

Психологические особенности телесного опыта родильниц со здоровыми и с больными детьми: культурно-исторический подход в психосоматике

А.Н. Васина

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
(Сеченовский университет) (ФГАОУ ВО Первый МГМУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3378-3286>, e-mail: vsns2@mail.ru

С позиций культурно-исторического подхода в психосоматике телесность меняется и во взрослом возрасте: в ситуации болезни, старения, рождения ребенка и др., и выделяются факторы, обогащающие телесный опыт. В послеродовом периоде этим фактором может быть болезнь ребенка. В работе изучается телесный опыт родильниц. Выдвигалась гипотеза о том, что телесный опыт в послеродовом периоде меняется по сравнению с обычным, а телесный опыт родильниц с больными детьми отличается от такового у родильниц со здоровыми детьми. В работе приняли участие 136 женщин 19–30 лет: женщины, не имеющие детей, родильницы со здоровыми детьми и родильницы с больными детьми. Применялись методики «Классификация ощущений», «10 ощущений», «Шкала ощущений в послеродовом периоде», «Шкала вегетативной перцепции», «Опросник для родильниц», «Body attention questionnaire». Выявлены особенности телесного опыта родильниц, как со здоровыми детьми (преобладание количества физических дескрипторов над психическими и др.), так и с больными (повышенная концентрация на ощущениях от ребенка и др.). Результаты усиливают важность совместного пребывания матери и младенца при помещении его в больницу.

Ключевые слова: телесный опыт, телесность, культурно-исторический подход, пра-мы, социальная ситуация развития.

Благодарности. Автор благодарит за помощь в работе научного руководителя проекта В.В. Николаеву.

Для цитаты: *Васина А.Н.* Психологические особенности телесного опыта родильниц со здоровыми и с больными детьми: культурно-исторический подход в психосоматике // Культурно-историческая психология. 2023. Том 19. № 2. С. 107–116. DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2023190214>

Psychological Features of the Bodily Experience of Maternity Women with Healthy and Sick Children

Aleksandra N. Vasina

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3378-3286>, e-mail: vsns2@mail.ru

From the standpoint of the cultural-historical approach in psychosomatics, physicality also changes in adulthood: in the situation of illness, aging, the birth of a child, etc., and factors that enrich bodily experience are highlighted. In the postpartum period, this factor may be the child's illness. The paper studies the bodily experience of maternity patients. It has been hypothesized that the bodily experience in the postpartum period changes compared to the usual one, and the bodily experience of maternity hospitals with sick children differs from that of maternity hospitals with healthy children. 136 women aged 19–30 took part

in the work: women who do not have children, maternity hospitals with healthy children and maternity hospitals with sick children. The methods “Classification of sensations”, “10 sensations”, “Scale of sensations in the postpartum period”, “Scale of vegetative perception”, “Questionnaire for maternity hospitals”, “Body attention questionnaire” were used. The features of the bodily experience of maternity hospitals with healthy children were revealed: the predominance of the number of physical descriptors over mental ones, etc., and with patients: increased concentration on the sensations from the child etc. The results reinforce the importance of the joint stay of the mother and the baby when placing him in the hospital.

Keywords: bodily experience, corporeality, cultural-historical approach, great-we, social situation of development.

Acknowledgements. The author is grateful for the help in working Nikolaeva V.V.

For citation: Vasina A.N. Psychological Features of the Bodily Experience of Maternity Women with Healthy and Sick Children. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-Historical Psychology*, 2023. Vol. 19, no. 1, pp. 107–116. DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2023190214>

Введение

Изменения женщины в послеродовом периоде касаются не только организма, но и психики: личности, эмоций, когнитивных особенностей [14 и др.] и т. д. Телесный опыт, как совокупность ощущений, переживаний, представлений, связанных с чувственно-эмпирическим и с когнитивно-опосредованным отражением своего тела, также меняется в послеродовом периоде. Согласно культурно-историческому подходу телесность развивается всю жизнь [1; 9; 13; 19 и др.]. Во взрослости с резкими изменениями телесности человек сталкивается при болезни и старении, а женщина — и при рождении ребенка. Развитие телесности совпадает с развитием ВПФ. То есть это путь прижизненного становления, социализации, от непосредственного процесса к опосредованному, осуществляющийся при участии взрослого. Таким образом, при анализе развития телесности надо изучать социальную ситуацию развития [6]. Также выявлено, что социальные факторы больше ограничивают женскую телесность, чем мужскую [8 и др.]. Таким образом предполагаем, что послеродовой период является важным этапом психосоматического развития. При этом телесность в этом периоде изучена мало.

На основе анализа научных источников мы выделили факторы психосоматического развития в этом периоде:

— физиологические изменения, влияющие на появление новых интро- и проприоцептивных (от лактации и грудного вскармливания, восстановления матки и т. д.) и экстрацептивных (связанных со зрительным восприятием изменений тела и т. д., с восприятием звуковых стимулов от ребенка, с тактильным восприятием прихода молока и т. д.) ощущений [14].

— появление новообразований в психической сфере, например, появление образа ребенка, точнее — конкретизация образа, возникшего на этапе беременности, появление внутренней картины беременности, послеродового периода и т. д. В этом контексте важно восприятие родильницей неполного отделения ре-

бенка от своего тела [16; 17]: заново «границы тела» формируются к 4 месяцам после родов [18].

— изменение социальной роли, в частности, появление материнской роли, повышающей уровень феминизации тела, что проявляется в изменении формы тела, походки и т. д., установление бондинга в системе «мать—дитя», для которого важен телесный контакт [14].

Телесные изменения у родильницы позволяют *предположить*, что ее телесный опыт имеет особенности.

