»	Обязательства

- 1) Каковы ваши намерения \цели на этом тренинге?
- 2) Какие значимые для вас ценности отражают эти намерения\цели?
- 3) Как эти ценности соответствуют вашим намерениям и мечтам по выстраиванию вашей жизни?
- 4) Каковы предпочитаемые вами способы жизни, представленные в этих надеждах и мечтах?
- 5) Какие правила вносят в вашу жизнь эти представления?

Упражнение 2.

Нарративные терапевты могут помочь человеку найти различные способы бытия, такие, какие он захочет найти. Существует много способов быть. Именно способов, не талантов быть ... (хорошей матерью, успешным профессионалом, бесстрашным человеком и т. п.), а делать что-то (что именно?) для того, чтобы быть... (прекрасной хозяйкой, любимым мужем и т.п.).

Ответьте на вопросы:

Что Вы предпринимаете для того, чтобы стать нарративным \ каким-либо другим терапевтом?

Когда вы впервые подумали об этом? Как давно?

Кто вам рассказал о нарративных \ любых других идеях? Что этот человек сказал бы о вашем намерении?

А кто ещё знает о вашем интересе к этим идеям? Как этот интерес повлиял на ваши взаимоотношения с этими людьми? Кто из них больше всех \ меньше всех удивился вашему интересу?

Насколько вам подходят \ нравятся идеи нарративной \ любой другой терапии? Какие из этих идей помогают вам в работе (взаимоотношениях с людьми)? А какие мешают? Как они работают за или против ваших отношений?

Какие личные убеждения, мнения, взгляды есть у вас насчёт позиции профессионала в терапевтическом процессе? Как эти убеждения появлялись?

Что говорит о ваших предпочтениях в жизни \ работе факт чтения этого параграфа?

Что говорят о вас как о личности, ваши действия по овладению профессией? Что для вас значит делать это? На каких личных ценностях основывается этот ход действий?

Что было бы для вас признаком того, что вы стали «хорошим профессионалом»? Вы как-то будете отмечать это достижение?

Заметят ли другие люди, что вы стали «хорошим профессионалом»? Кто первый заметит? Как он это узнает?

Что вы будете делать дальше, после того, как добьётесь желаемого?

Упражнение 3.

«Намерения, с которыми Вы пришли на этот курс»

Каковы Ваши намерения и цели, ради чего Вы пришли на этот курс?

- Эти намерения отражают нечто, что является важным для Вас. Что именно? (ценности)
- Как эти ценности вписываются в Ваши надежды, мечты и ожидания, касающиеся вашей жизни?
- Как можно обозначить те способы жить, которые воплощаются в этих надеждах и мечтаниях? (принципы)

- Воплощение в жизнь этих принципов – это приверженность чему-то и принятие на себя определенных обстоятельств. Чему вы привержены и что это за обязательства?

Упражнение 4.

«Стили наших историй»

1. Наши истории могут быть совершенно разными. Например, структуралистскими и не структуралистскими. Подготовьте две короткие истории о себе. Первую историю напишите так, будто она предназначена для резюме при устройстве на работу или как короткую автобиографическую справку в каком-нибудь официальном документе.

2. Вторую историю напишите так, как вы предпочли бы рассказать о себе вашим друзьям, чтобы им было интересно.

3. Какие идеи возникают по поводу каждой истории? Чем они отличаются? Заполните таблицу.

Упражнение может быть выполнено индивидуально, в паре или в группе. Каждый вариант применения открывает новые возможности исследования себя (Узнайте, какие!)

Упражнение 5.

«Осознанная цель, приверженность и добровольно взятые на себя обязательства»

(лучше всего его делать вдвоем или втроем, чтобы расспросить друг друга и поделиться опытом)

1. Побеседуйте об имеющемся у вас опыте, связанном с психологизацией или патологизацией вашей мотивации выбора этой работы. Были ли случаи, когда вы или кто-то другой переинтерпретировали этот выбор таким образом, что вы начали меньше доверять своим осознанным целям или добровольно взятым на себя обязательствам в выборе этой профессии?

