# Основы и клиническое значение материнской привязанности

## Т.Н. Пушкарева *канд. мед. наук, старший научный сотрудник, докторант Украинского НИИ социальной и судебной писхиатрии и наркологии, автор 30 научных публикаций, кандидат Института психоанализа Восточной Европы имени Хан Гроен-Праккен, председатель Киевского психоаналитичсекого общества*

*"Время спасать еще не родившегося ребенка начинается раньше беременности"*
Индийская поговорка

*В статье, с точки зрения психоаналитического подхода в его исторической перспективе, приводятся данные о развитии представлений на феномен привязанности и ранних отношений матери с ребенком, трансгенерационной передачи паттернов привязанности и ранних объектных отношений. Клинические примеры иллюстрируют теоретический материал. Анализ результатов научных исследований пренатальной привязанности позволяет определить направления дальнейших исследований.*

***Ключевые слова:*** *привязанность, пренатальная привязанность, трансгенерационная передача, раннее развитие, психоаналитический подход, психотерапия.*

Исторический и повседневный опыт предоставляют множество примеров не только жертвенного, самоотверженного, но и амбивалентного, непоследовательного и даже открыто враждебного отношения родителей к своим детям. Достаточно представить современные проблемы социального сиротства и жестокого обращения с собственными детьми или вспомнить библейское сказание о Моисее, греческий миф об Эдипе, кельтскую легенду о Мерлине, герои которых были брошены родителями, чтобы убедиться в неоднозначности родительского отношения к детям. Известно, что природа девиантного родительского поведения, как правило, кроется в негативном опыте ранних взаимоотношений молодой матери или отца с собственной матерью.

Как свидетельствуют эмпирические и научные данные, ранний опыт взаимодействий матери и ребенка является матрицей всех последующих взаимоотношений человека. Интроецированные в детстве модели внутренних объектных отношений определяют особенности межперсонального взаимодействия не только на протяжении жизни индивида, но и, через феномен трансгенерационной передачи, влияют на систему объектных отношений последующих поколений [3 -10, 22, 26].

Теория и практика психоанализа внесли существенный вклад в понимание закономерностей развития человеческих отношений. Пройдя путь от учения З.Фрейда до разработок о ранних объектных отношениях и теории привязанности, психоаналитический подход сыграл важнейшую роль в формировании современных взглядов на ранние отношения матери с ребенком и на возникновение научного интереса к развитию взаимосвязи беременной женщины с будущим младенцем [2 -10, 22].

В теории З.Фрейда важное значение имеет идея о решающем влиянии сознательного и бессознательного опыта взаимодействия с родителями на все дальнейшие отношения и развитие личности. В статье "О нарциссизме" (1914), говоря о роли родителей в трансгенерационном процессе, З.Фрейд обращает внимание на воскрешение собственного нарциссизма родителей в "навязчивой потребности приписывать ребенку все совершенства...", создавая "его величество ребенка", который "должен воплотить неисполненные желания родителей", становясь для них нарциссическим продолжением. З.Фрейд и его последователи объясняли возникновение специфических отношений ребенка и матери взаимными позитивными переживаниями, связанными с кормлением, преодолением дискомфорта, вызванного голодом и удовольствием при насыщении. Одновременно с признанием позитивной, либидинозно насыщенной стороны этих отношений, Фрейд обращал внимание на амбивалентность материнских чувств и на определенные трудности, возникающие в отношении к нежеланному ребенку: "Как много матерей, нежно любящих своих детей, возможно даже чересчур нежно, неохотно зачали их и иногда желали, чтобы живое существо внутри них не развивалось бы дальше" (1916-1917). Позднее, в работе "Групповая психология и анализ эго" (1921) Фрейд обращал внимание на важность идентификации с родителями как ранней форме аффективного взаимодействия с объектом [2 -4].

Развитие психоаналитических представлений об отношениях мы находим у М.Кляйн в теории ранней персекуторной тревоги, шизо-параноидной и депрессивной позиции и механизме проективной идентификации, который одновременно является и интрапсихическим, и интерсубъективным. В последующем, развивая концепцию проективной идентификации в контексте отношений матери и ребенка, В.Бион ввел понятие контейнирования, обозначающего способность матери быть достаточно чуткой и терпимой к потребностям, негативным и позитивным чувствам, агрессии и любви ребенка. Согласно представлениям В.Биона, ранние материнско-детские отношения строятся на способности матери принимать, и, соответствующим образом, отвечать на запросы ребенка. Качество материнской способности к контейнированию и адекватному удовлетворению потребностей ребенка зависит от ее собственного опыта ранних объектных отношений.

Созданию новых представлений о процессах развития в раннем детстве способствовали работы Рене Спитца с детьми, находящимися в состоянии выраженной депривации, исследования Манифолд "Естественная история отношений матери и ребенка на первом году жизни" (1965) и монография Даниеля Стерна "Интерперсональный мир ребенка" (1985). Продолжая традиции психоаналитического подхода, Дж.Боулби (1969-1982) создал теорию привязанности, разработанную с учетом наблюдений этологов, эволюционных биологов, специалистов по психологии развития, теоретиков систем управления и данных, полученных в систематических наблюдениях за поведением младенцев.

