

Демография: только количество или качество также? Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии

Григорий Брехман (Израиль, Россия)

Аналитики Международного Валютного Фонда (МВФ) в своем докладе в ООН с озабоченностью сообщили, что за последние 60 лет увеличение народонаселения Земли происходит не только за счет рождаемости, но и в связи с увеличением продолжительности жизни людей. Они предсказывают крах мировой финансовой системы, из-за увеличения расходов на пенсии, лечение и уход за пожилыми людьми, если такая тенденция сохранится к 2050 году¹. Аналитики, сфокусировавшись на расходах для пенсионеров, не обсуждают огромные расходы на рождающееся поколение людей и тех, кто родится в будущем. В разных странах уровень рождаемости различный, но не число рождающихся детей является проблемой, а их качество - физическое и психическое, поскольку новое потомство уже с момента рождения требует значительных ресурсов общества на их уход, поднятие, а затем – постоянное медицинское и/или психологическое обслуживание, а также расходы на полицию, пенитенциарные системы, армию и т.д.

Цель данной работы: привлечь внимание ученых и общественности к психическому и физическому здоровью поколения людей, которое родится сейчас с тем, чтобы найти способы улучшения их качества с позиций современных знаний.

1. Экстрагенитальные заболевания беременных и здоровье рождающегося потомства. Статистический анализ заболеваемости в разных странах показывает, что состояние здоровья беременных женщин, как правило, плохое. Заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевой, иммунной и других систем обнаруживаются у многих женщин. Это означает, что имеется большая вероятность рождения детей с предрасположенностью к заболеваниям подобных систем и органов. Эти заболевания обнаруживаются в детстве, они имеют склонность к хроническому течению, полиморбидности и сопровождают индивида всю жизнь, периодически обостряются и дополняются новыми сопутствующими заболеваниями. Они нуждаются в постоянном лечении, снижают настроение и трудоспособность человека.

Известно, что дети, родившиеся у родителей с сахарным диабетом, имеют генетическую предрасположенность к нему, и/или к нарушению углеводного обмена. В последующем - формируются повреждения различных органов, которые требуют помощи различных специалистов (офтальмолог, нефролог, гепатолог, и невролог). Много ли рождается таких детей? Обратимся к статистике.

По состоянию на 2002 г. в мире сахарным диабетом 1 типа болело около 120 миллионов человек. Каждые 10—15 лет число людей, болеющих диабетом, увеличивается в 2-3 раза. По данным ВОЗ к 2012 г. в мире СД -1 болело уже около 366 миллионов человек². Ежегодно у 78 000 детей выставляется диагноз сахарного диабета 1 типа. Нарушения углеводного обмена обнаруживаются у 2-3 из 100 беременных. По данным Фонда ООН по народонаселению (UNFPA) каждый год в мире происходит примерно 130 миллионов родов³, то есть это возможность рождения ежегодно 2 млн 600 тысяч младенцев с явным или скрытым диабетом, примерно половина из них девочки, будущие беременные-матери с этой патологией.

Еще одна проблема, связанная с выше приведенным: Исследования показали, что риск хронических болезней почек (ХБП) был на 69% выше у детей, матери которых страдали диабетом до беременности. В случае гестационного диабета риск ХБП у детей был выше только на 28%, и только на 22% выше у детей, чьи матери страдали

¹ <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=25343>

² <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>

³ <http://www.funtrivia.com/askft/Question75884.html>

ожирением⁴. Мы отнюдь не предполагаем связывать появление ХБП у детей исключительно с сахарным диабетом матерей. И вот почему.

Проф. ММ Шехтман с коллегами-педиатрами (1982) исследовал 68 детей в возрасте от 3 до 15 лет, родившихся от матерей, страдавших в период беременности от хронических заболеваний мочевой системы (пиелонефрит, гломерулонефрит). Только у 4-х детей не были выявлены какие-либо заболевания. У 86,7% детей имелись заболевания мочевой системы, а у 7,4% - заболевания других органов. При исследовании иммунной системы у них не были обнаружены никакие отклонения. Учитывая высокую частоту дизэмбриогенеза мочевой системы (морфологические отклонения на органном, тканевом и субклеточном уровне) авторы высказали предположение, что патология мочевой системы матери является тератогенным фактором по отношению к мочевой системе их потомков. Другое дело, как и почему в том и другом случае наследуется предрасположенность к заболеваниям мочевой системы? Это вопросы к генетикам, для нас, акушеров, важно другое.