При изменении телесности во взрослости выделяются факторы, обогащающие телесный опыт. В послеродовом периоде — это болезнь женщины [3], представления о нем, эмоции, личностные особенности [4], социальная ситуация развития и существования [2] и т. д. Это может быть и болезнь ребенка: например, некоторые болезни требуют более длительного грудного вскармливания [20], а лактация — часть телесного опыта.

Таким образом, мы *предполагаем*, что телесный опыт родильниц с больными детьми отличается от телесного опыта женщин со здоровыми.

Цель работы — изучение особенностей телесного опыта родильниц со здоровыми и больными детьми.

Организация и методы исследования

Исследовались 136 женщин: 1) 50 женщин, не имеющих детей, 2) 50 родильниц со здоровыми детьми, 3) 36 родильниц с больными детьми.

Для выявления особенностей телесного опыта родильниц изучались 50 женщин, не имеющих детей. У 56% — высшее образование, у 44% — среднее образование. Критериями отбора были: а) возраст от 19 до 30 лет ($M=24,62$; $SD=2,7$); б) отсутствие в анамнезе беременностей, серьезных болезней.

Основное тестирование проводилось на сроке 1,5 месяца после родов.

Для этого сначала на сроке 3 дня после родов изучались женщины, соответствующие критериям:

а) 1 беременность; б) естественные роды; в) замужество; г) возраст от 19 до 30 лет. Результаты описаны ранее [4]. Одна из целей на этом сроке — установление контакта, чтобы договориться о встрече через 1,5 месяца. Эта работа проводилась в роддоме г. Люберцы (зав. отд. — Н.В. Левкина).

В 1-ю основную группу вошли 50 женщин на сроке 1,5 месяца после родов. Кроме указанного учитывалось отсутствие депрессии и осложнений после родов и болезней у ребенка. У 54% — высшее образование, у 46% — среднее образование. Средний возраст (г.): $M=24,84$; $SD=2,4$.

2-ю основную группу составили 36 женщин на сроке 1,5 месяца после родов, дети которых заболели обструктивным бронхитом. Другими критериями отбора были: а—г) как в 1-й основной группе. У 52,8% — высшее образование, у 47,2% — среднее образование. Средний возраст (г.): $M=25,17$; $SD=2,1$. Эта работа проводилась в больнице № 70 (зав. отд. — И.В. Девочкина).

Применялись следующие методики.

1. «Классификация ощущений» [7]. В ней изучались 2-е и 3-е задания: отбор из дескрипторов, которые означают, по мнению женщин, интрацептивные ощущения, знакомых по опыту дескрипторов с последующей их свободной классификацией. Результаты классификации обрабатывались с помощью TAXON-анализа. До него отбирались наиболее частотные признаки (их выделяли не менее 35% людей: соотношение создателей методики) [7]. Такая обработка типична для психосемантики [10; 15]. На основании распределений женщинами дескрипторов и усреднения этих распределений выделялись группы ощущений. Дескрипторы ранжировались по средним частотам совпадений с другими дескрипторами той же группы. Затем считалась частота межгрупповых совпадений, группы структурировались по слоям таксонов.

2. «10 ощущений».

3. «Шкала ощущений в послеродовом периоде» (ШОПП).

4. «Шкала вегетативной перцепции» (ШВП) [5].

5. Опросник для родильниц.

6. Body attention questionnaire (BAQ) С. Фишера в адаптации Е.Т. Соколовой [11].

Методики 2,3,5 созданы автором [4] для определения количественного и качественного состава ощущений, применялись на родильницах.

Использовались программы Statistica 6.0 и Jamovi 2.3.21. Применялись методы: таксон-анализ (методика 1), точный критерий Фишера (методики 1—6), критерий Манна—Уитни (методики 1—3,5), однофакторный дисперсионный анализ с непараметрической поправкой Уэлча, пост-хок попарное сравнение (критерий Геймс—Хауэлл) (методики 4, 6).

Результаты

При проведении методики «Классификация ощущений» на женщинах, не имеющих детей, TAXON-анализ показал (рис. 1) образование 6 слоев таксонов.

1-й таксон — позитивные психические ощущения, 2-й — ощущения предчувствия, 3-й — негативные психические ощущения, 4-й — ощущения от ЖКТ, 5-й — ощущения от болезни с температурой, 6-й — ощущения тонуса, утомления и боли. В 5-м слое соединяются ощущения от ЖКТ и от болезни, в 4-м они сливаются с неприятными физическими ощущениями, в 3-м приятные психические ощущения соединяются с ощущениями предчувствия, во 2-м слое остаются психические и физические ощущения. Таким образом, основные категории для ощущений — психические и физические состояния.

Словарь знаковых по опыту ощущений у родильниц отличается от словаря женщин, не имеющих детей, большей недифференцированностью (рис. 2): 1) психические и телесные состояния — не главные категории для описания ощущений, главное деление — по знаку: на приятные и неприятные; 2) снижена дифференцированность по количеству групп (у женщин, не имеющих детей, — 6, у родильниц — 3); 3) психические и физические ощущения — в одних и тех же группах; 4) дескриптор «тревога» — в группе «более приятные ощущения»: неполная дифференцированность по знаку. Недифференцированность словаря связана с вовлечением огромного количества сил и т. п., что меняет переживание ощущений. Роды же способствуют измененному состоянию сознания [12 и др.], влияющему на недифференцированность.

В словаре родильниц физические ощущения преобладают над психическими. У родильниц — схожая с женщинами, не имеющими детей, разработанность, под которой мы понимаем насыщенность глагольными формами и отглагольными существительными, свидетельствующую о глубине проживания ощущений и концентрации на них; объем словаря схож. У родильниц снижена метафоризация ощущений: в словаре — 4 метафоры, у женщин, не имеющих детей, — 9.

