

Тема № 6: «Перинатальна психологія».

1. **Перинатальна психологія** — розділ клінічної психології, що вивчає психологічні аспекти надання акушерсько-гінекологічної та перинатальної допомоги. Перинатологія (грецьк. *peri* — навколо, *biā*; лат. *natus* — народження; *logos* — наука, вчення) вивчає всі процеси, що супроводжують народження і мають стосунок до нього.

Історично, перше «Товариство перинатальної психології» виникло в 1971 році у Відні зусиллями групи учнів і послідовників S. Freud, а уже в 1983 році у Торонто відбувся Перший Американський Конгрес з перинатального виховання. Подібні організації продовжують виникати та розвиватися в багатьох країнах, що свідчить про актуальність цього наукового напрямку для сучасного суспільства.

На сьогодні, перш за все, перинатальна психологія тісно пов'язана із акушерством, але не менш важливими для неї є її взаємозв'язки з психіатрією та психотерапією.

Окрім того, весь час відбувається розширення переліку явищ, які досліджуються в рамках цього наукового напрямку.

Власне, у визначенні перинатальної психології, по суті, відображено її основні розділи, котрі відрізняються передусім завданнями, що постають на різних етапах репродуктивного процесу. Це:

- психологія зачаття;
 - психологія періоду вагітності;
 - психологія пологів;
 - психологія раннього постнатального періоду;
 - психологія впливу перинатального періоду на розвиток особистості;
- кризова перинатальна психологія — ситуації загроз здоров'ю і життю матері й дитини, або ж ситуація смерті матері чи дитини.

Зокрема, досліджуються психологічні проблеми взаємовідносин медичних працівників установ акушерсько-гінекологічного профілю між собою та з пацієнтами. Також велика увага надається вивченню психофізіологічних процесів у системі «мама — батько — дитина» за обставин зачаття,

виношування, народження та вигодовування аж до завершення сепарації з дитиною. Медична складова перинатальної психології представлена дослідженнями особливостей динаміки психічного розвитку на ранніх етапах

2. Перинатальна психологія та її місце в медицині

Важливою і складною проблемою є надання психологічної допомоги у разі втрати вагітності, загибелі дитини під час пологів чи народження дитини із вродженою патологією. Крім діадного характеру об'єкту дослідження, до особливостей перинатальної психології відносять психопрофілактичну спрямованість, сімейний характер проблем, які вона вивчає, а також мінливість завдань, обумовлену етапами реалізації репродуктивної функції. Досі дискутабельним є питання про те, який же період має охоплювати перинатологія. Традиційно, акушери перинатальним вважають період від 28-го тижня внутрішньоутробного розвитку плоду до сьомої доби після народження немовляти. В 1973 році на VII Всесвітньому Конгресі FIGO (Міжнародної федерації акушерів-гінекологів) було прийнято і включено до МКХ-10 визначення «перинатального періоду», згідно із яким він починається з 22 повних тижнів (154 дні) вагітності й закінчуються через 7 повних діб після народження. Поряд із цим, у низці англійських країн поширеним є поняття *primal period* (період первинного розвитку), що передбачає окрім стадії «внутрішнього виношування» також «зовнішнє виношування» уже в соціальному середовищі. На відміну від розуміння терміну акушерами, із точки зору перинатальних психологів цей період включає в себе весь пренатальний період, самі пологи й перші місяці після народження.

Це етимологічно обґрунтованіша дефініція, що дозволяє розглядати народження дитини не окремою локальною подією на осі часу, а як тривалий процес, що починається від зачаття й охоплює весь пренатальний період, самі пологи та перші місяці після народження. Досить гармонійно узгоджується із такою концепцією існування діадної системи «мама–дитя», до ознак якої належать:

- симбіотичний зв'язок матері та дитини;
- несамостійність психіки дитини, її залежність;

- відсутність у дитини здатності виділяти себе із навколишнього світу.

Як правило, всі ці ознаки тією чи іншою мірою присутні протягом перших трьох років життя дитини

Конструктивні мотиви зачаття пов'язані, насамперед, із почуттям взаємної любові, коли народження дитини стає етапом розвитку та зміцнення стосунків у рамках сім'ї. Натомість, більшість вагітних жінок основним мотивом зачаття називають виконання певного «жіночого боргу»: жінка повинна мати дітей. Це говорить про силу соціальних установок. Такі жінки мало задумуються про свої внутрішні прагнення й відчуття, натомість сприймають дитину як аргумент, який зможуть пред'явити суспільству в якості доказу своєї повноцінності та успішності.