Известно, что в структуре экстрагенитальной патологии беременных заболевания мочевой системы занимают одно из ведущих мест: их частота достигает 10-12%⁵. По самым грубым подсчетам из 130 млн рожаящих женщин примерно 13 млн - страдают патологией почек и рожают в год 11млн 700 тысяч детей с предрасположенностью к заболеваниям мочевой системы. Исследования проведенные в России показали, что частота заболеваний органов мочевой системы у детей находится в зависимости от экологической обстановки и колеблется от 66 до 187 на 1000 детей⁶. Можно предположить, что экологическая ситуация способствует проявлению генетической предрасположенности к заболеваниям мочевой системы у подрастающего поколения. В последующем эти заболевания почек оказывают негативное влияние на здоровье детей и взрослых, а в случае этих заболеваний у молодых женщин также на течение и исход у них беременностей и родов, и, возможно, на формирование предрасположенности к этим заболеваниям уже у следующего поколения рождающихся детей.

Здесь упомянуты только две патологии, а ведь у женщин и мужчин, в т.ч. дающих жизнь следующему поколению, имеются и другие заболевания.

2. *Невынашивание беременности и недоношенные дети.* Дети, родившиеся с низким весом, встречаются со множеством серьезных проблем со здоровьем. У детей, рожденных с низкой массой тела высок риск задержки психомоторного и социального развития (Hediger et al 2002, Reichman 2005), а в случае психического и физического недоразвития наблюдается несовершенство функционирования органов и систем, что рассматривается как хронические заболевания. У недоношенных детей высока вероятность неспособности к обучению в обычной школе, иметь низкий IQ, и неспособность учиться в вузе (Reichman 2005. Jackson 2006). Риск всего этого возрастает с уменьшением массы тела и размеров черепа при рождении (при микроцефалии) (Stoler-Rogias et al 2010). Необходимо также иметь в виду, что дети с низкой и экстремально низкой массой тела требуют длительных реанимационных мероприятий без уверенности, что хорошее психическое и физическое здоровье у родившегося ребенка сохранится. Выжившие дети являются травмированными всем тем, что окружало их в процессе реанимации и выхаживания. И это сохраняется в их бессознательном, определяя их мышление и поведение в будущей жизни.

Как много рождается детей раньше срока и с низким весом? Рождение детей с низким весом (менее 2 кг) с 2006 по 2011 гг в мире находилось на уровне 8,1-8,3% всех рождений⁷. Это приблизительно 10 млн 906 тысяч младенцев ежегодно. Примерно половина недоношенных детей - девочки. Исследования, проведенные в Канаде (Boivin et

⁴ http://professional.diabetes.org/News_Display.aspx?TYP=9&CID=83178

⁵ <http://urotoday.ru/issue/4-2012/article/beremennost-i-imvp-taktika-urologa>

⁶ <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1171062&uri=index.html>

⁷ <http://www.childtrendsdatabank.org/?q=node/67>

al 2012), показали: в случае рождения девочек до 32 недель беременности при наступлении у них беременности чаще развиваются такие осложнения как гестационный диабет (в 2,34 раза), гипертония (в 1,56 раза), преэклампсия или эклампсия (в 1,79 раза).

Таким образом, дети, рождающиеся с низкой массой тела, приносят огромные экономические издержки: на медицинские нужды, на специальное образование и социальные расходы на обслуживание. Они имеют сниженную продуктивность в зрелом возрасте. Девочки, родившиеся недоношенными, несут в себе риск патологии беременности и повреждение следующего поколения.

3. Социально-экономические условия жизни (голод, бедность), в котором беременность проходит способствует "...рождению детей, биологически отличных от тех, кто был рожден при благоприятных обстоятельствах" (Barker et al 2001) даже в случае рождения детей в срок. Тяжелые условия развития после зачатия могут создавать предрасположенность к болезням сердечно-сосудистой системы (коронарная болезнь, гипертония), которые проявляются в более молодом возрасте, а люди, испытавшие голод вместе с матерями до рождения, оказываются более чувствительными при возникновении подобных стрессовых ситуаций (Barker 1995; Painter et al. 2006). Это имеет отношение не только к женщинам из слабо развитых стран, но и к женщинам западных стран, причем в равной мере имеющих избыточный или низкий вес, поскольку в соответствии с современной модой многие женщины соблюдают несбалансированную диету и продолжают это делать с наступлением зачатия. И таким образом женщины невольно приносят в этот мир детей - больных или предрасположенных к различным заболеваниям, склонных к хроническому течению.

