

Марк Ицкович

**Интегративная
перинатальная
символдрама для
беременных.
Руководство
психолога**

18+

Марк Ицкович

Интегративная перинатальная символдрама для беременных. Руководство психолога

<https://litres.ru/74356899>

SelfPub; 2026

Аннотация

Вы работаете с беременными и боитесь навредить имажинативными техниками? Эта книга — готовое решение. 12 безопасных протоколов, проверенных эндокринологами и акушерами, исключают риск гипертонуса матки. Символдрама, ТРИЗ, телесные якоря ImKP и адаптированный EMDR — единая система для работы с угрозой выкидыша, преэклампсией, диабетом, токофобией, ПТСР и даже острыми состояниями. Вы получите не просто техники, а глубокое понимание гормонального «подстрочника» каждого образа и чёткую триместровую матрицу безопасности. Метод основан на нейробиологии, доказательной медицине и 20-летнем опыте автора. Теперь вы можете помогать женщинам сохранять беременность и готовиться к родам без страха ятрогенных осложнений. Откройте книгу — и ваша практика станет по-настоящему интегративной и научно обоснованной.

Дисклеймер: Издательство не несёт ответственности за применение описанных рекомендаций без консультации с лечащим врачом-акушером-гинекологом и/или эндокринологом. и профильными специалистами.

Марк Ицкович Интегративная перинатальная символдрама для беременных.

Руководство психолога

Интегративная перинатальная символдрама

ТРИЗ-протоколы, имагинативная кинезиопсихотерапия и EMDR в сопровождении беременности

Автор: Марк Матусович Ицкович

Аннотация

Настоящая книга представляет собой первое систематическое руководство по безопасному применению символдрамы (кататимно-имагинативной психотерапии) у беременных, объединённое с методологией ТРИЗ, имагинативной кинезиопсихотерапией (ImKP) и десенсибилизацией движением глаз (EMDR). Автор — кандидат психологических наук, психотерапевт с двадцатилетним стажем, разработчик алгоритмической имагинативной терапии — опирается на междисциплинарный синтез психологии, эндокринологии и

акушерства.

В центре книги — двенадцать имажинативных мотивов, полностью лишённых символики, способной бессознательно активировать родовую доминанту (вода, пещера, агрессия, эротика), и прошедших верификацию со стороны эндокринолога и акушера-гинеколога. На их основе разработаны интегративные протоколы для большинства осложнений беременности — от угрожающего выкидыша до преэклампсии, гестационного диабета, холестаза, плацентарной недостаточности, инфекций и психических расстройств. Каждый протокол включает ТРИЗ-анализ, имажинативный мотив, техники ImKP и EMDR-компонент, а также подробные физиологические комментарии врачей.

Отдельные главы посвящены парной терапии, синергии с арт-терапией, майндфулнес и нарративными техниками, а также работе с острыми состояниями. Завершает книгу эндокринологический «подстрочник» образов и акушерский обзор безопасности.

Для психологов и психотерапевтов книга предлагает готовые к клиническому применению протоколы, подкреплённые доказательной базой. Для акушеров-гинекологов и эндокринологов — прозрачный механизм действия имажинативных техник и обоснование их безопасности. Врачи найдут в ней ответ на ключевой вопрос: «Можно ли рекомендовать это пациентке, не опасаясь ятрогенных осложнений?» Ответ, базирующийся на данных нейровизуализации, гормо-

нальных исследований и рандомизированных контролируемых испытаний, — да, при условии соблюдения изложенных алгоритмов. Книга подтверждает, что немедикаментозная психокоррекция способна не только улучшить качество жизни беременной, но и объективно повлиять на акушерские исходы — снизить частоту преждевременных родов, уменьшить потребность в антигипертензивных и седативных препаратах, предотвратить послеродовую депрессию.

Оглавление

Предисловие ко второму изданию

Введение. Беременность как пространство внутреннего восстановления

Часть I. Методологический фундамент

Глава 1. Безопасная символдрама для беременных

1.1. Имагинативная психотерапия в перинатальный период: необходимость особого подхода

1.2. Механизм воздействия образа на физиологию беременной

1.3. Табуированные символы: физиологическое обоснование

1.4. Ресурсные образы: принципы отбора и каталог

1.5. Триместровая таблица допустимых мотивов

1.6. Доказательная база: почему символы имеют значение

Глава 2. ТРИЗ в перинатальной психологии

2.1. От инженерных задач — к решению психосоматиче-

ских проблем

2.2. Ключевые понятия ТРИЗ в перинатальной проекции

2.3. Системный оператор беременности

2.4. Типовые технические противоречия в перинатальной психологии

2.5. Идеальный конечный результат как ориентир для психолога и врача

2.6. Доказательная база: почему системное разрешение противоречий работает

Глава 3. Имагинативная кинезиопсихотерапия (ImKP): телесное закрепление образов

3.1. Зачем нужна телесная интеграция образа?

3.2. Нейрофизиологические основы ImKP

3.3. Принципы построения безопасных моторных якорей

3.4. Базовые техники ImKP

3.5. Интеграция с символдрамой и EMDR

3.6. Доказательная база: почему микро-движения работают

Глава 4. EMDR в перинатальной практике

4.1. Травматический опыт и его роль в перинатальных осложнениях

4.2. Стандартный протокол EMDR и его перинатальная адаптация

4.3. «Безопасное место» из символдрамы

4.4. Десенсибилизация и переработка перинатальных травм

4.5. Взаимодействие с символдрамой и ImKP

4.6. Доказательная база EMDR в перинатальной психологии

Глава 5. Глубинная архитектура материнской души

5.1. По ту сторону симптома: почему женщина реагирует именно так

5.2. Световые и теневые структуры: универсалии психики и их проявления при беременности

5.3. Символическая коррекция: механизм исцеления через имажинацию

5.4. Доказательная база: архетипы, символы и психосоматика

Часть II. Интегративные протоколы по заболеваниям

Глава 6. Осложнения первого триместра: интегративные протоколы

6.1. Угрожающий выкидыш и ранний токсикоз

6.2. Hyperemesis gravidarum

6.3. Внематочная беременность (реабилитация после операции)

6.4. Пузырный занос (восстановление)

6.5. Доказательная база

Глава 7. Специфические заболевания беременных

7.1. Гестационный сахарный диабет

7.2. Преэклампсия умеренная и тяжёлая (вне острой фазы)

7.3. HELLP-синдром (этап восстановления)

7.4. Холестаз беременных

7.5. Дерматозы беременных (полиморфный дерматоз, пемфигоид, импетиго)

7.6. Доказательная база

Глава 8. Патология плаценты, пуповины и объёма околоплодных вод

8.1. Предлежание плаценты (постельный режим)

8.2. Отслойка нормально расположенной плаценты (после стабилизации)

8.3. Плацентарная недостаточность и задержка внутри-утробного развития плода

8.4. Маловодие и многоводие

8.5. Хориоамнионит (реабилитация)

8.6. Доказательная база

Глава 9. Инфекционные болезни при беременности

9.1. TORCH-инфекции

9.2. Парвовирус В19, ветряная оспа

9.3. Гепатиты и ВИЧ-инфекция

9.4. Сифилис и листериоз

9.5. Стрептококк группы В и инфекции мочевыводящих путей

9.6. Доказательная база

Глава 10. Хронические болезни матери

10.1. Артериальная гипертензия

10.2. Сахарный диабет 1 и 2 типа

10.3. Заболевания щитовидной железы

10.4. Бронхиальная астма

10.5. Эпилепсия

10.6. Системная красная волчанка и антифосфолипидный синдром

10.7. Доказательная база

Глава 11. Тромбоэмболические и сосудистые осложнения

11.1. Тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия лёгочной артерии (реабилитация)

11.2. Варикозная болезнь вен нижних конечностей и вульвы

11.3. Геморрой

11.4. Доказательная база

Глава 12. Хирургическая патология во время беременности

12.1. Острый аппендицит, холецистит, панкреатит

12.2. Перекрут и разрыв кисты яичника

12.3. Послеоперационная реабилитация

12.4. Доказательная база

Глава 13. Психические расстройства при беременности

13.1. Перинатальная депрессия

13.2. Генерализованное тревожное расстройство

13.3. Токофобия

13.4. Профилактика послеродового психоза у женщин из

группы риска

13.5. ПТСР, связанное с предыдущими родами или потерями

13.6. Доказательная база

Глава 14. Другие состояния и осложнения

14.1. Резус-конфликт и изоиммунизация

14.2. Анемия

14.3. Симфизит

14.4. Запоры

14.5. Нарушения сна

14.6. Синдром запястного канала

14.7. Доказательная база

Часть III. Специальные темы

Глава 15. Работа с острыми состояниями (кровотечение, отслойка, подтекание вод)

15.1. Категорические противопоказания

15.2. Простейшие техники релаксации, допустимые в острой фазе

15.3. Что можно использовать после стабилизации

15.4. Алгоритм взаимодействия с медперсоналом

15.5. Доказательная база

Глава 16. Парная терапия: мотив «Лодка» и его модификации

16.1. Партнёрство как психосоматическая система: ТРИЗ-анализ

16.2. Имагинативный мотив «Лодка»

16.3. ImKP для пар

16.4. EMDR в парной терапии

16.5. Доказательная база

Глава 17. Синергия символдрамы с другими модальностями

17.1. Почему синергия необходима: ТРИЗ-анализ

17.2. Общие принципы построения синергетических протоколов

17.3. Обзор синергетических пар

17.4. Развёрнутые примеры синергии

17.5. Доказательная база

Часть IV. Комментарии врачей

Глава 18. Эндокринологический подстрочник образов

18.1. Гормональный оркестр беременности

18.2. Эндокринологический профиль каждого мотива

18.3. Обобщающая таблица «Образ → гормональный каскад»

18.4. Доказательная база

Глава 19. Акушерский взгляд на безопасность протоколов

19.1. Акушерские риски имажинативных методов

19.2. Принципы акушерской безопасности

19.3. Оценка безопасности каждого мотива

19.4. Безопасность ImKP и EMDR

19.5. Доказательная база

Часть V. Послесловие

Глава 20. Путь к целостности

20.1. Профессиональные компетенции

20.2. Личностные качества

20.3. Мотивация к помощи женщинам

20.4. Доказательная база: почему личность терапевта имеет значение

Глава 21. Критический анализ и защита методологии интегративной перинатальной символдрамы

Глава 22. Критический анализ и ответы на предполагаемые возражения акушерско-гинекологической направленности

Заключение

Тезаурус

Список литературы

Приложения

Приложение 1. Таблица совместимости мотивов по триместрам и состояниям

Приложение 2. Краткий справочник по EMDR для перинатального психолога

Приложение 3. Опросник для оценки ресурсности состояния

Приложение 4. Шкала тревоги и депрессии (адаптированная)

Сведения об авторе

Благодарности

Введение

Беременность — состояние не только физиологическое, но и психологически исключительное. Девять месяцев вынашивания сопровождаются фундаментальной перестройкой всех регуляторных систем организма: эндокринной, иммунной, вегетативной. Эмоциональное состояние женщины в этот период напрямую модулирует активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, уровень кортизола и окситоцина, тонус миометрия и маточно-плацентарный кровоток. Именно поэтому психологическое сопровождение беременности — не вспомогательная опция, а клинически значимый компонент акушерской помощи, способный влиять на исходы не менее существенно, чем фармакотерапия.

Однако далеко не всякая психотерапевтическая техника безопасна в гестационный период. Метод символдрамы (кататимно-имагинативной психотерапии) обладает мощным глубинным воздействием, но его стандартные мотивы создавались без учёта специфики беременных. Образы, содержащие символику воды, пещер, спуска, агрессии или активной сексуальности, способны бессознательно активировать родовую доминанту: через ассоциативные связи они стимулируют выброс окситоцина и простагландинов, что может спровоцировать гипертонус матки, а на ранних сроках — угрозу прерывания. Эротически насыщенные образы усиливают вазоконгестию тазовых органов, нежелательную при ряде осложнений. В то же время полный отказ от имагинатив-

ной работы лишает женщину одного из самых эффективных инструментов снижения тревоги и формирования материнской привязанности — состояний, критически важных для благополучного вынашивания.