При сравнении результатов методики «Классификация ощущений» у родильниц со здоровыми детьми и родильниц с больными детьми TAXON-анализ показал (рис. 3) образование дескрипторами 7 слоев таксонов. 1-й таксон — ощущения слабости, 2-й — ощущения от негативного физического состояния, 3-й — ощущения от болезни, 4-й — ощущения во время и после беременности, 5-й — ощущения от негативного душевного состояния, 6-й — ощущения от негативного внутреннего состояния, 7-й — приятные психические ощущения. Таким образом, для женщин с больными детьми обычные ощущения менее значимы. Выделение групп, связанных с негативным психическим состоянием, говорит о том, что болезнь ребенка вызывает сильные негативные эмоции, переживаемые на уровне тела. Группа «ощущение слабости» означает большие затраты при уходе за ребенком. Словарь «ощущения во время и после беременности» характеризует повышенную значимость связи с больным ребенком, желание закрепить ощущения от него. Основание «ощущения во время и после беременности» — единственное, чаще выбираемое женщинами с больными детьми по сравнению

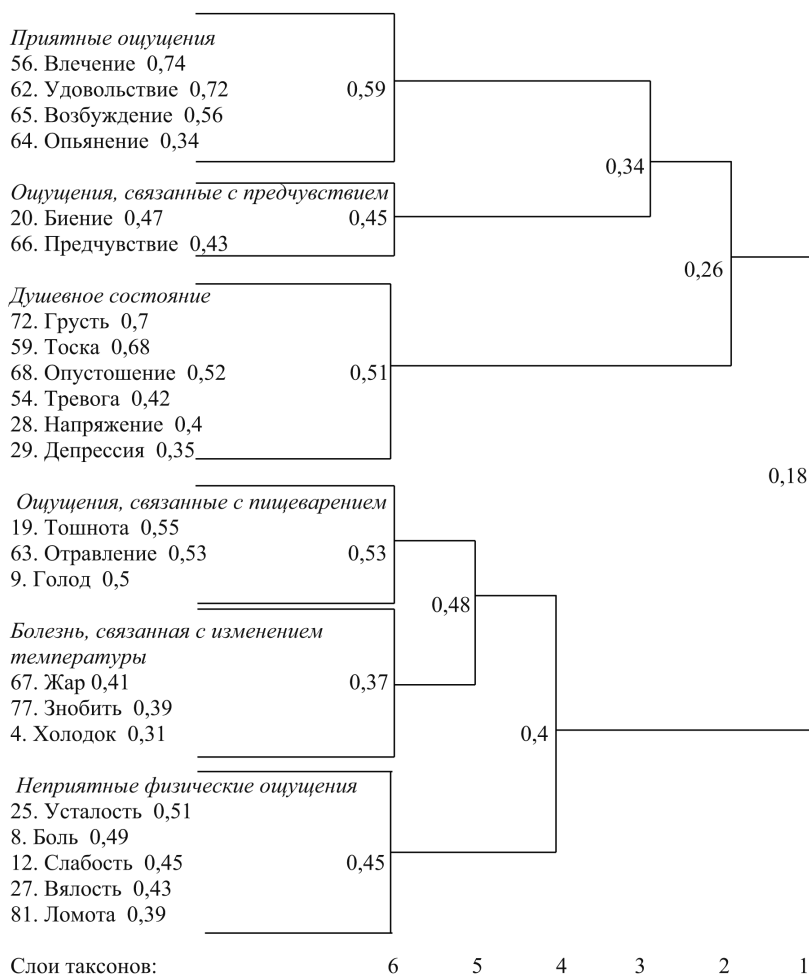


Рис. 1. TAXON-анализ результатов классификации ощущений (женщины, не имеющие детей)

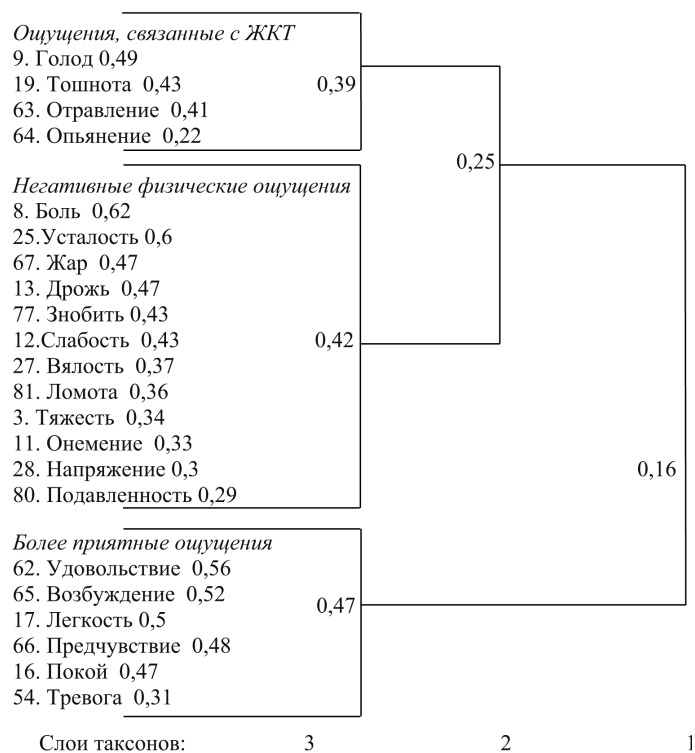


Рис. 2. TAXON-анализ результатов классификации ощущений (родильницы со здоровыми детьми)