4. *Пrenатальная психическая травма и ее последствия.* С начала 20-го столетия начала свое развитие пренатальная и перинатальная психология. Это научное направление связано с изучением психической жизни еще неродившегося ребенка и влиянием впечатлений воспринятых им до рождения на его мышление и поведение в последующей после рождения жизни. Исследования показали, что:

- Неродившийся ребенок обладает эмоциональным восприятием,
- Неродившийся ребенок обладает активно функционирующей памятью,
- Память пренейта включает в себя наиболее эмоционально переживаемые вместе с матерью события жизни,
- У ребенка и взрослого дородовые впечатления человека составляет их бессознательное,
- Эти бессознательные чувства могут управлять мышлением, эмоциями и поведением человека после рождения,
- Спокойное состояние матери во время беременности способствует проявлению задатков и талантов, полученных плодом с генами от матери и отца.
- Дистресс матери может нанести непоправимый ущерб плоду, его здоровью и послеродовому развитию, его судьбе.

Как показали исследования, полученная через мать пренатальная психическая травма у ребенка и взрослого становится источником различных психических состояний и расстройств: страхи, фобии, навязчивые состояния, тревожность, паники, невротические расстройства, аутизм, синдром СДВГ, униполярные и биполярные расстройства, сексуальные проблемы, а также психосоматические расстройства: астма, мигрень, нейродермит, расстройство речи, заикание, пилоростеноз, энурез, др. Они проявляют себя с различной интенсивностью в различные сроки жизни после рождения.

Аутизм является одним из проявлений пренатальной травмы. Он характеризуется отклонениями в социальном взаимодействии и общении, а также ограниченным, повторяющимся поведением. Все указанные признаки появляются в возрасте до трёх лет. Родственные состояния, при которых отмечают более мягкие признаки и симптомы, относят к расстройствам аутистического спектра. Причины аутизма во многом связывают с генетическими аберрациями, которые приводят к дородовому нарушению развития

мозжечка и мозга в целом. В последние годы обнаружено значение эмоционального стресса плода, перенесенного вместе с матерью в связи с высоко значимыми стрессорами (смерть мужа, потеря работы, переезд, др.), которые оказывали свое действие в периоде 21-32 недели беременности с пиком в 25-28 недель (Beversdorf et al 2001). Большинство недавних обзоров сходятся на том, что уровень распространенности аутизма составляет 1-2 на 1000 человек в популяции и около 6 человек на 1000 для расстройств аутистического спектра, хотя признается, что реальное количество может быть даже больше. К сожалению, очень немногие из аутистов могут жить полноценной жизнью в обществе (Howlin et al 2004, Tidmarsh et al 2003, Billstedt et al 2005). Большинству детей с аутизмом недостает социальной поддержки, устойчивых отношений с другими людьми, карьерных перспектив, чувства самоопределения (Burgess et al 2007). Хотя с возрастом некоторые симптомы сглаживаются, наблюдаются умеренные улучшения в коммуникативной сфере, но основные проблемы остаются, а у изрядного числа повзрослевших аутистов ряд навыков, к сожалению, даже ухудшаются (Helt et al 2008).

Синдром СДВГ (синдром дефицита внимания, импульсивности и гиперактивности⁸) также связывают с пренатальным стрессом, с высоким уровнем тревоги матери во время беременности (Van den Bergh a. Marcoen 2004). При исследовании 2 млн американских детей синдром ADHD обнаружен у 3-5% всех детей; это приблизительно 1 случай на 82 ребенка.

Частота диагноза СДВГ и его лечения с 1970 года увеличилась как в Великобритании, так и в США. В Великобритании СДВГ составлял 0,5 на 1000 детей в 1970-х, а 3 на 1000 детей в конце 1990-х годов. В США в 1970-е годы 12 на 1000 детей имели диагноз СДВГ, в то время как в конце 1990-х годов 34 на 1000 детей и их число продолжает расти⁹. В 1997г. в США синдром ADHD имели 3.3 млн детей (Polanczyk et al 2007). Около половины детей с ADHD став взрослыми, по-прежнему будут иметь проблемы с концентрацией внимания или импульсивности. Хотя взрослые более способны контролировать поведение и маскировать трудности.