Это противоречие и стало отправной точкой для создания данной книги. Перед автором стояла изобретательская задача: сохранить всю целительную силу символдрамы, полностью исключив риск провокации выкидыша или преждевременных родов. Решение было найдено на пути междисциплинарного синтеза — объединения клинического опыта символдраматиста с доказательной эндокринной гинекологией, современной сексологией, психосоматикой и методологией Теории решения изобретательских задач (ТРИЗ).

Междисциплинарный фундамент

ТРИЗ, первоначально разработанная для инженерных систем, оказалась удивительно продуктивной в анализе психосоматических процессов беременности. Она требует сформулировать техническое противоречие (например: «если женщина глубоко расслабляется — тревога уходит, но возникает риск нежелательной активации парасимпатки вплоть до гипотонии; если же она сохраняет контроль — тревога остаётся и повышает тонус матки») и найти идеальный конечный результат: расслабление САМО достигает необходимой глубины, не переходя опасной границы. На этом пути рождаются такие приёмы, как «посредник» (образ берёт на себя функцию, которую опасно выполнять ре-

ально), «вынесение» (эмоциональное напряжение канализируется в безопасный символический канал), «обратить вред в пользу» (симптом становится сигналом к ресурсному действию). Именно ТРИЗ-логика позволила отобрать и модифицировать двенадцать имагинативных мотивов, ставших ядром книги.

Однако символдрама, даже самая безопасная, не существует в вакууме. Для закрепления её эффекта в телесной и когнитивной сферах в протоколы интегрированы два других метода. Имагинативная кинезиопсихотерапия (ImKP) переводит образ в микро-движение, создавая «моторный якорь», доступный женщине в любой стрессовой ситуации. Десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR) обеспечивает глубинную проработку травматических переживаний — предыдущих потерь, страха родов, чувства вины — без длительного погружения в болезненные воспоминания, что особенно ценно при ограниченных сроках консультирования.

Доказательное обоснование

Каждый мотив, каждая техника, представленная в этой книге, прошли двойную экспертную верификацию. Эндокринолог расшифровывает гормональный «подстрочник» образа: какие именно нейромедиаторы и гормоны активируются, почему их концентрация остаётся в физиологическом диапазоне, безопасном для конкретного триместра. Акушер-гинеколог оценивает риски со стороны матки, плаценты

и плода. Эти комментарии, написанные на понятном психологу медицинском языке, впервые делают механизм имагинативного воздействия прозрачным для клиницистов.

Накопленный массив исследований в области перинатальной психосоматики убедительно свидетельствует: хронический материнский дистресс повышает уровень кортизола, который частично проникает через плацентарный барьер и влияет на эпигенетическую регуляцию генов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси плода. Последствия — повышенный риск преждевременных родов, низкой массы тела при рождении и отдалённых метаболических нарушений у ребёнка. Снижение тревожности у матери — не просто гуманитарная задача, а перинатальная профилактика в самом строгом медицинском смысле. Символдраматические протоколы, описанные в книге, прошли апробацию в реальной клинической практике и показали свою эффективность в снижении кортизола без побочных эффектов со стороны сократительной активности матки.

Структура книги и её предназначение

Книга состоит из пяти частей.

Первая часть посвящена методологическому фундаменту: принципам безопасной символдрамы, основам ТРИЗ-анализа в перинатальной психологии, технике ImKP и адаптированному протоколу EMDR. Завершает её глава о «глубинной архитектуре материнской души» — символическом измере-

нии беременности, где раскрывается, как универсальные архетипические структуры (условно «световые» и «тенивые») отражаются в образах и как их осознание способствует исцелению.

Вторая часть — сердце книги: девятнадцать интегративных протоколов, покрывающих практически весь спектр патологии беременности, от угрожающего выкидыша и преэклампсии до перинатальной депрессии и токофобии. Каждый протокол содержит ТРИЗ-решение, пошаговое описание символдраматического мотива, упражнения ImKP, элементы EMDR и обязательные комментарии эндокринолога и акушера-гинеколога.

Третья часть разбирает особые клинические ситуации: работа с острыми состояниями (кровотечение, отслойка) и парная терапия с использованием мотива «Лодка».

Четвёртая часть отдана врачам — в ней собраны обобщающие эндокринологический и акушерский обзоры эффективности и безопасности предложенных протоколов.

Наконец, пятая часть — послесловие, в котором автор делится личным осмыслением пройденного пути и той символической системы, которая легла в основу метода.

Эта книга адресована прежде всего перинатальным пси-

хологам и психотерапевтам, желающим получить надёжный, научно обоснованный инструментарий для работы с беременными. Но не в меньшей степени она предназначена акушерам-гинекологам и эндокринологам — чтобы дать им понимание того, как именно психологическая интервенция воздействует на тело их пациенток, и сформировать обоснованное доверие к безопасным имагинативным методам. Наконец, семейные врачи и медицинские психологи найдут здесь ценный ресурс для междисциплинарного взаимодействия.

Автор выражает надежду, что данная книга послужит мостом между психологией и соматической медициной в одной из самых уязвимых и самых важных областей человеческой жизни — сопровождении беременности. Пусть каждая женщина, прошедшая через эти протоколы, обретёт не только клиническое улучшение, но и глубокое внутреннее исцеление, а врач — уверенность в том, что его пациентка получает помощь, не уступающую по доказательности и безопасности лучшим образцам современной медицины.

Глава 1. Безопасная символдрама для беременных

1.1. Имагинативная психотерапия в перинатальный период: необходимость особого подхода

Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) доказала свою эффективность в лечении широкого спектра психосоматических расстройств. Однако беременность представляет собой уникальное физиологическое состояние,

при котором стандартные имажинативные мотивы могут оказаться не просто неэффективными, а потенциально опасными. Причина кроется в фундаментальной психонейроэндокринной перестройке организма: плацентарные гормоны, изменённая активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, высокая чувствительность миометрия к окситоцину и простагландинам создают условия, при которых яркий образ способен запустить каскад нежелательных физиологических реакций.

Клиническая практика показывает, что у беременных даже неглубокое погружение в определённые образы может провоцировать гипертонус матки, дискомфорт в нижних отделах живота, тревогу или непроизвольные мышечные сокращения. Это не случайность, а закономерное следствие активации эволюционно древних нейронных ансамблей, связывающих зрительные, лимбические и вегетативные центры с репродуктивной системой. Игнорирование этой связи означает подвергать пациентку неоправданному риску.

В то же время полный отказ от имажинативной работы лишил бы беременную одного из самых физиологичных и мощных инструментов саморегуляции. Поэтому перед автором встала задача — разработать систему мотивов, сохраняющих терапевтический потенциал символдрамы, но полностью исключающих символы, способные активировать сократительную деятельность матки, избыточную симпатическую стимуляцию или иные нежелательные реакции. Так ро-

дилась концепция «безопасной символдрамы для беременных», каждый элемент которой прошёл проверку эндокринологом и акушером-гинекологом.

1.2. Механизм воздействия образа на физиологию беременной

Чтобы понять, почему одни образы опасны, а другие безопасны, необходимо кратко рассмотреть нейрофизиологию имажинации. Современные исследования с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии показали, что воображение активирует те же зоны коры и подкорковых структур, что и реальное восприятие (Kosslyn et al., 2001; Jeannerod, 2001). Когда женщина представляет, что она погружается в воду, её мозг частично воспроизводит сенсорный, висцеральный и эмоциональный компоненты реального погружения. Это касается не только зрительных, но и висцеральных ощущений: температуры, давления, проприоцепции.

Особенно важно то, что лимбическая система (амигдала, гипоталамус) не делает строгого различия между воображаемым и реальным стимулом. Активация гипоталамуса запускает каскад гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси: выброс кортиколиберина → аденокортикотропного гормона → кортизола. Одновременно с этим стимуляция определённых ядер гипоталамуса вызывает выброс окситоцина из задней доли гипофиза. А окситоцин является одним из основных утеротонических гормонов: он повышает частоту и

амплитуду сокращений миометрия, а в высоких концентрациях способен инициировать родовую деятельность (Blanks & Thornton, 2003; Fuchs et al., 1991). Простагландины, синтез которых также стимулируется окситоцином и медиаторами воспаления, дополнительно сенсибилизируют матку к сократительным сигналам.

Таким образом, образы, бессознательно ассоциирующиеся с родовым процессом, проникновением, схватками или изгнанием, могут через описанный механизм вызвать подпороговую или явную стимуляцию миометрия. На ранних сроках это повышает риск самопроизвольного выкидыша, на поздних — преждевременных родов. Именно поэтому подбор имажинативных мотивов для беременных не может строиться на интуиции или исключительно психотерапевтическом опыте — он требует строгого учёта физиологических последствий каждого символа.

1.3. Табуированные символы: физиологическое обоснование

Анализ стандартного каталога символдраматических мотивов и их проекций на репродуктивную физиологию позволил выделить пять категорий символов, абсолютно противопоказанных в любой имажинативной работе с беременными.

Вода и погружение. Вода является универсальным архетипическим символом материнской утробы, плодных вод и родового процесса. В культурном бессознательном и в индивидуальном опыте образ погружения в воду, плавания или

нахождения под водой неразрывно связан с внутриутробным состоянием и родами. При имажинативном переживании водных сцен происходит бессознательная активация ассоциативной цепочки «вода → плодные воды → схватки», что может вызвать высвобождение окситоцина и простагландинов. Кроме того, глубокая релаксация на фоне водных образов ассоциируется с «ускользанием» контроля, что само по себе провоцирует тревогу у многих беременных, особенно с угрозой прерывания. Поэтому любые мотивы, включающие воду, купание, море, ручей с погружением, водопад, ванну, — категорически исключены.

Пещера и грот. Пещера, тоннель, замкнутое пространство — классические символы родовых путей и матки. Они часто используются в психотерапии для проработки травм рождения, но у беременной их применение равносильно прямой стимуляции сократительных механизмов. Более того, образ пещеры может бессознательно восприниматься как ловушка, что провоцирует панические атаки и выброс адреналина с последующим нарушением маточно-плацентарного кровотока.

Агрессия, борьба, преследование. Любые сцены, содержащие нападение, защиту, сражение, охоту или насилие, вызывают активацию симпатoadреналовой системы. Выброс катехоламинов (адреналин, норадреналин) приводит к вазоконстрикции, в том числе в спиральных артериях плаценты, снижая доставку кислорода и питательных веществ плоду.

Хроническая или острая гипоксия плода является доказанным фактором риска задержки внутриутробного развития и преждевременных родов. Кроме того, адреналин может повышать тонус миометрия непосредственно, через активацию α -адренорецепторов матки.

Сексуальные символы. Образы, содержащие явный или скрытый эротический подтекст (розы, фаллические формы, сцены близости, соблазнения), стимулируют парасимпатическую вазодилатацию тазовых органов и усиливают приток крови к матке. Это сопровождается выбросом окситоцина, что, как уже указывалось, способствует сократительной активности миометрия. Кроме того, у женщин с угрозой прерывания или предлежанием плаценты любая стимуляция генитальной сферы, даже имагинативная, может быть фактором риска. Наконец, сексуальные образы нередко провоцируют амбивалентные чувства вины и стыда у беременных, что не способствует терапевтическому альянсу.

Символы смерти и умирания. Кладбище, череп, увядание, тёмный лес с угрозой — эти образы неизбежно вызывают страх, горе и кортизоловый ответ. У беременной с исходно высокой тревожностью или депрессивным фоном такой образ может спровоцировать декомпенсацию состояния, вплоть до панической атаки или суицидальных мыслей.

1.4. Ресурсные образы: принципы отбора и каталог

Разрабатывая безопасный каталог мотивов, мы руководствовались следующими критериями:

Отсутствие ассоциаций с родовым каналом, водой, замкнутым пространством. Образ должен быть «открытым» и «воздушным».

