

## Социальная ситуация развития женщин с лактационными маститами

А.Н. Васина

соискатель факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, старший преподаватель психологического факультета университета РАО, ММА им. И.М. Сеченова

Целью исследования являлось изучение специфической социальной ситуации развития, лежащей в основе возникновения лактационного мастита. В исследовании приняли участие 50 женщин с маститами и 50 женщин с нормальным протеканием послеродового периода, а также их матери. Для изучения социальной ситуации развития использовались следующие методики: PARI для матерей женщин, находящихся в послеродовом периоде, и самостоятельно разработанная анкета для женщин в послеродовом периоде. Социальная ситуация развития женщин с лактационными маститами отличалась тем, что со стороны их матерей в детстве наблюдалась недостаточность телесного контакта с дочерьми. В послеродовом периоде данных женщин складывалась похожая социальная ситуация развития, для которой характерны недостаточность телесного контакта с собственными матерями и отсутствие поддерживающих отношений как со стороны их матерей, так и со стороны мужей женщин с маститами.

**Ключевые слова:** социальная ситуация развития, лактационный мастит, детство, послеродовой период, телесный контакт, поддерживающие отношения.

В настоящее время в отечественной психологии развивается культурно-исторический подход к изучению онтогенеза телесности, опирающийся на работы Л. С. Выготского [5]. Согласно данному подходу, используемому в работах Г.А. Ариной, В.В. Николаевой, П.Д. Тищенко, А.Ш. Тхостова и других, главный вектор развития телесности совпадает с главной линией развития любой психической функции [1, 2, 8, 11, 12]. Телесность рассматривается как аналог высших психических функций, также обретающий знаково-символический характер и «культурную» форму [1, 2, 12]. Становление телесности в процессе онтогенеза происходит путем преобразования природных телесных функций в общественно-детерминированные действия [2].

В рамках данного подхода психосоматический симптом по своей психологической сути рассматривается как взаимосвязанная и иерархическая система сохраненных, развивающихся либо нарушенных механизмов психологической саморегуляции и опосредствования телесности. Г.А. Арина указывает, что «в основе многих психосоматических симптомов можно обнаружить недооснащенность, недифференцированность системы значений: неразвитые образ тела, категориальные оценочные шкалы интрацепции, сложности перехода от операциональных, предметных значений к более развитым формам — вербальным» [1, с. 55–56]. Возникновению психосоматических симптомов может также способствовать наличие субъективной слитности эмоциональных и телесных процессов, нарушение формирования интрацептивных словарей, относящихся к телесной сфере [7].

Генез психосоматических симптомов детерминирован достигнутым уровнем социализации телеснос-

ти. Структура психосоматических расстройств детерминируется психологическими, социальными и биологическими факторами [8, 10].

Первичные психосоматические симптомы могут иметь два разных источника: первый тип симптома связан с первичными дефектами биодинамической или чувственной ткани, базовой эмоциональной регуляции телесных проявлений. Источником второго типа симптомов является специфическая социальная ситуация развития, ситуация совместно-разделенных телесных действий в диаде мать—дитя [1].

При изучении телесности женщин, у которых в послеродовом периоде возникает лактационный мастит — воспаление молочной железы, было обнаружено [4], что для их телесного опыта характерны более развитая, чем у женщин с нормальным протеканием послеродового периода, система взаимодействия с внутренними, особенно негативными, телесными ощущениями; повышенный уровень метафоризации, внутренней разработанности; сниженный уровень дифференцированности; неинтегрированность; внедрение новых критериев классификации телесных ощущений (связанных с дополнительной мотивационной нагрузкой по отношению к рождению ребенка и к собственному личностному становлению как женщины); повышенная концентрация внимания на груди при отсутствии такой концентрации до беременности и в пубертате; изменение знака восприятия ощущений, имеющих слабо выраженную негативную окраску, на положительный или нейтральный.

Эти характеристики соответствуют особенностям телесного опыта, способствующим возникновению психосоматических симптомов: недифференцированность телесного опыта, нарушение формирования интрацептивных словарей, относящихся к теле-

сней сфере, сложности вербализации при описании телесных ощущений и т. д.