2. Вспомните, каковы, как вам кажется, были последствия в вашей профессиональной и личной жизни подобной психологиза-

ции ваших стремлений, патологизации ваших представлений об осознанных целях и добровольно взятых на себя обязательствах.

3. Вспомните, как вы в самом начале формулировали свою осознанную цель выбора этой работы, – как бы просто это ни звучало. Подумайте, какие ценности в этой работе высвечивают эти формулировки.

4. Расскажите, какие эпизоды из вашей жизни способствовали прояснению осознанных целей и обязательств, которые вы принимаете в жизни, какие эпизоды помогли понять, какой вклад вы хотели бы внести, что вы бы хотели дать миру.

5. Обсудите, что вы думаете и переживаете по ходу этого упражнения – те мысли и чувства, которые имеют отношение к выражению позиции и к свидетельствованию тому, как другой человек говорит об осознанных целях и добровольно взятых на себя обязательствах.

6. Обсудите, каким образом уделение внимания осознанным целям и обязательствам может повлиять на:

- а) то, как вы сами видите/чувствуете себя в связи с работой;
- б) ваше отношение к собственной жизни;
- в) ваше отношение к коллегам по работе и к людям, которые обращаются к вам за помощью;
- г) образ вашей работы и вашей жизни в целом.

Упражнение 6.

«Пересочинение»

Уплотнение (обогащение) предпочитаемой истории в связи с новым навыком или развитием.

Рассказчик вспоминает какое-либо умение, которое он недавно приобрел, какое-то достижение в работе, нечто о чем он был бы рад поговорить. Постарайтесь вспомнить событие, которое было совсем-совсем недавно, и сосредоточиться на чем-то актуальном.

- Расскажите о том, что произошло, где Вы были, кто был рядом, что Вы делали?

- Какие шаги Вы предприняли, чтобы подготовиться к тому, что Вы сделали?
- Как Вы могли бы назвать то, что Вы сделали?
- Каковы были некоторые из намерений, побудивших Вас сделать это?
 - Почему для Вас было важно действовать в соответствии с этими намерениями? Что это говорит мне о Ваших ценностях?
 - Как то, о чем Вы говорите, вписывается в Ваши мечты и ожидания по поводу жизни?
 - Что эти мечты говорят о тех способах жизни, которые важны для Вас, о том, ради чего Вы живете?
 - Вы описали некий жизненный принцип или обязательство. Есть ли в Вашей жизни другие ситуации, когда Вам становилось очевидно, насколько это важно для Вас?
 - Если бы я знал Вас в прошлом, на что бы я обратил внимание тогда, чтобы знать, что то, о чем Вы рассказали, важно для Вас?
 - Какие убеждения, верные для Вас в прошлом, какое понимание повлияло на то, что теперь Вы предприняли это действие?
 - Каково Вам смотреть на недавнее событие в свете прошедшего?
 - Если бы Вы решили опереться на те намерения и обязательства, о которых Вы рассказали, каким образом они поддержали бы Ваши следующие шаги? Что Вы стали бы более способны делать?
 - Если Вы предпримете эти следующие шаги, как по Вашему мнению, откликнуться окружающие?
 - А если дела пойдут не так, как хочется, что Вы станете делать, чтобы не свернуть с избранного пути?

Упражнение 7

«Пересочинение»

Проблемные убеждения по поводу того, чтобы сделать что-то новое или по-новому.

В тройках выберите, кто из вас будет рассказчиком, кто – интервьюером, а кто – запасным (поддерживающим) интервьюером. С запасным (поддерживающим) интервьюером основной сможет в любой момент обсудить направление интервью, запасной интервьюер может помогать конструировать вопросы, но он не должен перебивать или направлять интервью. прерывать интервью для обсуждения и начинать снова можно сколько угодно раз.

Представьте себе, что каждый раз, когда вы не пробуете делать что-то новое из-за того, что вам мешает убеждение в том, что это чересчур тяжело, человеку, с которым вы работаете, становится хуже, у вас не хватает способности выдержать это и т.д. и т.п.