Депрессии, примерно в два раза чаще обнаруживаются у женщин, чем у мужчин (Kuehner 2003). Депрессия при беременности не такое уж редкое явление: в различные периоды беременности и в послеродовом периоде депрессия (большая и малая) выявляется с высокой частотой - от 6,5% до 12,9% (Gavin et al., 2005, Le Strat 2011). Депрессивное состояние беременной женщины оказывает влияние на течение беременности, например у женщин с депрессией частота преждевременных родов превышает 20% (Wisner et al. 2009). Влияние депрессии матери на неродившегося ребенка обнаруживается уже при рождении. Новорожденные дети, родившиеся от матерей с депрессией, имели низкую оценку по шкале Апгар и чаще требовали мер по оживлению. Они чаще плакали, и их труднее было утешить. Чем более выраженной была депрессия у матери, тем более раздраженными были дети. Эти дети в последующем были более склонными к курению, употреблению алкоголя и наркотиков. Ученые разных стран поддерживают идею о патогенной роли депрессии, перенесенной вместе с матерью во время беременности, в отношении возникновения депрессии у рождающегося потомства (Bettes 1988; Field et al., 1988; Zuckerman e.a. 1990, Ponirakis e.a. 1998; Hernandez-Reif et al., 2000, 2002, Verny 2002).

Относительное увеличение частоты депрессии начинается с пубертатного периода развития, и к 15-18 годам достигает той частоты, которая имеется у взрослых. Распространенность депрессии колеблется в широких пределах, от 3% в Японии до 17% в США (Andrade 2003). По состоянию на 2010 депрессией страдали примерно 298 млн человек (4,3% от общей численности населения Земли) (Vos, 2012). Депрессия (большая и малая) является одной из основных причин заболеваемости во всем мире (WHO 2001).

⁸ ADHD - Attention deficit hyperactivity disorder

⁹ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG72FullGuideline.pdf>

Важным представляется и то, что депрессия во время беременности и после родов часто не является изолированным состоянием, а связана с широким спектром сопутствующих психических расстройств. Так, по данным исследований в Германии 2000 - 2004 гг., у 53-61% лиц, страдавших депрессией, также наблюдались другие психиатрические расстройства: генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, агорафобия и посттравматическое стрессовое расстройство. Они имели в 11 раз больше дней нетрудоспособности, чем "недепрессивные" больные. Общая стоимость затрат на больных с этой патологией по данным американских исследователей возросла с 16 млрд дол. в 1986 г. до 44 млрд дол. в 1993 г.

До последнего времени доминирующей является моноаминовая теория развития депрессии, согласно которой заболевание связано с дефицитом биогенных аминов, а именно серотонина, норадреналина и дофамина и полиморфизма переносчика серотонина (5-HTTLPR) (Surtees et al. 2006), которые обеспечивают связь между нервными клетками. Новейшие исследования показали, что дефицит может быть вызван особенностью гена 5-HTT, переносчика серотонина, и это проявляет себя в случае очень напряженных событий, жизненно значимых, для человека (Kuehner 2003). Исследования, проведенные в Швеции, подтвердили наследуемость депрессии (Kendler et al 2006). Генетические корни депрессии объясняют, почему эта патология перемещается в семье от родителей к детям, и почему ребенок получает склонность к депрессии, начиная с зачатия. Ее проявление обнаруживается сразу после рождения, и периодически - в течение жизни, причем даже после, казалось бы, незначительных стрессовых событий, иногда настолько незначительных, что они остаются незаметными для пациентов и врачей, отчего их считают "спонтанными", эндогенными. Частота таких депрессий довольно высока: около 35% всех случаев (Тиганов и др., 1999).

По-нашему мнению, депрессии разной формы и степени выраженности (большие, малые, скрытые) явление многофакторное. Они возникают при сочетании ряда факторов: генетическая предрасположенность в виде обусловленного генами дефицита биогенных аминов (серотонина, др.) и стресса - физического и/или психосоциального - как триггера. Поскольку депрессии часто связаны с широким спектром сопутствующих психических расстройств, можно думать о комбинированном вовлечении различных структур мозга и их нейронов, продуцирующих различные БАВ, что отражается в разнообразии клиники и различной интенсивности ее проявлений.

