

УДК 159.9
DOI: 10.24045/aps.2017.1.5

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС БЕРЕМЕННОСТИ

Е. С. Мордас

*Кандидат психологических наук, доцент
Московский институт психоанализа
г. Москва, Россия*

PSYCHOLOGICAL CRISIS OF PREGNANCY

E. S. Mordas

*Candidate of Psychological Sciences
assistant professor
Moscow Institute of Psychoanalysis
Moscow, Russia*

Abstract. The article presents the review some of psychoanalytic ideas about the state of the pregnancy. The issues of pregnancy were considered as a crisis and stages of achievement of personal maturity of women. H. Deutsch, J. Kestenberg, D. Pines, T. Benedek, G. Bibring considered the pregnancy as a crisis period in a woman's life. Experience of interaction with the mother figure is the backbone of the mental health of the child. Difficulty in passing of the crisis pregnancy breaks the relationships of mother-infant immediate postpartum period. The child does not detect the response (empathy, compassion) from his mother's side, – are formed and fastened the pathological reaction. The vicious circle of the disturbed early relationship mother-child begins. Separation from mother, abandonment of early identification and identification with the mother as object emerging from the experience of motherhood allows a woman to cope with the crisis pregnancy.

Keywords: pregnancy; crisis; regression; anger; parent-child relationships; anxiety; stress; disorders; maturity; development.

В жизни любой женщины выделяют три кризисных периода: половое созревание, беременность и менопауза. Проблематика беременности в психологии и психоанализе освещается с различных позиций. Женщина в период беременности рассматривается как переживающая кризис идентичности, изменение социального статуса и внутрисемейных отношений.

Тема беременности в психоаналитической литературе представлена авторами Х. Дойч, Д. Пайнз, Т. Бенедек, Дж. Кестенберг,

Г. Бибринг и ее коллегами и др. Г. Бибринг и ее коллегами было организовано психоаналитическое исследование беременных женщин (исследовались пациентки во время беременности и после родов). Результаты, гипотезы и практический материал исследования, изложены в работах «Изучение психологических процессов при беременности и ранние детско-родительские взаимоотношения» (часть 1 и часть 2) и «Некоторые аспекты психологических процессов при беременности» [4; 5; 6]. Исследователи акцентиру-

ют внимание на следующих проблемах: связь области детской психиатрии, развития ребенка в раннем младенчестве и невротические (психические) расстройства у матери [2; 9; 12; 14]. А. Фрейд, М. Кляйн внесли значимый вклад в психоанализ раннего младенчества. Обширные систематические наблюдения за отношениями мать-ребенок были проведены рядом исследователей: Д. Барлингем, А. Фрейд; Р. Колеман, Е. Крис, Р. Эскалон, Б. Ранк, Р. Шпитц [7; 8; 11; 15; 17]. Авторы полагают, что ментальные (психические) расстройства у детей связаны с патогенным поведением матери, ее тревогой и подавленной агрессией, враждебностью. Такие психосоматические заболевания маленьких детей как пищевые расстройства, экзема, колики и пр. обусловлены материнским неврозом.

Одним из тяжелых и патогенных факторов, влияющих на развитие ребенка и выстраивание отношений с ребенком, выступает пограничное состояние матери. Это женщины, имеющие травматический опыт развития, характеризующиеся повышенной тревожностью. Для них свойственно магическое мышление, депрессивные реакции, механизм защиты по типу интроекции и проекции, параноидальные механизмы, часто связываемые с отношением беременной женщины к ее собственной матери. Пациентка может жаловаться на ощущение пустоты внутри себя. Пытаться, будучи беременной, реализовать себя в профессии, вместо того, чтобы погрузиться в «новый опыт» переживания связанных с состоянием бере-

менности. Таким образом, пациентка поддается давлению со стороны честолюбивой матери – достигая профессиональные достижения [4; 5]. Зачастую такие молодые женщины окружены фигурами, кто или отрицательно или безразлично относится к их беременности.

Женщине необходим контакт с другими, поскольку так она пытается получить «немного силы» и справиться с глубинными конфликтами. К данному вопросу обращались ряд авторов, например Кляйн отметит, что хорошие брачные отношения противодействуют типичным страхам беременности или Дж. Кестенберг утверждает, что поддержка и забота о беременной позволяют женщине преодолеть регресс, стать уверенней и справиться с различными страхами и патологическими состояниями. И добрая воля мужа часто выступает гарантией против опасностей бесплодия и детоубийства [13].