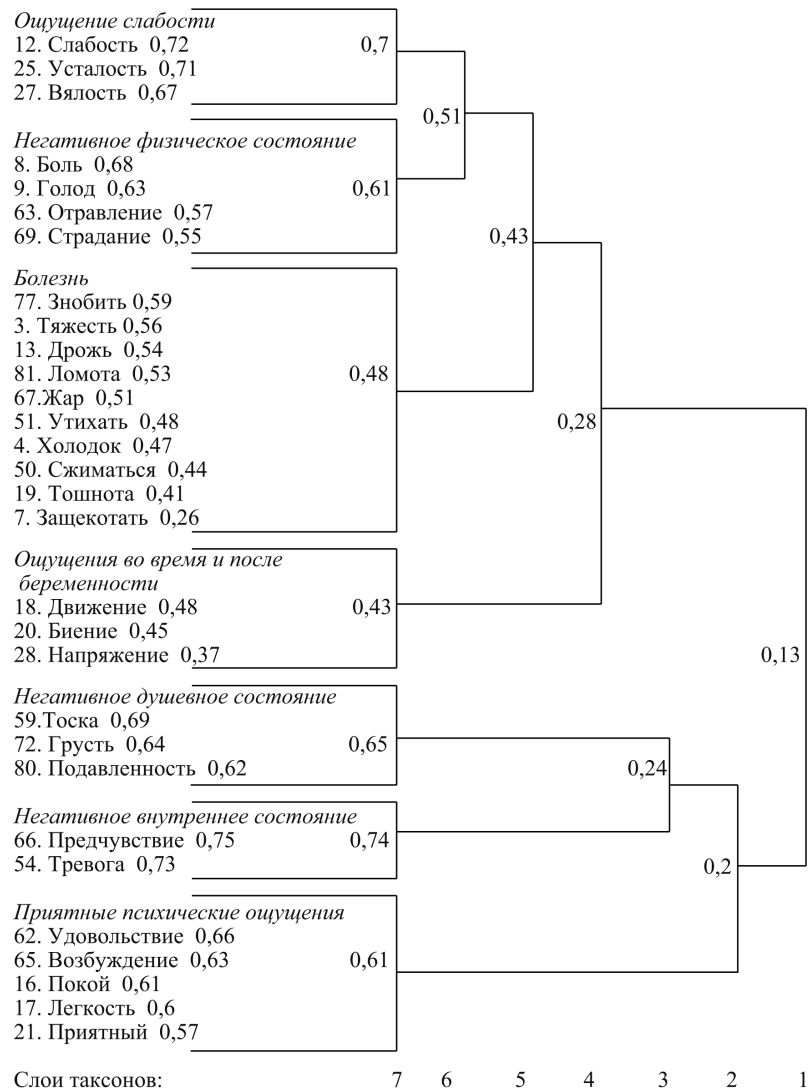


Рис. 3. TAXON-анализ результатов классификации ощущений (родильницы с больными детьми)

с женщинами со здоровыми детьми (33,33% и 6% соответственно, критерий Фишера: $\phi=3,4403$; $p<0,001$).

В 6-м слое сливаются ощущения слабости и ощущения от негативного физического состояния, в 5-м слое они сливаются с ощущениями от болезни, в 4-м — с ощущениями во время и после беременности, в 3-м слое ощущения от негативного душевного состояния сливаются с ощущениями от негативного внутреннего состояния, во 2-м слое остаются физические и психические ощущения.

Таким образом, в отличие от родильниц со здоровыми детьми у родильниц с больными детьми основные категории для описания ощущений — психические и физические ощущения. Этим женщины с больными детьми больше похожи на женщин, не имеющих детей, хотя признаки психических ощущений представлены у них не так полно, у этих двух категорий психические ощущения полнее и семантически однороднее, чем признаки физических ощущений, чего нет у родильниц со здоровыми детьми.

Основным разделительным критерием для психических состояний является знак, как и у женщин,

не имеющих детей. Словарь негативных психических ощущений у женщин с больными детьми дифференцируется на 2 группы. Об их важности говорит и то, что они выделяются первыми.

Словарь женщин с больными детьми более дифференцирован по сравнению с женщинами со здоровыми детьми, т. е. в этом похож на словарь женщин, не имеющих детей: 1) в знакомом по опыту словаре ощущений у них больше групп (7 по сравнению с 3); 2) ощущения в первую очередь делятся на физические и психические; 3) физические и психические ощущения — в разных группах. Большая дифференцированность ощущений означает больший опыт по их различению. Изменение уровня бодрствования, способствующее недифференцированности телесного опыта после родов, также трансформируется: уровень повышается, так как женщине надо реагировать на состояние ребенка.

Среднее количество ощущений в знакомом словаре у женщин со здоровыми детьми — 22, у женщин с больными — 30: основной прирост происходит за счет психических ощущений. У обеих групп физические ощущения преобладают над психическими.

У рожениц с больными детьми — более высокий уровень разработанности словаря: 4 глагола и 12 отглагольных существительных; у женщин со здоровыми — 1 и 9. Разработанность повышается в группах негативных ощущений, а словарь «ощущения во время и после беременности» целиком состоит из отглагольных существительных.

У женщин с больными детьми повышена метафоризация ощущений: у женщин со здоровыми — 4 метафоры, у женщин с больными — 9, как и у женщин, не имеющих детей («психологизированность» словаря).

В результате сравнения результатов трех выборок по методике «ШВП» путем применения однофакторного дисперсионного анализа с непараметрической поправкой Уэлча выявлены значимые различия в испытывании ощущений «иногда слабо» ($U_{элч}=13,7$; $p<0,001$), «иногда сильно» ($U_{элч}=31,09$; $p<0,001$), «часто сильно» ($U_{элч}=17,40$; $p<0,001$), а также — в среднем количестве симптомов ($U_{элч}=29,49$; $p<0,001$).

