

# Эмоциональная жизнь плода: от смутных догадок к научным исследованиям

Проф. Г.И. Брехман

Междисциплинарный клинический центр университета, Хайфа, Израиль.  
Государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Лекция, прочитанная в Винницком Национальном Медицинском Университете 17 мая 2010 года. Опубликовано в журнале «Жіночий Лікар». 2011. №2. С.10-15.

**Предисловие:** Пренатальная и перинатальная психология (ППП) – современное научное направление, изучающее эмоциональное восприятие плода<sup>1</sup> (пренейта) и его память, и влияние воспринятых во время беременности и родов впечатлений на образ мышления, эмоциональные проявления и стиль поведения ребенка и взрослого человека в течение всей его последующей жизни. ППП включает в себя два раздела: фундаментальный и прикладной. Фундаментальный, теоретический раздел изучает феномен сознания и бессознательного пренейта, пути и механизмы обмена информацией между матерью и пренейтом, механизмы фиксации в памяти впечатлений, полученных пренейтом, и их проявление (освобождение) в постнатальной жизни, участие генетических, эпигенетических и гуморальных факторов, механизмы возникновения психологических и психосоматических расстройств, теоретические основы их профилактики и лечения, др. Прикладной, практический раздел занимается профилактикой и психотерапией последствий пренатальных и перинатальных травм, дородовым воспитанием пренейта и родителей, психопрофилактической подготовкой женщин к родам, др.

В данной лекции приведены некоторые факты истории пренатальной и перинатальной психологии и некоторые наиболее надежные научные исследования, проведенные по этой проблеме в университетах и научных центрах Европы и Америки.

**Первые догадки.** В настоящее время имеется много свидетельств в пользу того, что плод обладает эмоциональным восприятием и активно функционирующей памятью. Если соблюдать хронологию, то в современной истории пренатальной и перинатальной психологии первым всерьез заговорил о памяти рождения австрийский психоаналитик Отто Ранк (O. Rank), ученик и сподвижник З. Фрейда. Он собрал материал и имел мужество опубликовать его в виде монографии «Травма рождения» в 1924 году(1). Ранк доложил результаты своих исследований на заседании Венского психоаналитического общества, и может быть, ему бы это простили, но его упорное утверждение, что, устранив последствия родовой травмы, можно избавить пациентов от невроза, вызвало бурю негодования: Все они знали, что неврозы являются результатом травм детей после рождения (по Фрейду), а докладчик предлагает им учитывать психологические травмы плода, мозг которого вообще еще не содержит никакой информации. опережать время - опасно! За это можно лишиться головы, в лучшем случае - быть исключенным из Венского психоаналитического общества...

После этого скандала в течение 50 лет психоаналитики и другие специалисты избегали касаться темы психической жизни плода. Нельзя сказать, что Ранк был одинок в своих утверждениях. Его взгляды разделял венгерский психоаналитик Шандор Ференци (S. Ferenczi), высказывавший идею об инстинктивном желании индивида к возвращению в материнское лоно (2).

---

<sup>1</sup> При публикации статьи в украинском журнале решено было сохранить привычный термин «плод» вместо «неродившийся ребенок», «пренатальный ребенок», «пренейт», принятые сейчас в пренатальной психологии и которыми автор пользуется повседневно.

Приход фашизма в Европу, разгром психоаналитической школы приостановил исследования в этом направлении. Лишь отдельные ученые продолжали присматриваться к этой проблеме и накапливать свои наблюдения. Одним из них был швейцарский психолог Ганс Густав Грабер (HG Graber), который на основании своих исследований обнаружил, что ребенок помнит не только то, что происходит во время рождения, но и события, произошедшие с ним и матерью во время беременности(3). Он и стал инициатором проведения первой Международной Конференции по пренатальной психологии в Вене в 1971 году. На конференции было признано целесообразным сформировать Международную научную группу для дальнейшего изучения этого интригующего вопроса о психической жизни ребенка до рождения. С этого года ведется отсчет научного становления ППП.