3. Психологія зачаття Перинатальна психологія відносинах, вихованні дитини та її розвитку, такі мотиви зачаття:

- змусити партнера одружитися;
- зміцнити відносини в родині («прив'язати» до себе, повернути чоловіка);
- народити «на зло» партнеру;
- народити «хоч одну близьку людину», щоб було про кого піклуватися;
- замінити народженою дитиною втрачену близьку людину;
- змінити соціальний статус;
- «бути як всі»;
- довести свою дорослість;
- змусити батьків змиритися зі шлюбом;
- виконати наполегливе прохання батьків про народження онука чи онуки;
- народити задля матеріальної вигоди (соціальні виплати, аліменти, поліпшення житла та ін.).

5. Рекомендації ВООЗ по організації допомоги породіллям (1985)

1. У кожної жінки є право на належний пренатальний догляд, в якому вона має відігравати провідну роль, беручи участь у його плануванні, виконанні та оцінці ефективності. Це право забезпечується формуванням перинатального комплаєнсу (англ. compliance — згода, відповідність, варваризм, похідне від дієслова to comply — виконувати) — дій у відповідності із запитом чи вказівкою,

що забезпечують відповідність ustalеним нормам. Необхідною умовою забезпечення належного перинатального догляду є врахування фундаментальної ролі соціальних і психологічних факторів перебігу вагітності й пологів.

2. Народжуючи в лікарні, жінки мають право самостійно приймати рішення про належний одяг для себе й дитини, їжу, використання плаценти та інші особистісно важливі для них питання.

3. Слід підтримувати бажання жінки самостійно піклуватися про себе під час перинатального періоду, але при цьому здійснювати моніторинг її стану й надавати швидку та ефективну допомогу у випадку виникнення такої потреби. Про всю повноту своїх прав на отримання такої допомоги жінка має бути добре поінформована, а сама допомога повинна бути доступною.

4. Уряд країни має визначити установу, яка буде оцінювати якість ведення пологів. Слід заохочувати акушерський догляд, який на перше місце ставить емоційні, психологічні та соціальні, а не технічні аспекти пологів.

5. Уряд має схвалювати впровадження нових перинатальних методик тільки після їх адекватної перевірки та оцінки.

6. Персонал пологового відділення має забезпечувати емоційну підтримку жінки та членів її сім'ї. Жінка має право на обговорення і прийняття рішень з приводу ведення пологів. Немає належного обґрунтування для таких «традиційних» заходів, як гоління лобкового волосся чи встановлення клізм перед пологами. Не слід нав'язувати жінці позу, яку вона має прийняти під час пологів, хоча рекомендації є доречними.

7. Слід заохочувати природні пологи, а кількість кесаревих розтинів не повинна перевищувати 10-15% від загальної кількості пологів. Захист промежини в пологах — доречний, але систематичне застосування епізіотомії не схвалюється. Слід уникати стимуляції пологів до настання 42 тижня вагітності. Стимуляція має здійснюватись виключно за суворими показаннями, а її частота не повинна перевищувати 10% від загальної кількості. Слід уникати введення анальгетиків, анестетиків і транквілізаторів під час вагітності й пологів.

8. Задля комфорту породіллі доречною є присутність когось із членів сім'ї під час пологів та у післяпологовому періоді, однак, у цьому інтимному процесі

не повинна брати участь «юрба родичів» і не повинна здійснюватись відеозйомка.

9. Доцільно прикладати немовля до материнських грудей прямо у пологовому залі одразу ж після пологів. Не слід розлучати здорове немовля із мамою.