Пост-хок попарное сравнение (критерий Геймс—Хауэлл, табл. 1 и 2) показало, что между роженицами и женщинами, не имеющими детей, нет разницы в интенсивности и частоте ощущений. Есть разница в 26 из 29 ощущений ($p<0,05$, критерий Фишера). При этом процент рожениц, испытывающих каждое ощущение отдельно, меньше, чем процент женщин, не име-

ющих детей. Это связано с тем, что одно из главных ощущений — облегчение от снятия груза беременности: на контрасте обычные ощущения блекнут. Лишь одно ощущение чаще испытывается роженицами: «туман, пятна перед глазами». Оно означает нарушение ясности сознания, что соотносится с тем, что в этом периоде меняется состояние сознания [12 и др.].

Пост-хок попарное сравнение (критерий Геймс—Хауэлл, табл. 1 и 2) показало, что роженицы со здоровыми детьми отличаются от рожениц с больными детьми по количеству ощущений, испытываемых «иногда слабо» ($p=0,013$), «иногда сильно» ($p<0,001$), «часто сильно» ($p<0,001$), а также средним количеством симптомов ($p<0,001$). При сравнении женщин со здоровыми и больными детьми с помощью критерия Фишера выявлена разница ($p<0,001$) в 5 ощущениях: например, «чувство жара» отмечали 88% и 66,7% женщин соответственно ($\phi=2,3926$). По всем ощущениям процент женщин с больными детьми меньше, чем у женщин со здоровыми: обычные ощущения для первых не важны, на первом плане — ощущения от ребенка и т. п.

По методике «BAQ» (табл. 3 и 4) части тела, о которых роженицы думают реже женщин, не имеющих детей, — шея, чаще грудь, голова и туловище. Женщины с больными детьми по сравнению с женщинами со здоровыми реже думают о руках, чаще о животе. Живот значим как пространство, где был ребенок.

Таблица 1

Описательные статистики по методике «ШВП»

Категория ответа (количество выборов)	Иногда слабо	Иногда сильно	Часто слабо	Часто сильно	Среднее количество симптомов
	М (SD)	М (SD)	М (SD)	М (SD)	М (SD)
Категория рожениц					
Женщины, не имеющие детей	2,9 (1,4)	0,9(0,8)	0,72 (0,6)	0,24 (0,4)	4,76 (2,0)
Женщины со здоровыми детьми	3,76 (2,3)	0,76 (0,7)	0,5 (0,6)	0,38 (0,5)	5,4 (2,5)
Женщины с больными детьми	5,33 (2,6)	2,25 (1,0)	0,44 (0,6)	1,14 (0,8)	9,17 (3,0)

Таблица 2

Пост-хок попарное сравнение по методике «ШВП» (критерий Геймс—Хауэлл)

Категория ответа	Иногда слабо	Иногда сильно	Часто слабо	Часто сильно	Среднее количество симптомов
Категория рожениц					
Женщины со здоровыми детьми+женщины с больными детьми	PC=-1,57* p=0,013	PC=-1,49 *** p<0,001	PC=0,06 p=0,896	PC=-0,759*** p<0,001	PC=-3,77*** p<0,001
Женщины, не имеющие детей+женщины со здоровыми детьми	PC=-0,86 p=0,063	PC=0,14 p=0,634	PC=0,22 p=0,175	PC=-0,14 p=0,288	PC=-0,64 p=0,331

Примечание: PC-разница средних; «*» — $p<0,05$; «***» — $p<0,001$.

Таблица 3

Описательные статистики по методике «BAQ»

Категория ответа (средний ранг)	Грудь	Живот	Голова	Туловище	Рука	Спина	Нога	Шея
	М (SD)	М (SD)	М (SD)	М (SD)	М (SD)	М (SD)	М (SD)	М (SD)
Категория рожениц								
Женщины, не имеющие детей	5,48 (2,0)	4,72 (2,4)	3,5 (2,2)	4,38 (2,2)	4,28 (2,0)	4,28 (2,2)	3,48 (2,4)	5,88 (1,9)
Норма, 1,5 месяца после родов	6,38 (1,6)	4,7 (2,6)	4,68 (1,9)	5,70 (1,8)	4,9 (1,8)	4,5 (2,1)	3,08 (1,5)	2,14 (2,0)
Женщины с больными детьми	6,67 (1,5)	6,97 (1,1)	4,47 (1,2)	5,61 (1,6)	1,58 (0,8)	5,22 (1,3)	3,64 (1,6)	1,86 (1,0)

Таблица 4

Пост-хок попарное сравнение по методике «BAQ» (критерий Геймс—Хауэлл)

Категория ответа	Грудь	Живот	Голова	Туловище	Рука	Спина	Нога	Шея
Категория женщин								
Норма, 1,5 месяца после родов + женщины с больными детьми	PC = -0,287 p = 0,670	PC = -2,27*** p < 0,001	PC = 0,208 p = 0,811	PC = 0,089 p = 0,967	PC = 3,32*** p < 0,001	PC = -0,722 p = 0,123	PC = -0,0559 p = 0,123	PC = 0,279 p = 0,678
Женщины, не имеющие детей+женщины со здоровыми детьми	PC = -0,9* p = 0,045	PC = 0,02 p = 0,999	PC = -1,18* p = 0,012	PC = 1,32** p = 0,003	PC = -0,62 p = 0,244	PC = -0,22 p = 0,865	PC = 0,4 p = 0,577	PC = 3,74*** p < 0,001

Примечание: PC-разница средних; «*» – p<0,05; «***» – p<0,001.