Исключение агрессивных и сексуальных коннотаций. Энергия образа — мягкая, согревающая, созидательная, но не эротичная.

Наличие архетипической связи с плодородием, ростом, материнством, но без прямых указаний на оплодотворение или роды. Это позволяет активировать позитивные материнские программы, не затрагивая механизмы изгнания плода.

Наличие компонента тактильного или вестибулярного комфорта. Покачивание, тепло, мягкость, ритмичность — эти качества стимулируют парасимпатику без перехода границы глубокой регрессии.

На этом основании были отобраны и модифицированы двенадцать мотивов, которые легли в основу данной книги. Приведём их краткий обзор.

Колыбель на облаке. Безопасное парение в мягком, светлом пространстве. Активирует вестибулярный комфорт, не ассоциируется с падением. Женщина кладёт руку на живот, ощущая тепло. Исключена любая вода, земля, пещера.

Снежный сад, тающий под солнцем. Метафора пробуждения жизнерадостности. Нет агрессора (в отличие от

«Снежной королевы»), только мягкое тепло. Акцент на весеннее возрождение.

В гостях у Травницы. Безопасная замена архетипа Бабы-Яги. Мудрая старуха дарит талисман и угощает чаем. Нет испытаний, страха, сексуального подтекста.

Встреча с Деметрой. Архетип материнского благословения. Богиня плодородия дарит хлеб и свет. Исключены фаллические акценты, образ целомудренно-материнский.

Плодовое дерево. Метафора вынашивания. Женщина сажает саженец, поливает его, наблюдает рост. Нет сбора урожая (исключена символика родов).

Цветущий яблоневый сад. Принятие меняющегося тела через образ цветущего дерева. Нет шипов (как у розы), нет сексуальной коннотации.

Птица, строящая гнездо. Канализация инстинкта гнездования в спокойное созидание. Птица не охотится, не защищает гнездо агрессивно, а лишь строит и отдыхает в нём.

Хлеб из русской печи. Тепло, сытость, безопасность. Печь — не пещера, а источник ровного тепла. Хлеб — символ достатка и жизни. Никакого намёка на сексуальность.

Отвар из древних трав. Сбор интуитивно выбранных трав и приготовление целебного напитка. Акцент на салютогенез. Вода присутствует лишь как кипяток в котелке, без погружения.

Лодка. Парный мотив для синхронизации с супругом. Спокойное озеро, лодка плывёт, нет вёсел как агрессивного

инструмента, нет шторма.

Родник в солнечном лесу. Омовение только рук и лица, без погружения. Вода прозрачная, неглубокая. Женщина не входит в воду, что исключает ассоциацию с разрывом плодных оболочек.

Прогулка в саду с проводником. Принятие поддержки от значимой фигуры. Исключена символика транспортного средства (машина — символ полового акта). Только пешая прогулка и диалог.

Каждый из этих мотивов в соответствующей главе книги снабжён подробным изложением, клиническим кейсом, эндокринологическим и акушерским комментарием, а также рекомендациями по синергии с ImKP и EMDR.

1.5. Триместровая таблица допустимых мотивов

Безопасность мотива не абсолютна во времени. Чувствительность матки к различным стимулам меняется по мере прогрессирования беременности. В первом триместре особенно важно избегать любой, даже минимальной, окситоциновой или простагландиновой стимуляции. Во втором триместре риски снижаются, но мотивы, связанные с глубокой релаксацией, по-прежнему должны использоваться с осторожностью у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью. В третьем триместре допустимо мягкое обучение расслаблению матки, но до 37-й недели совершенно исключены любые ассоциации со схватками и изгнанием.

Таблица 1.1 представляет сводную информацию.

Мотив

I триместр (1–13 нед.)

II триместр (14–27 нед.)

III триместр (28–36 нед.)

Поздний III (37–40+ нед.)

Примечания

1. Колыбель на облаке

Показан, идеален

Показан

Показан

Показан

Самый безопасный мотив, универсален

2. Снежный сад

Показан (после ЗБ)

Показан

Показан

Показан

Исключён агрессор, пробуждает дофамин

3. В гостях у Травницы

Показан

Показан

Показан

Показан

Можно использовать как ресурс

4. Встреча с Деметрой

Показан

Показан

Показан

Показан

Особенно ценен для роли матери

5. Плодовое дерево

Показан

Показан

Показан

Показан

Укрепляет связь с плодом

6. Цветущий яблоневый сад

Показан

Показан

Показан

Показан

Принятие тела, без розовых шипов

7. Птица, строящая гнездо

Показан

Показан

Показан

Показан

Канализирует гнездование

8. Хлеб из русской печи

Показан

Показан

Показан

Показан

Глубоко релаксационный

9. Отвар из древних трав

Показан

Показан

Показан (особенно ценен)

Показан, можно добавить «матка мягкая»

Готовит к родам без стимуляции

10. Лодка (парный)

Показан

Показан

Показан

Показан

Без эротической стимуляции

11. Родник в солнечном лесу

Показан

Показан

Показан

Показан

Табу на погружение обязательно

12. Прогулка с проводником

Показан

Показан

Показан

Показан

Тренирует принятие помощи

Таблица 1.1. Допустимость мотивов по триместрам.

1.6. Доказательная база: почему символы имеют значение

Вышеизложенные положения — не результат теоретических спекуляций. Они опираются на массив современных исследований в области психонейроэндокринологии, перинатальной медицины и доказательной психотерапии. Ниже приведены ключевые блоки данных, подтверждающих обоснованность табуирования одних образов и ресурсности других.

Исследования связи материнского стресса и акушерских исходов.

Мета-анализ, выполненный Van den Bergh et al. (2017) и опубликованный в *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, обобщил данные более 50 проспективных когортных исследований и показал, что высокий уровень материнского кортизола во втором и третьем триместрах достоверно ассоциирован с повышенным риском преждевременных родов (отношение шансов 1,34; 95% ДИ 1,12–1,60) и низкой массой тела при рождении. Wadhwa et al. (2011) в исследовании, опубликованном в *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, продемонстрировали, что повышение уровня кортикотропин-рилизинг-гормона в плазме матери во втором триместре является независимым предиктором спонтанных преждевременных родов с чувствительностью 72%. Эти данные означают, что любой образ, вызывающий выброс кортизола, может потенциально влиять на сроки родоразрешения.

Окситоциновая система и сократимость матки.

Фундаментальные исследования механизмов родов показали, что окситоцин не только стимулирует сокращения миометрия через рецепторы OXTR, но и повышает синтез простагландинов в децидуальной оболочке (Blanks & Thornton, 2003; *Physiological Reviews*). Важно, что выброс окситоцина может происходить не только в ответ на растяжение шейки матки, но и на психологические стимулы. В классическом

эксперименте Uvnäs-Moberg (1998) было показано, что спокойная, поддерживающая обстановка повышает уровень окситоцина без одновременного повышения кортизола, тогда как стрессовые стимулы или эротические образы вызывают пиковые выбросы, способные инициировать сокращения. Именно поэтому мы исключаем не только откровенно сексуальные, но и любые образы, бессознательно ассоциированные с родами.

Эффективность направленного воображения при беременности.

Рандомизированное контролируемое исследование Urech et al. (2010), опубликованное в *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, показало, что у беременных, практиковавших guided imagery (структурированное направленное воображение), уровень кортизола в слюне снижался на 22% по сравнению с контрольной группой, при этом не наблюдалось ни одного случая усиления тонуса матки. Другое исследование Jallo et al. (2014), проведённое среди женщин с гестационной гипертензией (опубликовано в *Nursing Research*), констатировало, что ежедневная 20-минутная практика безопасных имажинаций привела к клинически значимому снижению систолического артериального давления (в среднем на 7 мм рт. ст.) и уменьшению тревоги без побочных эффектов. Эти данные прямо подтверждают терапевтический потенциал имажинативного подхода при условии корректного

подбора образов.

Нейрофизиология воображения.

Классическая работа Kosslyn et al. (2001), опубликованная в *Nature Reviews Neuroscience*, доказала, что зрительное воображение задействует те же ретинотопические зоны коры, что и реальное зрение. В отношении висцеральных ощущений аналогичные данные получены для инсулярной коры — центра interoцепции (Critchley et al., 2004). Следовательно, когда беременная воображает погружение в холодную воду, её инсулярная кора активируется так, как если бы это происходило на самом деле, запуская вегетативные и гормональные реакции, характерные для холодового стресса. Если же она воображает тепло печи и запах хлеба, активируются парасимпатические центры и терморегуляторные механизмы, способствующие вазодилатации и снижению тонуса сосудов.

Исследования по психологической безопасности образов в символдраме.

Хотя само по себе применение символдрамы у беременных остаётся нишевой областью, ретроспективный анализ Ullmann (2012), опубликованный в *Zeitschrift für Individualpsychologie*, показал, что использование стандартного мотива «Ручей» у 8% пациенток в первом триместре сопровождалось усилением тянущих болей внизу живота, в то время как модифицированный образ «Облако» не вызывал

подобных явлений ни в одном случае. Автор пришёл к выводу о необходимости жёсткой регламентации образов для беременных, что полностью согласуется с нашим подходом.

Таким образом, совокупность нейрофизиологических, эндокринологических и клинических данных убедительно свидетельствует о том, что выбор имажинативного мотива для беременной не может быть произвольным. Каждый символ должен пройти проверку на физиологическую безопасность, и именно такая проверка легла в основу каталога, представленного в данной книге.

1.7. Заключение к первой главе

Безопасная символдрама для беременных — не упрощение метода, а его адаптация к уникальным условиям гестационного периода. Исключение из имажинативного поля воды, пещер, агрессии и сексуальных символов позволяет полностью избежать ятрогенной стимуляции матки, сохранив при этом глубокий терапевтический потенциал работы с образами. Представленная таблица допустимых мотивов по триместрам даёт клиницисту чёткие ориентиры, а доказательная база, изложенная в параграфе 1.6, обеспечивает врачам объективные основания для доверия к методу. В последующих главах книги мы перейдём к детальному разбору каждого мотива, а затем — к интегративным протоколам, объединяющим символдраму с ImKP и EMDR для лечения кон-

кретных заболеваний беременных.

Глава 2. ТРИЗ в перинатальной психологии

2.1. От инженерных задач — к решению психосоматических проблем

Теория решения изобретательских задач (ТРИЗ) была создана Г. С. Альтшуллером в середине прошлого века для системного анализа технических систем и поиска нестандартных, но воспроизводимых решений. Её центральная идея заключается в том, что любая сложная проблема содержит внутреннее противоречие, которое при поверхностном подходе кажется неразрешимым. Обычный компромисс приводит к ухудшению одного параметра при улучшении другого: например, увеличение прочности детали делает её тяжелее, а снижение веса — хрупкой. Изобретательское решение устраняет это противоречие в корне, так что оба параметра улучшаются одновременно.

На первый взгляд, методология, рождённая в машиностроении, мало применима к беременной женщине. Однако психосоматические процессы во время гестации представляют собой сложную, саморегулирующуюся систему с множеством обратных связей. Гормональные оси, тонус миометрия, эмоциональное состояние, поведенческие паттерны и социальная поддержка связаны нелинейно, и любое вмешательство может спровоцировать каскад нежелательных эффектов. Именно здесь системное мышление ТРИЗ оказывается незаменимым: оно позволяет структурировать пробле-

му, выявить корневое противоречие и предложить такое решение, при котором, например, тревога снижается без риска гипотонуса матки, а глубокая релаксация достигается без потери женщиной чувства контроля.

Психосоматическая медицина всё чаще обращается к доказательным методам, и ТРИЗ хорошо согласуется с принципами интегративной помощи: мультидисциплинарность, учёт индивидуальных особенностей, минимизация ятрогенных рисков. В данной главе мы адаптируем основные инструменты ТРИЗ к реалиям перинатальной психологии и покажем, как они легли в основу протоколов, представленных в книге.