**Плод как индивидуальность.** В том же 1971 году на другом континенте Земли известный новозеландский педиатр Уильям Лайли (W. Liley) был приглашен с докладом "Плод как индивидуальность" на 8-й Ежегодный Конгресс Психиатров Австралии и Новой Зеландии. Его доклад(4) представляет интерес с точки зрения суммы знаний о плоде специалистов того времени, которое считается стартовым в отношении научного развития ППП. Лайли начал свой доклад словами: «Не я выбирал название этого доклада. Если бы выбирал я, то я был бы более осторожен в выборе слов. Плод - это часть моей медицинской практики, а индивидуальность - часть вашей практики». И дальше Лайли привел обнаруженные к тому времени с помощью клинических и новых тогда методов исследования (ультразвук, кардиография, ЭЭГ, др.) факты, свидетельствующие о том, что плод является активным, развивающимся индивидуумом, отвечающим на стимулы окружающей его среды, обладающим способностью к перемещению, глотанию и т.д. Он полагал, что приведенные данные характеризуют плод как индивидуальность. На поставленные вопросы: Имеются ли какие-либо свидетельства или предположения, что плод что-то узнал в матке? могут ли материнские эмоции - восторг, страх, тревога быть сообщены плоду и оказывать на него влияние? - Лайли ответил: «Конечно, при внезапном изменении материнских эмоций можно обнаружить резкие изменения в частоте сердцебиений плода... но пока мы не имеем данных, обучается ли плод в матке, воспринимает ли он страх или беспокойство беременной матери. Даже если он воспринимает только следствия этих беспокойств матери, это не приводит к каким-либо негативным последствиям». Как видим, доктор Лайли не привел даже догадки и данные психоаналитиков Европы в отношении психической жизни человека до рождения. Может быть, не знал и потому говорил только о физиологических, функциональных процессах.

К сегодняшнему дню считается установленным, что к 7-ми неделям от момента зачатия человек морфологически сформирован, а все его органы по мере формирования одновременно начинают функционировать в пределах соответствующих уровню развития. Начиная с первого триместра эмбрион-плод начинает воспринимать органами чувств информацию и реагировать на нее. Ко второму семестру все виды чувствительности: тактильная, вкусовая, зрительная, слуховая, вестибулярная активно функционируют. Это свидетельствует о достаточном развитии и функции мозга и нервной системы в целом. С появлением ультразвуковых аппаратов оказалось возможным документировать эмоциональные мимические реакции эмбриона и плода с 8-14 недель. Вместе с тем остается дискуссионным не только происхождение таких мимических реакций, но и более серьезные и фундаментальные вопросы о психическом функционировании плода.

**Сопоставительный анализ независимых исследований.** В 1975 году американский психиатр Стан Гроф (S Grof) опубликовал свою первую книгу «Области человеческого бессознательного»(5), где обобщил огромный опыт лечения пациентов с помощью психотерапии и ЛСД<sup>2</sup>. По его свидетельству, после многих колебаний, он решил

---

<sup>2</sup> ЛСД-25 - N-диэтиламид лизергиновой кислоты. Психоактивное вещество, психоделик, легально использовавшееся в прошлом в психоделической психотерапии.

обнародовать свое отношение к полученному материалу, который указывал на наличие у людей эмоционального восприятия и памяти до рождения. Дородовые впечатления, оставшиеся в памяти, проявлялись в виде различных психологических проблем, по поводу которых эти пациенты обращались к нему для лечения.

Анализ материала позволил ему сформулировать теорию Базовых Перинатальных Матриц(БПМ), которая постулирует существование гипотетических динамических матриц, относящихся к перинатальному уровню бессознательного и управляющих мыслительными и поведенческими процессами человека после рождения. Гроф выделил 4 перинатальные матрицы в зависимости от времени их формирования: БПМ1 – беременность, БПМ-II – 1-й период родов, БПМ-III – 2-й период родов, БПМ-IV – рождение ребенка и отделение от матери. Матрицы включают в себя впечатления, полученные в каждом из этих периодов, и в последующем они могут определять судьбу человека. По словам Грофа то, «...как человек родился влияет на его взгляд на жизнь, соотношение оптимизма и пессимизма, его отношение к другим людям, способность противостоять ударам судьбы и добиваться своей цели».