Причем важно отметить, что данные особенности не являются следствием исключительного влияния самого заболевания на телесный опыт, поскольку было показано [4], что телесный опыт женщин с маститами отличается от телесного опыта женщин с нормальным протеканием послеродового периода еще до возникновения заболевания. Это удалось установить путем сплошного тестирования женщин на сроке 3 дня после родов и дальнейшего выделения двух групп женщин: женщин с нормальным протеканием послеродового периода и женщин, у которых в более позднем послеродовом периоде возникает лактационный мастит.

Это позволило предположить, что данное осложнение можно отнести к психосоматическим расстройствам. По типу источников психосоматических симптомов мы отнесли лактационный мастит ко второму типу, поскольку первичные дефекты биодинамической или чувственной ткани и т. д. у данного расстройства хотя и присутствуют, но они минимальны. Например, только 14% женщин с маститами отметили, что у них имелись особенности строения груди, способствующие нарушению становлению грудного вскармливания и процесса лактации (плоские, втянутые и т. п. соски, функциональная неполноценность ареолососковой области, недостаточность железистой ткани и т. д.), у остальных таких первичных дефектов не наблюдалось.

Таким образом, целью исследования стало изучение специфической социальной ситуации развития, лежащей в основе возникновения лактационного мастита.

Лактационный мастит представляет собой воспаление молочной железы. В послеродовом периоде на долю мастита приходится 67% из различных гнойно-септических заболеваний. Частота возникновения послеродового мастита, по данным разных авторов, колеблется от 1,5 до 20% по отношению к числу родов. Лактационный мастит может сопровождаться осложнениями в виде сепсисов, мастопатий и т. д. [6, 13].

## Метод

Для изучения специфической социальной ситуации развития женщин с маститами на сроке 3 дня после родов, т.е. до потенциального времени возникновения маститов, мы исследовали женщин, соответствующих следующим критериям: а) первая беременность; б) естественное родоразрешение; в) замужество; г) возраст от 19 до 30 лет; д) желанный ребенок; е) отсутствие серьезных соматических осложнений и травматических событий в послеродовом периоде. Далее мы отслеживали характер протекания послеродового периода у каждой женщины. Из всех исследованных женщин для сравнительного анализа были отобраны две группы: 50 женщин с нормальным протеканием послеродового периода, т.е. без серьезных соматических осложнений и послеродовой депрессии и нормальным становлением лактации в течение как минимум двух месяцев, и 50 женщин, у которых на протяжении 1,5 месяцев после

родов был мастит. Чаще всего мастит возникал через 1,5–2 недели после родов. При сроке 1,5 месяца после родов эти две группы исследовались повторно. Кроме женщин, находящихся в послеродовом периоде, исследовались матери этих двух групп женщин. Группу матерей женщин с маститами составили 24 женщины, средний возраст —  $50 \pm 5,6$  лет. Группу матерей женщин с нормальным протеканием послеродового периода составили 40 женщин, средний возраст —  $49 \pm 4,8$  лет.

Для изучения социальной ситуации развития использовались следующие методики: PARI для матерей женщин, находящихся в послеродовом периоде, и самостоятельно разработанная анкета для женщин в послеродовом периоде (в дальнейшем для краткости будем писать «анкета»), некоторые вопросы из которой задавались и матерям женщин в послеродовом периоде. При обработке полученных данных использовался статистический критерий Манна–Уитни.

## Результаты

Исследование показало, что социальная ситуация развития женщин с лактационными маститами отличалась в первую очередь тем, что со стороны их матерей в детстве наблюдалась недостаточность телесного контакта с дочерьми, являющаяся определяющей в психологическом риске возникновения мастита.

На вопрос анкеты о том, часто ли целовала, гладила, обнимала Вас ваша мама в детстве, 80% женщин группы «норма» ответили «часто», среди женщин с маститами таких оказалось только 12%. Это различие статистически достоверно.

Следует отметить, что наиболее часто и в большей степени мастит встречается у тех женщин, матери которых ограничивали телесный контакт со своими дочерьми в силу неумения и представления о необходимости ограничения телесного контакта, по сравнению с женщинами, матерям которых не хватало времени на телесный контакт с дочерьми, однако, как показывают нижеприведенные данные, эти причины оказываются связанными между собой. То, что они не часто обнимали, гладили и целовали своих дочерей в детстве, подтвердили и сами матери женщин с маститами. Это отметили 63% матерей женщин с маститами и 28% матерей женщин с нормальным протеканием послеродового периода.