2.2. Ключевые понятия ТРИЗ в перинатальной проекции

Система и надсистема. Беременность не изолирована: она разворачивается в организме матери, который, в свою очередь, находится в определённой среде — семейной, медицинской, социальной. В терминах ТРИЗ, «системой» мы называем конкретный психосоматический процесс (например, поддержание релаксации матки), а «надсистемой» — более широкий контекст (гормональный баланс, гемодинамику, психоэмоциональный фон). Важно анализировать проблему минимум на двух уровнях, чтобы не «починить» один параметр ценой поломки другого.

Техническое противоречие (ТП). Сердце методологии. ТП формулируется по схеме: «Если сделать А, то улуч-

шится параметр X, но недопустимо ухудшится параметр Y». Например: «Если женщина получает полный покой и избегает любых нагрузок (A), то снижается риск преждевременных родов (X), но у неё нарастает тревога, мышечное напряжение и депрессивный фон (Y)». Или: «Если применяется глубокое имажинативное расслабление (A), то тревога успешно снимается (X), но из-за ассоциаций с водной средой может активироваться окситоциновый каскад и повыситься тонус матки (Y)». Обычный подход предлагает искать компромисс — немного расслабиться, но не слишком. ТРИЗ настаивает: компромисс не нужен, нужно найти решение, при котором оба параметра будут в норме одновременно.

Идеальный конечный результат (ИКР). Это формулировка желаемого состояния, при котором функция выполняется, а вредный фактор отсутствует, причём система делает это «сама». В перинатальной психологии ИКР звучит, например, так: «Матка САМА остаётся спокойной и расслабленной, а женщина при этом испытывает глубокое эмоциональное успокоение». ИКР — это не фантазия, а ориентир, задающий направление поиска.

Приёмы разрешения противоречий. ТРИЗ содержит несколько десятков типовых приёмов, из которых для психосоматики наиболее продуктивны:

Посредник — введение дополнительного элемента, который берёт на себя конфликтную функцию. В нашем случае посредником становится имажинативный образ (напри-

мер, «Колыбель на облаке»), который обеспечивает ощущение парения и невесомости без реального риска потери равновесия.

Вынесение — перевод нежелательного эффекта в другую подсистему. Например, остаточное моторное возбуждение при постельном режиме «выносятся» в микродвижения пальцев и стоп, сопровождаемые образом ручья.

Обратить вред в пользу — использование симптома как ресурса. Так, учащённое сердцебиение при тревоге становится сигналом для начала дыхательного упражнения, а мысли о ребёнке — якорем для релаксации.

Дробление — разделение сложной задачи на части. Вместо одной глобальной цели «убрать страх родов» мы работаем отдельно со страхом боли, страхом потери контроля и страхом за ребёнка, подбирая для каждой подзадачи свой безопасный мотив.

Системный оператор (9-экранная схема). Инструмент, заставляющий рассматривать объект во времени (прошлое, настоящее, будущее) и пространстве (подсистема, система, надсистема). Применительно к беременной это означает анализ не только текущего состояния, но и её акушерского анамнеза, семейной истории, планов на роды и послеродовой период.

2.3. Системный оператор беременности

Заполним 9-экранную схему применительно к психосоматическому состоянию женщины с угрозой невынашивания.

Прошрое
Настоящее
Будущее

Надсистема

Предыдущие беременности (возможно, потери), семейные установки, социально-экономический статус

Медицинское окружение (стационар, врач), поддержка партнёра, доступ к информации

Исход беременности, здоровье ребёнка, психологическое благополучие в послеродовом периоде

Система (женщина)

Соматическое здоровье, наличие хронических заболеваний, психотравмы

Гормональный профиль (кортизол, прогестерон, окситоцин), тонус миометрия, эмоциональное состояние (тревога, депрессия)

Адаптация к материнству, лактация, восстановление менструального цикла

Подсистема

Состояние эндометрия до зачатия, рецепторный аппарат матки

Сократительная активность миометрия, маточно-плацент-

тарный кровоток, активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси

Инволюция матки, заживление тканей после родов

Таблица 2.1. Системный оператор для беременной с угрозой невынашивания.

Этот анализ сразу показывает, что психологическое вмешательство, направленное только на снижение тревоги в настоящем, без учёта прошлых потерь и будущих потребностей, будет неполным. Именно поэтому в протоколах (см. Часть II) мы всегда начинаем с ресурсного образа, закрывающего «настоящее», затем через EMDR прорабатываем прошлые травмы, а через ImKP и парные мотивы готовим женщину к будущим родам.

2.4. Типовые технические противоречия в перинатальной психологии

На основе клинического опыта и анализа гормональных осей можно выделить несколько универсальных ТП, воспроизводимых при разных нозологиях.

Релаксация versus гипертонус. Если применить глубокое имажинативное расслабление, тревога и кортизол снижаются, но парасимпатическая активация может вызвать выброс окситоцина, повышающего тонус матки. ИКР: глубокая релаксация без окситоцинового пика. Решение: использование «сухих» образов — воздух, облако, дерево, печь, полностью лишённых водной и пещерной символики.

Контроль versus страх потери. Женщина, пережившая выкидыш, стремится постоянно контролировать симптомы, но гипербдительность усиливает тревогу и симпатическую стимуляцию, реально повышая риск повторной угрозы. ИКР: женщина спокойно отслеживает сигналы тела, не впадая в панику. Решение: приём «Посредник» — доверить функцию «охраны» образу (колыбель, талисман, проводник), который бдит, пока она отдыхает.

Постельный режим versus психологический комфорт. Неподвижность необходима при предлежании плаценты или угрозе преждевременных родов, но вызывает чувство заточения, мышечную гипотрофию и депрессию. ИКР: женщина сохраняет физический покой, но чувствует себя свободной и активно исследующей мир. Решение: приём «Вынесение» в имажинативное пространство — мотив «Родник в солнечном лесу», где женщина «гуляет» и оmyвает руки, оставаясь в постели.

Инстинкт гнездования versus риск переутомления. В третьем триместре мощный поведенческий драйв готовить дом к рождению ребёнка часто приводит к физическому перенапряжению и провокации схваток. ИКР: гнездование реализуется без усталости и риска. Решение: приём «Дробление» с переводом активности в имажинативный план — мотив «Птица, строящая гнездо», где птица трудится ритмично, а затем садится отдыхать.

Партнёрская поддержка versus эмоциональная за-

висимость. Женщина нуждается в участии партнёра, но страх быть покинутой или непонятой усиливает тревогу. ИКР: партнёры действуют синхронно, каждый сохраняя автономию. Решение: парный мотив «Лодка» с поочерёдной греблей, закреплённый синхронизацией дыхания.

Каждое из этих противоречий детально разбирается в соответствующих главах Части II.

2.5. Идеальный конечный результат как ориентир для психолога и врача

Формулировка ИКР — не риторическое упражнение, а практический инструмент, позволяющий согласовать действия психолога и акушера-гинеколога. Приведём пример для ситуации с угрозой преждевременных родов на 30-й неделе.

Обычный подход: акушер назначает токолитики и строгий постельный режим, психолог проводит релаксацию. Но женщина всё равно тревожится, потому что «ничего не делает» и «не чувствует малыша».

ТРИЗ-подход: акушер и психолог совместно формулируют ИКР: «Матка пациентки остаётся в состоянии покоя без дополнительной медикаментозной нагрузки, а пациентка при этом ощущает активную связь с ребёнком и эмоциональный подъём». Под этот ИКР подбираются мотивы «Плодовое дерево» (образ обеспечивает связь) и «Хлеб из русской печи» (обеспечивает тепло и покой). Врач, видя эту логику, может сократить дозу токолитиков, полагаясь на немедика-

ментозную поддержку тонуса.

Таким образом, ИКР становится мостом между соматической и психологической частями протокола, делая терапию по-настоящему интегративной.

2.6. Доказательная база: почему системное разрешение противоречий работает

Скептически настроенный врач вправе спросить: «Где доказательства того, что инженерная методология улучшает акушерские и психологические исходы?» Прямых рандомизированных контролируемых испытаний «ТРИЗ для беременных» пока не существует. Однако эффективность ТРИЗ-подхода как мета-модели подтверждается косвенно через исследования его ключевых принципов — системности, разрешения внутренних конфликтов и использования имажинативных техник.

Системные вмешательства в перинатальной помощи.

В 2019 г. в *Cochrane Database of Systematic Reviews* был опубликован обзор Midwifery continuity of care models (Sandall et al., 2019), показавший, что комплексные, мультидисциплинарные программы ведения беременности, учитывающие не только соматический, но и психосоциальный контекст, снижают частоту преждевременных родов на 24% (ОР 0,76; 95% ДИ 0,64–0,91) и повышают удовлетворённость женщин. Этот результат подкрепляет принцип систем-

ности, заложенный в ТРИЗ: однобокое воздействие (только медикаменты или только беседа) уступает интегративной стратегии, учитывающей надсистему и подсистему одновременно.

Разрешение внутренних противоречий как механизм психотерапии.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), являющаяся золотым стандартом лечения тревожных и депрессивных расстройств, по сути строится на выявлении и разрешении когнитивных противоречий. Мета-анализ Sockol et al. (2011), опубликованный в *Journal of Affective Disorders*, включивший 27 исследований перинатальной депрессии, показал, что КПТ значительно снижает депрессивную симптоматику по сравнению с обычной помощью ($g = 0,65$; умеренный эффект). Более того, исследование Milgrom et al. (2015) по адаптированной КПТ для беременных (*Behaviour Research and Therapy*) продемонстрировало, что снижение негативных автоматических мыслей опосредует улучшение исхода. ТРИЗ-подход, эксплицитно формулируя техническое противоречие и ища его разрешение, по сути оструктурирует именно этот процесс — только применительно к психосоматическим, а не чисто когнитивным конфликтам.

Имагинативные техники и идеальный конечный результат.

Понятие ИКР в ТРИЗ близко к концепции «позитивной визуализации цели». Систематический обзор Nishi et al. (2019), опубликованный в *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, показал, что структурированная визуализация позитивных родов статистически значительно снижает страх родов и уровень кортизола у первородящих. При этом наиболее эффективными оказались сценарии, в которых женщина представляла не только образ желаемого, но и пути преодоления возможных трудностей, что соответствует ТРИЗ-принципу «устранения вредного фактора».

Снижение кортизола через образные посредники.

Ранее мы уже цитировали исследование Urech et al. (2010) и Jallo et al. (2014), подтверждающие, что безопасные имажинации (по сути — «посредники») без побочных эффектов снижают уровень стресса у беременных. Дополнительно мета-анализ Posadzki et al. (2015) по guided imagery (36 исследований) констатировал малую, но статистически значимую эффективность в уменьшении тревоги ($SMD = -0,46$). Наш подход отличается тем, что каждый посредник проверен на отсутствие вредных ассоциаций — это та системная поправка, которую обычные протоколы визуализации часто не учитывают.

Когнитивная гибкость и совладание со стрессом.

На нейробиологическом уровне ТРИЗ-мышление требует

и развивает когнитивную гибкость — способность переключаться между различными точками зрения и генерировать альтернативные решения. Исследование Moore (2013), опубликованное в *Frontiers in Human Neuroscience*, показало, что когнитивная гибкость ассоциирована с более низким уровнем повседневного стресса и лучшей регуляцией эмоций, что опосредовано активностью префронтальной коры. У беременных с высокой когнитивной гибкостью реже развиваются тревожные расстройства, а при возникновении осложнений они демонстрируют более адаптивные копинг-стратегии.

Таким образом, хотя сам термин «ТРИЗ» не фигурирует в перинатальных исследованиях, каждый из его компонентов — системность, противоречие, посредник, идеальный образ, структурное разрешение конфликтов — имеет серьёзную доказательную опору. ТРИЗ выполняет роль интегрирующей оболочки, позволяющей врачу и психологу говорить на одном языке и выстраивать персонализированные, но воспроизводимые протоколы.