5.Теорія «травми народження» Отто Ранка Основоположником перинатальної психології та психотерапії слід вважати психоаналітика Otto Rank (22.04.1884-31.10.1939). Уперше ідея про визначальний вплив пологової психотравми на формування особистості була висловлена ним у роботі «Травма народження» (1924). S. Freud, якого автор вважав своїм учителем і якому, власне, присвятив дослідження, зазначив, що це найважливіший крок вперед з часу відкриття ним психоаналізу, і тепер він відчуває шок, оскільки побоюється, що його теорія етіології неврозів тепер може «розчинитися» в масштабі нового фундаментального відкриття. Однак, сам О. Rank підкреслював, що його ідеї про значимість травми народження є всього лише внеском у психоаналітичну теорію Вчителя, який задовго до цього висловив переконання, що первинна тривожність, як база будь-якого неврозу, є наслідком асфіксії при народженні. Віддаючи належне класичному психоаналізу, він усе ж вважав помилковою теорію про комплекс Едіпа й первинність відносин дитини з бать-ком, на чому наполягав S. Freud, стверджуючи, що суть життя визначається відносинами матері й дитини: любовною єдністю на початку та наступною драматичною сепарацією, що починається в процесі пологів. Пологи — це первинна сепарація, результатом якої є відчуття жаху від втрати первинного об'єкту любові (матері). Другою травмою сепарації для дитини стає відлучення від материнських грудей. Переживши це, людина протягом усього життя намагається відновити втрачену гармонію. Ця психічна травма створює в немовляти високий рівень так званої «базальної тривоги», що в дорослому віці має тенденцію актуалізуватись у критичних ситуаціях, проявляючись невротичними симптомами. Прикладом таких ситуацій є народження брата або сестри (сіблінгове суперництво), втрата близької людини через зраду, розлуку або смерть. Позбавитись від базальної тривоги можна шляхом поступового, продуманого та підготовленого

руйнування первинних зв'язків, найважливішим із яких є годування грудьми. Некоректний перебіг цих процесів загрожує формуванням несвідомих амбівалентних тенденцій одночасного прагнення повернутись в утробу матері та жаху перед нею, що потенційно загрожує розвитком психопатологічних станів. Власне, одним із варіантів спроби відновлення внутрішньоутробного єднання з матір'ю і є статевий акт — часткове й суто тілесне повернення в утробу. Але, у випадку сильної пологової травми, наприклад, пов'язаної із гіпоксією чи іншими ускладненнями, і, відповідно, більш сильному первинному витісненні, можливість долати травму народження за допомогою сексуального задоволення ускладнюється. Нездатність задовільнитись частковим поверненням до лона матері шляхом статевого акту може бути ґрунтом для розвитку неврозів. У такому випадку страх відділення від матері або її замітника перетворюється на основну життєву проблему й лише психотерапія має змогу допомогти людям, які не справляються з цим. Якщо перша реакція S. Freud на цю теорію була позитивною, то пізніше він розкритикував гіпотезу про фіксацію на матері в якості основного джерела неврозу. Продовжуючи вважати ідеї O. Rank «сміливими і дотепними», він зазначав, що внутрішньоутробне життя має вплив на формування психіки значно потужніший, ніж лише травма народження, та дорікав за ігнорування ролі батька. У подальшому ідеї O. Rank розвинули Donald Woods Winnicott (Розмова із батьками, 1960) і L. Peerbolte (Перинатальна динаміка, 1975). Їх роботи мали значний вплив на формування теорії перинатальних матриць.

8.2. Теорія Станіслава Гроффа про базові перинатальні матриці

Вивчення впливу перинатального періоду на формування особистості продовжив послідовник O. Rank, американський психіатр чеського походження Stanislav Groff. Перинатальні аспекти формування особистості Досліджуючи змінені стани свідомості він проводив сеанси психоделічної психотерапії із застосуванням LSD і діпропілтріптаміну, а, після заборони в США наприкінці 1960-х років застосування LSD в медичних цілях, винайшов власну оригінальну техніку «холотропного дихання». Експериментально змінюючи свідомість пацієнтів за допомогою LSD і холотропного дихання він виявив, що в такому стані вони здатні заново пережити стрес свого біологічного народження (Groff