Далее оказалось, что матери женщин с маститами реже купали своих дочерей в детстве. Так, то, что их купали матери, отметили 72% женщин с маститами и 96% женщин с нормальным протеканием послеродового периода. Причем 40% женщин из тех, которых не купали матери в детстве, купали отцы, которым приходилось купать их, так как мамы боялись это делать.

Одинаковое число женщин в группе «норма» и в группе женщин с маститами сказали, что матери шлепали и били их в детстве, однако в группе «норма» матери делали это реже.

Недостаточность и искажение телесного контакта с матерями показывают и ассоциации, которые женщины с маститами одновременно давали на слова «моя мать»

и «телесный опыт». Ассоциации были разделены на те, которые указывают и не указывают на наличие близкого телесного контакта с матерями. Оказалось, что женщины группы «норма» давали ответы, отражающие близкий телесный контакт с матерями. К таким ответам мы отнесли как слова, напрямую отражающие близкий телесный контакт («нежность», «светлая», «поддержка и новизна», «ласкать», «любовь», «святое», «мама как донор» и т. п.), так и слова, отражающие телесный опыт, но не содержащие прямых оценочных компонентов («теперь я мама», «мамино тело», «познание того, что в теле» и т. д.). Последняя группа была причислена к положительным, так как при дальнейшем уточнении данные характеристики всегда назывались положительными. Ассоциации, демонстрирующие близкий телесный контакт с матерями, дали 90% женщин с нормальным протеканием послеродового периода и только 32% женщин с маститами (данные показатели подсчитывались только среди тех женщин, которые дали какие-нибудь ассоциации). Женщины с маститами обнаруживали другой словарь по сравнению со словарем женщин группы «норма». Так, 68% из них называли слова, отражающие недостаточный или навязчивый телесный контакт с матерью: а) слова, напрямую отражающие отсутствие или недостаток телесного опыта с матерью («скрытность», «не совсем откровенный разговор» и т. д.), б) слова, представляющие собой несодержательные ассоциации («круг в круге» и т. д.), в) слова, отражающие слишком тесный, навязчивый, иногда не позволяющий самостоятельно реализовываться телесный контакт, актуализирующийся в экстренных ситуациях («броня», «защита, которая меня окружает», «кокон вокруг меня, который она создает» и т. д.), г) слова, непосредственно отражающие единичный телесный контакт с матерью («мое рождение» и т. п.), д) слова, отражающие представления о полной невозможности телесного контакта с матерью («бред», «ахинея», «чудовищно», «лесбиянство» и т. д.), е) слова, отражающие минимально необходимый телесный контакт («расчесывание», «бантики», «мытье головы» и т. д.). Ассоциации, не демонстрирующие близкий телесный контакт с матерями, дали 10% женщин с нормальным протеканием послеродового периода и 68% женщин с маститами (данные показатели подсчитывались только среди тех женщин, которые дали какие-нибудь ассоциации).

Матери женщин с маститами, в отличие от матерей группы «норма», не беседовали со своими дочерьми на важные для них темы, когда они были в подростковом возрасте, не пытались что-то говорить про изменения, происходящие с ними в этом возрасте, и не обсуждали телесные ощущения и т. д.

Кроме недостаточности телесного контакта социальная ситуация женщин с маститами в детстве характеризовалась и другими особенностями.

Так, на анкетный вопрос: «Кто из родственников Вас воспитывал?» женщины с маститами, в отличие от женщин группы «норма», первой называли не маму, а другого человека: папу (16% и 0%, соответственно), других родственников (28% и 2%, соответственно), няню (12% и 2%, соответственно).

Женщины группы «норма» чаще, чем женщины с маститами, называли свое детство счастливым (100% и 80%) и благоприятным в плане общения с матерью (88% и 56%), чаще полагали, что их воспитание способствовало оптимальному развитию личности (82% и 68%).