Патологическое поведение у женщины наблюдается до появления беременности. Авторы отмечают, что амбивалентное отношение к ребенку выступает показателем недостаточной подготовленности и зрелости к материнству (показатель материнского конфликта, зачастую сопровождающегося подавленной враждебностью по отношению к ребенку). Поскольку в состоянии беременности глубинные конфликты обостряются, – они становятся более очевидными для наблюдения.

Беременность, как половая зрелость или менопауза, является периодом кризиса, актуализирующим глубокие психологические и телес-

ные изменения. Этот кризис представляет важные шаги, связанные с развитием и имеет ряд характерных явлений. В беременности, как в период половой зрелости и менопаузе, актуализируются либидинозные и агрессивные влечения, приводя к возрождению и одновременному появлению нерешенных конфликтов из более ранних фаз связанных с развитием и к ослаблению частичных или неадекватных решений прошлого. Это период нарушения в равновесии индивидуальности, на время создается картина распада личности. Известно, что подобные кризисы являются испытанием психического здоровья, и при неблагоприятном разрешении могут возникнуть тенденции патологического развития.

Напряжение во время беременности касается областей: эндокринных изменений, активации бессознательных психологических конфликтов, имеющих отношение к факторам, вовлеченным в беременность, и во внутриспсихическую перестройку становления матерью. Физиологические, психологические и социальные аспекты перестраивают психический аппарат и условия функционирования женщины. Создается «новая организация» личности эти обстоятельства приводит к кризису беременности. В рамках этого кризиса, личные проблемы и невротические конфликты, выдвигаются на первый план [18; 20].

Пребывая в кризисном состоянии, фактически в состоянии интенсивного переворота психологических процессов, сталкиваясь с действительностью новорожденного

(его потребностями, направленными на мать). – Такая ситуация зачастую приводит к нарушениям в ранних детско-родительских отношениях и закреплению порочного цикла в форме взаимных отрицательных реакций, расстройства и отклонения между матерью и ребенком, и наконец к известному хроническому нарушению в отношениях. Г. Бибринг отмечает, что поддержка женщины со стороны социального окружения, психологическая забота значимы в период беременности и послеродовой период. Это может привести к лучшему восстановленному равновесию, таким образом, предотвращая закрепление порочного цикла и развитие более здоровых детско-родительских отношений.

Таким образом, беременность как период большого значения, в котором и через который множество эмоциональных проблем может стать острым. Чем серьезнее психические расстройства у женщины, тем больше ожидаемо драматических проблем в состоянии беременности. Хотя иногда удачная беременность позволяет разрешить невротическую напряженность [4; 5]. Беременность как кризис является поворотным моментом в жизни женщины, приводя к острым нарушениям равновесия, которые при благоприятных условиях приводят к определенным шагам взросления и к новым функциям. Период беременности связан с психическим развитием женщины: постепенного перехода от одной стадии развития к другой, когда решающие изменения корректируют прежние значимые потребности женщины, приводя к зарождению

новых потребностей, новых целей и функций. Результат проживания и разрешения этого кризиса связан с ранними детско-родительскими отношениями женщины.

В своих трудах Э. Эриксон отмечает, что кризисные периоды обуславливают развитие, но в каждом периоде отмечается различие [10]. Различие обусловлено интенсивной и определенной взаимосвязью между психическими и биологическими изменениями. Именно этот фактор добавляет к адаптационному процессу качества неизбежности и необратимости. Достигнув подросткового возраста Вы не сможете стать ребенком снова; достигнут возраста менопаузы – Вы не можете родить детей снова; и став однажды матерью Вы не можете быть отдельной единицей снова.

Так все же кризис беременности это норма или патология? Беременность как кризис представлен в работах Х. Дойч, Д. Пайнз, Т. Бенедек, Дж. Кестенберг и др. Д. Пайнз отмечает, беременность – это опыт трех поколений; в этом состоянии характерен возврат вытесненных фантазий, поиск идентичности; это время сепарации от матери и обретение индивидуации; уделит внимание «плохой матери» и деструкции во время беременности [13].

Х. Дойч раскроет аспект беременности и женского нарциссизма, тему регресса, реакции женщины на беременность и переживание потери. Т. Бенедек сделает акцент на регрессе при беременности; отметит другие фантазии при беременности, многие из которых о матке. Фантазия «пенис в матке» позволяет ком-

пенсировать недостающий пенис и интегрировать репродуктивные возможности женщины и способность получать и сохранять, то есть, чтобы забеременеть.