В это же время греческий психиатр Афанассиос Кафкалидес (A. Kafkalides) вел свои исследования, также используя в психотерапии ЛСД. Все лечебные сессии он записывал на аудиокассеты, затем расшифровывал и анализировал, у части - сопоставлял с анамнезом матерей пациентов. Его книга «Знания из лона»(6) включает документальное описание страданий, которые испытывали клиенты во время сессий, когда восстанавливались чувства, пережитые во время пренатального периода их жизни, и которые открывались под воздействием ЛСД. Они сами постепенно от сессии к сессии начинали осознавать, что эти чувства идут из дородового периода и являются памятью о материнских чувствах. Например, особо тяжелые переживания он наблюдал у пациентов родившихся нежелательными, испытавшими внутриутробно отвержение своей матери, о чем до лечения они не догадывались. Другие - неожиданно для себя обнаруживали свою нежелательность по полу и начинали понимать, откуда у них сексуальные проблемы, и т.д. Раскрытие истоков психологических проблем оказывало мощное лечебное воздействие, что оценивалось автором как подтверждение реальности воспоминаний о переживаниях, содержащихся в клеточной памяти, а не галлюцинациями или фантазиями под воздействием психоделиков. Выступая с лекциями в Австралии (Университет Нового Южного Уэльса, Сидней, 1983) А. Кафкалидес говорил: «...Картезианская научная методология спросит: Каковы объективные критерии, доказывающие, что внутриутробные переживания действительно имели место, а не являются результатом искаженного восприятия? ...Но нет аппарата, способного измерить степень человеческого горя или психической боли, степень правдивости того, что человек говорит о своем прошлом опыте... С 1965г я убедился, что психоделики активизируют «следы памяти» переживаний прошлого, и я сделал вывод, что то, что человек испытывает и говорит под действием психоделика, является для него субъективной правдой».

Английский психиатр Фрэнк Лэйк (F.Lake), используя ЛСД и психотерапию, получил подобные же результаты и попытался разобраться в них в книге «Сжатая неразбериха: исследование пре- и перинатальной парадигмы»(7).

Три психиатра, пользуясь одними и теми же методами почти в одно и то же время в разных странах, не зная один другого, пришли к выводам, которые однозначно указывали на реальность дородовой памяти у человека. Имелись и различия в интерпретации полученных результатов. Если Grof уделил основное внимание впечатлениям от родового процесса, то Kafkalides говорил о влиянии материнского стресса на плод в течение всей беременности, а Lake считал наиболее важным - первый триместр беременности - то, как мать, родители воспринимают известие о наступившей беременности.

**Реакция плода на изменение эмоционального состояния матери.** Специалисты с пониманием относятся к утверждениям женщин, о том, что плод «брыкается», «пинается», когда они нервничают - объясняя такие движения случайными рефлексам.

Но специальные исследования, проведенные в Леувенском университете в Бельгии, показали, что повышенная двигательная активность плода связана с увеличением уровня тревожности матери (8).

Наши исследования (9) обнаружили, что тазовое предлежание плода достоверно чаще сочетается с повышенным уровнем тревоги (методы Спилбергера и Тэйлор) и повышенным уровнем невротизма (метод Айзенка), а применение метода психоэлектрорегуляции (рациональная психотерапия и электротранквилизация аппаратами ЛЭНАР, конструкции ЭМ Каструбина) позволила у большинства исследованных женщин изменить предлежание плода с тазового на головное. Последующие исследования показали, что разгибательные предлежания головки, поперечное положение плода связаны с серьезными социально-психологическими конфликтами матерей (10). Рациональная психотерапия, проводимая Т.А. Мальшевой, у ряда пациентов позволяла восстановить положение и предлежание плода. Все это можно рассматривать как подтверждение идеи, что неродившийся ребенок в конфликтной ситуации реагирует своим телом или конечностями, а устранение конфликта и восстановление эмоционального состояния матери способствует восстановлению головного сгибательного предлежания.

С 1994 г. мы начали изучение не столь заметных внешне реакций. Записывая кардиограммы плодов, мы давали беременным женщинам прослушивать записи коротких детских песенок. Как только менялась мелодия, а с ней эмоциональное восприятие женщиной песенок, так тут же изменялась частота сердцебиений ребенка. Такие же результаты наблюдались и тогда, когда мы предъявляли женщинам другие эмоциональные стимулы (11). Подобные данные были получены С. Monk и сотр. в Колумбийском университете Нью-Йорка, которые нашли еще и параллельные изменения частоты пульса матерей, что подтверждало синхронные реакции сердечной деятельности матери и плода в ответ на психические стимулы(12).

**Реальность памяти плода. Анализ отдаленных результатов.** Реакции плода на различные стимулы показывают, что он обладает возможностью воспринимать информацию, идущую из внешнего для него мира. Но сохраняет ли он ее в памяти? Клинические наблюдения и исследования показывают, что в памяти плода сохраняется не вся воспринимаемая информация. Эмбрион-плод способен запоминать **наиболее эмоционально** переживаемые вместе с матерью впечатления. Позитивные события способствуют проявлению полученных с генами предрасположенностей и талантов, а дистрессы матери могут стать препятствием умственному развитию плода, нанести непоправимый ущерб его здоровью и последующему психофизическому развитию ребенка.