По методике «10 ощущений» следующее число родильниц группы «норма» называет ощущения от отсутствия живота – 64%, усталость – 56%, ощущения от матки – 44%, от прихода молока – 36% и др. Женщины с больными детьми называют облегчение – 44,44%, удовольствие от прикосновения – 38,89% (среди женщин со здоровыми детьми его отмечают только 2%; $\varphi=4,8631$; $p<0,001$), прилив сил – 33%, «радость от любования, ощущаемая телом» и др. – 33,33% (среди женщин со здоровыми детьми их называют только 2%; $\varphi=4,3279$; $p<0,001$) и др. Среднее количество ощущений у группы «норма» в методике «10 ощущений» – $3,63\pm 1,8$ ощущения, у родильниц с больными детьми – $3,46\pm 1,9$ (разница незначима), типичные ощущения:

Родильницы группы «норма»	Женщины с больными детьми
1) облегчение	1) облегчение
2) усталость	2) удовольствие от прикосновения
3) ощущения от матки	3) прилив сил / радость, ощущаемая телом
4) ощущения от прихода молока	

По методике «ШОПП» (табл. 5) у женщин со здоровыми детьми, по сравнению с женщинами с больными, меньше ощущений, испытываемых «иногда сильно».

При сравнении родильниц со здоровыми детьми и родильниц с больными по критерию Фишера есть разница ($p<0,001$) в 7 ощущениях: например, «слабость» отметили 40% и 5,6% женщин соответствен-

но ($\varphi=4,8631$). По большинству ощущений процент женщин с больными детьми оказывается меньшим, чем у женщин со здоровыми: ощущения слабости и т. п. для родильниц с больными детьми менее важны, на первый план выходит концентрация на ощущениях от ребенка.

В Опроснике для родильниц женщины с больными детьми чаще женщин группы «норма», указывали, что новых ощущений после родов не было, но чаще отмечали, что ими были прикосновение к ребенку (33,33% и 2% женщин соответственно; $\varphi=4,8631$; $p<0,001$) и эмоции, переживаемые на уровне тела. Кормление в качестве нового ощущения чаще называлось женщинами с больными детьми на первом месте, состояние груди называлось на первом месте реже.

Таким образом, телесный опыт родильниц отличается от такового у женщин, не имеющих детей, следующим: 1) тот же объем словаря знакомых по опыту ощущений с изменением содержания: повышение ощущений общего тонуса, меньшая разработанность содержания группы приятных ощущений, уменьшение количества ощущений от негативного психического состояния; 2) недифференцированность физических и психических ощущений, физических ощущений по системам и органам; 3) основное деление ощущений – по знаку, но и по нему наблюдается неполная недифференцированность; 4) пониженная метафоризация; 5) преобладание физических ощущений над психическими; 6) схожая разработанность; 7) немного повышенная частота возникновения ощущений; 8) одно из главных ощущений – физическое

Таблица 5

Результаты по методике «ШОПП»

Категория ответа (количество выборов)	Иногда слабо	Иногда сильно	Часто слабо	Часто сильно	Среднее количество симптомов
	M(SD)/ M(SD)	M(SD)/ M(SD)	M(SD)/ M(SD)	M(SD)/ M(SD)	
Категория родильниц					M(SD)/ M(SD)
Женщины со здоровыми детьми / женщины с больными детьми	6,3(1,7)/ 5,28(1,5)	0,86(0,4)/ 3,11(1,1)*	1,86(1,4)/ 1,11(0,4)	1,3(0,5) 1,11/(0,5)	10,32(13,8)/ 10,61(2,9)

Примечание: «*» – достоверность различий по критерию Манна–Уитни, $p<0,05$.

облегчение; 10) наличие ощущений, связанных с нарушением ясности сознания; 11) меньшая пространственная разнесенность ощущений.

У родильниц с больными детьми по сравнению с родильницами со здоровыми изменен телесный опыт.

1. Объем: а) расширяется состав знакомого по опыту словаря дескрипторов за счет расширения негативных и позитивных психических ощущений, ощущений во время и после беременности и негативных физических ощущений, но не специфических для послеродового периода или не местных болезненных, а ощущений, связанных с нарушением общего тонуса и психическим напряжением, переживаемых на уровне тела, отличающихся повышенной частотой и интенсивностью; б) количество физических ощущений преобладает над количеством психических.

2. Содержание: а) словари ощущений более метафоризированы; б) концентрация на ощущениях в животе более частая, в руках — более редкая; в) словарь знакомых по опыту ощущений у родильниц с больными детьми больше похож на словарь женщин, не имеющих детей, по сравнению с родильницами со здоровыми детьми; г) словарь знакомых ощущений более разработан, особенно словарь «ощущения во время и после беременности», «негативное физическое состояние», «болезнь», в последней группе разработана часть, связанная с психическим напряжением, переживаемым на уровне тела; д) телесный опыт характеризуется вовлеченностью психической сферы в телесную; е) состояние груди в качестве нового ощущения выступает реже, в качестве новых ощущений послеродового периода выступают ощущения от прикосновений к ребенку, а также эмоции, переживаемые на уровне тела; для этих женщин характерна концентрация на прикосновениях.

3. Структура: а) появляется словарь «ощущения во время и после беременности»; б) в качестве основания для классификации знакомых ощущений чаще выбираются «ощущения во время беременности»; в) словарь ощущений отличается повышенной дифференцированностью.

Обсуждение

Среди отличий телесного опыта женщин с больными детьми для практического применения особенно важны концентрация на ощущениях от ребенка и их включение женщинами в свой телесный опыт.

При том что мать и новорожденный существуют в единстве (со стороны ребенка Л.С. Выготский обозначает это сознание психической общности как сознание «пра-мы» [6], Э. Эриксон, Д. Винникот, М. Малер, Д. Штерн и др. рассматривают мать и ребенка как части единой диадической системы и т. п.) [цит. по: 14 и др.], родильница не относит ощущения от ребенка к своему телесному опыту. Повышенная же связь с ребенком у родильниц с больными детьми присутствует в виде обозначения ощущений от ребенка в своем телесном опыте.