Дж. Кестенберг уделит внимание регрессивным и прогрессивным силам, актуализирующимся в период беременности; представит описание фаз беременности и особенности регресса. Регресс при беременности автор рассматривает как возрождение предгенитальных и эдипальных желаний. Физиологические изменения, идентификация с предэдипальной и эдипальной матерью, принятие внутренней генитальности формирует основание для толчка к взрослой жизни. Беременность повторяет и реорганизует все более ранние формы ожидания ребенка [13].

Обратимся к тем условиям, которые могут неблагоприятно или, напротив, благоприятно влиять на интенсивность или разрешение кризиса беременности: это индивидуальность, социальный или культурный факторы. Обозначенные факторы влияют на состояние матери в период беременности и послеродовой период.

Для более четкой дифференциации нормального и патологического кризиса необходимо обратить внимание на ранние детско-материнские отношения. Если мы предполагаем, что беременность актуализирует глубокие психологические изменения, мы можем задаться вопросом, – как такие изменения в женщине воздействуют на отношения с ребенком. Как женщина переживает «реальность», когда ребенок полностью от нее зависит и ей

необходимо удовлетворять его потребности. Принятие подобной реальности и способности «быть» в таких отношениях с ребенком – будет показателем психического благополучия женщины и ее опыта разрешения кризиса, связанного с материнством. Соответственно, неспособность женщины к коммуникации с ребенком, не принятие новой реальности и нового опыта может привести к зарождению раннего напряжения в отношениях с ребенком, беспорядков в самых ранних отношениях молодой матери к ее новорожденному ребенку и может привести к закреплению порочного цикла взаимно вызванных чувствительных реакций и расстройств. Здесь следует упомянуть такие патогенные типы матерей, как враждебная (амбивалентная), отвергающая мать, мертвая (депрессивная) мать, нарциссическая мать, поглощающая мать – материнские образы, порождающие серьезные психосоматические и психические проблемы, связанные с развитием ребенка в период младенчества.

Г. Бибринг отмечает, что беременность следует расценивать как нормальный кризис взросления. Обратимся, прежде всего, к периоду зрелой сексуальности и опыту сексуального союза, который приводит к созданию новой жизни. Вступая в сексуальные отношения, женщина допускает проникновение мужчины и принимает его. Интенсивные отношения с сексуальным партнером приводят к оплодотворению, где объект любви становится частью собственной идентичности женщины. Принимать это проникновение

(для ряда женщин – вторжение) – одна их задач женщины. При воздействии физиологических и анатомических изменений первых месяцев беременности, либидиозная концентрация в Я увеличивается и приводит к интеграции, и слиянию Я с инородным телом, превращая его (ребенка) в неотъемлемую часть себя. До момента как ребенок начинает шевелиться. Ребенок представляется как новый объект в пределах Я. Отсюда к моменту родов, вторая задача – различение себя и ребенка: ребенок продолжает расти в утробе матери, изменяется ее телесность (формы, функции) – то есть, с одной стороны, ребенок как часть самой женщины и ее тела, с другой стороны – он отдельный от нее. Эта часть себя (то есть ребенок) начинает самостоятельно перемещаться (двигаться в утробе), переживает как появившийся ребенок, начинает восприниматься женщиной, как другой объект, и таким образом постепенно подготавливает женщину к родам и анатомическому разделению. Эта подготовленность приравнивается к готовности установить отношения с будущим ребенком, и это в свою очередь представляет новое достижение, связанное с развитием. Такие отношения позволяют женщине взрослеть. Так ребенок остается объектом, который является частью матери и объектом, который является частью внешнего мира. Изменения в этом сплаве будут зависеть от внутренних и внешних обстоятельств жизни женщины, ребенка, и мужа. Особая задача, которая должна быть решена беременностью и материнством, находится

в пределах сферы распределения и смещения между катексисом саморепрезентации и объекта-репрезентации.

Скажем другими словами: любая девочка, развивающаяся в норме - желает ребенка и имеет возможность любить мужчину (отца ребенка), первоначально должна пройти определенный путь, связанный с развитием и направленный на становление ее как матери. Первоначально она является отдельным индивидуальным организмом (хотя и способным к интенсивной близости в отношениях любви) способным принять объект любви в ребенке, который станет объектом вне ее. Отношения, где происходит синтез объекта и реакций на него (синтез отношений женщины к ребенку, представляя ребенка как отдельного, отличного от нее, имеющего свои желания; ее отношений к ребенку, представляя мужа; ее отношений к ребенку, представляя себя) и одновременно их дифференциация складываются в процессе развития.