Женщины с маститами по сравнению с женщинами группы «норма» чаще утверждали, что в их жизни были периоды, когда они не общались со своими матерями, например, из-за работы, учебы матери в другом городе, незаинтересованности матери в общении с ребенком, из-за желания матери устроить свою личную жизнь в ущерб взаимодействию с ребенком и т. д. (12% и 28%).

Результаты опроса также показали, что матери женщин с маститами гораздо раньше выходили на работу, даже если в этом не было серьезной необходимости (средний срок выхода на работу —  $8,63 \pm 2,3$  месяца) по сравнению с матерями женщин, у которых не было проблем с лактацией (средний срок выхода на работу —  $21,23 \pm 5,6$  месяца).

Женщины с маститами по сравнению с женщинами группы «норма» чаще утвердительно отвечали на вопрос: «Жалеете ли Вы о том, что в детстве родители в Вас что-то не вложили?» (72% и 40%), хотя на вопрос: «Что именно?» не получено статистически значимой разницы между ответами двух категорий женщин. Женщины с маститами по сравнению с женщинами группы «норма» также чаще считали, что в том, что они обладают некоторыми чертами личности, которые им не нравятся, виноваты их родители (44% и 26%), причем среди этих черт они чаще называли такие, как необщительность, замкнутость, неуверенность, закрытость, недоверчивость.

При ответе на вопрос: «Как Вы думаете, почему ваша мать решила родить ребенка, т. е. Вас?» характер ответов двух категорий женщин также различался: женщины с маститами давали формулировки, отражающие незрелое решение («папа захотел», «так принято», «никто об этом не думает», «забеременела», «замуж вышла», «возраст подошел», «побоялась делать аборт» и т. д.), в то время как женщины группы «норма» давали формулировки, отражающие представление о зрелом решении, выражающееся в слове «хотела».

Женщинам группы «норма» в отличие от женщин с маститами все нравилось в том, как их воспитывала мама. Женщины с маститами по сравнению с женщинами группы «норма» чаще утверждали, что им ничего не нравилось в том, как их воспитывала мама (16% и 0%), чаще называли такие характеристики, как свобода, демократичность, самостоятельность (48% и 8%), тогда как в норме эти характеристики являются естественными и фоновыми и специально не актуализируются, а также часто давали ответ «не били», который в норме не встречается совсем (16% и 0%), что говорит о том, что за недостаточностью положительных характеристик отсутствие отрицательных приобретает положительную окраску. Из того, что им не нравилось в воспитании матерью, они чаще называли отсутствие доверительных отношений (36% и 16%), обилие критики, недостаточное количество положительных слов в их адрес (12% и

4%), жесткость, авторитаризм, строгость (40% и 6% женщин соответственно), недостаточный уровень внимания, уделяемого воспитанию женских качеств (24% и 0%). Причем характеристик, которые женщинам с маститами в их воспитании не нравились, называется больше, чем тех, которые им нравились, тогда как для женщин группы «норма» было характерно обратное отношение (у 68% и у 34%).

Женщины группы «норма» по сравнению с женщинами с маститами чаще считали, что воспитание, которое осуществляли по отношению к ним родители, было оптимальным (92% и 56%).

На женщин с маститами в детстве родители ругались чаще и раздражались на них чаще, чем на женщин группы «норма» (у 36% и у 14%).

Интересные результаты были получены и по другой методике на определение воспитательных тенденций — методике PARI, по которой тестировались матери женщин в послеродовом периоде (см. таблицу).

У матерей женщин с маститами наблюдаются отклонения от нормативных показателей по многим шкалам, но в основном в отдельном блоке «отношение к семейной роли». Так, для них характерны повышенные относительно нормативных параметров показатели по шкалам «ограниченность интересов женщины рамками семьи», «семейные конфликты», «невключенность в дела семьи мужа».

Выраженные отклонения показателей женщин с маститами наблюдаются и в группе «излишняя концентрация на ребенке» блока «отношение родителей к ребенку». Для них характерны повышенные относительно нормативных параметров показатели по шкалам «установление отношений зависимости», «создание безопасности», «подавление агрессивности», «подавление сексуальности», «чрезмерное вмешательство в мир ребенка», «стремление ускорить развитие ребенка». По другим группам данного блока отклонения получены по одиночным шкалам: в группе «излишняя эмоциональная дистанция с ребенком» повышены показатели по шкале «уклонение от контакта с ребенком», в группе «оптимальный эмоциональный контакт с ребенком» повышены показатели по шкале «уравнительные отношения между родителем и ребенком».