Клинические исследования, проведенные в университетах и клиниках США, Англии, Голландии показали, что пренатальный стресс может вызывать **нарушение психомоторного** развития детей, которые обнаруживались при исследованиях в 4 и 8 месяцев, в 8 и 9 лет после рождения (13,14,15).

До последнего времени психиатры и акушеры больше знали о существовании послеродовой депрессии, а между тем **депрессия** женщин во время беременности не такое уж редкое явление, и она формирует склонность к депрессии у ребенка. Новорожденные, 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. В последующем эти дети более склонны к курению, употреблению алкоголя и наркотиков (16,17,18,19,20).

Одной из проблем, с которой сегодня встречаются родители это гиперактивность детей, их импульсивность, дефицит внимания, невозможность обучаться, необходимость принимать наркотики для уменьшения возбудимости. Все это составляет **синдром ADHD**

(Attention deficit hyperactivity disorders)<sup>3</sup>. Оказалось, что тревога матерей в 12-22 недели беременности повышает риск развития синдрома ADHD у их детей в 8-9 летнем возрасте (21).

Еще одна психологическая проблема - **аутизм**. Beversdorf с коллегами(22) из кафедры неврологии Медицинского Центра университета штата Огайо (США) интенсивно изучали **генетические** аспекты аутизма. Но затем эта группа решила изучить значение социально-психологических факторов и неожиданно обнаружила важную роль в происхождении аутизма сильных эмоциональных стрессоров (смерть мужа, потеря работы, длительный переезд и т.д.), воздействовавших при беременности 21-32 недели, с пиком в 25-28 недель.

Пренатальный стресс может быть причиной тяжелых психических заболеваний типа неврозов и психозов. Они могут проявляться в виде **навязчивых состояний, фобий, страхов**, обнаруживаемых в детстве в виде боязни темноты, пауков, змей, иногда очень необычные и экзотические фобии типа боязни звонков, текущих кранов(23, 24, др.). Наши наблюдения поддерживают мнение о том, что эмоциональные переживания матерей во время беременности могут быть одним из факторов риска возникновения шизофрении и биполярных аффективных расстройств(25).

Пренатальный стресс может стать причиной **психосоматических расстройств** таких, как астма, мигрень, нейродермит, расстройство речи, заикание, пилоростеноз, энурез, др. (1, 20, 26,27,28,29 др.).

**Сексуальные** проблемы также могут иметь пренатальные корни. Если мысли матери в течение беременности находятся в противоречии с реальным полом развивающегося в ней плода, он после рождения (начиная с периода полового созревания) на уровне бессознательного может почувствовать психологический дискомфорт в отношении своей половой самоидентификации. С началом половой жизни могут обнаружиться различные проблемы (импотенция, фригидность, диспареуния, транссексуальные тенденции, др.). Имеет значение и отношение беременной женщины к половой жизни: принуждение ее к сексу может отрицательно сказаться на половой функции ее ребенка в последующем (6,30,31).

**Нежелательные дети.** Перинатальная психология открыла проблему психологии нежелательных детей. Их обобщенный психологический портрет включает в себя такие характеристики, как сниженная жизнерадостность, повышенная обидчивость, сниженная самооценка, высокая зависимость, заостренная потребность в признании: иногда криминальные способы реализации этого, недоброжелательность, плохо сформированное чувство привязанности и отзывчивости, скрытая депрессия, неврозы, психопатические черты (32,33,34,35,36,37,38, 39,40,41). Конечно, не все дети обладают перечисленными здесь качествами, и степень их выраженности также является различной. Между тем они часто страдают от трудностей общения в обществе, и нередко у них с окружающими возникают конфликтные отношения.

**Предрасположенность к насильственному поведению.** Особое внимание перинатальных психологов привлекает к себе повышенная агрессия и насилие в связи с возможностью включения в память плода впечатлений от эмоционального неприятия беременности матерью, мысленного отвержения ею еще неродившегося ребенка, попыток сделать аборт. По данным американского психотерапевта У. Эмерсона(34) такие дети даже родовой процесс воспринимают как насилие. Если же после рождения отвержение продолжается, или они испытывают по отношению к себе безразличие, а тем более насилие, то у них могут сформироваться насильственные тенденции в поведении: они склонны к неуправляемым вспышкам ярости и гнева, домашнему насилию. Среди таких появляются серийные убийцы и самоубийцы. Исследованию этой проблемы посвящена коллективная монография «Феномен насилия. Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины»(40). Авторами книги являются современные

---

<sup>3</sup> В русскоязычной литературе используется аббревиатура СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности.