Таким образом, любая линия развития отношений может вызвать осложнения: это отношения к мужу, или мужчинам вообще; это способы обретения, сохранения, или порождения, который женщина усвоила в результате ее собственного инфантильного развития и ее развития либидо; это амбивалентный и враждебный опыт взаимодействия с объектом; это ее отношения к себе, которое может быть противоположным по отношению к внешнему миру и его объектам. Все эти области могут вызвать напряжения при беременности, что в свою очередь бу-

дет отражено в симптомах кризиса. Разрешение или частичное разрешение различных аспектов этого напряжения и реинтеграции на новом уровне к новым событиям представляют шаг к возможности стать матерью.

К списку потенциальных областей осложнения нужно добавить еще одну область – это отношения женщины с собственной матерью, инфантильным аспектам развития девочки – желание и решение дочери стать самой матерью [3, с. 730; 9, с. 141]. С первого дня беременности женщина особым образом «переживает свою мать». Женщина, становясь беременной сама «становится матерью», оставляет детский опыт и заменяет прежние идентификации различными новыми формами идентификации с матерью. Эти идентификации первоначально могут продемонстрировать «шрамы» предыдущих конфликтов детства или примесь раскаяния и вины или амбивалентность и негодование. Но можно предположить, что в случае успешного созревания такой опыт развивается в полезную идентификацию без конфликта с матерью как опытным образцом родительской фигуры.

Кажется, что ситуация когда дочь становится «матерью» освобождает ее от инфантильной зависимости от ее собственной матери; изменяет природу ее отношений с матерью; обе женщины становятся партнерами. Актуально одновременно с частичным изменением либидинозной инвестиций бабушки от дочери на ребенка дочери. Возможно окончательная, постамбивалет-

ная фаза материнства находит свою полную реализацию в отношении бабушки к внуку [1; 9, с. 486]. Именно это решение амбивалентного отношения может помочь в объяснении некоторых из известных особенностей в отношениях бабушки и дедушки, которая получила довольно недостаточное внимание в психоаналитической литературе.

Д. Пайнз так же уделяла внимание отношениям мать-дочь и становлению материнства. Автор отмечает, что беременность – важный шаг в обретении женской идентичности. В это время женщина впервые осознает себя не только как дочь для своей матери, но и как мать для своего ребенка. Таким образом, беременность занимает одно из важнейших мест в процессе сепарации от матери и последующей индивидуализации женщины.

Для маленькой девочки мать является «символом, как взрослого человека, так и материнства» [19, с. 83]. Особенности контакта между матерью и ребенком, ее отношение к нему, включается в опыт, влияет на фантазии. У девочки формируется внутренний образ матери, который затем, на протяжении всей жизни, влияет на ее отношение к женской роли, во многом определяя поведение. Этот образ является основой для последующей материнской идентификации девочки, которая, одновременно с этим, стремится, как можно сильнее отделиться от него. Помимо принятия матрицы материнского поведения, девочка в раннем детстве получает опыт «их с матерью взаимного телесного удовлетворения» [19, с. 85]. Если же на

этом этапе девочка ощущает, что не способна удовлетворить мать, или же мать не удовлетворяет ее, то вследствие «базальной недостачи первичного устойчивого чувства телесного благополучия и благополучного образа своего тела» девочке наносится «нарциссическая рана, дающая начало нарциссической уязвленности, зависти к матери и низкой самооценке», которая «может быть болезненной и усиливать трудности сепарации» [19, с. 85]. Так же необходимо учитывать удовлетворенность матери своим собственным телом, как телом женщины, ее отношениями с супругом, ведь наблюдая мать, получающую удовольствие от своей женской роли, девочка получает «хороший» объект для последующей идентификации. Если же мать напротив, не получает удовлетворения от своей женской роли, она будет склонна проецировать на девочку свои нереализованные фантазии, создавая таким образом трудности для последующего отделения ребенка.