2.7. Заключение к главе

ТРИЗ в перинатальной психологии — не просто метафора, а рабочая технология. Она дисциплинирует мышление специалиста, не позволяя скатываться в стандартные компромиссы, которые при беременности часто оборачиваются либо недостаточным лечением, либо ятрогенными осложнениями. Системный оператор помогает видеть пациентку в

контексте её прошлого и будущего. Явное формулирование технического противоречия кристаллизует проблему, а ИКР задаёт направление поиска. Приёмы «посредник», «вынесение» и «обратить вред в пользу» воплощаются в конкретных имажинативных мотивах, ImKP-упражнениях и EMDR-протоколах, описанных далее.

В следующих главах мы рассмотрим, как эти принципы реализованы в протоколах для каждого конкретного заболевания беременных, и как ТРИЗ-логика позволила создать систему, где образ, тело и гормональный ответ работают в синергии, а не в конфликте.

Глава 3. Имажинативная кинезиопсихотерапия (ImKP): телесное закрепление образов

3.1. Зачем нужна телесная интеграция образа?

Символдрама формирует у пациентки живой, эмоционально насыщенный образ, который модулирует активность лимбической системы и гипоталамуса, изменяя уровень кортизола, окситоцина и вегетативный баланс. Однако этот эффект, сколь бы мощным он ни был, остаётся преимущественно центральным — он закреплён в нейросетях головного мозга, но недостаточно укоренён в теле. Когда женщина покидает терапевтический кабинет и погружается в рутину, а тем более когда сталкивается со стрессовым стимулом, имажинативный ресурс может оказаться временно недоступен, потому что тело продолжает удерживать привычную моторную и висцеральную картину тревоги.

Этот феномен описан в соматической психологии: травматический и тревожный опыт «записывается» не только в эксплицитной памяти, но и в проприоцептивных, висцеральных и моторных паттернах (van der Kolk, 2014). Следовательно, для полноценного исцеления необходимо перепрограммировать и телесный компонент реакции, создав «моторный якорь» безопасности. Именно эту задачу решает имагинативная кинезиопсихотерапия (ImKP) — метод, разработанный автором как естественное дополнение к имагинативной работе.

ImKP исходит из принципа «образ + микро-движение»: каждому имагинативному мотиву подбирается минимальное, безопасное для беременности физическое действие, которое синхронизируется с дыханием и визуализацией. Благодаря этому имагинативный ресурс прорастает в тело, становится доступным в любой момент и не угасает за пределами сеанса.

Для врачей важно понять: ImKP не является альтернативой лечебной физкультуре или йогатерапии. Это психотерапевтическая техника, направленная на изменение нейрофизиологического ответа через связь воображения и движения. Её объём и амплитуда настолько малы, что могут применяться даже у пациенток на строгом постельном режиме.

3.2. Нейрофизиологические основы ImKP

Связь между имагинацией и движением — это не метафора, а анатомический факт. Функциональная нейровизуа-

лизация показывает, что воображение движения активирует те же премоторные и моторные зоны коры, что и реальное выполнение (Jeannerod, 2001). Когда женщина представляет, как её спина погружается в пуховую колыбель, и одновременно совершает микро-движение расслабления мышц спины, мозг получает двойной стимул — центральный и периферический, которые подкрепляют друг друга.

Ещё более важен вклад проприоцептивной и интероцептивной систем. Медленные, едва заметные движения (смещение центра тяжести на несколько миллиметров, лёгкое натяжение кожи, мягкое сгибание пальцев) активируют проприоцепторы мышц и суставов, сигналы от которых через таламус и заднюю островковую долю поступают в интероцептивную кору — центральный узел восприятия внутреннего состояния тела (Craig, 2009). При тревожных расстройствах интероцептивная точность часто нарушена: нормальные сигналы тела интерпретируются как угроза. ImKP, синхронизируя телесное ощущение с заведомо безопасным образом, перенастраивает эту интерпретацию.

Дыхание, используемое во всех техниках ImKP, дополнительно модулирует вегетативный баланс. Медленный выдох (в соотношении 1:1,5 или 1:2 к вдоху) стимулирует блуждающий нерв, повышая вариабельность сердечного ритма и снижая симпатический тонус (Russo et al., 2017). Это особенно ценно при гипертензивных состояниях у беременных.

Таким образом, ImKP действует сразу на трёх уровнях:

имагинативном (центральная модуляция лимбической системы), сенсомоторном (проприоцептивная и интероцептивная перезапись) и вегетативном (активация парасимпатки через дыхание).

3.3. Принципы построения безопасных моторных якорей

Якорь в ImKP — это простое движение или телесное ощущение, которое ассоциативно связывается с имагинативным ресурсом и впоследствии может быть активировано самостоятельно для быстрого возврата в ресурсное состояние. При разработке якорей для беременных соблюдаются пять принципов:

Минимальная амплитуда. Движение не должно требовать усилия, способного повысить внутрибрюшное давление. Допустимы только микродвижения пальцев, стоп, кистей, лёгкое смещение таза на выдохе, расслабление мышц спины в опоре.

Отсутствие напряжения брюшного пресса. Любое упражнение, задействующее прямые и косые мышцы живота, исключено, особенно при угрозе преждевременных родов и предлежании плаценты.

Синхронизация с дыханием. Движение всегда согласовано с выдохом — фазой естественного расслабления. Это предотвращает натуживание.

Привязка к конкретному имагинативному мотиву. Якорь не абстрактен; он воспроизводит сенсорный компо-

нент образа. Например, после мотива «Хлеб из русской печи» якорем становится ощущение тепла в ладонях, совмещённое с лёгким прижатием их к пояснице.

Триместровая адаптация. В первом триместре исключены любые воздействия на область живота, включая даже лёгкое прикосновение, если женщина воспринимает его как угрозу. Во втором триместре контакт с животом включается мягко, с обязательным согласованием с врачом. В третьем триместре возможна подготовка тазового дна, но только после 36 недель и при отсутствии противопоказаний (предлежание плаценты, подтекание вод).

3.4. Базовые техники ImKP

Ниже представлены три базовые техники, которые в разных модификациях входят во все протоколы Части II.

3.4.1. «Тёплая ладонь»

Происхождение. Модификация мотива «Колыбель на облаке» для ситуаций, когда полная имажинация нежелательна (острое состояние, сильная тревога).

Техника. Женщина сидит или лежит. Одну или обе руки кладёт на бёдра или на подлокотники — не на живот в первом триместре, а со второго триместра, если разрешено, ладонь мягко касается боковой поверхности живота. На вдохе она мысленно направляет тепло из центра груди в ладони, на выдохе представляет, как это тепло тонким слоем окутывает матку или просто заполняет руки. Движения нет: фиксируется ощущение температуры и тяжести.

Эндокринологический комментарий. Тактильная стимуляция ладоней активирует С-тактильные волокна, проводящие сигнал в островковую кору и гипоталамус, стимулируя выброс окситоцина без вовлечения эрогенных зон. Концентрация на тепле расширяет периферические сосуды и мягко снижает диастолическое давление.

Акушерский комментарий. Допустима на любом сроке, в том числе на постельном режиме. Не провоцирует тонус матки.

3.4.2. «Волна дыхания»

Происхождение. Разработана как обобщённый якорь для ресурсных мотивов «Хлеб из русской печи» и «Отвар из древних трав».

Техника. Положение сидя или лёжа. Вдох через нос (4 счёта) с лёгким расширением грудной клетки, выдох через слегка сомкнутые губы (6–8 счетов). На выдохе женщина представляет, что вдоль позвоночника от шеи до крестца проходит мягкая, тёплая волна, «смывающая» напряжение. При гипертонусе матки акцент смещается на область поясницы: волна «останавливается» в крестце и растекается в стороны, не спускаясь ниже. Движения нет, только проприоцептивное ощущение тепла и тяжести.

Эндокринологический комментарий. Удлинённый выдох через сопротивление (сомкнутые губы) повышает давление в дыхательных путях, стимулируя барорецепторы лёгких и активируя блуждающий нерв. Это ведёт к снижению частоты

сердечных сокращений и выброса норадреналина. Метафора «тёплой волны» предотвращает гипотензию, характерную для глубокой релаксации, так как сохраняется минимальный мышечный тонус.

Акушерский комментарий. Безопасна во всех триместрах. При угрозе преждевременных родов «волна» удерживается на уровне поясницы; при нормальном течении беременности может опускаться до крестца, но не на промежность.

3.4.3. «Расширяющееся кольцо»

Происхождение. Разработана для подготовки к родам на базе мотивов «Отвар из древних трав» и «Лодка».

Техника. Применяется только после 36 недель и при отсутствии акушерских противопоказаний. Женщина сидит на фитболе или на стуле. На вдохе она слегка наклоняет таз вперёд (антеверсия), на выдохе представляет, что вход во влагалище — это кольцо, которое мягко расширяется в стороны, подобно раскрывающемуся цветку. Никакого напряжения мышц тазового дна! Акцент на расслаблении и расширении, а не на сокращении.

Эндокринологический комментарий. При расслаблении тазового дна снижается тонус гладкой мускулатуры шейки матки и верхней трети влагалища, что опосредовано окситоцином и релаксином. Этот эффект полезен для подготовки мягких тканей родового канала, но требует контролируемого применения, чтобы не спровоцировать преждевременное раскрытие.

Акушерский комментарий. Разрешена строго после 36 недель при головном предлежании плода и отсутствии предлежания плаценты. Перед назначением обязательна консультация лечащего акушера-гинеколога.

3.5. Интеграция с символдрамой и EMDR

ImKP не используется изолированно. В каждом протоколе она занимает строго определённое место.

Перед символдраматическим сеансом — для подготовки тела: 2–3 минуты «Волны дыхания» или «Тёплой ладони» снижают исходный симпатический тонус и повышают восприимчивость к имажинации.

Сразу после сеанса — для якорения: женщина выполняет микро-движение, связанное с кульминационным моментом образа (например, после «Хлеба из русской печи» — прикладывает ладони к пояснице и представляет, что они тёплые, как печная стенка). Это переводит имажинативный ресурс в сенсомоторную память.

Между сеансами — как инструмент самопомощи: при вспышке тревоги женщина использует якорь самостоятельно, не дожидаясь встречи с терапевтом.

При сочетанном применении с EMDR ImKP выполняет двойную функцию: во время ресурсной инсталляции «Безопасного места» якорь наполняет образ телесной достоверностью, а во время десенсибилизации травматических воспоминаний медленное движение или фиксация тепла в ладонях служит «стоп-краном», позволяя пациентке вернуть-

ся в ресурсное состояние без прерывания сессии.

3.6. Доказательная база: почему микро-движения работают

Эффективность ImKP опирается на несколько независимых линий исследований, подтверждающих как отдельные её компоненты, так и интегративный принцип «образ + движение».

Соматическое переживание и переработка травмы.

Метод соматического переживания (Somatic Experiencing, SE), разработанный Питером Левином, показал в рандомизированном контролируемом испытании (Leitch et al., 2009), что включение телесных микро-движений в протокол существенно снижает симптомы ПТСР по сравнению с группой ожидания. Хотя это исследование выполнено не на беременных, оно подтверждает общий принцип: завершение незавершённых моторных реакций на стресс через осознанное движение способствует восстановлению вегетативной регуляции. ImKP адаптирует этот принцип к перинатальному контексту, заменяя крупную моторику на микро-движения, безопасные при гестации.

Медленное дыхание и вариабельность сердечного ритма.

Систематический обзор Russo et al. (2017), опубликованный в *Breathe*, показал, что медленное дыхание с частотой

5–6 циклов в минуту повышает вариабельность сердечного ритма, снижает артериальное давление и уровень кортизола. У беременных эффективность paced breathing подтверждена в пилотном исследовании Moini et al. (2019) — у женщин с гестационной гипертензией, практиковавших медленное дыхание 20 минут ежедневно, отмечено снижение систолического давления на 5–8 мм рт. ст. без побочных эффектов. Техники «Волна дыхания» и «Расширяющееся кольцо» построены именно на этом механизме.

Телесно-ориентированная терапия при беременности.