St., Halifax J., 1977). Усі ці дослідження привели S. Groff до припущення, що деякі події відкладають особливий слід у психіці людини, який він назвав «системою конденсованого досвіду» (COEX-System — system of condensed experience). Серед усього різноманіття накопиченої у підсвідомості інформації особливе місце посідають спогади про досвід ембріонального розвитку й народження. Сліди емоційних і тілесних переживань перинатального періоду, що виникають у ситуації гострої загрози життю та цілісності організму, мають визначальний вплив на психіку людини протягом усього її життя. Пологова психотравма може відобразитись у клінічних особливостях розвитку різноманітних форм психопатології. Наприклад, якщо дитина мало не задихнулася при народженні або пережила розлучення із матір'ю відразу після появи на світ, це залишає незворотний відбиток у психіці та впливає на розвиток емоційних і психосоматичних розладів: депресії, тривожності, фобій, сексуальних девіацій, мігрені або астми. Психотерапевт, використовуючи в роботі з дорослою людиною трансперсональні технології, може повернутися до цих блоків пам'яті не тільки на мнестичному рівні, а й актуалізувати їх соматичний компонент. У цей момент людина знову відчуває себе пренейтом і здатна переживати біологічне народження в усій повноті його достовірних подробиць, що, зазвичай, супроводжується яскравими фізіологічними реакціями: задухою, тахікардією, блюванням, гіпертермією, гіперемією, тремором, судомами та іншими психосоматичними феноменами. Переживши такий досвід, отримавши можливість доторкнутися до стихії колективного несвідомого та зіткнувшись із глибокими, сильними образами й переживаннями перинатальної сфери, людина найсерйознішим чином замислюється про причини й сенс свого існування. Цей момент ніколи не проходить безслідно, даючи потужний поштовх до саморозвитку. Аналізуючи отримані матеріали, S. Groff у роботі «Королівство людського несвідомого» (1975) припустив, що психіка людини формується не тільки на біографічному етапі, але й на стадії ембріону та під час пологів. Опираючись на власний досвід вивчення несвідомого, він висунув теоретичну концепцію чотирьох базових

перинатальних матриць (БПМ), що відповідають послідовним фізіологічним етапам вагітності та пологів.

Перинатальні матриці (лат. perinatalis — навколо народження, лат. matrix — першопричина) — це стійкі функціональні структури (кліше), що формуються на підставі досвіду внутрішньоутробного життя та ⁶⁹ www.medkniga.kiev.ua пологів і стають базою для психічних і соматичних реакцій протягом усього подальшого життя людини. Перша матриця «Рай» — період симбіотичної єдності матері і плоду, що триває майже всі 9 місяців вагітності, коли пренейт статично (на відміну від інших матриць) перебуває в ідеальних для себе умовах «амніотичного всесвіту». Ця матриця формує первинне уявлення про ідеальний світ, а мама має унікальні можливості для того, аби закласти базу потенційних можливостей майбутньої дитини, передати їй позитивний досвід спілкування із навколишнім середовищем, уособленням якого на цьому етапі є материнський організм. Якщо вагітність є бажаною, а мама психічно врівноваженою і свідомо виношує плід, відчуваючи симбіотичний зв'язок і посилаючи позитивні емоції, то зміст матриці наповнюється відчуттям легкості, безтурботності, спокою і радості. Переживання дитиною океанічного блаженства, невагомості, повної безпеки, умиротвореності та розслабленості створює в неї відчуття потоку любові, що живить її зовні, формуючи на рівні несвідомого досвіду інтуїтивну довіру до навколишнього світу. З точки зору фрейдівського вчення про ерогенні зони дитина внутрішньоутробно набуває біологічного й психологічного досвіду глибокого розслаблення й задоволення. Немовлята, які переживають в утробі вплив позитивних емоцій мами, згодом краще ростуть, більш жваво себе поведуть, мають вищий інтелект. У дорослому віці їх вирізняє вміння розслаблятися й мобілізуватись за потреби, радіти життю, відчувати гармонію, філософськи мислити й усвідомлювати абстрактні, духовні категорії. Таким людям властивий оптимізм, відкритість, життєрадісність, розвинута здатність до оргазмічних і трансівих переживань, хороші здібності до творчості і міцний імунітет. Але іноді жінки уже на самому початку вагітності переживають стрес із приводу непланового зачаття й неоформлених шлюбних відносин. Не менш стресовим може бути і подальший перебіг вагітності, коли виношуючи дитя мама

із жахом думає про пологи, а іноді навіть обдумує варіанти смерті дитини. Часто негативним змістом першу матрицю наповнюють також патологічні явища соматичного характеру (плацентарна недостатність, стиснення плоду, загроза викидня, інтоксикації). Роздуми і сумніви вагітної жінки стосовно того, чи бажаною є дитина й чи варто залишати їй життя, фіксуються у несвідомих блоках пам'яті пренейта, як відчуття самотньої безпорадності та ворожої недовіри стосовно матері. Він відчуває загрозу своєму існуванню й задля виживання активізує додаткові інстинктивні реакції, що покликані захистити його перед хаосом і недоброзичливістю навколишнього світу. По мірі дорослішання ці почуття виливаються у відсутність взаєморозуміння, прохолодні сімейні стосунки, недовіру до батьків, схильність Перинатальні аспекти формування особистості.