Еще на рубеже XX—XXI веков в медицинских учреждениях преобладал принцип стерильности, предполагающий ограничение допуска родителей в больницу к ребенку. Сейчас понимание того, что пребывание ребенка с матерью создает благоприятную эмоциональную атмосферу для выздоровления ребенка, выходит на первый план. Изменение телесного опыта родильниц с больными детьми путем включения в него ощущений, связанных с ребенком, является фактором, дополнительно показывающим важность совместного пребывания матери и ребенка в больнице. Это можно объяснить тем, что кроме эмоционального дискомфорта у ребенка, возникающего в случае раздельного пребывания его и матери и влияющего на его выздоровление, на психическое состояние ребенка влияет состояние матери. Психическое же состояние матери ухудшается, что связано не только с переживаниями за здоровье ребенка, но и с включенностью ощущений от ребенка в ее телесный опыт, т. е. ощущением временной потери части себя.

Сейчас идея важности совместного пребывания находит все больший отклик, но в связи с изменениями эпидемиологической ситуации принцип стерильности стал снова занимать больше места. Надеемся, что данная работа будет одним из факторов, не позволяющих принципу стерильности перевесить принцип важности эмоциональной связи матери и ребенка.

Выводы

1. Послеродовой период является одним из этапов психосоматического развития женщины с изменениями в содержании, объеме и категориальной структуре телесного опыта.

2. Нормальное или осложненное протекание послеродового периода влияет на специфику телесного опыта.

2.1. Телесный опыт родильниц со здоровыми детьми характеризуется разработанностью, преобладанием количества физических дескрипторов над психическими, неполной дифференцированностью, изменением основного критерия для классификации ощущений (деление по знаку), низкой метафоризацией.

2.2. Телесный опыт родильниц с больными детьми проявляется в повышенной концентрации на ощущениях от ребенка, переживании психического напряжения и тревоги на уровне тела, развитой системе взаимодействия с телесными ощущениями, повышенной разработанности.

3. Результаты усиливают важность совместного пребывания матери и ребенка в послеродовом периоде при помещении ребенка в больницу.

Заключение

Сравнительный анализ телесного опыта женщин, не имеющих детей, и телесного опыта родильниц по-

зволил выделить особенности телесного опыта родильниц, сравнение телесного опыта родильниц со здоровыми и больными детьми выявило особенности родильниц с больными детьми. Одна из важных характеристик телесного опыта родильниц с больными детьми — концентрация на ощущениях от ребенка и их включение женщинами в свой телесный опыт.

Результаты усиливают значимость совместного пребывания матери и ребенка в послеродовом периоде при помещении ребенка в больницу, так как добавляют к фактору важности эмоционального

комфорта ребенка при совместном пребывании с матерью в больнице фактор эмоционального благополучия матери, связанного как с переживаниями за здоровье ребенка, так и с включенностью ощущений от ребенка в ее телесный опыт, т. е. ощущением временной потери части себя при раздельном пребывании с ребенком.

Работа может быть продолжена в направлении исследования других категорий родильниц, других сторон телесного опыта родильниц с больными детьми и т. п.

Литература

1. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека. М.: Изд-во МГУ, 1991. С. 48–58.
2. Васина А.Н. Социальная ситуация развития женщин с лактационными маститами // Культурно-историческая психология. 2008. Том 4. № 3. С. 65–71.
3. Васина А.Н., Николаева В.В. Психологические особенности телесного опыта женщин с маститами в послеродовом периоде [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2011. № 5(19). URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/828> (дата обращения: 18.11.2021).
4. Васина А.Н. Психологические факторы возникновения послеродовых осложнений на примере маститов: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2011. 393 с.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. М.: Медицина, 1998. 740 с.
6. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. М.: Педагогика, 1984.
7. Ефремова О.В. Субъективная семантика интрацепции при ипохондрических синдромах: дисс. ... канд. психол. наук. М. 1990. 311 с.
8. Лукьянов А.В., Баранова О.М. Пол как ценность существования // Философия ценностей, тезисы конференции. Курган, 1998. С. 61–62.
9. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник МГУ. Серия 14: Психология. 1996. № 2. С. 8–17.
10. Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику. М.: Изд-во МГУ, 1983. 175 с.
11. Соколова Е.Т., Дорожевец А.Н. Исследования образа тела в зарубежной психологии // Вестник МГУ. Серия 14: Психология. 1985. № 4. С. 39–49.
12. Стивак Д.Л. Гендерно-специфические измененные состояния сознания // Хрестоматия по перинатальной психологии / Сост. А.Н. Васина. М.: Изд-во УРАО, 2005. С. 208–222.
13. Тищенко П.Д. Психосоматическая проблема // Телесность человека. М.: Изд-во МГУ, 1991. С. 26–35.
14. Филитова Г.Г. Психология материнства. М.: Юрайт, 2020. 214 с.
15. Шмелев А. Г. Введение в экспериментальную психосемантику. М.: Изд-во МГУ, 1983. 158 с.
16. Davis J.H., Brucker M.C., MacMullen N.J. A study of mothers postpartum teaching priorities // Maternal Child Nursing J. 1988. Spr. Vol. 17(1). P. 41–50.
17. Levy G. One woman and the other maternal and feminine: An inquiry // Etudes Psychotherapiques. 1978. Jun. Vol. 9(2). P. 115–119.