Таким образом, характер кризиса может быть установлен среди многочисленных факторов. Общее, что обнаружилось во всех случаях: более часто, отмечаются регрессивное изменение в поведении и амбивалентность женщины. Если женщина воспринимает собственную мать, как «достаточно хорошую», то осуществляющийся регресс к первичной идентификации с «щедрой и жизнедающей матерью» и с «младенческим собственным Я» является позитивно воспринимаемым этапом, способствующим духовному росту, повышению самооценки,

удовлетворению своим новым состоянием [19, с. 85].

Если же женщина напротив, не получила разрешения своих амбивалентных чувств к матери, ранних детских конфликтов, если отношения ее к собственному Я, важнейшим фигурам прошлого окрашены в основном негативными переживаниями, то такой регресс неизбежно будет актуализировать неразрешенные конфликты, относящиеся к материнско-дочерним отношениям. Осуществляя идентификацию с собственной «плохой матерью», беременная может проецировать на будущего ребенка собственные негативные стороны Я и внутриспихические объекты. Из этого следует, что ребенок еще «ребенок задолго до своего появления на свет может обладать для матери негативной пренатальной идентичностью» [19, с. 101].

Отмечается распространенность орального, анального или враждебного материала у женщин в период беременности. Оральные конфликты можно наблюдать в виде рвоты, специфической тяге к еде, отрывке и пр. Регрессивные элементы анально-садистической фазы выражаются во враждебных тенденциях к изгнанию плода, что проявляется в болях, имеющих место задолго до самого процесса деторождения. Женщины с преобладающей обсессивной структурой характера, кажется, менее склонные к регрессивным реакциям. Обсессивные женщины часто показывали интенсивные защитные образования: пытались казаться более рациональными и еще лучше организованными [5; 9; 13].

В заключении, состояние беременности – это время кризиса (для всех женщин, где кризис есть норма развития), обусловлено психофизиологическими и биологическими изменениями организма и психологическими новообразованиями. Беременность рассматривается, как половая зрелость или менопауза, как период кризиса, вовлекая глубокие эндокринные, телесные и психологические изменения. Эти кризисы представляют важные биологические шаги, связанные с развитием и имеют ряд характерных психологических явлений. Во всех трех из этих периодов возникает множество новых либидинозных и адаптивных задач, которые женщине необходимо разрешать, часто диаметрально противоположных задачам и функциям предыдущих фаз. Все три периода возрождают и обостряют психологические конфликты более ранних периодов связанных с развитием, требуя новых и различных решений; все три периода – существенные поворотные моменты в жизни женщины, и во всех трех периодах нарушается равновесие, установление равновесия обуславливается взрослением; то есть, взрослая жизнь в половой зрелости, старение в менопаузе, и материнство при беременности. Необходимо добавить, что все три кризисных периода объединяет одна характерная особенность – испытания психического здоровья и тенденция при неблагоприятных внутренних и внешних условиях привести к невротическим или даже психотическим расстройствам.

Кризис беременности тяжело протекает у женщин имеющих расстройства личности, переживших травмирующий опыт детского развития: обостряются внутренние глубинные конфликты, актуализируются оральные, анальные, амбивалентные и враждебные желания. Значимая роль при неблагоприятном прохождении кризиса беременности отводится ранним детско-родительским отношениям (раннему опыту отношений женщины с ее матерью). Оставление ранних идентификаций и идентификация с матерью как объектом, пережившим опыт материнства, позволяет женщине справиться с кризисом беременности.