Подобные механизмы патогенеза обнаружены не только при униполярных расстройствах, но также при биполярных аффективных расстройствах и даже шизофрении (F. Lake 1979; G. Benedetti 1983; L. Janus 2001; Брехман и др. 2010).

Задержка психомоторного развития (ПМР) включает в себя замедленное мышление и уменьшение физической подвижности человека (Tryon 1991). Клинические исследования, проведенные в университетах и клиниках США, Англии, Голландии показали, что пренатальный стресс может вызывать нарушение психомоторного развития детей (Maldonado-Duran et al 2000; O'Connor et al, 2002; Huizink et al 2003). Эти исследования были подтверждены экспериментально группой исследователей из Висконсин-Мэдисон университета (США), которые нашли, что нарушения психомоторного развития были более выраженными, если воздействие стрессора происходило в ранние сроки беременности (Schneider et al 2005, 2008). Более того, ученые из Хайфского Университета (Израиль) в эксперименте показали, что стресс, перенесенный накануне зачатия, приводит к рождению детенышей с патологическим социальным поведением (Shachar-Dadon et al 2009).

5. Нежелательность беременности является важным фактором, нарушающим качество рождающихся людей. Пренатальные психологи открыли, что дети, родившиеся от нежелательных беременностей, имеют ряд психологических особенностей, от которых страдают они и окружающие люди. Они испытывают психологический дискомфорт, комплекс неполноценности, побуждающий их к особому, социопатическому, а иногда

даже психопатическому поведению. У них также обнаруживаются те или иные психосоматические заболевания или синдромы. Среди людей, перенесших попытку аборта, и последующее, после рождения, их отвержение как подтверждение их нежелательности - высока частота агрессии, насильственного поведения и аутоагрессии (David et al. 1988; Matejchek et al. 1994; Sonne 2005). Эти дети часто требуют медицинскую помощь и психологическое сопровождение. Некоторые из них могут наносить серьезный ущерб обществу своим разрушительным поведением. Последний пример – разбой в декабре 2012 в школе штата Коннектикут (США), где психопат убил 26 человек¹⁰.

Много ли нежелательных беременностей в мире? Некоторое представление об этом дают данные о количестве аборт. По данным экспертов ВОЗ в 2003г. в мире выполнено свыше 42 млн абортов. Частота абортов в среднем по миру 31 аборт на 100 живорожденных, самая высокая частота в Восточной Европе – 105 абортов на 100 живорожденных. Прицельное изучение рождения нежелательных детей проведено в США: Согласно данным National Center for Health Statistics (USA)¹¹ следует, что с 1973 по 1988 годы из всех зафиксированных родов 35% (5,8 млн) были нежелательными. Среди этих родившихся детей 30% - были определенно нежелательными, а 70% - были незапланированными, т.е. они появились на свет в неподходящий момент времени.

6. Рождение и все, что его окружает, также может оставить у потомков травмирующие впечатления, как результат комплекса воздействующих факторов, среди которых: нарастающий страх матерей в связи с приближением и наступлением родов, нарушение родовой деятельности из-за стресса или других причин, медицинские мероприятия направленные на регуляцию родового процесса и т.д. Недавнее исследование в США показало высокую частоту медицинского вмешательства при родах: электронный мониторинг плода был использован у 93% матерей, эпидуральная анестезия – у 63%, разрыв плодных оболочек у 55%, окситоцин для стимуляции родов получили 53%, эпизиотомия проведена у 52% рожаящих женщин¹². Нередко способом ускорения родоразрешения является кесарево сечение (по желанию женщины или по предложению акушера). Его частота в разных странах колеблется от 25 до 70%. Научные исследования показали, дети, родившиеся таким путем, в последующем имеют различные психологические и психосоматические проблемы (Odent 2004). Согласно статистическим данным, в 2001 году в России число естественных родов (роды без какого-либо вмешательства) было в среднем у 31,2% женщин, с пределами колебаний в различных регионах от 10,8% до 54,8%¹³.