лидеры перинатальной психологии – D. Chamberlain; W. Emerson; P. Fedor-Freybergh; S. Grof; P. Ingalls; L. Janus; J. Sonne; Turners; Th. Verny; и др.

**Память рождения.** Дети запоминают не только особо эмоциональные события во время беременности, но и свое рождение, Научные исследования этого вопроса провел американский гипнотерапевт D.Chamberlain(42). Он отобрал 10 пар мать-ребенок (средний возраст ребенка 9-23 года) с условием, что ни мать, ни кто бы то ни было не рассказывал ребенку детали его рождения. С их согласия в разное время подверг каждого ребефингу, возвращая к моменту родов. В состоянии гипноза они вспоминали о происходящем в родовой комнате, а их рассказы записывались на магнитофонную ленту. После расшифровки исследователь сопоставил протоколы: они совпадали в деталях. Оказалось также, что дети запоминают не только свое рождение, но и вмешательства акушеров в этот процесс. Голландский этолог N.Tinbergen, Нобелевский лауреат, изучая детей с аутизмом, привел перечень факторов, предрасполагающих к этому состоянию или усиливающих его симптомы. Среди них: искусственное родовозбуждение, роды с анестезией, щипцы, реанимация после родов(43). Его данные были подтверждены японским психиатром Hattori R (44). Исследования, проведенные в Австралии (45), показали, что частота аутизма после кесарева сечения до наступления срока родов в 2 раза выше. Значимыми факторами были также эпидуральная анестезия, задержка первого вдоха, оценка по Апгар ниже 7б, искусственное родовозбуждение. Масштабное шведское исследование (46) подтвердило роль кесарева сечения в возникновении аутизма, а также значение таких факторов, как курение в первые три месяца беременности, кровотечения во время беременности, задержка внутриутробного развития. Представленные данные требуют основательной проверки, поскольку авторы указывают на многофакторность воздействия, а в этом случае может иметь значение феномен эмерджентности<sup>4</sup>.

**Экспериментальные исследования.** Одним из важных аспектов становления перинатальной психологии как науки являются экспериментальные исследования. Проф. М.Шнайдер (Schneider) с сотрудниками из Висконсин-Мэдисон университета США, предпринимая экспериментальные исследования с приматами и грызунами, попыталась ответить на следующие вопросы: Оказывает ли неблагоприятное действие внезапный ежедневный психологический стресс во время беременности на ее продолжительность, вес при рождении потомства, его поведение и реакцию на раздражение после рождения? Существует ли период повышенной уязвимости при действии пренатального стресса? Действительно ли материнские стресс-гормоны являются существенной частью механизма действия пренатального стресса на потомство? Воздействует ли на плод сочетание пренатального стресса с другими потенциально негативными факторами типа алкоголя? Соблюдается ли непрерывность в отношении познавательной функции между эффектом в младенчестве и в последующем?

Исследователи с помощью грамотно поставленных экспериментов обнаружили, что по сравнению с контролем у «пренатально стрессированных» обезьян наблюдалось более выраженное тревожное поведение и более высокие уровни стресс-гормонов, что коррелировало с предшествующей рождению активацией эндокринной функции у матерей. Периодами повышенной уязвимости (при острых звуковых воздействиях) являются ранние сроки беременности (в отношении влияния на вес при рождении и поведение после рождения), и вторая половина беременности, но в случае хронического стресса. Если пренатальный стресс объединялся с воздействием алкоголя на плод, то обнаруживались наиболее неблагоприятные эффекты на вес при рождении и поведение. При использовании позитронно-эмиссионной томографии исследователи обнаружили, что пренатальный стресс нарушал допаминовую функцию полосатого тела мозга приматов и

---

<sup>4</sup> Принцип эмерджентности - появление у целого свойств, не наблюдаемых у его составных частей (У.Р.Эшби). В данном случае мы имеем в виду эффект от совокупного воздействия нескольких факторов, который не возникает при изолированном действии одного из них.

соответственно - реакции, связанные с этой областью, на стимулы. Имелась существенная ассоциация между задержкой двигательного созревания, уменьшенным вниманием новорожденных, их замедленным обучением, нарушением регулирования эмоций и неспособностью к обучению в юности, показывая определенную непрерывность между ранним и позднейшим дефицитом у потомков (47-49).

Особый интерес представляют эксперименты, в которых стресс воспроизводился до зачатия. Ученые Хайфского Университета обнаружили, что стресс, перенесенный крысами в течение недели перед зачатием, приводил к рождению детенышей с патосоциальным поведением(50). Как видим, экспериментальные исследования подтверждают клинические данные.