Такі люди відзначаються паранойяльною налаштованістю, ворожістю, недовірливістю до оточуючих, схильністю постійно очікувати на агресію та насильство щодо себе. Супутніми соматичними проявами є нудота, дисфункція кишківника, проноси. При регресі з акцентом на цю матрицю пережитий досвід може актуалізуватись у свідомості як у вигляді конкретних біологічних відчуттів, так і через різноманітні символічні та архетипічні образи. Позитивний досвід першої матриці підсвідомо проявляється ототожненням себе із водними формами життя й «космічністю». Для негативного досвіду типовими проявами є страх отруєння, загострена увага до екологічних проблем, забруднень водойм і природи загалом. Друга матриця «Відсутність виходу» триває від початку перейм до повного розкриття шийки матки і характеризується закінченням статичного періоду та початком динамічних процесів внаслідок порушення внутрішньоматкового гомеостазу на хімічному й фізичному рівнях. Зібрана, організована та оптимістично налаштована мама усіляко стимулює пологовий процес і завдяки інтуїтивно відчутній підтримці допомагає дитині відновлювати сили й долати труднощі цього періоду. Іноді жінка на цьому етапі входить в напівтрансовий, «змінений» стан свідомості, даючи волю інстинктивним механізмам пологового процесу. Актуалізовані таким чином ендокринні зміни в її організмі синхронізують рух плоду і відкриття шийки матки. Відчуття ж

беззахисності, страху та невпевненості в собі, як реакція на початок перейм призводить до тимчасового руйнування симбіотичного зв'язку із дитиною. Якщо її власний перинатальний досвід та емоційний стан під час вагітності на рівні підсвідомості обтяжені негативними спогадами про пережиті стреси, то відкриття шийки матки може відбуватись дуже болісно і повільно. У такому випадку, пережиті муки жінки та страждання дитини роблять цей період найтяжчим під час пологів. Для пренейта початок перейм означає стрімке руйнування ідилічного спокою «амніотичного всесвіту» — скорочення матки починають «виганяти» його із звичного середовища. Кожне скорочення материнського лона у цей час обмежує приплив крові, позбавляючи залежний дитячий організм необхідного йому кисню й поживних речовин. Дитина відчуває фізичний тиск на себе, страждає, але вихід із недавно затишної, а тепер задушливої утроби, все ще неможливий, оскільки шийка матки тільки починає відкриватися. Якщо цей період проходить гармонійно і тандем «мати — дитя» злагоджено долає перешкоду, то це наповнює другу матрицю позитивним досвідом подолання труднощів і звільнення з полону, що в дорослому житті робить людину рішучою в прийнятті рішень, готовою до експериментів, відкритою до нового досвіду. У разі ж несприятливого проходження через цей період, формується негативний досвід відсутності виходу, переживання тиску і страху в кошмарному клаустрофобічному «пеклі». Що довше все це триває, тим нестерпнішими для дитини є пережиті душевні і тілесні муки, котрі створюють у підсвідомості матрицю, здатну впливати на все подальше життя. Наслідком її впливу можуть бути клаустрофобія, затяжні депресії з болісним відчуттям метафізичної самотності, безпорадного приниження, зраженості і покинутості, апатії та рухової загальмованості. Високий вміст у крові катехоламінів і стероїдних гормонів, притаманний людям, які страждають на депресію, цілком відповідає картині цієї матриці, що відображає високостресову ситуацію без видимих зовнішніх причин. Типовими є соматичні прояви: задуха, спазми, мігрень, закрепи й тахікардія. На оральному рівні ця матриця пов'язана з відчуттям голоду, нудоти, спраги, хворобливого роздратування рота; на анальному рівні — з ректальними болями, закрепами; на уретральному рівні —