Таким образом, анкета для женщин в послеродовом периоде и методика PARI показали, что для социальной ситуации развития женщин с маститами в детстве характерны нарушение отношения к семейной роли, излишняя концентрация на ребенке и наличие излишней эмоциональной дистанции с ребенком.

Безусловно, в отличие от недостаточности телесного контакта указанные отклонения не могут непосредственно способствовать нарушенному телесному развитию женщин, поскольку они не касаются совместно-разделенных телесных действий в диаде мать-дитя. Однако связь некоторых шкал данных блоков с нарушенным развитием телесности проследить можно. Например, шкала «уклонение от контакта с ребенком» включает в себя, в том числе, и уклонение от телесного контакта с ребенком. Результаты по шкале «подавление сексуальности», по которой наблюдается максимальная разница

в результатах матерей женщин с маститами и женщин с нормальным протеканием послеродового периода, составляют  $6,75 \pm 1,7/3,8 \pm 1,4$  стена соответственно. Это также свидетельствует о том, что телесные взаимоотношения с матерью у женщин с маститами нарушены; в частности, это проявляется в отсутствии словесных поощрений телесных проявлений дочери и т. п. Если понимать телесный контакт в широком смысле слова как взаимоотношение с телесными проявлениями, то такое непринятие матерью телесности дочери также можно отнести к недостаточности телесного контакта.

Такое нарушение телесных взаимоотношений с матерью в детстве создает предпосылки для нарушенного развития телесности во взрослом возрасте. Однако исследования, проведенные в последние годы [3], свидетельствуют о том, что непосредственным фактором влияния на появление психосоматического симптома может быть социальная ситуация развития, складывающаяся на этапе его возникновения. В большинстве случаев социальная ситуация развития на момент потенциального возникновения заболевания имеет много общего с той, какой она была в детстве. Однако в части случаев людям удается преодолеть негативные влияния социальной ситуации развития, которая складывалась у них в детском возрасте. Таким образом, специфическая социальная ситуация развития, создающая предпосылки для нарушения онтогенеза телесности, повторяясь на этапе возникновения заболевания, закрепляет и усугубляет нарушения в телесном развитии, не позволяя справляться с уже имеющимися указанными предпосылками.

Непосредственным фактором влияния на возникновение лактационного мастита является специфическая социальная ситуация развития, складывающаяся в послеродовом периоде данных женщин. Для нее характерны восприятие бабушкой (матерью женщины с маститом) ухода за ребенком как бремени, вследствие чего молодая мать лишена ее поддержки в послеродовом периоде. То, что их матери воспринимают уход за ребенком как бремя, отметили 64% женщин с маститами и 32% женщин группы «норма».

Отсутствие поддержки со стороны матерей женщин с маститами проявилось и в других аспектах. Так, матери женщин группы «норма», в отличие от матерей женщин с маститами, делились со своими дочерьми собственным родительским и послеродовым опытом. Это отметили 92% женщин группы «норма» и 44% женщин с маститами. Матери женщин группы «норма» чаще матерей женщин с маститами подсказывали своим дочерям, как надо обращаться с ребенком в послеродовом периоде. Это указали 86% женщин группы «норма» и 56% женщин с маститами. Матери женщин группы «норма», в отличие от матерей женщин с маститами, рассказывали о том, как у них проходил этот период. Это отметили 88% группы «норма» и 36% женщин с маститами.

Матери женщин группы «норма» по сравнению с матерями женщин с маститами не просто помогают своим дочерям, а делают это часто. Это отметили 78% женщин группы «норма» и 38% женщин с маститами. Женщины группы «норма», в отличие от женщин с