- Когда Вы хотите попробовать что-то новое, какие идеи и убеждения мешают вам?

- Как Вы могли бы назвать это?

- Как это влияет на Ваше личностное и профессиональное развитие?

- Вспомните о каком-то совсем недавнем случае, когда Вы не позволили проблемным идеям хозяйничать. Расскажите побольше о том, что произошло, где Вы находились, кто был рядом, что Вы делали.

- Какие шаги вы предприняли, чтобы подготовиться к тому, что Вы сделали?

- Как Вы бы могли назвать то, что Вы делали?

- Каковы были некоторые из Ваших намерений, подтолкнувшие Вас к тому, чтобы это сделать?

- Почему для Вас было важно действовать в соответствии с этими намерениями? Что это может поведать мне о некоторых из Ваших ценностей?

- Как то, что Вы говорите, вписывается в некоторые Ваши надежды и мечты, касающиеся жизни?

- Что эти мечты говорят о тех способах жизни, которые важны для Вас, о том, ради чего Вы живете?

Упражнение 8.

«Любимая нарративная практика»

Выполняется в группе студентов, изучающих нарративную терапию.

1. Подумайте и назовите, какая из идей нарративной практики нравится вам больше всего.

2. После того, как все участники группы определились с предпочитаемыми ими идеями, обсудите друг с другом достоинства этой идеи от её имени, объясните, чем именно эта идея замечательна для нарративной практики.

Например: если человек определил уникальные эпизоды как важную часть практики, затем он начинает говорить как «Уникальный эпизод»: «Уникальные эпизоды наиболее важны, так как мы открываем предпочитаемые истории, без нас у вас не было бы никакой надежды!» ... «А без нас (экстернализация) у терапевтов не было бы шанса создать пространство для уникального эпизода, и ваша значительность не была бы даже замечена» ... «А без меня (уважение) люди, консультирующиеся у терапевта, не чувствовали бы себя свободными рассказывать о своих жизнях»... и т.д.

Через опыт такого обсуждения студенты создают обогащённые описания нарративных практик и идей, и выясняют, как эти практики влияют друг на друга. К концу обсуждения люди, в основном, осознают, что все эти практики работают совместно.

Упражнение 9.

Исследование наших историй

Это упражнение даёт возможность попрактиковать умение мыслить о себе в не-структуралистских категориях.

Выполняется в парах. Участник А интервьюирует участника Б, затем они меняются ролями.

Схема беседы:

1) Подумайте о каком-либо достижении вашей жизни;

2) А расспрашивает Б про это достижение около 2-х минут: узнайте, что это и найдите не-структуралистский опыт в описании этого достижения;

3) Узнайте, почему это достижение было важно для Б, и как оно повлияло на ценности, мечты, надежды и обязательства его жизни;

4) А спрашивает, кто ещё знает или знал про это достижение в жизни Б. Как эти люди оценивают Б в связи с этим достижением? Какой вклад вносит Б в жизни этих людей в связи с этим достижением?

5) А расспрашивает про историю этого достижения в жизни Б. Где и как Б узнал про это? От кого? Как этот человек оценивает достижение Б, и какой вклад вносит Б в жизнь этого человека?

6) Какие силы имеются у Б, чтобы сохранить или улучшить это достижение? Что может помешать или изменить желание Б? Какие знания и умения Б представляет это достижение? Кто будет поддерживать Б в этом достижении?

7) А рассказывает Б, что он от него услышал, и что этот рассказ сказал ему о Б.

Учебное издание

Ирина Олеговна Косарева

Ольга Викторовна Таркина

**НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД
В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ
СОПРОВОЖДЕНИИ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка, макет В.И. Никонов

Подписано в печать 30.10.06

Гарнитура Times New Roman. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Печать оперативная.

Усл.-печ. л. 7,0. Уч.-изд. л. 3,89. Тираж 200 экз. Заказ № 552

Издательство «Универс групп», 443011, Самара, ул. Академика Павлова, 1

Отпечатано ООО «Универс групп»