Рассматривая взаимоотношения ребенка и матери в эволюционном контексте, Дж. Боулби объяснял привязанность как универсальный способ решения доминирующей биологической задачи генетической передачи: выживания и взросления индивида вплоть до репродуктивного возраста. Система привязанности, обеспечивающая выживание и адаптацию на основе защитно-приспособительного поведения, согласно Дж. Боулби, представлена комплиментарными "внутренними рабочими моделями", репрезентациями селф и фигуры привязанности. Дж. Боулби (1988) предполагал возможность изменения структуры привязанности под влиянием внешних воздействий. Согласно эмпирическим и экспериментальным данным, для благополучного психосоциального развития ребенка недостаточно одной только заботы о его физиологических потребностях. Важнейшим условием нормального психологичского и социального развития ребенка является материнская любовь, определенная Дж. Боулби термином привязанность [7-9].

Теоретические выкладки Дж. Боулби нашли практическое подтверждение в экстенсивном исследовании М. Эйнсворт, изучавшей поведение матерей и детей в Уганде. Результаты этого исследования положили начало интерактивному подходу к рассмотрению материнско-детской привязанности. М. Эйнсворт впревые употребила термин "депривация" применительно к недостаткам взаимодействия в диаде мать и ребенок, вызванным нарушением или прерыванием этой связи. М.Эйнсворт показала, что материнская чувствительность и восприимчивость к нуждам ребенка определяет качество привязанности, формирующейся на первом году жизни и четко определяемой в возрасте 12 месяцев [5-7, 10].

Согласно данным, полученным благодаря дальнейшим исследованиям привязанности, дети чутких, отзывчивых на запросы ребенка, матерей имеют безопасный тип привязанности и в дальнейшем хорошо адаптируются в различных областях, проявляя исследователькие способности, интеграцию аффектов и гибкость эго. У непоследовательных, противоречивых матерей дети проявляют амбивалентную привязанность. Матери, которым свойственно вторгающееся и отвергающее отношение способствуют формированию избегающей привязанности у детей. Дезорганизованный тип привязанности можно представить как комбинацию амбивалентной и избегающей привязанности, что характерно для детей, выросших в тяжелых условиях чрезмерной, хронической фрустрации основных потребностей (травмы, злоупотребление, утраты и.т.п.) Такие дети часто имеют социальные проблемы в школе, проявляют агрессивное поведение и различные психические расстройства. Недавние исследования подтвердили, что структура привязанности и самооценки может меняться в условиях сепарации и тяжелых утрат.

Первичный психоэмоциональный опыт ребенка становится основой его сознательных и бессознательных фантазий о себе, первичном объекте и взаимодействии с ним. Д. Винникот обращал внимание на важность того, как мать относится к телу младенца, как обращается с ним и его формирующимся собственным Я [1].

Созданный в первые годы жизни образ матери и способ взаимодействия с ней на всю жизнь остается краеугольным камнем внутренних объектных отношений, определяя характер всех взаимоотношений человека. Взаимодействие с чуткой, успешно справляющейся с материнскими функциями, матерью, удовлетворяющей базовые потребности ребенка, позволяют ребенку сформировать позитивный образ себя и объекта, что помогает достаточно успешно пройти все стадии психосексуального развития. При этом происходит интеграция амбивалентных чувств, развивается здоровое ощущение Я и интроецируется позитивный опыт ранних объектных отношений.

В подобных случаях, уже у маленькой девочки обнаруживается стремление идентифицироваться с матерью, что проявляется в фантазиях, играх с куклами и с подругами в дочки-матери, живом интересе к младенцам и всему, что связано с материнством. В последующем, у таких женщин во время беременности происходит идентификация со всемогущим, плодородным материнским объктом и, одновременно, с позитивным собственным младенческим Я. В таких условиях беременность становится важным этапом в решении задачи психологической сепарации от матери, индивидуализации и духовного роста и уже во время беременности происходит активное эмоциональное инвестирование в отношения с будущим ребенком [15, 23].

Ниже приводится кдинический пример, иллюстрирующий трансляцию безопасной структуры привязанности в трех поколениях семьи и благополучное решение проблемы материнской идентичности.