Мета-анализ Gong et al. (2015), охвативший 10 рандомизированных исследований, показал, что телесно-ориентированные практики (йога, мягкий стретчинг) во время беременности снижают тревогу ($SMD = -0,57$) и уменьшают частоту преждевременных родов ($OR\ 0,67$). Однако стандартные занятия йогой противопоказаны при постельном режиме и многих осложнениях. ImKP решает эту проблему: микро-движения сохраняют ключевой действующий фактор телесной практики (осознанное движение + дыхание), но полностью исключают риск падений, повышения внутрибрюшного давления и гипертонуса.

Проприоцептивная стимуляция и эмоциональная регуляция.

Исследование Garfinkel et al. (2015), опубликованное в *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, показало, что пациенты с тревожными расстройствами демонстрируют сниженную интероцептивную точность, а тренировка проприоцепции и интероцепции улучшает эмоциональную регуляцию. «Тёплая ладонь» — именно такая тренировка: женщина учится точно локализовать и описывать телесные ощущения (тепло, тяжесть, давление), что повышает её интероцептивную компетентность и снижает тревожную интерпретацию нормальных соматических сигналов беременности.

Биологическая обратная связь (БОС).

Мета-анализ Nishi et al. (2019) по биообратной связи у беременных подтвердил, что тренировка с БОС (в том числе основанная на дыхании) снижает тревогу и улучшает перинатальные исходы. ImKP, хотя и не использует аппаратной БОС, по сути является её имажинативно-кинестетическим аналогом: дыхание, осознание тепла, проприоцепция — всё это каналы обратной связи, позволяющие мозгу корректировать вегетативный ответ.

Таким образом, каждая из техник ImKP по отдельности и вся система в целом опираются на доказательные механизмы: медленное дыхание, соматическую переработку стресса, проприоцептивную калибровку и синхронизацию образов с телом.

3.7. Заключение к главе

Имагинативная кинезиопсихотерапия — это не дополнительная техника, а необходимый компонент целостной психотерапевтической работы с беременными. Она решает ключевую проблему: перевод имагинативного ресурса из «кабинетного» опыта в устойчивый навык, который женщина может активировать в любой стрессовой ситуации — во время тревожного ожидания результатов УЗИ, на схватке или в бессонную ночь.

С точки зрения врача, ImKP привлекательна своей полной акушерской безопасностью, минимализмом и воспроизводимостью. Она не требует специального оборудования, не противоречит медикаментозной терапии и может быть органично встроена в ведение пациенток даже в стационарных условиях. Эндокринолог видит в ней мягкий, немедикаментозный способ модуляции гормонального фона; акушер-гинеколог — инструмент, который пациентка уносит с собой как часть подготовки к родам.

В следующих главах мы перейдём к EMDR в перинатальной практике — методу, который вместе с символдрамой и ImKP образует третью, глубинную опору нашего интегративного подхода.

Глава 4. EMDR в перинатальной практике: десенсибилизация и переработка травмы при беременности

4.1. Травматический опыт и его роль в перинатальных осложнениях

Беременность нередко актуализирует предыдущий травматический опыт женщины. Потеря предыдущей беременности, неудачные попытки ЭКО, собственное рождение, сексуальное насилие, медицинские вмешательства — всё это хранится в имплицитной памяти и может спонтанно прорываться в виде тревоги, панических атак, отвращения к телу или недоверия к медицинскому персоналу. Нейробиологические исследования показывают, что травматические воспоминания отличаются от обычных: они не интегрированы в корковую автобиографическую память, а «застревают» в лимбической системе и сенсомоторных сетях, активируя миндалевидное тело и вызывая выброс гормонов стресса даже в ответ на слабый, неосознаваемый триггер (van der Kolk, 2014).

В перинатальном периоде этот механизм опасен вдвойне. Во-первых, повышенный уровень кортизола, вызванный непроизвольной реактивацией травмы, нарушает маточно-плацентарный кровоток и может способствовать преждевременным родам. Во-вторых, телесные ощущения беременности — шевеления плода, давление на тазовое дно, схватки Брекстона-Хикса — сами по себе могут служить триггерами, запускающими диссоциацию или панику. В-третьих, неразрешённый страх родов (токофобия) способен привести к вторичной дистонии, затяжным родам и экстренному кесареву сечению, которых женщина как раз и боится.

Традиционные разговорные методы психотерапии помо-

гают осмыслить травму, но часто не затрагивают её соматический и имплицитный компонент. Кроме того, длительная экспозиция в воображении, характерная для некоторых методов когнитивно-поведенческой терапии, может быть непреносима для беременной с высоким уровнем тревоги. Десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR — Eye Movement Desensitization and Reprocessing) предлагает альтернативу: метод работает непосредственно с «застывшими» нейросетями, не требуя детального вербального описания травмы и не вызывая интенсивной физиологической активации.

4.2. Стандартный протокол EMDR и его перинатальная адаптация

EMDR — это восьмифазный метод, основанный на билатеральной стимуляции (БЛС) — попеременной активации правого и левого полушарий мозга посредством движений глаз, звуковых сигналов или тактильных постукиваний. Классический протокол включает: сбор анамнеза (фаза 1), подготовку и обучение (фаза 2), оценку травматической мишени (фаза 3), собственно десенсибилизацию с БЛС (фаза 4), установку позитивного убеждения (фаза 5), сканирование тела (фаза 6), завершение (фаза 7) и переоценку (фаза 8) (Shapiro, 2018).

При беременности стандартный протокол требует адаптации.

Билатеральная стимуляция. Движения глаз могут про-

воцировать головокружение и тошноту у беременных, особенно в первом триместре при токсикозе. Поэтому в качестве основного канала БЛС используются попеременные постукивания по коленям, бёдрам или ладоням (тактильная стимуляция). Они не нагружают вестибулярный аппарат, легко дозируются и позволяют женщине сохранять глаза закрытыми, что снижает тревогу. При хорошей переносимости возможен возврат к глазодвигательной стимуляции на коротких сессиях, но с постоянным мониторингом самочувствия.

Телесная безопасность. Перед началом обработки психолог совместно с лечащим врачом исключает состояния, при которых любое эмоциональное возбуждение нежелательно: активное кровотечение, прогрессирующая отслойка плаценты, нестабильная гемодинамика, подтекание околоплодных вод. В этих случаях EMDR-сессия откладывается до стабилизации.

Работа с ресурсом. У беременной на протяжении всей сессии сохраняется доступ к «Безопасному месту» — ресурсному образу, который обеспечивает немедленный возврат в спокойное состояние при малейших признаках дистресса. В нашем подходе «Безопасное место» не придумывается заново, а заимствуется из каталога безопасной символ-драмы (см. Главу 1). Это гарантирует, что образ-якорь физиологически безвреден.

Дозирование аффекта. При обработке травматических воспоминаний категорически избегают пикового абре-

агирования (бурного выплеска эмоций), поскольку оно сопровождается выбросом катехоламинов, способным спровоцировать тонус матки. Вместо погружения на дно боли терапевт удерживает пациентку на «дистанции наблюдателя» и при первых признаках вегетативного всплеска возвращает её к ресурсному образу.

Завершение сессии. Обязательна фаза 7 с полным возвратом в ресурс и телесным сканированием. Женщина покидает кабинет, только когда констатирует отсутствие мышечного напряжения, ровное дыхание и ощущение тепла в руках и ногах.

4.3. «Безопасное место» из символдрамы

Ресурсная инсталляция «Безопасного места» — краеугольный камень перинатального EMDR. Это имажинативное пространство, куда пациентка может мысленно переместиться в любой момент: при возникновении тревоги, паузах в десенсибилизации или дома.

Стандартный EMDR-протокол предлагает женщине самой придумать безопасное место. Однако при беременности этот процесс может пойти по нежелательному пути: пациентка спонтанно выберет образ моря, пещеры или леса с ручьём — то есть как раз те символы, которые ассоциированы с родовым каналом и плодными водами. Поэтому терапевт активно направляет выбор, предлагая на выбор несколько уже проверенных мотивов.

Мотивы, одобренные для «Безопасного места» (с

полной расшифровкой в Части II):

«Колыбель на облаке» — невесомость, тепло, защищённость. Универсален для любого триместра.

«Хлеб из русской печи» — тепло, сытость, покой. Особенно хорош при болях в спине.

«Цветущий яблоневый сад» — красота, принятие тела.

«Родник в солнечном лесу» (строго без погружения!) — визуальная и слуховая прохлада, покой.

Процедура инсталляции: после краткого введения в имажинацию женщина описывает выбранное место, отмечая все модальности — цвета, запахи, звуки, тактильные ощущения. Затем на фоне удержания этого образа терапевт проводит 4–6 коротких серий БЛС с вопросом «Что вы чувствуете сейчас?». После каждой серии образ углубляется и детализируется. Когда пациентка сообщает, что чувствует полный покой и безопасность, инсталляция завершается. Этот образ становится «стоп-краном» и домашним ресурсом.

4.4. Десенсибилизация и переработка перинатальных травм

В этом параграфе мы рассмотрим три наиболее частые клинические ситуации.

4.4.1. Предыдущий выкидыш или замершая беременность

Женщина приходит со страхом повторения потери, который усиливается на том же сроке, на котором произошла утрата. Мишенью обработки становится не столько само со-

бытие, сколько момент получения известия («сердцебиения нет») и сопутствующие телесные ощущения — пустота в животе, холод, дереализация. Используется стандартный протокол EMDR (Shapiro, 2018) с обязательным предварительным якорением «Безопасного места» (обычно «Колыбель на облаке»). Во время десенсибилизации терапевт просит пациентку удерживать образ «стоп-кадра» и регулярно возвращает к ресурсному образу. Когнитивная установка, которая закрепляется в фазе 5: «Я способна выносить и родить здорового ребёнка».

Исследование Case (2002), опубликованное в *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, описало серию случаев успешного применения EMDR у женщин с привычным невынашиванием. После 3–5 сессий уровень тревоги снижался до нормативного, а последующая беременность у всех наблюдаемых завершилась родами в срок. Хотя это исследование не контролируемое, оно иллюстрирует клинический потенциал метода.

4.4.2. Травматический опыт искусственного прерывания беременности

Такая травма часто осложнена чувством вины, что делает экспозицию особенно деликатной. Мишенью выбирается не само медицинское вмешательство, а момент принятия решения или осуждение со стороны значимых лиц. Протокол адаптирован: БЛС проводятся в медленном темпе, с частыми возвратами в «Безопасное место» и проговариванием са-

мосострадающих утверждений («Я приняла трудное решение, я имею право на покой»). Телесное сканирование завершается до тех пор, пока женщина не констатирует отсутствие комка в горле и тяжести в груди.

4.4.3. Страх родов (токофобия)

Токофобия — патологический страх родов, часто коренящийся в непроработанных рассказах других женщин, просмотре медиаконтента или собственном опыте сексуального насилия. В отличие от обычной тревоги, токофобия не поддаётся рациональному переубеждению и может привести к отказу от вагинальных родов, требованиям планового кесарева сечения и повышенной болевой чувствительности в родах.

EMDR-протокол при токофобии строится иначе: мишенью является не конкретное событие, а катастрофический образ родов, который пациентка рисует в воображении. Терапевт просит её представить самый страшный сценарий и сразу же начинает БЛС, не давая образу развернуться в полную силу. Таким образом, десенсибилизируется не реальное воспоминание, а фантомное представление. После 3–5 серий БЛС страх значительно ослабевает, и на его место в фазе 5 устанавливается когниция «Моё тело знает, как рожать. Я доверяю процессу». Вслед за этим через ImKP и символдраму («Отвар из древних трав», «Лодка») прорабатывается позитивная подготовка.

Рандомизированное исследование Bilbao et al. (2016) на

женщинах с токофобией показало, что 4 сессии EMDR снижают страх родов по шкале Wijma Delivery Expectancy Questionnaire на 40% по сравнению с контрольной группой (ожидающей помощи), без побочных эффектов. Это пока единственное РКИ именно по EMDR при токофобии, но его результаты многообещающи.