Описанные факторы вызывают у матерей и их детей травмы, которые проявляются как психологические и психосоматические проблемы. Они часто требуют оказания психиатрической и психотерапевтической помощи (Grof 1975,1985; др.).

Дискуссия. Мы привели неполный перечень факторов, воздействующих на неродившегося ребенка в течение его внутриутробного периода развития, когда реализуется генетическая программа. Это происходит не всегда корректно, так как она включает в себя некоторые мутации, которые родители накопили до зачатия ребенка. Мутации продолжают накапливаться также в течение 9 месяцев пренатальной жизни вместе с матерью. Дополнительно к этому пренейт имеет возможность получить новую информацию извне, от социального и экологического окружения. Эта информация может быть конструктивной и деструктивной, к сожалению. Конструктивная информация способствует позитивному развитию пренейта, которая после рождения проявляется как талант индивида. Деструктивная информация может частично прервать генетическую программу.

¹⁰ <http://www.alternet.org/news-amp-politics/26-killed-connecticut-elementary-school-20-them-children-can-we-ever-talk-about>

¹¹ National Center for Health Statistics (USA) (1990), Wanted and Unwanted Childbearing in the United States: 1973 – 1988. Advance Date 189: 1 – 8, September 26.

¹² http://www.alternet.org/story/65608/what_women_aren't_told_about_childbirth

¹³ <http://www.minzdrav-rf.ru/in.htm?rubr=100&doc=1283>

Исследования в области пренатальной и перинатальной психологии показали, что дородовая психическая травма становится источником различных психических и психосоматических расстройств ребенка после рождения. Причиной его пренатальной травмы является эмоциональный стресс, перенесенный вместе с матерью. Ее состояние стресса связано с ее психологическими особенностями и способом реагирования на психотравмирующие ситуации, ее отношением к беременности и зачатому ребенку, ее отношением к окружающим обстоятельствам и людям. Конфликтные ситуации могут возникать при участии ближайшего (нуклеарная семья, расширенная семья) и отдаленного (школа, работа, религия, государство) социального окружения (Брехман 2012).

Одним из наиболее частых воздействий является насилие (психическое и/или физическое) - домашнее, уличное, клановое, а также террор и война. Войны, вызывая стресс у матерей, наносят серьезную психическую травму рождающемуся поколению людей. Психологи описали психологический портрет «детей войны», родившихся во время и вскоре после 2-ой Мировой войны, а также потомков людей, переживших концлагеря, насилие, страх смерти (DeMause 1996; Janus 2001, oth.). Психотерапевты описывают их отличительные черты: эмоциональная неустойчивость, склонность к конфликтам, плохому настроению, сниженная самооценка, трудности в межличностных контактах. В пору полового созревания среди них увеличивается число индивидов склонных к наркомании, асоциальному поведению, насильственным преступлениям, поджогам, а также в этот период отмечается также резкое увеличение психических заболеваний (Т. Нау, 1968, 1972; Е.Нау 1974, Dowling1994), при этом «в некоторых случаях эти последствия (войны) настолько глубоки, что психотерапевтическая помощь находится на грани своих возможностей»(Janus 1994). Но это война, длившаяся несколько лет, а между тем арабо-израильская война в июне 1967 года, длившаяся всего 6 дней способствовала всплеску заболеваний шизофренией и шизофреноподобных состояний у поколения, которое вместе с матерями пережило ее, находясь в утробе, и имело от момента зачатия всего два-три месяца (Malaspina et al 2003, 2008).

Родоразрешение вносит свой вклад в процесс травмирования рождающегося поколения, хотя акушеры безусловно исходят из самых добрых и гуманных соображений. Вместе с тем современная философия и технология родоразрешения по сути, является отражением состояния общества с его ускоренным ритмом жизни, прагматическим подходом, психологической безграмотностью и «эмоциональной глухотой». Все, что окружает сегодня роды, даже акушеры назвали «акушерской агрессией»(Радзинский 2011). События происходящие во время рождения также могут сохраниться в памяти пренейтов, становиться причиной психических расстройств, что сопровождает индивидов всю жизнь, и раньше или позже приводит многих из них к психиатрам и психотерапевтам (Grof 1975, 1985).