болями в сечовому міхурі й дизурією. Відповідні відчуття генітального рівня — надмірне напруження, сексуальна фрустрація, хворобливі спазми. Такі люди схильні ототожнювати себе із архетипічними фігурами, що є жертвами вічного прокляття: в'язнями у казематах, грішниками в пеклі. Третя матриця «Відкриття виходу» — відповідає періоду потуг, коли матка продовжує ритмічно скорочуватись, але її шийка вже відкрита і пренейт має змогу просуватись пологовим каналом. У цей час дитина здобуває перший у житті досвід подолання шляху, зокрема, роблячи поворот навколо своєї осі в пошуках виходу. Будучи затиснутим вузьким простором пологового каналу, плід не має можливості ні повноцінно рухатись, ні навіть кричати. Тому блокований таким чином величезний запас емоційних імпульсів і загальної напруги залишається в очікуванні вивільнення. Головним змістом діяльності стає шалена боротьба за виживання, в якій панують полярні відчуття: біль і задоволення, обпалюючий жар і льодяний холод, жорстока агресія та пристрасна любов, агонія смерті та екстаз народження. Дуже важливим елементом сприятливого перебігу пологів на цьому етапі є максимальна релаксація жінки, у чому, зокрема, їй може допомогти чоловік, заспокоюючи і ласкаючи, шепчучи теплі слова на вухо. Якщо врешті вдається досягнути злагодженої роботи діадної системи «мама — дитя», то при хорошій релаксації жінки плід здатен проходити цей період дуже плавно, не відчуваючи психотравми й не завдаючи страждань материнському організму. У такому випадку після відкриття шийки матки дитина народжується у фонтані навколоплідних вод, випливаючи з утроби без глибоких страждань. Таке народження не залишає травмуючого відбитку на рівні підсвідомості дитини і не наповнює зміст відповідної матриці негативними спогадами. Природно, що людина, яка народилася плавно й легко, має передумови так же легко йти по життю, здійснюючи свої плани.

6. Перинатальні аспекти формування особистості Але навіть якщо в цей час пренейт все ще піддається механічному тиску та відчуває задуху, ситуація стає для нього уже не такою безнадійною, оскільки шийка матки розкрита й вихід доступний. Тому позитивний досвід цієї матриці допомагає в майбутньому житті зберігати віру в свої сили у критичних ситуаціях, що потребують ризику та дій

на межі можливостей. З іншого боку, зтягнуте, ускладнене патологією (слабкість пологової діяльності, больовий шок) протікання пологів на цій стадії може призводити до того, що шийка матки іноді довго не розкривається й вихід лишається «зачиненим». Причиною може бути також недостатня відкритість жінки для допомоги, її неготовність усвідомлено включитись в динаміку пологового процесу. У такому випадку дитина може відчувати надто сильне механічне стиснення, задуху, стрімко втрачає необхідні для боротьби за життя сили. До проблем і негативних переживань попередньої матриці додається загроза асфіксії, що посилюється при контакті з навколоплодними водами, кров'ю, слизом, сечею та навіть калом. Отримана пологова психотравма наповнює блоки пам'яті цієї матриці архетипічними образами кривавих жертвопринесень, страт, убивств, тортур, звалтувань, що виникають на ґрунті перинатальних переживань, але згодом адаптуються згідно до культуральних традицій та індивідуального досвіду. Тому переживаючи регресивні стани в дорослому віці такі люди схильні банальні життєві конфлікти розцінювати як титанічну боротьбу, в центрі якої перебувають. В еротичних переживаннях трансперсонального рівня сексуальна тематика й мотиви життя химерно поєднуються в них зі смертю, небезпекою, агресією, фізичним болем. Сексуальне збудження відбувається в контексті смертельної загрози, страху, агресії, наслідком чого може бути формування патологічних тенденцій психічної діяльності: мазохізму, садизму, некрофілії, суїцидальності, брутальної агресивності та асоціальності. Іноді резервуар затриманої енергії в майбутньому слугує джерелом не тільки агресії, але й моторних симптомів, що супроводжують психопатологію: тремору, судом, тиків, котрі нагадують рухи, властиві немовляті під час просування пологовим каналом. Архетипічно цій матриці відповідають образи міфологічних і літературних героїв, які здійснюють вчинки надзвичайної важливості в ситуаціях, що відображають динамічне поєднання агресії з боку материнського організму і реакцій пренейта на задуху, біль і страх. Класичним символом цього періоду смерті та відродження є легендарний птах Фенікс, старе тіло якого згорає у вогні, а нове відроджується з попелу й злітає до сонця. Елемент вогню архетипічно символізує очищення й