**Поведение человека – зеркально отражает пренатально воспринятые впечатления.** Нередко конкретная информация позволяет лучше понять то или иное утверждение. Поэтому не случайно перинатальные психологи не стесняются в лекциях давать примеры из практики. После лекций по перинатальной психологии слушатели, возвращаясь к периоду беременности, начинают догадываться о происхождении непонятных особенностей поведения своих детей или своих личных привычек. Приведу несколько собственных наблюдений.

Женщина А. длительное время не могла понять, почему ее сын в периоды напряжения или раздумий рисует географические карты. Оказалось, что во время беременности им она оканчивала геодезический институт, и с большим волнением выполняла дипломную работу, требовавшую рисования географических карт.

Женщина Б. длительное время не могла понять, почему ее сын не может слышать хруста кусаемого яблока. Она вспомнила, что во время беременности у нее был сильнейший всплеск эмоций (истерика), когда неожиданно обнаружила, что муж (тоже студент) съел весь килограмм яблок, купленный ею для себя на последние деньги.

После рождения девочка часто беспричинно плакала до 4-хлетнего возраста. В конце беременности ею трагически погиб ее отец, и мать была в глубоком трауре. Конечно, подобные наблюдения нельзя рассматривать как научные факты, а лишь как информационный повод для привлечения внимания к возможной проблеме.

**Закключение.** В обзоре представлена лишь малая толика того, что сегодня стало известно о психической жизни ребенка до рождения. Суммирование этих данных позволяет сделать предварительное заключение, что:

- 1) Эмоциональное восприятие и дородовая память неродившегося ребенка являются реальностью.
- 2) Эмоциональные переживания матери, воспринятые и зафиксированные в памяти пренейта, составляют бессознательное человека, и воспринимаются им как его собственные.
- 3) Эти бессознательные чувства могут управлять мышлением, эмоциями и поведением после рождения в течение всей жизни человека.
- 4) Серьезные психосоциальные стрессы во время беременности, негативное отношение матери и окружающих к неродившемуся ребенку могут нарушить его психическое и физическое развитие и оставить глубокий след в бессознательной памяти. После рождения по мере роста ребенка полученная травма начинает проявляться в виде психологических и психосоматических проблем, нарушающих нормальное функционирование человека, а вместе с ним его близких, окружающих людей.

Значение эмоциональных впечатлений, полученных ребенком до рождения, для всей его последующей жизни трудно переоценить. Они не могут быть изъяты из клеточной памяти. Усилия психотерапевтов могут лишь ослабить их влияние. К сожалению, мир, в котором мы живем, не всегда бывает доброжелательным, способствующим развитию способностей и талантов, переданных ребенку с генами родителей и предков. Молодые родители, являясь частью современного человеческого общества подвержены социально-психологическим стрессам, что сказывается на их

потомстве, на следующем поколении людей. Психически и/или физически больной ребенок – это не только страдания его и его семьи, но и общества. Вот почему важно осознать, что беременность и роды - это уникальное время для **первичной профилактики** нарушений психического и физического здоровья ребенка. Знание этого должно стать достоянием населения и профессионалов, в особенности акушеров и акушерок. К сожалению, свою лепту негативной информации вносит акушерская агрессия(51,52). Я убежден, что в ближайшее время возобладает здравый смысл и произойдет серьезная коррекция философии и технологии родовспоможения в сторону защиты еще неродившегося ребенка с момента зачатия путем полноценного медико-психологического сопровождения женщин во время беременности и родов, и определенно в пользу естественного родоразрешения. Профессиональное обучение специалистов, соприкасающихся с беременными (акушеров, акушерок, психологов), уже сейчас должно включать релевантную информацию о достижениях последних десятилетий в области изучения психической жизни ребенка до рождения и влиянии стресса во время беременности и родов на потомство.

Принимая положения перинатальной психологии об эмоциональном восприятии и памяти еще не родившегося ребенка, члены семьи и ее окружение будут контролировать свои мысли и чувства, цензурировать свои слова и поведение, чтобы не вносить в память пренейта негативные впечатления. Они смогут сознательно обогащать его позитивной информацией с самой ранней фазы его жизни. Общество должно позаботиться о создании зоны комфорта вокруг молодых семей, предполагающих иметь детей или беременных ими. Такой подход определенно сделает каждого рождающегося человека счастливым, любящим себя и окружающих, уверенным в себе, менее насильственным и более дружелюбным. Все это будет способствовать гармоническому развитию общества в целом.