Описанные здесь последствия пренатальной травмы позволяют сделать заключение, что качество новой генерации оставляет желать лучшего: оно обременено болезнями и психическими травмами, которые мешают им нормально развиваться и функционировать. Часть сохраненного опыта переходит к следующему поколению, формируя "порочный круг". Как приостановить процесс травмирования следующего поколения людей? Каковы возможные пути недопущения, устранения или хотя бы ослабления воздействующих факторов, нарушающих здоровье рождающегося поколения? Мы не предполагаем дать исчерпывающие рекомендации, между тем мы рискнули внести наши предложения, имея в виду, что последующая дискуссия позволит найти оптимальные пути и способы сделать будущее поколение людей более здоровым. На первом этапе необходимо было бы: а) широкое информирование населения, включая государственные и общественные институты, о психической жизни ребенка до рождения, его эмоциональном восприятии и активно функционирующей памяти, б)о влиянии информации, полученной до рождения на образ мышления и стиль поведения индивида в последующей жизни, в) о пренатальных и перинатальных истоках психических и

соматических расстройств у индивидуумов, и наконец г) о возможностях профилактики пренатальных и перинатальных травм.

В развитие некоторых выказанных положений в виде примера кратко обсудим проблему невынашивания. Каковы причины невынашивания? Исследования показали, что ведущими причинами несвоевременного прерывания беременности являются психологические, социальные и биологические факторы. Среди них: эмоциональный дистресс матери, насилие по отношению к беременным женщинам, курение матери, плохое питание, плохое здоровье (инфантилизм общий и половой), малая прибавка веса во время беременности или низкий вес женщины до беременности, инфекции, многоплодная беременность (Ricketts et al 2005). Помимо названного, бессознательное женщины может содержать информацию, полученную в периоде ее пренатального развития и формирующую ее отношение к беременности и к ее пренатальному ребенку. Психоналитики полагают, что в ряде случаев это может лежать в основе конфликта между пренатальным ребенком в матке и пренатальным ребенком в бессознательном женщины.

Возможно ли устранение указанных выше факторов? Логично предположить, что это зависит от распознавания этиологии угрозы невынашивания в каждом отдельном случае. Опыт работы психоналитиков подсказывает, что одним из ведущих причинных факторов невынашивания беременности является психологический. Так, психоанализ бондинга (Raffai 1997, 1998), показал его высокую эффективность в отношении уменьшения частоты невынашивания беременности (с 8 до 0.2% среди 1000 беременных, вошедших в когорту). Одновременно имело место уменьшение частоты травмы рождения у ребенка, о чем свидетельствовали его круглая головка, меньшая частота и длительность плача, более глубокий и длительный ночной сон, др. Попутно отметим, что психоанализ бондинга способствовал уменьшению частоты кесарева сечения (с 30 до 6%) (Schroth 2009¹⁴). Эти данные косвенно свидетельствуют о возможном участии психологического фактора в принятии решения женщиной в пользу этого способа родоразрешения. Не последнюю роль в таком решении играет страх женщины перед родовой болью. Между тем исследована и описана естественная противоболевая (антистрессовая) система защиты матери и ребенка в родах (Brekhman 2010, 2011, др.). Можно ожидать, что индивидуализированная дородовая подготовка женщин с учетом их психологических особенностей позволит создать условия для своевременных естественных родов, при которых будут рождаться психически и физически здоровые дети.

Заключение.

Демография изучает количественную характеристику той или иной популяции¹⁵. Однако, необходимо развивать и другую сторону этой науки – качественную характеристику популяции, чтобы получить более объемную картину социального мира. В настоящее время происходит расширение контингента людей с генетически обусловленными заболеваниями, за счет рождения поколения получившего генные мутации родителей. Кроме этого, социальное и экологическое окружение создают высокий риск получения ментальной травмы ребенком еще до его рождения. В последующем, по мере взросления, это трансформируется и проявляется в виде психических и психосоматических расстройств, от которых страдают они и общество. Многие из них с момента рождения нуждаются в постоянной медицинской и социальной помощи, что требует значительных затрат из общественного фонда. Общество, кроме этого, страдает из-за рождения людей с повышенной агрессией и склонностью к насилию.

Статья поступила в редакцию «ИИИ» 12 июня 2013 г.

¹⁴ http://www.schroth-apv.com/Bilder/BondingAnalysis_engl_schroth-apv.pdf

¹⁵ <http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics>