Психология развития: Рождение ребенка

Рождение – одно из самых драматичных и значимых событий в жизни ребенка и его родителей. Последние несколько недель беременности характеризуются, как радостным ожиданием (особенно в первый раз), так и опасениями по поводу здоровья новорожденного и физических изменений в теле матери. Хотя оба родителя измучены процессом рождения, большинство из них при первой встрече с ребенком воодушевлены и даже поражены. Один новоиспеченный отец сказал: «Когда я пришел повидаться с женой … то не мог оторвать глаз от ребенка. Я быстро обнял жену и поспешил к малышу. Он действовал на меня словно магнит» (Greenberg & Morris, 1974, p. 524).

Рождение является важным физическим и социальным переходом для младенца, который выходит из теплой, влажной и темной среды *амниотического мешка* в сухую, прохладную, яркую среду внешнего мира, полного изменчивости (свет, предметы, движения, прикосновения, смена голосов и лиц). Еще до рождения, во время беременности, у родителей и ребенка формируются отношения, а после рождения построение этих отношений становится более интенсивным и ускоренным.

Три стадии рождения

Рождение включает в себя ряд изменений в теле матери, которые позволяют ребенку выйти из утробы во внешний мир. Существуют три стадии родового процесса.

Первая стадия родов начинается, когда мать испытывает регулярные сокращения матки, обычно с интервалом в десять-пятнадцать минут, и заканчивается, когда шейка матки расширяется настолько, что позволяет головке младенца опуститься во влагалище. Сокращения матки становятся более интенсивными и частыми по мере прогрессирования родовой деятельности. Эта стадия длится от восьми до четырнадцати часов у первенцев и половину этого времени у более поздних детей.

Второй период родов происходит, когда ребенок опускается по родовым путям и заканчивается рождением. Этот этап обычно длится менее часа.

Третий и последний *этап родов* включает изгнание плаценты и занимает всего несколько минут.

Кесарево сечение

Частота кесарева сечения, при котором ребенка извлекают через разрез в брюшной полости и матке матери, увеличилась с 5 до 25 процентов за последние три десятилетия. Высказывались опасения, что частота кесарева сечения излишне высока и это может иметь непредвиденные долгосрочные неблагоприятные последствия.

Кесарево сечение повышает риск заражения и требует более длительного пребывания женщины в больнице. Кроме того, дети во время родов подвергаются большему воздействию медицинских препаратов, у них чаще возникают проблемы с дыханием, они менее восприимчивы к стимулам и бодрствуют реже, чем другие новорожденные (Trevarthan, 1987). Однако, краткосрочные исследования влияния таких родов на развитие младенцев показывают, что кесарево сечение мало

влияет на когнитивные и неврологические исходы. В долгосрочной перспективе родители могут возлагать более высокие надежды на кесарево сечение (Entwisle & Alexander, 1987).

Хотя ранние отношения матери и ребенка могут быть неблагоприятными, к тому времени, когда детям исполняется год, ситуация меняется в лучшую сторону (Reilly, Entwisle, & Doering, 1987). Одним из преимуществ кесарева сечения является то, что из-за более длительного периода восстановления матери, отцы в первые несколько месяцев более вовлечены в жизнь своих детей, чем отцы, чьи жены прошли через традиционные роды (Pedersen, Zaslow, Cain, & Anderson 1981).

Естественные роды

Роды в относительно изолированной незнакомой обстановке больницы, начались в ответ на рост проблем со здоровьем и детской и материнской смертности, связанный с урбанизацией и индустриализацией в девятнадцатом веке. Недавно был сделан шаг к тому, чтобы сделать беременность и роды более семейными и даже проводить их дома или в более уютных родильных домах. Стандартные роды на дому в присутствии обученного персонала не несут угрозы женщине и ребенку. Однако от 15 до 25 процентов женщин, начавших рожать дома, едут в больницу из-за различных осложнений (Baruffi, 1982).

Отцов поощряют участвовать в подготовке к родам. На курсах их обучают техникам релаксации. Почти все больницы в США допускают отцов в родильное отделение. *Присутствие поддерживающего взрослого снижает частоту проблем и заставляет мать относиться к процессу более позитивно* (Entwisle & Doering, 1981; Lindell, 1988). Для отцов последствия присутствия на родах менее очевидны. По-видимому, все зависит от качества родового опыта и от того, действительно ли отец хотел присутствовать. Хотя присутствие может улучшить качество супружеских отношений, оно не является ни необходимым, ни достаточным для того, чтобы способствовать близости отцов с младенцам (Palkovitz, 1985).