## Литература

1. Rank O. Das Trauma der Geburt. Frankfurt/Main:Fischer. 1924.
2. Ferenczi S. Thalassa: A Theory of Genitality, 1924. Republication, H. Karnac Books, Limited, 1989.
3. Graber GH. Ursprung, Einheit und Zwiespalt der Seele. Vor- und nachgeburtliche Entwicklung des Seelenlebens, Goldmann (Gelbe Taschenbücher 2736), München 1970
4. Liley AW. The Foetus as a Personality. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1972. 6(2): 99-105.
5. Grof S. Realm of the Human Unconscious: Observations from LSD Research.. NY:Viking Press. 1975.
6. Kafkalides A. The knowledge of the womb: Autopsychognosia with Psychodelic Drugs. Triclino Hause, Corfu. 1980.
7. Lake F. Constricted Confusion: Exploration of a Pre- and Perinatal Paradigm. London. 1980.
8. Van den Bergh, BRH. The Influence of Maternal Emotions during Pregnancy on Fetal and Neonatal Behavior. Pre and Perinatal Psychology J. 1990. 5(2):119-30.
9. Гудухина ТБ, Брехман ГИ. Характерологические особенности психологического статуса беременных женщин с тазовым предлежанием неродившегося ребенка. Вестник Ивановской медицинской академии. 2001. 6 (1-2):78-9.
10. Мальшева ТА, Брехман ГИ. Стресс беременных женщин и неправильные предлежания плода. В: Пренатальный ребенок и Общество/ Материалы 17-го Всемирного Конгресса Международного Общества Пренатальной и Перинатальной Психологии и Медицины (ISPPM). Москва. 2007. Т.2. С.32.
11. Brekhman GI The Conception of the Wave Multiple-Level Interaction Between the Mother and her Unborn Child. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. 2001. 13 (1/2):83-92.
12. Monk C., Myers M. M. , Sloan R., et al. Effects of Women's Stress-Elicited Physiological Activity and Chronic Anxiety on Fetal Heart Rate. J Dev Behav Pediatr. 2003.24(1):32–8.
13. Maldonado-Duran JM, Lartique T, Feintuch M. Perinatal psychiatry: infant

- mental health interventions during pregnancy. *Bull Menninger Clin.* 2000. 64(3):317-43.
14. Mulder EJH, Robles de Medina PG, Huizink AC, et al. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development.* 2002 Dec. 70(1):3-14.
  15. Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJH, et al. Stress during pregnancy is associated with development outcome in infancy. *J. Child Psychol. a. Psychiatry.* 2003. 44(6):810-18.
  16. Bettis B. Maternal depression and motherese: Temporal and international features. *Child Dev* 1988. 59:1089-96.
  17. Zuckerman B., Bauchner H., Parker S. et al. Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics.* 1990. 11(4):190-4.
  18. Ponirakis A, et al. Negative emotionality and cortisol during adolescent pregnancy and its effects on infant health and autonomic nervous system reactivity. *Developmental Psychobiology.* 1998. 33(2):163-74.
  19. Hernandez-Reif M, et al. Depressed mothers' newborns show inferior face discrimination. *Infant Mental Health J.* 2002. 23: 643-53.
  20. Verny T., Weintraub P. *Tomorrow's baby.* NY: Simon&Schuster. 2002.
  21. Van den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev.* 2004. 75(4):1085-97.
  22. Beversdorf DQ et al. Timing of prenatal stressors and autism. *J Autism Dev Disord.* 2005. Aug. 35(4):471-8.
  23. Hasing H, Janus L.( Eds.) *Ungewollte Kinder.* Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. 1994.
  24. Brekhman, GI. Encircling the Neck of the Unborn Child with the Navel String and the Fear of Snakes. *Jnt. J. of Pre and Perinatal Psychology and Medicine.* 1998.10(2):175-80.
  25. Брехман ГИ, Ягав Р, Гонопольский МХ, др. Пренатальный стресс как фактор риска возникновения шизофрении и биполярного аффективного расстройства. *Вестник Ивановской медицинской академии.* 2010. 15(1): 23-27.
  26. Salk L. Perinatal complications in the history of the asthmatic children. *American J. of Diseases of Children.* 1974. 127:30-3.
  27. Janov A. *Imprints: The Lifelong Effects of the Birth Experience.* NY: Coward McCann.1984.
  28. Turner JRG &Turner-Groot TGN *Psychological Responsibility Bringing Babies to the World. Proceedings the 4<sup>th</sup> International Conference on Natural Birth.* Prague, Czech Republic, 1–3 Feb 2001. 35-8.
  29. Брехман КШ, Брехман ГИ *Психосоматические расстройства у детей, родившихся от желанной и нежеланной беременностей.* В: «Экология Земли–Экология Лона–Экология Земли» /Региональная конференция по перинатальной психологии. Иваново, 1998. 42-5.
  30. Colter MW *Sexual cross-identity as a fetal response to subliminal parent messages.* In: *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: Encounter with the unborn.* PG.Fedor-Freybergh and V. Vogel (Eds.).Casterton Hall: Parthenon Publishing Group Inc. 1988. P.153-60.
  31. Брехман ГИ *О пренатальной фазе сексуального развития человека и профилактика сексуальных расстройств.* В: *Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика, лечение/ Материалы Международного Симпозиума по сексологии.* Москва. 1999. 40-41.
  32. David HP, Matejchek Z, Dytrych Z. *Born unwanted. Developmental effects of denied abortion.* Prague: Avicenum Czech Medical Press. 1988.
  33. Janus L. *The Enduring Effects of Prenatal Experience.* Heidelberg: Mattes Verlag. 2001.
  34. Emerson W. *The vulnerable prelate. Pre and Perinatal Psychology J.* 1996. 10:125-42.
  35. Gareis B. Wiesnet E. *Fruhkindheit and Kriminalitat.* Munich: Goldman. 1974.
  36. Grof S. *Perinatal Roots of Wars, Totalitarianism, and Revolutions. J. of Psychohistory.* 1977. 4(3):271-308.
  37. Chamberlain, DB *The sentient prelate: What every parent should know. Pre- and Perinatal Psychology J.* 1994. 9(1): 9-31
  38. Matejchek Z, Dytrych Z. *Abgelehnte Schwangerschaften und ihre Folgen.* In: *Ungewollte Kinder.* Hasing H.,Janus L. (Eds.) Sachburg: Rowolt Taschenbuch Verlag GmbH. 1994:194-9.
  39. Захаров АИ. *Что нужно знать родителям до рождения ребенка.* СПб: Образование. 1994.