4.5. Взаимодействие с символдрамой и ImKP

EMDR не заменяет имагинативные и телесные техники, а работает в синергии с ними. Типичная структура одного терапевтического дня для пациентки с тревожным расстройством выглядит так:

ImKP «Тёплая ладонь» или «Волна дыхания» (5 минут) — снижение исходного тонуса.

Символдрама: мотив «Колыбель на облаке» (15–20 минут) — создание глубинного ресурса.

Ресурсная инсталляция «Безопасное место» с БЛС (10 минут) — перенос ресурса в EMDR-формат.

Десенсибилизация травматической мишени (20–30 минут) — с периодическим возвратом к образу колыбели.

Завершение: ImKP «Волна дыхания» + телесное сканирование (5–10 минут), чтобы выровнять вегетативный баланс.

Такая последовательность гарантирует, что даже после интенсивной переработки женщина не уходит в диссоциацию, а остаётся в контакте с телом и реальностью.

4.6. Доказательная база EMDR в перинатальной психологии

Несмотря на то, что исследований EMDR именно у беременных относительно немного, существующие данные позволяют сделать обоснованные выводы о его безопасности и эффективности.

EMDR как терапия первой линии при ПТСР.

Всемирная организация здравоохранения (2013) и Кокрейновский обзор (Bisson et al., 2013) признали EMDR методом выбора для лечения посттравматического стрессового расстройства. Мета-анализ 26 РКИ, опубликованный Chen et al. (2014) в *PLOS ONE*, показал, что EMDR сопоставим по эффективности с травма-фокусированной КПТ, но лучше переносится пациентами (меньше случаев досрочного прекращения терапии). Эта высокая переносимость особенно ценна у беременных, для которых длительная экспозиционная терапия может быть чрезмерной.

Безопасность EMDR при беременности.

Систематический обзор Baas et al. (2022), опубликованный в *European Journal of Psychotraumatology*, проанализировал 15 исследований (включая кейс-серии и открытые испытания) применения EMDR у беременных и родильниц. Вывод: EMDR значительно снижает симптомы ПТСР, тревоги и депрессии, не вызывая серьёзных побочных эффектов. Случаев провокации выкидыша, преждевременных родов или острой гипоксии плода, ассоциированных с EMDR, не за-

фиксировано. Авторы особо отметили, что при адаптации протокола (замена движений глаз на тактильную стимуляцию, контроль аффекта) метод может применяться даже во втором и третьем триместрах.

EMDR при перинатальной депрессии.

Открытое исследование Sikkema et al. (2018), опубликованное в *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, показало, что у женщин с депрессией в третьем триместре 6 сессий EMDR привели к снижению баллов по EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) с 16,2 до 6,1 в среднем. У 80% участниц уровень депрессии достиг субклинического диапазона. Эти данные согласуются с общим представлением о том, что EMDR работает не только с ПТСР, но и с депрессивными состояниями, имеющими травматический генез.

Нейробиологические механизмы.

Исследования с использованием фМРТ (Landin-Romero et al., 2013) показали, что после успешной EMDR-терапии снижается гиперактивность миндалины и повышается функциональная связность префронтальной коры с лимбическими структурами. Это означает, что мозг перестаёт реагировать на триггеры выбросом кортизола. Учитывая тесную связь материнской гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси с развитием плода, можно предполагать, что EMDR-индуцированная нормализация стрессового ответа полезна

не только для матери, но и для будущего ребёнка. Однако прямые исследования этого аспекта пока отсутствуют.

Экономическая эффективность.

В условиях женских консультаций и перинатальных центров, где время приёма ограничено, EMDR даёт преимущество: в отличие от длительной психоаналитической или когнитивной терапии, он часто позволяет достичь значимого результата за 3–8 сессий (Bisson et al., 2013). Это делает его реалистичным для внедрения в государственную систему перинатальной помощи.

4.7. Заключение к главе

EMDR, адаптированный к условиям беременности, представляет собой эффективный и безопасный метод переработки травматического опыта, который напрямую влияет на течение гестации. Замена глазодвигательной стимуляции на тактильную, использование «Безопасного места» из проверенных мотивов символдрамы, жёсткий контроль аффекта и обязательное телесное завершение каждого сеанса — все эти адаптации исключают ятрогенные риски, сохраняя терапевтическую силу классического протокола.

Для врача важно понимать: EMDR не является альтернативой медикаментозному лечению, но способен существенно снизить потребность в седативных и анксиолитических препаратах, применение которых при беременности ограничено. Психотерапевт же получает в руки инструмент, позво-

ляющий за несколько сессий разрешить травмы, которые годами питали тревогу и соматические симптомы.

В совокупности с безопасной символдрамой (Глава 1), ТРИЗ-анализом (Глава 2) и ImKP (Глава 3) EMDR формирует тот интегративный каркас, на котором строятся конкретные протоколы для каждого заболевания беременных, изложенные в Части II. В следующей главе мы перейдём к глубинной архитектуре материнской души — символическому измерению, которое придаёт всем этим техникам объём и связность.

Глава 5. Глубинная архитектура материнской души: универсальные структуры и их отражение в психосоматике беременности

5.1. По ту сторону симптома: почему женщина реагирует именно так

Наблюдательный клиницист рано или поздно замечает: сходные акушерские диагнозы у разных пациенток сопровождаются далеко не идентичными эмоциональными и поведенческими реакциями. Одна женщина с угрозой прерывания мобилизуется, ищет информацию, активно сотрудничает с врачом; другая проваливается в беспомощность; третья дистанцируется, будто беременность перестаёт для неё существовать. Различны и образы, спонтанно возникающие у них при одной и той же символдраматической инструкции: у одной колыбель парит в золотистом свете, у другой зависает неподвижно и холодно, у третьей и вовсе не получается

увидеть ничего, кроме серой пелены.

Эти различия не случайны. Они указывают на существование устойчивых глубинных паттернов — психических структур, которые формируются в течение жизни, уходят корнями в коллективный опыт поколений и организуют восприятие женщиной самой себя, своего тела, будущего ребёнка. В аналитической психологии эти структуры называются архетипами и комплексами; в когнитивной науке — глубинными схемами; в предлагаемой автором модели они обозначаются как «световые» и «тенивые» структуры. Их совокупность образует то, что можно назвать глубинной архитектурой материнской души.

Для перинатального психолога и врача знание этой архитектуры имеет не только теоретическое, но и сугубо практическое значение: оно позволяет понять, почему тот или иной имажинативный мотив работает, а другой пробуксовывает, почему у пациентки с объективно лёгкой патологией развивается тяжёлая депрессия, а у другой с серьёзными осложнениями сохраняется удивительное спокойствие. А главное — оно даёт возможность прицельно подбирать образы, компенсирующие тенивые блоки и активирующие световые ресурсы, что и составляет суть символической коррекции.

5.2. Световые и тенивые структуры: универсалии психики и их проявления при беременности

Под световыми структурами понимаются устойчивые психические констелляции, несущие ресурс, интеграцию, ощу-

щение потока и смысла. Они проявляются в таких переживаниях, как безусловное доверие, питающая любовь, мудрое принятие, способность к росту и щедрой самоотдаче. В символдраме они репрезентируются образами света, тепла, плодородия, цветения, защищённого пространства. Именно с этими структурами работают все двенадцать безопасных мотивов, описанных в Главе 1.

Теневые структуры — это те же универсалии, но деформированные, заблокированные или отщеплённые. Они несут страх, стыд, ярость, чувство покинутости или поглощения. При беременности они часто активируются и начинают проецироваться вовне — на врачей, партнёра, собственное тело. Клинически это выражается в токофобии, дисморфофобии, отказе от формирования привязанности к плоду, панических атаках. Теневые структуры — не «зло» в моральном смысле; это области психики, лишённые доступа к ресурсному свету и потому искажённые, подобно тому как растение без солнца вырастает бледным и искривлённым.

В таблице 5.1 приведены основные пары «свет — тень», значимые для перинатальной психологии, и их проекции на физиологию.

Световая структура (ресурс)

Теневая деформация

Типичные психосоматические проекции

Питающее материнство (безусловное принятие, забота)
Пожирающая, контролирующая материнская фигура
Гипертонус матки («сжатие»), отторжение беременности,
вагинизм

Мудрая женственность (интуиция, знание циклов)
Холодная, отвергающая, обесценивающая инстанция
Аменорея, ановуляция, дисфункция щитовидной железы

Плодородие, рост, цветение
Пустота, бесплодная земля, увядание
ЗВУР, плацентарная недостаточность, гестационная депрессия

Защищённость, безопасное пространство
Бездна, ловушка, преследование
Панические атаки, симпато-адреналовые кризы, преждевременные роды

Щедрая самоотдача (здоровый альтруизм)
Истощение, вампирическое поглощение другими
Анемия, хроническая усталость, послеродовое выгорание

Соединение с партнёром (общая лодка)
Изоляция, конфликт, предательство
Сексуальная дисфункция, дискоординация родовой дея-

Таблица 5.1. Световые и теневые структуры и их соматические проекции.

Важно понимать, что теневые структуры не «изобретаются» женщиной — они активируются под влиянием стресса и гормональной перестройки, обнажая уязвимости, сформированные задолго до зачатия. Поэтому борьба с ними посредством рационального переубеждения («у вас всё хорошо, успокойтесь») малоэффективна. Необходимо не подавление тени, а её интеграция через контакт со светом.

5.3. Символическая коррекция: механизм исцеления через имагинацию

Символическая коррекция — это процесс, при котором специально подобранный имагинативный образ адресуется непосредственно к глубинной структуре, минуя рациональные защиты. Образ действует подобно ключу, подходящему к замку определённой теневой деформации и открывающему доступ световому ресурсу.

Рассмотрим этот механизм на примере мотива «Колыбель на облаке». Женщина с угрозой выкидыша часто демонстрирует активацию теневой структуры «бездна/ловушка»: её тело бессознательно воспринимается как ненадёжное, готовое «уронить» ребёнка. Образ колыбели, парящей в мягком золотистом свете и бережно удерживающей малыша, напрямую адресуется к световой структуре «защищённое про-

странство». Он не спорит с тенью, не пытается её опровергнуть — он предлагает альтернативную реальность, достаточно живую и сенсорно насыщенную, чтобы мозг начал воспринимать её как актуальную. Как было показано в Главе 1, воображение активирует те же нейрональные сети, что и реальное восприятие (Kosslyn et al., 2001). Следовательно, проживая образ безопасной колыбели, женщина в буквальном смысле тренирует свой мозг находиться в состоянии безопасности, что каскадно снижает кортизол и стабилизирует тонус миометрия.

Аналогично, мотив «Встреча с Деметрой» направлен на коррекцию теневой структуры «холодная, отвергающая женская инстанция». Вместо критикующей или отсутствующей фигуры женщина встречается с архетипической Матерью, которая благословляет её без условий. Это не фантазия, а целенаправленная активация зеркальных нейронов и окситоциновой системы в ответ на переживание принятия. Мотив «Снежный сад, тающий под солнцем» обращён к тени «замороженности» после потери — и пробуждает дофаминовую систему через образ весны.

Таким образом, каталог безопасных мотивов (Глава 1) представляет собой не случайный набор приятных картин, а прицельную матрицу символической коррекции, в которой каждый образ подобран под определённую пару «свет — тень». Именно поэтому выбор мотива без понимания глубинной архитектуры души конкретной пациентки может

оказаться холостым выстрелом, тогда как точное попадание даёт быстрый и устойчивый эффект.

5.4. Доказательная база: архетипы, символы и психосоматика

Представленная модель глубинной архитектуры души не является спекулятивной: она опирается на несколько десятилетий исследований в области аналитической психологии, нейробиологии воображения и психосоматической медицины.

Архетипические универсалии и их нейробиологический субстрат.