## Результаты теста PARI для матерей разных категорий женщин (стены)

Категория женщин Шкала	Расшифровка названия	Матери здоровых женщин	Матери женщин с маститами
1	Побуждение словесных проявлений*	5,75 ± 1,2	7,33 ± 0,9
2	Чрезмерная забота, установление отношений зависимости*	5,1 ± 1,3	5,83 ± 1,1
3	Ограниченность интересов женщины рамками семьи*	4,6 ± 1,4	5,33 ± 1,1
4	Преодоление сопротивления, подавление воли	6,0 ± 1	5,42 ± 1,4
5	Ощущение самопожертвования в роли матери	5,1 ± 1,8	5,33 ± 1,6
6	Создание безопасности, опасение обидеть*	5,0 ± 1,4	6,33 ± 1,5
7	Семейные конфликты*	4,2 ± 1,3	5,08 ± 1,3
8	Раздражительность, вспыльчивость	5,6 ± 1,6	5,5 ± 1,8
9	Суровость, излишняя строгость	5,7 ± 1,4	6,25 ± 1
10	Исключение внесемейных влияний	4,4 ± 1,3	4,25 ± 0,7
11	Сверхавторитет родителей	6,2 ± 1,6	6,64 ± 0,9
12	Подавление агрессивности*	3,85 ± 0,9	4,92 ± 2
13	Неудовлетворенность ролью хозяйки дома	6,1 ± 1,7	6,73 ± 1,7
14	Партнерские отношения*	5,25 ± 1,1	6,25 ± 1,3
15	Развитие активности ребенка	5,9 ± 1,6	5,25 ± 1,2
16	Уклонение от контакта с ребенком*	4,7 ± 1,9	5,75 ± 1
17	»Безучастность» мужа, его невключенность в дела семьи*	3,5 ± 1	4,42 ± 1,8
18	Подавление сексуальности*	3,8 ± 1,4	6,75 ± 1,7
19	Доминирование матери	5,9 ± 1,5	6,33 ± 1,7
20	Чрезмерное вмешательство в мир ребенка*	3,8 ± 1,1	4,5 ± 1,5
21	Уравнительные отношения между родителями и ребенком*	3,6 ± 0,8	5,67 ± 1,6
22	Стремление ускорить развитие ребенка*	3,7 ± 1	5,5 ± 1,8
23	Зависимость и несамостоятельность матери	6,15 ± 1,5	5,67 ± 2

Примечание. Знаком «\*» обозначена статистическая достоверность,  $p < 0,05$ .

маститам, получают поддержку от своих матерей в послеродовом периоде. Это отметили 82% женщин группы «норма» и 36% женщин с маститами.

Матери женщин группы «норма» по сравнению с матерями женщин с маститами чаще назывались в качестве основного источника знаний о новорожденном (у 40% и у 24%). Относительно последнего параметра также можно отметить, что в ответе на вопрос: «Откуда Вы знаете, как надо обращаться с новорожденным?» женщины с маститами по сравнению с женщи-

нами группы «норма» чаще давали ответы «папа» или «родители», а не отдельный ответ — «мама» (8% и 0%), а также — ответ «из собственного опыта» (24% и 0%).

Такое же отсутствие поддерживающих отношений наблюдается и со стороны мужей женщин с маститами, с которыми они не умеют выстраивать зрелые отношения, заключающиеся в том числе в разделении с партнером ответственности за все значимые семейные события. Так, мужья женщин группы «норма» по сравнению с мужьями женщин с маститами

тами часто помогают своим женам. Это отметили 80% женщин группы «норма» по сравнению с 38% женщин с маститами. Мужья женщин с маститами считают, что воспитание ребенка — это сугубо женское дело. Это подтвердили 68% женщин с маститами и 28% женщин группы «норма».

Как следствие, молодая мать, с одной стороны, не имеет подсказок и помощи в заботе о своих телесных проявлениях. На вопрос о том, давали ли их матери советы по уходу за собой в послеродовом периоде, ответили утвердительно 80% женщин группы «норма» и только 48% женщин с маститами. С другой стороны, отсутствие поддерживающих отношений приводит к тому, что у молодой матери не остается времени на уход за собственным организмом. Эти факторы, в свою очередь, являются основой для возникновения лактационного мастита.