Одна из трудностей интерпретации многих исследований заключается в том, что родители, посещающие занятия по естественным родам и желающие избежать анестезии и родов в больнице, могут иметь очень разные взгляды, характеры и отношения, чем те, кто этого не делает. Именно эти характеристики и отношения, а не условия рождения, могут позже изменить поведение как родителей, так и детей.

Осложнения в родах

Хотя рождение и роды являются обыденными процессами развития человека и в большинстве случаев протекают без длительных неблагоприятных воздействий, иногда они пагубно влияют на младенца. Мальчики чаще, чем девочки рождаются с аномалиями развития. Частично это объясняется ролью половых хромосом (обсудим в следующей главе), а частично - большим размером головы самца и, следовательно, большим давлением на него во время рождения. Большинство младенцев не страдают серьезными нарушениями при рождении. Менее 10 процентов имеют какие-либо аномалии, многие из которых исчезают по мере роста ребенка.

Важными факторы, связанными с отклонениями в развитии и младенческой смертностью, являются *аноксия* (недостаток кислорода в головном мозге), недоношенность и низкая масса тела при рождении. В ранних исследованиях младенец с массой тела менее 5 с половиной фунтов (2,5 кг)

считался недоношенным. Однако, не все исследователи согласны принимать вес в качестве единственного показателя недоношенности. Поэтому в настоящее время рассматриваются такие факторы, как вес по отношению к росту родителя, гестационный возраст, питание матери, а так же различные скелетные, неврологические и биохимические индексы зрелости. (Drilien, 1964; Mitchell & Farr, 1965).

Одним из часто используемых методов оценки состояния новорожденного является шкала Апгар. Через одну и пять минут после рождения акушер или медсестра оценивают частоту сердечных сокращений, дыхательные усилия, рефлекторную возбудимость, мышечный тонус и цвет тела младенца. Каждый из пяти признаков оценивается в 0, 1 или 2 балла. Высокий балл указывает на более благоприятное состояние. Общий балл от 7 до 10 указывает на то, что новорожденный находится в хорошем состоянии, балл ниже 5 указывает на возможные трудности в развитии, а балл 3 и ниже указывает на то, что необходимы неотложные меры, иначе может возникнуть угроза жизни.

ШКАЛА АПГАР

Частота сердцебиения:

0 баллов – отсутствует

1 балл – менее чем 100 ударов в минуту

2 балла – 100-140 ударов в минуту

Дыхательные усилия:

0 баллов – отсутствие дыхания более одной минуты

1 балл – медленное и нерегулярное дыхание

2 балла – хорошее дыхание с нормальным криком

Мышечный тонус:

0 баллов – слабый и вялый

1 балл – не слишком активное сгибание конечностей

2 балла – хорошее сгибание конечностей, активные движения

Рефлекторная реакция:

0 баллов – нет ответа на раздражитель

1 балл – слабые движения на раздражитель

2 балла – энергичный ответ на стимуляцию

Цвет:

0 баллов – тело и конечности имеют синюшный или бледный оттенок

1 балл – тело имеет розовый цвет и голубые конечности

2 балла – тело и конечности имеют розовый цвет

Аноксия

Все младенцы в процессе родов подвергаются некоторой кислородной недостаточности и задержке углекислого газа. Однако, при неосложненных родах со средней продолжительностью (6-10 часов), младенцы получают минимальное вредное воздействие. Материнские аномалии и неблагоприятные условия во время родов и родоразрешения могут способствовать возникновению тяжелой *аноксии*, что приводит к повреждению головного мозга, функциональным дефектам или даже смерти младенца (Stechler & Halton, 1982). Однако, существует предположение, что аноксия является симптомом, а не причиной повреждения головного мозга (Amiel-Tison, 1983). Если у младенца поврежден мозг из-за генетических факторов, либо из-за неблагоприятной пренатальной среды, затрудненное дыхание сразу после рождения может быть лишь одним из следствий неспособности неисправного мозга контролировать множество функций организма.

Продольные исследования (за группой людей наблюдают продолжительное время) показывают, что последствия аноксии меняются или исчезают с возрастом. Общие интеллектуальные и неврологические нарушения со временем уменьшаются. Около 90% чернокожих и 95% белых выживших детей, которые при рождении получили оценку 3 или меньше по шкале Апгар (что свидетельствует о тяжелой аноксии), семь лет спустя продемонстрировали нормальный уровень интеллекта. Кроме того, те дети, которые обнаруживают более поздние отклонения в развитии (отвлекаемость, импульсивность, отсутствие социальной адаптации) могут иметь влияние других факторов (пренатальные и генетические факторы, низкая масса тела при рождении, низкий социально-экономический статус), которые могут быть связаны как с низкой оценкой по шкале Апгар, так и с задержкой развития (Национальные институты здоровья, 1979).