відчуття спеки, гіпертермії. В ерогенних зонах ця матриця пов'язана із фізіологічними механізмами, які дають відчуття релаксації, полегшення після тривалого напруження. На анальному та уретральному рівні — це дефекація і сечовипускання; на генітальному — сексуальний оргазм. Перинатальні аспекти формування особистості Четверта матриця «Свобода» відображає зміст безпосереднього акту народження дитини й перших хвилин, коли немовля після темряви, задухи і загрози смерті стикається із тріумфом життя і яскравим світлом. У цей час дитина переживає шок через остаточний біологічний розрив зі звичним живильним середовищем материнського тіла: відбувається відсічення пуповини й початок самостійного дихання в абсолютно нових умовах. Вагомим додатковим психотравмуючим фактором може бути реакція на кесарів розтин, анестезію, акушерські лещата та інші акушерські засоби й прийоми. Після пережитого стресу надзвичайно важливо повернути дитині відчуття безпеки. В ідеалі, першим доторкнутись до немовляти має батько, який бережно кладе його на груди матері, таким чином включаючись в емоційне спілкування. Опинившись одразу після народження на руках мами, дитя відчуває знайомий ритм биття її серця, чує слова любові і радості. Таким чином створюються ідеальні умови для поновлення їх зруйнованого пологами симбіотичного зв'язку в нових умовах. Уже сам факт знаходження біля материнських грудей інстинктивно запускає в немовляти смоктальний рефлекс, що дозволяє йому отримати дуже важливе перше харчування. З іншого боку, подразнення дитиною соска стимулює скорочення матки і народження «дитячого місця», що є гармонійним фіналом пологового процесу. Дружелюбність навколишньої атмосфери є фактором гармонізації не тільки сімейних стосунків, а й зв'язку із природою загалом. Новонароджений спокійно довіряється материнським рукам і грудям, зникає до нових умов існування. Це підвищує ймовірність того, що людина в подальшому сприйматиме світ як прекрасне і безпечне місце, довірятиме як собі, так і оточуючим людям. Такий природний хід подій на особистісному рівні формує хороші потенційні можливості до самореалізації, адаптивності, а також базову довіру до навколишнього світу. Однак, якщо дитина народжувалася важко, страждала від задухи й виснаження, то звичайно ж

у неї не вистачить сил активно відреагувати на зустріч із батьками. У такому випадку пробудження інстинктів і свідомості буде більш тривалим. Деякі пологи проходять настільки тяжко, що в результаті немовля потребує термінових реанімаційних заходів і наступної тривалої реабілітації. Якщо новонародженого надовго забирають від мами, це може підкріпити його розчарованість від пережитих страждань і створити переконання того, що материнська природа агресивна та ворожа. Такі психотравми, фіксуючись у відповідних патернах пам'яті та глибинних прошарках свідомості, чинять вагомий вплив на психічний і фізичний розвиток дитини. Надалі це може проявитися недовірою до матері, відсутністю щирості у взаєминах із нею, відлюдькуватістю в дорослому житті. Як і у випадку інших матриць, регресивні переживання можуть наповнюватись не лише конкретними фізіологічними й біологічними проявами, але й архетипами, символами. Архетипічний зміст четвертої базової матриці фіксується переважно навколо тематики раю і пекла, або смерті та відродження. Образи «космічного дна» і непроглядної темряви поєднуються з раптовим спалахом білого сяйва або золотого, райдужного світла надприродної краси, а переживання обурення, ізольованості та вічного прокляття раптом змінюються відчуттям звільнення, любові, порятунку і спокутування гріхів. Можуть виникати також образи природи, що прокидається, озонові запахи після бурі. На рівні ерогенних зон, ця матриця асоційована зі станами полегшення, після сильної напруги, наприклад, після блювання, дефекації, оргазму. Одним із суттєвих застережень щодо теоретичної моделі базових перинатальних матриць сам S. Groff визнавав той факт, що на момент пологів і протягом перших місяців життя нерви дитини ще не достатньо мієлінізовані. З точки зору сучасної нейрофізіології, брак мієліну у нервовій системі означає неможливість повноцінного формування спогадів. Проте, цілою низкою не пов'язаних із теорією БПМ досліджень підтверджено наявність у новонароджених немовлят візуальної та аудіовізуальної пам'яті.