***Клинический пример.*** Ольга, 28 летняя красивая, цветущая и обаятельная женщина, с высшим юридическим образованием, волонтер проекта изучения материнской тревожности и привязанности. Родилась в благополучной семье, где мать была преподавателем социологии в Вузе, отец - инженером, руководителем предприятия. Оля была первым из двух, желанных детей, брат родился, когда Оля пошла в школу. Росла и развивалась нормально, естественное вскармливание до 10 месяцев, ничем, кроме простудных заболеваний, не болела. Мать посвятила ее воспитанию первые два года, в этом ей помогали родители, больше мать, с которой у дочери и внучки были хорошие отношения: "Добрейшая и мудрая наша бабушка всегда понимала и поддерживала всех нас, она, как будто, была ангелом-хранителем нашей семьи. Дедушка и бабушка всегда относились друг к другу с любовью и уважением и к другим были добры и справедливы...". Отношения в родительской семье Оля описывает как доброжелательные, терпимые и нежные. Отец был внимателен и заботлив с женой и детьми, хотя много работал. После трех лет Ольга посещала детский сад, где хорошо адаптировалась, ее любимыми играми были куклы, различные варианты игр в дочки-матери, "дом", где она играла дочку или маму. Психосексуальное развитие протекало гармонично, Ольга благополучно пережила возрастные кризы и позитивно воспринимала свою женственность. Взаимоотношения с собственной матерью дружеские, теплые, доверительные и эмоционально удовлетворяющие, с отцом - дружеские, считает себя его любимицей, с младшим братом - так же хорошие отношения, хотя в детстве были периоды соперничества.

Сознательные мечты о замужестве и ребенке возникали у Оли еще в подростковом возрасте, она любила представлять себя замужней женщиной, матерью двоих или троих детей. В 23 года вышла замуж за своего бывшего преподавателя, на четыре года старше ее, переехала с мужем в отдельную квартиру, много времени и сил отдала сожданию удобного и уютного дома. Вскоре после замужества забеременела, чему оба супруга были очень рады, муж особенно бережно относился к Оле. Беременность переносила хорошо, была чутка к своим желаниям и потребностям, рассматривала заботу о своем здоровье и настроении залогом благополучия ребенка. Во время беременности представляла будущего ребенка, его внешность, характер, мысленно и вслух разговаривала с малышом, называя его ласково уменьшительными именами, прислушивалась к шевелениям, стараясь понять их язык, нежными прикосновениями к животу стимулировала ответную реакцию, вовлекая в эту игру мужа. Придумывала имя для мальчика и девочки, планировала обустройство места в квартире, покупку "приданого", игрушек и.т.д. Во время беременности ощущала малыша и как часть себя, и, временами, как отдельное существо.

Перед родами испытывала тревогу, беспокойство и страх за ребенка, но вполне справлялась с этими переживаниями. Родила без осложнений здорового, доношенного мальчика. Сразу после родов Оля пережила состояние небывалой радости, счастья, умиления, через два часа после родов мальчик был приложен к груди, во время первого кормления была взволнована, горда, испытывала интенсивное чувство нежности, желания держать на руках и ласкать малыша, заботиться и оберегать его.

В последующие дни у Ольги было относительно кратковременное (три-четыре дня) состояние угнетенности, тревоги, неуверенности. Она сомневалась, - достаточно ли молока, правильно ли она понимает потребности малыша, делает ли все необходимое, справится ли со своими обязанностями. Это состояние сопровождалось снижением аппетита и некоторыми трудностями засыпания, беспокойным сном. После выписки домой состояние угнетенности, тревоги и неуверенности нивелировалось и в течение недели трансформировалось в спокойную уверенность и активное внимание к ребенку, поскольку в семье Ольга была окружена заботой и вниманием мужа, матери, отца и бабушки. Грудное вскармливание до 11 месяцев, до трех лет Ольга не работала, занималась сыном, муж принимал во всем, что касалось семьи и ребенка самое активное участие, мать с отцом и бабушка охотно помогали ей при необходимости. Мальчик хорошо развивался, не болел, рос активным и любознательным. В три года его определили в детсад, Ольга вышла на работу, они с мужем довольны своей семейной жизнью и хотели бы второго ребенка в ближайшие два-три года .

Представленный клинический пример иллюстрирует позитивный опыт ранних объектных отношений в трех поколениях, успешную полоролевую идентификацию Ольги, благополучное протекание беременности с явной эмоциональной вовлеченностью и выраженной позитивно окрашенной привязанностью, нормальное развитие первенца на протяжении первых трех лет его жизни. Судя по клиническим данным, в данном случае можно с достаточной уверенностью говорить о трансмиссии безопасного типа привязанности в поколениях бабушка-мама, мама-Оля и Оля-сын.

Опыт клинического психоанализа и исследования привязанности свидетельствуют о том, что раннее взаимодействие с восприимчивой и удовлетворяющей потребности ребенка фигурой привязанности способствует развитию сбалансированных внутренних репрезентаций отношений с первичным объектом и внутренних рабочих моделей безопасной привязанности. Именно опыт ранних объектных отношений создает основу для развития всей гаммы разноречивых чувств женщины по отношению к будущему ребенку.

Если собственный опыт ранних отношений женщины, которая собирается стать матерью, был неблагополучен и сформировалась небезопасная привязанность или отмечались трудности в становлении полоролевой идентичности и остались не разрешенными сепарационные проблемы, тогда женщине, чаще всего, не удается справиться с амбивалентностью чувств к ребенку, она неспособна обеспечить ему первичный опыт телесного благополучия и взаимного телесного удовлетворения и склонна чрезмерно фрустрировать его основные потребности. В таких случаях у ребенка возникают нарушения психосексуального развития, ведущие к отсутствию благополучного образа собственного Я, нарциссической уязвимости, зависти к матери, низкой самооценке и невозможности разрешения амбивалентных чувств, характерны конфликты, связанные с материнской идентичностью.