Недоношенность и низкий вес при рождении

С умственной отсталостью связаны, как чрезвычайно низкий, так и чрезвычайно высокий вес при рождении. Изучение данных о детях с низкой массой тела при рождении показывает, что значительное ухудшение IQ происходит только у детей с экстремально низкой массой тела при рождении, то есть менее 3-х с половиной фунтов (1,5 кг) (Kopp, 1983). Когнитивные нарушения, связанные с очень низкой массой тела при рождении, как правило, более устойчивы, чем те, которые связаны с аноксией. Хотя у большинства детей с низким весом при рождении моторное и интеллектуальное развитие к 4-м годам наверстывает упущенное, около 15 процентов детей с весом менее 3 фунтов 5 унций (1500 граммов) и около 30 процентов детей с весом менее 2 кг при рождении, по-прежнему, свидетельствуют о каком-то когнитивном дефиците (Hoy, Bill & Sykes, 1988; Kitchen, Ford, Richards, Lissenden, & Ryan, 1987; Kopp & Kaler, 1989). Проблемы с успеваемостью, гиперактивностью, двигательными навыками, нарушениями речи и слуха чаще возникают у детей с очень низкой массой тела при рождении или у недоношенных. Однако долгосрочные различия у большинства детей невелики (Aylward, Pfeiffer, Wright, & Verholst, 1989).

Было отмечено, что поведение, связанное с недоношенностью и низкой массой тела при рождении, может быть результатом ряда сопутствующих факторов (осложнения родов, ранний период изоляции в инкубаторе, разделение с матерью, неонатальные аномалии, отличные от недоношенности, растерянное поведение родителей в ответ на слабость и малый размер младенцев) (Kopp & Krakow, 1983; Korner, 1989). Кроме того, следует помнить, что многие из детей с экстремально низкой массой тела при рождении не выживали до появления отделений интенсивной терапии со специализированными лечебными процедурами, оборудованием и высококвалифицированным персоналом. Сегодня большое количество тяжелобольных младенцев с очень низкой массой тела при рождении остаются жить. Долгосрочные отклонения в развитии чаще возникают тогда, когда высокие медицинские риски усугубляются неблагоприятными обстоятельствами окружающей среды. Пытаясь определить факторы, которые могут способствовать различиям в развитии между недоношенными или маловесными детьми гестационного возраста и доношенными детьми, давайте рассмотрим ранний опыт этих детей и их родителей. Большинство родителей с нетерпением ждут возможности взять на руки, приласкать и покормить своих младенцев вскоре после рождения и выписаться из больницы в течение трех или четырех дней, чтобы полностью взять на себя заботу о здоровом, энергичном ребенке. В большинстве больниц недоношенного ребенка немедленно забирают у родителей и помещают в изолятор, где его кормят, моют и переодевают через специальное отверстие. Родители, наблюдающие за своими недоношенными детьми через стеклянное смотровое окно в детской, видят крошечное, хрупкое на вид существо. Поскольку младенец еще не полностью развит и у него не сформировался слой подкожно-жировой клетчатки, характерный для доношенных детей, он выглядит худощавым, с морщинистой, прозрачной кожей и непропорционально большой головой. Когда мать уезжает домой, она остается без своего ребенка. Часто младенец несколько недель проводит под наблюдением персонала, пока он или она не станет достаточно зрелым физически, чтобы поехать домой.

Психологов беспокоят два аспекта этих ранних переживаний. Во-первых, недоношенный ребенок в первые недели жизни в изоляторе получает меньше сенсорной и социальной стимуляции и не в том виде, в котором ее получает доношенный ребенок. Во-вторых, раннее разлучение родителя и ребенка может нарушить формирование нежной связи между ними.

В следующий раз мы подробно рассмотрим методы терапии недоношенных детей и их последствия.

Оригинальная статья: E. Mavis Hetherington, Ross D. Parke. Child Psychology. A contemporary viewpoint. Fourth edition, 1993

Автор перевода: Золотухина Мария Сергеевна

Редакторы: Симонов Вячеслав Михайлович, Шипилина Елена Ивановна

Источник изображения: freepik.com

Ключевые слова: детская психология, научная психология, развитие новорожденного, психология новорожденного, кесарево сечение, шкала апгар, естественные роды, недоношенные дети, низкий вес при рождении, аноксия, осложнения в родах.