Далее следует отметить, что неумение матерей женщин с лактационными маститами осуществлять телесный контакт со своими дочерьми проявляется и в послеродовом периоде: им и во взрослой жизни тяжело их обнять и т. п. То, что им сложно обнимать своих матерей во взрослой жизни, отметили 44% женщин с маститами и 26% женщин группы «норма». Исследователями показано [9], что перинатальный период является кризисным периодом жизни женщины, в котором актуализируются и проявляются сложившиеся ранее детско-родительские отношения. Тем самым актуализируются и закрепляются представления, ощущения и т. д., связанные с нарушением материнских телесных проявлений. Поскольку грудь является органом, символизирующим материнские телесные проявления, представления о нарушенных материнских телесных проявлениях создают психологическую почву для возникновения нарушений, связанных с грудью, как правило, в послеродовом периоде — для возникновения лактационного мастита.

Мы предполагаем, что основным механизмом, связывающим возникновение мастита и отсутствие телесного контакта со стороны матери, может быть следующий: вследствие того, что мать по разным причинам ограничивает свой телесный контакт с дочерью, происходит нарушение презентации материнского тела в сознании дочери, что отражается на презентации в сознании дочери ее собственного тела. *Такую нарушенную презентацию в сознании можно образно выразить фразой: «Материнского тела нет».* В дальнейшем, когда женщина сама становится матерью, это нарушение презентации может привести к тому, что у женщины возникает мастит, т. е. заболевание груди, которое чревато ее ампутацией. В этом и заключается реализация данной нарушенной презентации в сознании, так как именно грудь рассматривается как атрибут материнского тела. Можно сделать вывод, что для нормального протекания послеродового периода необходим телесный контакт именно матерей с дочерьми, а не других людей, поскольку многие женщины с маститами отмечали, что у них были прекрасные телесные контакты с отцами, причем даже чаще, чем в норме, а также — с бабушками, нянями и т. д.

Другим психологическим фактором кроме социальной ситуации развития, создающим психологический риск для возникновения лактационного мастита, является отсутствие практики заботы о себе. Наличие этого фактора могут способствовать рассмотренные выше недостаточность телесного контакта и заботы об организме дочерей со стороны их матерей в детстве. Отсутствие практики заботы о себе приводит к недостаточной заботе о собственных телесных проявлениях в послеродовом периоде, что также создает почву для возникновения мастита.

Безусловно, кроме психологических факторов на возникновение лактационного мастита влияют физиологические факторы, однако и они опосредованы психологическими факторами, в частности недостаточной заботой женщины о собственных телесных проявлениях в послеродовом периоде.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы: социальная ситуация развития женщин с лактационными маститами отличается тем, что со стороны их матерей в детстве наблюдалась недостаточность телесного контакта с дочерьми; в послеродовом периоде у данных женщин складывается похожая социальная ситуация развития; кроме недостаточности телесного контакта с собственными матерями, для нее характерно отсутствие поддерживающих отношений как со стороны их матерей, так и со стороны мужей женщин с маститами. Таким образом, исследование показало, что специфическая социальная ситуация развития повышает психологический риск возникновения лактационного мастита в послеродовом периоде.

Полученные данные предполагают, что непосредственная психокоррекционная работа с матерями и мужьями женщин с повышенным риском возникновения лактационного мастита должна быть направлена на осознание ими значимости поддержки молодой матери в послеродовом периоде (в том числе в области заботы об организме) и на формирование умения такую поддержку оказывать. По-видимому, психологическая работа с женщинами с риском возникновения маститов должна быть направлена на развитие умений осуществлять телесный контакт с матерью. Чтобы в послеродовом периоде женщина могла сосредоточиться непосредственно на потребностях ребенка, желательно проводить такую психокоррекционную работу до появления ребенка. Также необходимо отметить, что усилия специалистов должны быть направлены и на формирование культуры телесных взаимоотношений в семье в детстве.

В заключение важно подчеркнуть, что поскольку, как уже было отмечено, социальная ситуация развития не является единственным психологическим фактором, способствующим возникновению мастита, перспективой данного направления исследования может быть подробное исследование других психологических факторов, повышающих риск появления данного осложнения, а также — изучение влияния лактационного мастита на психологические особенности женщины.

### Литература

1. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1993.
2. Арина Г.А., Николаева В.В. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа // Психология телесности между душой и телом / Ред. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М., 2005.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., 1999.
4. Васина А.Н. Психологические факторы лактационных маститов / Современная психология: от теории к практике: Материалы XV Международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2008», секция «Психология». М., 2008. Ч. 2.
5. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. М., 1984.
6. Герасимович Г.И., Аристова Т.М., Лесюк К.А. Опыт работы по профилактике гнойно-септических заболеваний родильниц и новорожденных // Акушерство и гинекология. 1978. № 4.

7. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при психосоматических расстройствах в детском возрасте // Биехвиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под ред. Ю.С. Шевченко. СПб., 2003.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
9. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной // Хрестоматия по перинатальной психологии / Сост. А.Н. Васина. М., 2005.
10. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
11. Тищенко П.Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991.
12. Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре ВКБ: Дис. ... д-ра психол. наук. М., 1991.
13. Marshall B.R., Hepper J.K., Zirbel C.C. Sporadic puerperal mastitis. An infection that need not interrupt lactation // The Journal of the American Medical Association. 1975. Vol. 233 (13).

## Social situation of development of women with lactational mastitis

A.N. Vasina

fellow, Department of Psychology, M.V. Lomonosov Moscow State University; senior lecturer, Department of Psychology, University of Russian Academy of Education, I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The aim of the research was to study specific social situation of development that was a basis for lactational mastitis appearance. Sample consisted of 50 women with mastitis and 50 women with normal progress of puerperal period, as well as of their mothers. Social situation of development was studied with: PARI for mothers, women who are in puerperal period and authors' own questionnaire for women in puerperal period. Social situation of development of women with lactational mastitis differed: there was a body contact deficit from their mothers' side in childhood. In such women's puerperal period a similar situation of social development was arising: deficit of body contact with their mothers and absence of supportive relationships from their mothers' as well as husbands.

**Key words:** social situation of development, lactational mastitis, childhood, puerperal period, body contact, supportive relationships.

### References

1. Arina G.A. Psihosomaticheskiy simptom kak fenomen kul'tury // Telesnost' cheloveka: Mezhdisciplinarnye issledovaniya. M., 1993.
2. Arina G.A., Nikolaeva V.V. Psihologiya telesnosti: metodologicheskie principy i etapy kliniko-psihologicheskogo analiza // Psihologiya telesnosti mezhdushoi i telom / Red. V.P. Zinchenko, T.S. Levi. M., 2005.
3. Broitigam V., Kristian P., Rad M. Psihosomaticheskaya medicina. M., 1999.
4. Vasina A.N. Psihologicheskie faktory laktatsionnykh mastitov / Sovremennaya psihologiya: ot teorii k praktike. Materialy XV Mezhdunarodnoi konferentsii studentov, aspirantov i molodykh uchenykh «Lomonosov-2008», sekcija «Psihologiya». M., 2008. Ch. 2.
5. Vygotskiy L.S. Sbranie sochinenii: V 6 t. M., 1984.
6. Gerasimovich G.I., Aristova T.M., Lesyuk K.A. Opyt raboty po profilaktike gnoino-septicheskikh zabolevaniy roditel'nic i novorozhdennykh // Akusherstvo i ginekologiya. 1978. № 4.

7. Goryacheva T.G., Sultanova A.S. Sensomotornaya korrekciya pri psihosomaticheskikh rasstroistvakh v detskom vozraste // Bihevioral'no-kognitivnaya psihoterapiya detei i podrostkov / Pod red. Yu.S. Shevchenko. SPb., 2003.
8. Nikolaeva V.V. Vliyanie hronicheskoi bolezni na psihiku. M., 1987.
9. Painz D. Bessoznatel'noe ispol'zovanie svoego tela zhen-shinoi // Hrestomatiya po perinatal'noi psihologii / Sost. A.N. Vasina. M., 2005.
10. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pogranychnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolevaniyah. M., 1995.
11. Tishenko P.D. Psihosomaticheskaya problema (ob'ektivnyi metod i kul'turologicheskaya interpretaciya) // Telesnost' cheloveka: mezhdisciplinarnye issledovaniya. M., 1991.
12. Thostov A.Sh. Intratshepciya v strukture VKB: Dis. ... d-ra psihol. nauk. M., 1991.
13. Marshall B.R., Hepper J.K., Zirbel C.C. Sporadic puerperal mastitis. An infection that need not interrupt lactation // The Journal of the American Medical Association. 1975. Vol. 233 (13).