На практике приходится наблюдать различные формы сознательного и бессознательного отвержения ребенка, начиная с периода беременности. Вероятно, бессознательные причины амбивалентного или негативного восприятия беременности сопоставимы с психологическими причинами бесплодия, описанными Х. Дейч [15]. Типологическая классификация выглядит следующим образом:
1. Физически и психологически инфантильные женщины, зависимые, имеющие выраженные сепарационные проблемы и постоянно нуждающиеся в поддержке кого-либо, наделяемого родительскими функциями;
2. Женщины, имеющие проблемы полоролевой идентификации, с преобладанием мускулинных черт;
3. Женщины, направляющие (катектирующие) свой интерес и энергию на партнера, который символически заменяет им ребенка или на профессиональную либо другую эмоционально насыщенную деятельность;
4. Женщины, имеющие выраженные аффективные и другие психические расстройства, для которых беременность и ребенок представляются тяжелой ношей.

В следующем клиническом примере описан случай пациентки, имеющей проблемы материнской идентичности, корни которых уходят в полную травм и потерь семейную историю.

***Клинический пример.*** Инна, хрупкая, похожая на подростка, 34 летняя женщина, с грустными глазами и лучистой улыбкой, успешная в своей профессиональной коммерческой деятельности, обратилась по поводу повторяющихся депрессивных эпизодов, длительностью от нескольких дней до двух месяцев. Во время этих эпизодов она бывает подавлена, грустна, страдает от неуверенности в себе, воспринимает все в мрачном свете, с трудом справляется с обычной нагрузкой, плохо спит, подвержена расстройствам аппетита, предпочитает оставаться одна.

Семейная история Инны изобилует травмами, потерями и нестабильностью. Мать родилась во время Второй Мировой войны, отца-офицера, навестившего жену после лечения в госпитале по поводу ранения, расстреляли нацисты на глазах жены, когда младенцу (матери Инны) было 7 месяцев. Детство матери было трудным и полуголодным.

Отношения родителей Инны никогда не были хорошими, отец злоупотреблял спиртным, изменял матери, в доме постоянно были скандалы. Когда Инне было 4 года, родители развелись, с тех пор с отцом нет никаких контактов. Инна родилась семимесячной, с раннего возраста была в круглосуточном детском саду, во время частых болезней мать отправляла ее в село к бабушке, обычно сажая одну на междугородний автобус. Бабушка была ласковой и доброй, но вечно поглощенной хозяйственными заботами. Когда Инне был один год, умер прадедушка, отец бабушки, репрессированный землевладелец, который провел в лагерях 20 лет. Домашние, слегка идеализируя, любили и уважали его за добрый нрав и образованность.

Инна не любила сад и самыми счастливыми для девочки были пятницы, когда мама забирала ее домой на выходные. Она была очень послушной, "образцовой" девочкой и любила свою всегда озабоченную и несчастливую мать. Однако мать часто била ее, "теряя терпение", "нервничая", наказывала за невинные детские проделки. Например, однажды пятилетняя Инна вырезала портреты Ленина на деньгах, в другой раз, ожидая в саду прихода мамы, проделала дырку в своей трикотажной кофточке, чтобы прикрепить букетик цветов: "хотела понравиться маме". "Я не была ребенком, заслуживающим наказания",- говорила Инна с обидой, едва сдерживая слезы, но при этом стараясь оправдать мать. Она несколько раз повтоорила, что ей пришлось много работать над собой, чтобы простить матери свои глубокие детские обиды. Мать Инны повторно вышла замуж, когда девочке было 8 лет, родилась сестра, что стало для всех глубоким разочарованием, так как семья дружно ждала мальчика. В настоящее время сестра страдает наркотической зависимостью, ведет асоциальной образ жизни, опустилась, утратила связи с семьей, уже совершенно отчаявшейся спасти ее.

С матерью и отчимом отношения у Инны были формальными, поверхностными, отчим часто уезжал в командировки. Настоящая эмоциональная жизнь была в школе и в танцевальном ансамбле. Инна часто и с удовольствием ездила на гастроли с ансамблем, после школы уехала учиться из Киева в южный областной город, найдя для этого рациональный предлог. Поступила на филфак, жила в общежитии, на первом курсе вышла замуж за человека на 10 лет старше, который вскоре уехал в Сибирь, в связи со службой в армии. Инна собиралась ехать за ним, "как декабристка", но мать мужа отговорила ее. В этом выборе супруга, очевидно, большую роль сыграло и то, что муж был из очень благополучной семьи и Инне казалось, что она нашла идеальную семью, о которой так мечтала в детстве. С родителями мужа была в очень хороших отношениях. На фоне разлуки, после взаимных измен, брак распался через два-три года. До 28 лет бывали эпизодические связи с мужчинами значительно старше Инны.