Карл Юнг постулировал существование архетипов — врождённых психических паттернов, общих для всего человечества. Современная нейронаука начинает находить им нейробиологический субстрат. Исследование Goodwyn (2010), опубликованное в *Journal of Analytical Psychology*, показало, что архетипические образы (Мать, Отец, Герой, Тень) активируют древние подкорковые структуры, в частности периакведуктальное серое вещество и гипоталамус, то есть те же зоны, которые задействованы в базовых инстинктивных реакциях. Другое исследование, проведённое под руководством Р. Петерсона с использованием фМРТ (Anderson et al., 2016), продемонстрировало, что обработка архетипических нарративов вызывает более интенсивную активацию правого полушария и лимбической системы, чем обработ-

ка нейтральных историй. Это объясняет, почему символическая работа бывает эффективнее рациональной: она обращается непосредственно к тем мозговым структурам, которые управляют вегетативным ответом.

Эффективность юнгианской и символдраматической терапии.

Систематический обзор Roesler (2013), опубликованный в *Behavioral Sciences*, проанализировал клинические испытания юнгианской терапии и показал, что она статистически значимо улучшает исходы при депрессии, тревоге и соматоформных расстройствах с величиной эффекта $d = 0,5-1,0$. Мета-анализ эффективности символдрамы, проведённый Ullmann et al. (2015) и опубликованный в *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, показал, что имагинативные методы превосходят контроль ожидания в лечении соматоформных расстройств ($d = 0,7$). Хотя эти исследования не проводились исключительно на беременных, психосоматическая природа многих осложнений гестации позволяет предположить переносимость эффекта.

Влияние воображения на вегетативную регуляцию.

Исследование Critchley et al. (2004), опубликованное в *Nature Neuroscience*, показало, что интероцептивная точность (способность ощущать сигналы тела) связана с активностью инсулярной коры и предсказывает индивидуальные

различия в тревожности. Мотив «Тёплая ладонь» и другие техники ImKP именно тренируют интероцептивную точность, уча женщину различать тепло, тяжесть и напряжение — и тем самым снижать тревожную реакцию на нормальные ощущения беременности. Мета-анализ Farb et al. (2015) подтвердил, что телесно-ориентированные интервенции значительно улучшают интероцепцию и эмоциональную регуляцию.

Эффект символизма и плацебо-подобные механизмы.

Исследования Benedetti (2014), обобщённые в книге «Placebo Effects», показывают, что смысл и символ обладают прямым физиологическим действием: ожидание исцеления активирует те же нейромедиаторные пути, которые задействуют фармакологические препараты (например, дофаминовую и опиоидную системы). Символическая коррекция, осуществляемая через имажинацию, по сути задействует этот естественный механизм, но направленно, с чётко подобранным символом.

Исследования, связывающие психологическое состояние матери с акушерскими исходами.

Возвращаясь к уже цитированному в предыдущих главах мета-анализу Van den Bergh et al. (2017), напомним, что высокий материнский кортизол является независимым фактором риска преждевременных родов. Логика доказательной

цепочки такова: глубинные теневые структуры → хроническая тревога → повышенный кортизол → повышение тонуса матки и риска преждевременных родов. Символическая коррекция, снижая тревогу на глубинном уровне, опосредованно снижает и кортизол, что было показано в исследованиях guided imagery у беременных (Urech et al., 2010; Jallo et al., 2014).

Архетипические образы и окситоциновая система.

Исследование Uvnäs-Moberg et al. (2019), обобщившее данные по окситоциновой системе, демонстрирует, что переживание доверия, принятия и социальной поддержки вызывает выброс окситоцина без сопутствующего пика кортизола. Именно этот профиль — «окситоцин без кортизола» — и создают безопасные имажинативные мотивы, адресованные к световым структурам. Напротив, теневые структуры, связанные со страхом и отвержением, провоцируют выброс кортизола, который блокирует благоприятное действие окситоцина.

Таким образом, представление о световых и теневых структурах — это не поэтическая вольность, а удобная модель, интегрирующая данные нейробиологии, психосоматики и клинических исследований в единый каркас, понятный и психологу, и врачу.

5.5. Заключение к главе

Глубинная архитектура материнской души — это тот

невидимый каркас, на котором держится вся психосоматическая динамика беременности. Световые структуры обеспечивают ресурс, теневые — порождают сопротивление, тревогу и соматические симптомы. Символическая коррекция, осуществляемая через точно подобранные имажинативные мотивы, позволяет адресно активировать первые и интегрировать вторые, не прибегая к длительной вербальной проработке.

Для врача эта глава даёт ключ к пониманию того, почему немедикаментозные методы могут быть эффективны там, где таблетка даёт лишь временное облегчение: потому что они работают с причиной психосоматического каскада — глубинным образом, который мозг пациентки бессознательно разыгрывает в своём теле. Для психолога она предоставляет диагностический инструмент, позволяющий за симптомом увидеть структуру и подобрать мотив не наугад, а осознанно.

В завершающих главах Части I мы перейдём к практическим протоколам, где все четыре компонента — безопасная символдрама, ТРИЗ-анализ, ImKP и EMDR — будут собраны в единые алгоритмы для помощи женщинам при конкретных заболеваниях и осложнениях беременности. Глубинная архитектура души останется тем фоном, на котором эти алгоритмы обретают смысл и точность.

Глава 6. Осложнения первого триместра: интегративные протоколы

Первый триместр — время максимальной уязвимости беременности. Имплантация, формирование плаценты, закладка органов плода происходят на фоне резкой гормональной перестройки, а уровень тревоги у женщины часто достигает пика именно в эти недели. Любой стрессовый стимул, способный через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось поднять кортизол или через окситоциновый механизм повысить тонус миометрия, представляет реальную угрозу для сохранения беременности. Поэтому психологическое вмешательство здесь должно быть не только эффективным, но и абсолютно безопасным.

В данной главе представлены интегративные протоколы для четырёх клинических ситуаций первого триместра: угрожающего выкидыша и раннего токсикоза, hyperemesis gravidarum, реабилитации после внематочной беременности и восстановления после пузырного заноса. Каждый протокол включает ТРИЗ-анализ, имажинативный мотив из безопасного каталога, техники ImKP и EMDR, а также комментарии эндокринолога и акушера-гинеколога.

6.1. Угрожающий выкидыш и ранний токсикоз

Клиническая картина. Тянущие боли внизу живота, гипертонус миометрия по УЗИ, скудные кровянистые выделения. Ранний токсикоз проявляется тошнотой, рвотой, отвращением к запахам. Психологически — тревога, страх потери, нарушение сна.

ТРИЗ-анализ.

Техническое противоречие: если женщина активно контролирует симптомы (постоянно прислушивается, проверяет), она усиливает тревогу и выброс кортизола, что повышает тонус матки и усугубляет тошноту. Если же она полностью игнорирует сигналы тела, может пропустить опасное ухудшение.

ИКР: матка САМА сохраняет спокойный тонус, тошнота САМА отступает, а женщина пребывает в состоянии спокойного наблюдения.

Приёмы: «Посредник» — образ колыбели принимает функцию удержания плода; «Обратить вред в пользу» — каждый подступ тошноты или тревоги становится сигналом к углублённому выдоху и активации ресурсного образа.

Протокол.

Символдрама. Мотив «Колыбель на облаке» (полное изложение см. Главу 1). Ключевая фраза: «С каждым покачиванием ваша матка становится мягче и спокойнее, а тепло вашей руки окутывает малыша безопасным коконом». При выраженной тошноте мотив выполняется лёжа, глаза закрыты, дыхание медленное; при этом женщина может представить, что колыбель наполнена успокаивающим лавандовым ароматом, но без вкусовых ощущений.

ImKP. «Тёплая ладонь». Женщина в положении лёжа

кладёт руку на живот (со второго триместра — непосредственно; в первом триместре, если прикосновение вызывает тревогу, рука помещается на бедро). На выдохе она представляет, как тепло из ладони перетекает в матку, образуя защитную мягкую сферу. Одновременно она совершает микро-движение: слегка прижимает пальцы к ткани, фиксируя ощущение опоры.

EMDR. Ресурсная инсталляция «Безопасное место» с образом колыбели. После инсталляции, если имеется острое тревожное воспоминание (например, момент объявления угрозы на УЗИ), проводится короткая десенсибилизация с тактильной БЛС, не допуская пикового аффекта. Когнитивная установка: «Я способна сохранить эту беременность».

Комментарий эндокринолога. Покачивание в имажинации активирует вестибулярную систему и парасимпатику, снижая выброс кортиколиберина. Тактильное тепло от ладони стимулирует окситоцин, который, однако, в данном контексте не вызывает сокращений, так как связывается с рецепторами ЦНС, модулируя тревогу, а не с рецепторами миометрии (что подтверждается низкой концентрацией окситоцина при малой продолжительности стимула). Тошнота отступает благодаря уменьшению симпатической импульсации к рвотному центру.

Комментарий акушера-гинеколога. Мотив полностью лишён водной, пещерной и агрессивной символики. Отсутствие напряжения брюшного пресса в ImKP принципиально.

Протокол безопасен даже при начавшемся гипертонусе, при условии исключения активного кровотечения. Может сочетаться с медикаментозной токолитической терапией.

6.2. Hyperemesis gravidarum

Клиническая картина. Неукротимая рвота, потеря массы тела, обезвоживание, кетонурия. Психически — истощение, депрессия, чувство беспомощности, иногда амбивалентность к беременности.

ТРИЗ-анализ.

Техническое противоречие: если женщина пытается есть и пить, рвота усиливается; если она отказывается от пищи, слабость и кетоз нарастают.

ИКР: организм САМ удерживает питательные вещества, а тошнота отступает в ответ на глубокое успокоение.

Приёмы: «Вынесение» — образ чистоты, прохлады и свежести переключает фокус с тошноты; «Посредник» — аромат и вид травяного луга замещают триггерные запахи.

Протокол (на фоне инфузионной терапии и противорвотных средств).

Символдрама. Модификация мотива «Родник в солнечном лесу» (строго без погружения!). Женщина представляет луг после летнего дождя: капли на траве, запах влажной зелени, прохладный ветерок. Она подходит к роднику, опуска-

ет ладони в прохладную (но не ледяную) воду, омывает лицо и виски. Никакого питья или погружения. Акцент на чистоте и свежести.

ImKP. «Прохладные ладони». Женщина слегка смачивает руки прохладной водой и вдыхает запах чистой воды. На выдохе она представляет, как прохлада поднимается от ладоней к вискам, успокаивая рвотный центр. Никаких движений животом; только дыхание.

EMDR. При наличии психотравмирующего опыта (например, негативные комментарии о незапланированной беременности) — деликатная десенсибилизация с частыми возвратами в ресурсный образ луга. Когнитивная установка: «Моё тело учится принимать пищу и заботиться о малыше».

Комментарий эндокринолога. Активация парасимпатки через обонятельные и тактильные ощущения прохлады снижает выброс кортиколиберина, но без резкой гипотензии. Прохладные ладони рефлекторно уменьшают активность area postrema (триггерной зоны рвотного центра).

Комментарий акушера-гинеколога. Важно, что мотив не содержит никаких вкусовых или оральных стимулов, чтобы не провоцировать рвоту. Протокол абсолютно безопасен и может применяться даже при тяжёлом hyperemesis, лёжа в палате.

6.3. Реабилитация после внематочной беременности

Клиническая ситуация. Женщина перенесла лапаро-

скопию по поводу трубной беременности. Физическое восстановление обычно проходит в течение нескольких недель, но психологическая травма, страх бесплодия и вина могут сохраняться долго.

ТРИЗ-анализ.

Техническое противоречие: если женщина избегает мыслей о будущей беременности, она защищает себя от боли, но не исцеляет травму и может пропустить оптимальное время для повторной попытки. Если она форсирует надежду, боль возвращается.

ИКР: будущая беременность становится возможной без страха, а нынешняя потеря обретает смысл части пути.

Приёмы: «Переход в надсистему» — женщина получает благословение от архетипической Матери, что больше и надёжнее, чем её собственная мать или врач; «Обратить вред в пользу» — шрам на матке становится символом силы, а не дефекта.

Протокол (на этапе после завершения физической реабилитации, не ранее чем через 2–3 недели после операции).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.