References

1. Arina G.A. Psihosomaticheskii simptom kak kulturnyi fenomen [Psychosomatic symptom as a cultural phenomenon]. *Telesnost' cheloveka* [The physicality of a person], Moscow: Publ. of Moscow State University, 1993, pp. 48–58. (In Russ.).
2. Vasina A.N. Sotsial'naya situatsiya razvitiya zhenshchin s laktatsionnymi mastitami [The social situation of development of women with lactation mastitis]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-Historical psychology*, 2008. Vol. 8, no. 3, pp. 65–71. (In Russ.).
3. Vasina A.N., Nikolaeva V.V. Psihologicheskie osobennosti telesnogo opyta zhenshchin v poslerodovom periode [Psychological features of the bodily experience of women with mastitis in the postpartum period]. *Psihologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2011, no. 5(19). Available at: URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/828> (Accessed 18.11.2021). (In Russ.).
4. Vasina A.N. Psihologicheskie faktory vznizhneniya poslerodovykh oslozhneniy: na primere mastitov: Diss. kand. psikhol. nauk. [Psychological factors of postpartum complications: on the example of mastitis: Ph.D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2011. 393 p. (In Russ.).
5. Vane A.M. Vegetativnye rasstroystva [Vegetative disorders]. Moscow: Publ. Medicine, 1998. 740 p. (In Russ.).
6. Vygotskii L.S. Sbranie sochinenii v 6 t. [Collected works in 6 vol.]. Moscow: Publ. Pedagogy, 1984. (In Russ.).
7. Efremova O.V. Sub'ektivnaya semantika intratseptsii pri ipohondricheskikh sindromah: diss. kand. psikhol. nauk [Subjective semantics of intraception in hypochondriac syndromes: Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 1990. 311 p. (In Russ.).
8. Luk'yanov A.V., Baranova O.M. Pol kak tsennost' sushchestvovaniya [Gender as the value of existence]. *Filosofiya tsennostey, tezisy konferentsii* [Philosophy of values, theses of the Russian conference]. Kurgan, 1998, pp. 61–62. (In Russ.).
9. Nikolaeva V.V., Arina G.A. Ot traditsionnoi psihosomatiki k psihologii tselosnosti [From traditional psychosomatics to the psychology of physicality]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya* [Bulletin of Moscow State University. Series 14: Psychology], 1996, no. 2, pp. 8–17. (In Russ.).
10. Petrenko V.F. Vvedenie v eksperimental'nyu psihosemantiku [Introduction to experimental psychosemantics]. Moscow: Publ. of Moscow State University, 1983. 175 p. (In Russ.).
11. Sokolova E.T., Dorozhevets A.N. Issledovaniya obraza tela v zarubezhnoi psihologii [Studies of body image in foreign psychology]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya* [Bulletin of Moscow State University. Series 14: Psychology], 1985, no. 4, pp. 39–49. (In Russ.).

18. Pickens D. S. The cognitive processes of career oriented primiparas in identity reformulation // *Maternal Child Nursing J.* 1982. Fal. Vol. 11(3). P. 135–164.
19. Tkhostov A.Sh. L.S. Vygotsky's ideas in the clinical psychology. *Cultural-Historical Psychology.* 2020. Vol. 16(2). P. 78–88. DOI:10.17759/chp.2020160210
20. Fernandez E. L., Guthrie G.M. Belief systems and breast feeding among Filipino urban poor // *Social Science and Medicine.* 1984. Vol. 19(9). P. 991–995.
12. Spivak D.L. Genderno-spetsificheskie izmenennye sostoyaniya soznaniya [Gender-specific altered states of consciousness]. In Vasina A.N. (comp.), *Hrestomatiya po perinatal'noi psihologii* [Textbook on perinatal psychology]. Moscow: Publ. of University of the Russian Academy of Education, 2005, pp. 208–222. (In Russ.).
13. Tishchenko P.D. Psihosomaticheskaya problema [Psychosomatic problem]. *Telesnost' cheloveka* [The physicality of a person], Moscow: Publ. of Moscow State University, 1991, pp. 26–35. (In Russ.).
14. Filippova G.G. Psihologiya materinstva [Psychology of motherhood]. Moscow: Publ. Yurayt, 2020. 214 p. (In Russ.).
15. Shmelev A.G. Vvedenie v eksperimental'nyu psihosemantiku [Introduction to experimental psychosemantics]. Moscow: Publ. of Moscow State University, 1983. 158 p. (In Russ.).
16. Davis J.H., Brucker M.C., MacMullen N.J. A study of mothers postpartum teaching priorities. *Maternal Child Nursing J.*, 1988. Spr. V. 17(1), pp. 41–50.
17. Levy G. One woman and the other maternal and feminine: An inquiry. *Etudes Psychotherapiques*, 1978. Jun. Vol. 9(2), pp. 115–119.
18. Pickens D.S. The cognitive processes of career oriented primiparas in identity reformulation. *Maternal Child Nursing J.*, 1982. Fal. Vol. 11(3), pp. 135–64.
19. Tkhostov A.Sh. L.S. Vygotsky's ideas in the clinical psychology. *Cultural-Historical Psychology.* 2020. Vol. 16, pp. 78–88. DOI:10.17759/chp.2020160210
20. Fernandez E.L., Guthrie G.M. Belief systems and breast feeding among Filipino urban poor. *Social Science and Medicine*, 1984. Vol. 19(9), pp. 991–995.

Информация об авторах

Александра Николаевна Васина, кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет) (ФГАОУ ВО Первый МГМУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3378-3286>, e-mail: vsnssh2@mail.ru

Information about the authors

Alexandra N. Vasina, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Pedagogy and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3378-3286>, e-mail: vsnssh2@mail.ru

Получена 16.01.2023
Принята в печать 22.06.2023

Received 16.01.2023
Accepted 22.06.2023