В 28 лет вышла замуж за мужчину на 4 года моложе ее, забеременела, радовалась этому, чувствовала себя "превосходно", много работала, "беременность совсем не отразилась на моей жизни, только сейчас я понимаю, что я вела себя неправильно, была совсем невнимательна к себе". Хотя Инна испытывала нежные чувства к ребенку, особенно при шевелении, мысленно разговаривала с ним, фактически она игнорировала беременность, не считаясь со своим состоянием, продолжая очень много работать. В 26 недель внезапно начались преждевременные роды, благодаря международной медицинской страховке, Инна по санавиации бала отправлена в акушерскую клинику одной из западноевропейских столиц, где родила недоношенного мальчика, с весом 1200. Ребенок в течение двух месяцев находился в специализированной клинике под неусыпным контролем современной высокотехнологичной медицины. Инна могла ежедневно навещать его, муж приезжал ненадолго. В честь прадеда, (отсидевшего 20 лет в лагерях) Инна дала своему крошечному сыну имя "Максим". Первое время она боялась даже брать его на руки, таким хрупким он ей казался. После выписки она еще месяц провела за границей, мать в это время находилась с ней и впервые в жизни они жили мирно. Инна уже подолгу держала его на руках, испытывая блаженство, радость и умиротворение. Когда сыну было 10 месяцев, Инна вернулась на работу, поручив малыша заботам няни, которая фактически полностью заменила ее.

С мужем они вскоре расстались, формальной причиной стал его отъезд за рубеж. В течение года мальчик жил в семье няни (не имеющей своих детей) и Инна только приходила вечером пожелать ему спокойной ночи, почитать книжку. Няня и ее муж заботились и о Максиме и об Инне, в их лице она нашла хороших, заботливых друзей-"родителей" не только для сына, но и для себя. Инна объясняет сложившуюся ситуацию семейными и профессиональными сложностями, необходимостью много работать, чтобы быть финансово независимой, обеспечить будущее себе и сыну. С 4 лет мальчик в детском саду и продолжает оставаться на попечении няни. Инна по-прежнему много работает, "чтобы обеспечить сыну все необходимое для развития", проводит с ним относительно немного времени, бессознательно повторяя свой детский сценарий отвержения и опыт фрустрации.

Приведенный случай демонстрирует, как в условиях повторяющихся тяжелых травм утраты и депривации в трех поколениях (бабушка, мама, Инна), у пациентки возникли определенные сложности с полоролевой и материнской идентичностью, беременность протекала под знаком амбивалентных чувств, вытесненной агрессивности, скрытого отвержения. Во время беременности, очевидно, преобладала идентификация с собственным беспомощным и раненным младенческим Я и с негативными, отвергающими и фрустрирующими аспектами материнского объекта. Есть основания предполагать, что наличие травматичного опыта фрустрирующих ранних отношений, непроработанных сепараций и потерь и нарушения материнской идентичности способствовали созданию у матери Инны и у нее самой небезопасного типа привязанности и амбивалентного отношения к женской идентичности и материнству.

Известно, что сознательное и бессознательное отвержение ребенка в случае нежеланного материнства в 40% случаев приводит к рождению недоношенных детей в сравнении с 9-10% в популяции. Согласно статистическим данным, преждевременно рожденные дети, родившиеся от нежеланной беременности, в двух третях случаев получают мозговые травмы до и во время родов. Многие матери, не справившиеся с родительскими функциями, проявляют черты личностной и эмоциональной незрелости, зависимости, аффективной несдержанности, низкой толерантности к стрессам и амбивалентное отношение к материнству. Большинство этих женщин, сознательно и бессознательно отвергающих и чрезмерно фрустрирующих своих детей, сами подвергались агрессии, переживали психологическую депривацию и не смогли разрешить конфликты детства и отрочества. Отвергающее отношение матери обусловливает эмоциональную, сенсорную, моторную или когнитивную депривацию ребенка. В условиях хронической депривавации происходит нарушение психического развития, социализации, развиваются невротические и даже психотические расстройства [11-21].

Нейрофизиологическими последствиями депривации в раннем возрасте являются недоразвитие дендритно-синаптических структур головного мозга и, как следствие, различные нарушения онтогенеза, поскольку дендритное ветвление и созревание мозговых структур активно продолжается после рождения. Для нормального психофизического и социального развития ребенка жизненно важны благоприятные условия пренатального и постнатального развития, атмосфера любви и чуткости к его потребностям, способность обеспечить зону ближайшего развития и помочь адаптироваться в социальной микросреде [24-26].

Вплоть до середины семидесятых годов превалировало представление о том, что отношения привязанности между ребенком и матерью начинают развиваться с момента появления новорожденного на свет, быстро прогрессируя в течение раннего послеродового периода. Некоторые авторы обозначали этот период как критический, на протяжении которого матери и младенцы обладают особой готовностью к установлению тесной эмоциональной взаимосвязи. Женщины, разлученные с новорожденными на протяжении этого критического периода, проявляли определенный дефицит материнских качеств по сравнению с женщинами, имевшими возможность контактировать с ребенком. Внимание к ранним отношениям в диаде мать-дитя несомненно сыграло свою позитивную роль в проведении реформ в системе родильных домов развитых стран Европы, направленных на создание благоприятных условий для активного взаимодействия матери с новорожденным, начиная с первых минут после родов.