40. Sonne J Abortion Survivors at Columbine. Pre- and Perinatal Psychology J. 2000. 15:3-18.
41. Феномен насилия: Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины. Коллективная монография под ред. проф. ГИ Брехмана и проф. П. Федор-Фрайберга. СПб: ИПТП. 2005.
42. Чемберлен Д. Разум вашего новорожденного ребенка. Перев. с англ. под ред. Г.И. Брехмана. М.: Независимая фирма «Класс». 2004.
43. Tinbergen N, Tinbergen A. Autistic Children. Allen&Unwin. London.1983.
44. Hattori R, et.al. Autistic and developmental disorders after general anesthetic delivery. Lancet 1991. 337:1357-8.
45. Glemma EJ, Bower C, Peterson B, et.al. Perinatal factors and the development of autism. Arch. Gen.Psychiatry.2004. 61:618-27.
46. Xu B, Pekkanen J, Jarvelin MR. Obstetric complications and asthma in childhood. J.Asthma. 2000. 37(7):589-94.
47. Schneider, ML, Moore, CF, Kraemer, GW. On the relevance of prenatal stress to developmental psychopathology. In: D. Cicchetti & EF Walker(Eds). Neurodevelopmental Mechanisms in Psychopathology. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2003. 155-86.
48. Schneider ML, Moore CF, Gajewski LL, et al. Sensory processing disorder in a primate model: evidence from a longitudinal study of prenatal alcohol and prenatal stress effects. Child Dev. 2008 Jan-Feb. 79(1):100-13.
49. Schneider ML, Moore CF. Effect of prenatal stress on development: A nonhuman primate model. In: Nelson CA, ed. Minnesota Symposium on Child Psychology. Vol. 31: Effects of early adversity on neurobehavioral development. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 2000.201-44.
50. Shachar-Dadon A, Schulkin J, Leshem M. Adversity Before Conception Will Affect Adult Progeny in Rats. Developmental Psychology. 2009. 45(1): 9–16.
51. Odent M. The Caesarean. Free Association Books. London. 2004.
52. Радзинский ВЕ. Акушерская агрессия как причина ухудшения качества родовспоможения/ Материалы 4-го Российского Форума «Мать и дитя». Москва. 2004. 10-12.

Адрес для связи:

Брехман Григорий Иосифович

e-mail: [grigorib@013.net](mailto:grigorib@013.net)