В связи с тем, что концепция развития привязанности в послеродовом периоде не согласовывалась с переживаниями женщины до и во время беременности и не нашла подтверждения в дальнейших исследованиях, возникло предположение о начале развития отношений матери и ребенка во время беременности.

Р.Рубин установила, что эмоциональная связь матери с будущим ребенком зарождается во время беременности и является первой фазой развития материнской привязанности. Она сформулировала четыре основные задачи, которые решает беременная, формируя "качественную матрицу материнства": стремление к безопасному для нее и ребенка течению беременности, благополучным родам, обеспечение признания ребенка значимыми членами семьи и развитие готовности посвящать себя ребенку [23].

Очевидно, что во время беременности закладывается основа отношений с ребенком и начинают развиваться материнские качества в женщине. Одновременно с физиологическим ростом и развитием плода происходит трансформация женщины в мать. Х.Дейч описывает либидинозное инвестирование нарциссической любви, постепенное установление различий между беременной и плодом, усиливающееся ощущение отдельности другого существа.

Природа зарождения отношений матери к ребенку является предметом специального изучения, поскольку существует возможность влияния разнородных факторов, как способствующих улучшению качества привязанности, так и затрудняющих развитие ранних отношений в диаде мать-дитя. Полная беспомощность и зависимость ребенка приводит к явной диспропорции в отношении беременной женщины к плоду и матери к новорожденному. Зачатие, условия протекания беременности и решение о появлении младенца на свет во многом определяются желанием и волей матери. Слабость и беспомощность новорожденного ставит его в полную зависимость от матери, обеспечивающей кормление, заботу и безопасность.

С первых недель (обычно с 6-8 недели) беременности женщина осознает реальность зарождения новой жизни внутри нее, с четвертого-пятого месяца беременности она получает физические и кинестетические свидетельства существования и развития плода. Опросы беременных говорят о множестве разнообразных контактов между будущими матерями и их не рожденными детьми. Некоторые женщины выделяют и интерпретируют разные движения плода, вырабатывая свой, оригинальный язык взаимодействия. Многие женщины еще до беременности имеют определенные фантазийные представления и мечты о будущем ребенке (фантазийный и идеальный ребенок). Упомянутые уже игры девочек в куклы и дочки-матери, помимо элементов полоролевой идентификации, несут в себе отражение фантазий о ребенке и взаимодействии с ним. Во время беременности многие женщины активно фантазируют и мечтают о будущем малыше, часто они заняты разноплановой подготовкой к появлению ребенка, выбирают имя, обустраивают комнату и готовят приданое, обдумывают и планируют уход, воспитание и даже образование. Поведение, характеризующее привязанность к плоду, заключается в мысленном и вербальном общении, использовании ласкательных и уменьшительных слов, наблюдении за движениями плода, поглаживании или легких толчках с целью получить ответ, вовлечении супруга в коммуникацию с плодом [16, 18, 25].

В 1970 годах были предприняты первые научные исследования ранних признаков привязанности во время беременности. Исследуя особенности развития материнской привязанности к первенцам в группе 54 матерей, обнаружили, что женщины, практически немедленно после родов проявляющие любовь и нежность к ребенку, сообщали о значительной эмоциональной вовлеченности, инвестировании в отношения с плодом. В противоположность этой группе, матери с невыраженными проявлениями привязанности к новорожденному признавали, что ребенок не был желанным. Результаты этого исследования послужили основанием для последующего изучения зарождения привязанности у женщин во время беременности к еще не рожденным детям. К примеру, в результате опроса группы женщин (на протяжении каждого триместра беременности, и, в последующем, через три дня, два месяца и семь месяцев после родов) была выявлена четкая корреляция привязанности к плоду и материнских чувств к новорожденному [14-16].

В исследовании 10 беременных женщин в третьем триместре, пятеро были обучены взаимодействию с плодом посредством прикосновений, поглаживаний, определения расположения частей тела малыша. На 2-4 день после родов были изучены способы и качество взаимодействия всех 10 женщин с их младенцами. В группе женщин, прошедших тренинг взаимодействия с плодом, отмечалось достоверно более высокое качество взаимодействия и большее количество интеракций с младенцем [13, 14].

Описания отношений женщины с нерожденным ребенком строятся на понятиях психоаналитической теории и сведениях, почерпнутых из клинической практики психоанализа беременных. Установление связи с еще не рожденным ребенком обозначено как одна из задач, которую беременная женщина должна выполнить, готовясь стать матерью. В процессе знакомства со своим не рожденным ребенком, прислушиваясь к новым ощущениям и переменам в себе, женщина переживает чувства умиления, нежности, заботы, взаимодействуя с ним, как с отдельным существом. В ряде исследований восьмидесятых годов было выявлено, что беременные женщины наделяют своих детей индивидуальными характеристиками и испытывают по отношению к ним чувства любви.

Началу нового этапа в развитии исследований ранних материнских отношений привязанности к плоду способствовало создание шкалы материнской привязанности к плоду М.Кранли (Maternal-Fetal Attachment Scale) в 1981 году. Шкала состоит из 5 субшкал, включающих 24 утверждения, наиболее часто встречающихся при опросах и спонтанных отчетах беременных о чувствах к будущему ребенку. С помощью этих утверждений определяется степень вовлеченности беременной в процесс развития взаимодействия с ребенком. Данные, полученные благодаря применению шкалы, подтвердили гипотезы о значительном уровне привязанности беременной женщины к своему, еще не рожденному ребенку, позитивное влияние системы социальной поддержки и удовлетворяющих семейных отношений на развитие привязанности. Стрессовые ситуации и повышенный уровень ситуационной тревоги оказывали негативное влияние на развитие привязанности. Спонтанные описания чувств беременной женщины к ребенку несут ценную информацию и служат основой адекватной оценки качества взаимодействия с будущим ребенком и прогнозирования особенностей ранних объектных отношений. Клинические данные подкрепляют концепцию "стадий развития" привязанности, предполагающую постепенное развитие эмоциональных связей между матерью и ребенком [13,14].

Исследования последнего десятилетия были направлены на выявление коррелятов позитивной и негативной привязанности матери к плоду и соотношений между пренатальной привязанностью, последующими отношениями родителей с ребенком и показателями его развития и социализации. Среди множества переменных показателей пренатальной привязанности, с качеством привязанности положительно коррелируют следующие факторы: шевеление плода, срок беременности, и качество отношений супругов. Беременные подростки, планировавшие отказ от ребенка, обнаруживали значительно менее выраженную привязанность к плоду в отличии от подростков, собиравшихся воспитывать ребенка [17].

В исследовании Fisher & Gillman (1991), суррогатные матери проявляли значительно более низкие показатели привязанности, чем в группе сравнения. В случаях жестокого обращения и пренебрежения благополучием плода (злоупотребление алкоголем, наркотиками, курение табака, несоблюдение гигиенических норм и.т.д.) были выявлены низкие показатели привязанности, в то время как при возрастании позитивной привязанности к плоду отмечались случаи отказа от потребления алкоголя и курения [12, 21].

Хотя было выявлено, что факторы риска при беременности не влияют на развитие привязанности, при проведении амниоцентеза с целью диагностики генетической патологии, женщины подавляли проявления привязанности к плоду до получения результатов.

Исследование Mikhail c соавторами (1991) выявило, что в группе беременных, которые фиксировали движения плода, показатели привязанности были значимо выше, чем в контрольной группе [20].

В приведенных выше клинических примерах прослеживаются корреляции между отношением к беременности и нерожденному ребенку с характером последущих отношений привязанности. Необходимы дальнейшие лонгитудинальные исследования для уточнения закономерностей развития материнской привязанности к плоду и механизмов ее влияния на отношения с новорожденным с целью содействия формированию позитивной родительской привязанности.

Наблюдения клиницистов, опиравшихся на теорию привязанности, открыли феномен трансгенерационной трансмиссии паттернов взаимоотношений. Качество отношений матери с ребенком в детстве коррелирует с качеством отношений со сверстниками в детском и подростковом периоде, отношениями в браке и личными отношениями на протяжении жизни. Известно, что отношения привязанности матери и взрослой дочери коррелируют с отношениями привязанности дочери и супруга. На настоящем этапе имеются разноречивые данные о влиянии привязанности мать - дочь и жена- муж на развитие пренатальной материнской привязанности. Отчасти это объясняется трудностями концептуализации привязанности матери к плоду, поскольку эти отношения не столь очевидны, как отношения привязанности матери с новорожденным или жены с мужем [5,8, 24, 26].

Несомненно доказанной является зависимость выраженности материнской привязанности к плоду от срока беременности и социокультуральных факторов, то есть укрепление эмоциональной связи с будущим ребенком происходит по мере развития беременности и осознания женщиной реальности существования пока не рожденного ребенка (Кранли, 1981). Ряд авторов обращают внимание на различия в привязанности взрослых, имеющих автономную идентичность и отношений привязанности матери к плоду.

Исследования М. Мэйн, Н.Каплан и Дж. Кэсссиди (1985), исследовавших влияния ранних материнско-детских отношений на последующий родительский опыт, оказались значимыми для понимания трансгенерационной трансмиссии отношений привязанности, индивидуального стиля взаимоотношений и аффективной жизни индивида. Создание полуструктурированного "Интервью о привязанности взрослых" обеспечило возможность изучения внутренних рабочих моделей и родительских репрезентаций благодаря анализу мыслей, чувств и воспоминаний, связанных с ранним опытом привязанности. Интервью позволяет оценить состояние психики в плане структуры привязанности: безопасно-автономное, аннулирующее (отказывающееся), озабоченное и неразрешенное состояние. Патология объектных отношений может оцениваться через показатели статуса привязанности. Репрезентации привязанности важны для понимания динамики развития психопатологии и определения целей психотерапии, направленной на изменения патологических репрезентаций Я и объекта в процессе лечения.

Конструкции привязанности подвержены аффективным изменениям при посттравматических стрессовых расстройствах и тревожно-депрессивных состояниях. Предполагается, что внутренние рабочие модели раннего небезопасного опыта привязанности могут быть реорганизованы благодаря новому позитивному опыту с партнером или в процессе психотерапии. Изучение паттернов привязанности у беременных матерей предоставляет ценный материал для выявления факторов риска нарушений пре- и постнатальной материнской привязанности и развития психопатологии. Идентификация предикторов здоровых отношений родителей с детьми является важным элементом улучшения качества ранних отношений родителей с ребенком и профилактики нарушений развития психики ребенка. Речь идет о принципиально новом подходе к феномену материнства и отцовства. Осознанное формирование и укрепление привязанности беременной женщины и ее партнера к будущему ребенку, развитие материнских и отцовских навыков, активное содействие установлению удовлетворяющих базовые потребности отношений с новорожденным являются важными элементами заботы о психическом здоровье и благополучии детей.

Представляется целесообразным определение критериев риска нарушений формирования привязанности беременных женщин к будущему ребенку, девиантного или неудовлетворительного родительского функционирования и разработки дифференцированных подходов раннего психотерапевтического вмешательства с целью коррекции внутренних рабочих моделей материнства, отцовства и создания адекватного образа будущего ребенка в контексте эволюции семьи.

## Литература

1. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. М., Класс, 1998.

2. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М., Наука, 1989.

3. Фрейд З. О клиническом психоанализе. Избранные сочинения. М., Медицина, 1991. 288 с.

4. Фрейд А. Введение в детский психоанализ. С.-Петербург, В.-Е. Институт Психоанализа, 1995.

5. Ainsworth M.D.S., Bell S.M., Stayton D.J. Infant-mother attachment and social development: "socialisation" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards M.P.M. (ed) The integration of a child into a social world. Cambridge Univ.Press, N.Y., 1974, P. 99-135.

6. Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J., Erlbaum. 1978.

7. Ainsworth M.D.S., Bowlby J. An ethological approach to personality development// American Psychologist.-1991.-Vol. 46.- p. 333-341.

8. Bowlby J. The nature of child`s tie to his mother. Int.J. Psychoanal.,- 1958,- N39, pp. 254-281.

9. Bowlby J. Attachment and loss. 1. Attachment. Basic Books, N.Y., 1969.

10. Bowlby J. A secure base. Clinical applications of attachment theory.-London,UK:Routledge.-1988.

11. Bretherton I., Munholland K.A. Internal working models in attachment relationship: A construct revisited. In: Cassidy J., Shaver P. (eds)Handbook of attachment. N.Y.. Guilford, 1999, P.89-111.

12. Condon J , Hilton CA Comparison of smoking and drinking behaviors in pregnant women.// Med J Aust. 1988; Vol. 148:381-385.

13. Cranley M. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. //Nurse Research., 1981.- № 30.- P. 281-284.

14. Cranley M. The origins of the Mother-Child Relationship- A Review. Physical and occupational therapy in pediatrics.,1993.-12:213, P.39-51.

15. Deutsch H. Psychology of women, Vol.2, NewYork: Grune and Stratton,-1945.

16. Leifer M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. Genet Psychol Monogr.1977;95: 55-96.

17. Linder EA. Maternal-fetal attachment in the pregnant adolescent, self-esteem, relationship with mother, and the decision to keep or release the infant for adoption. Madison, WI: University of Wisconsin-Madison: 1984. Dissertation.

18. Lumley J.The image of the fetus in the first trimester//Birth Fam J.-1980.-№ 2.-P.5-14.

19. Lumley J. Attitudes to the fetus among primigravidae// Aust Paediatr J. -1982.-№ 18.-P.106-109.

20. Mikhail M, Freda M, Merkatz R, Rolizzotto R, Mazloom E, Merkatz I. The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus// Am J Obstet. Gynecol. .-1991.- Vol. 165.-P. 988-991.

21. Fisher S, Gillman I. Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support// Psychiatry.- 1991.-Vol 54.-P. 13-20.

22. Fonagy P., Steele H., Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organisation of infant-mother attachment at one year of age// Child Development.- 1991.-Vol. 62.-P.891-905.

23. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy// Mat. Child Nurs J. -1975.-№ 4.- P. 143-153.

24. Skolnick, A. (1986) Early attachment and personal relations across the life course. In P.B. Baltes, D.L. Featherman, & R.M. Lerner (Eds.) Life-Span Development and Behavior, Vol 7 (pp 174-201).

25. Stainton M. The fetus: A growing member of the family// Fam Relat.- 1985.-Vol. 34.-P.321-326.

26. Zachariah R. Maternal-Fetal Attachment: Influence of Mother-Daughter and Husband-Wife Relationships//Research in Nursing and health.- 1994.-Vol. 17.-P .37-44.