Библиографический список

1. Abraham K. Character-Formation on the Genital Level of the Libido. Selected Papers on Psycho-Analysis London: Hogarth Press, 1927.
2. Benedek T. Psychosexual Functions in Women New York: Ronald Press, 1952.
3. Benedek T. Sexual Functions in Women and Their Disturbances. In: American Handbook of Psychiatry ed. S. Arieti. New York: Basic Books, 1959.
4. Bibring G. Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy // The Psychoanalytic Study of the Child. 1959. Vol. 14. P. 113-121.
5. Bibring G. et al. A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship – I. Some Propositions and Comments // The Psychoanalytic Study of the Child. 1961. Vol. 16. P. 9–24.
6. Bibring G. et al. A Study of the Psychological Processes of the earliest mother-child relationship – II. Methodological Considerations // The Psychoanalytic Study of the Child. 1961. Vol. 16. P. 25–72.
7. Burlingham D. & Freud A. Infants Without Families New York: International Universities Press, 1944.
8. Coleman R. W., Kris E., & Provence S. Study of the Variations of Early Parental Attitudes // The Psychoanalytic Study of the Child. 1953. Vol. VIII. P. 20–47.
9. Deutsch H. The Psychology of Women. New York: Grune & Stratton, 1944/45.
10. Erikson E. H. Childhood and Society New York: Norton, 1950.
11. Escalona S., & Leitch M. Early phases of personality development: A non-normative study of infant behavior. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1952.
12. Fries M. E. & Levi B. Interrelated Factors in Development: A Study of Pregnancy, Labor, Delivery, Lying-in Period and Childhood. // American Journal of Orthopsychiaty. 1938. Vol. VIII. P. 726–752.
13. Kestenberg J. Regression and reintegration in pregnancy // Journal of the American Psychoanalytic Association. 1976. Vol. 24. P. 213–250.
14. Klein H., Potter H. & Dyk R.B. Anxiety in Pregnancy and Childbirth. New York: Paul B. Hoeber, 1950.
15. Rank B., Putnam M.C., & Rochlin G. The Significance of Emotional Climate in Early Feeding Difficulties // Psychosom. Med. 1948. Vol. 10(5). P. 279–283.
16. Senn M. J. E., Ed. Problems of Early Infancy New York: Josiah Macy, Jr. Foundation, 1948.
17. Spitz R. A. Relevancy of Direct Infant Observation. // The Psychoanalytic Study of the Child. 1950. Vol. V. P. 66–73.
18. Бонапарт М. Женская сексуальность. – Санкт-Петербург : Культурная инициатива, 2010. – 384 с.
19. Пайнз З. Бессознательное использование своего тела женщиной (психоаналитический подход). – СПб: совместное издание Восточно-Европейского института психоанализа и Б.С.К, 1997. – 193 с.
20. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М.: Наука, 1989. – 456 с.

Bibliografickij spisok

1. Abraham K. Character-Formation on the Genital Level of the Libido. Selected Papers on Psycho-Analysis London: Hogarth Press, 1927.
2. Benedek T. Psychosexual Functions in Women New York: Ronald Press, 1952.
3. Benedek T. Sexual Functions in Women and Their Disturbances. In: American Handbook of Psychiatry ed. S. Arieti. New York: Basic Books, 1959.
4. Bibring G. Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy // The Psychoanalytic Study of the Child. 1959. Vol. 14. P. 113-121.
5. Bibring G. et al. A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship – I. Some Propositions and Comments // The Psychoanalytic Study of the Child. 1961. Vol. 16. P. 9–24.
6. Bibring G. et al. A Study of the Psychological Processes of the earliest mother-child relationship – II. Methodological Considerations // The Psychoanalytic Study of the Child. 1961. Vol. 16. P. 25–72.
7. Burlingham D. & Freud A. Infants Without Families New York: International Universities Press, 1944.
8. Coleman R. W., Kris E., & Provence S. Study of the Variations of Early Parental Attitudes // The Psychoanalytic Study of the Child. 1953. Vol. VIII. P. 20–47.
9. Deutsch H. The Psychology of Women. New York: Grune & Stratton, 1944/45.
10. Erikson E. H. Childhood and Society New York: Norton, 1950.
11. Escalona S., & Leitch M. Early phases of personality development: A non-normative study of infant behavior. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1952.
12. Fries M. E. & Levi B. Interrelated Factors in Development: A Study of Pregnancy, Labor, Delivery, Lying-in Period and Childhood. // American Journal of Orthopsychiaty. 1938. Vol. VIII. P. 726–752.
13. Kestenbergl J. Regression and reintegration in pregnancy // Journal of the American Psychoanalytic Association. 1976. Vol. 24. P. 213–250.
14. Klein H., Potter H. & Dyk R.B. Anxiety in Pregnancy and Childbirth. New York: Paul B. Hoeber, 1950.
15. Rank B., Putnam M.C., & Rochlin G. The Significance of Emotional Climate in Early Feeding Difficulties // Psychosom. Med. 1948. Vol. 10(5). P. 279–283.
16. Senn M. J. E., Ed. Problems of Early Infancy New York: Josiah Macy, Jr. Foundation, 1948.
17. Spitz R. A. Relevancy of Direct Infant Observation. // The Psychoanalytic Study of the Child. 1950. Vol. V. P. 66–73.
18. Bonapart M. Zhenskaja seksual'nost'. – Sankt-Peterburg : Kul'turnaja iniciativa, 2010. – 384 s.
19. Pajnz Z. Bessoznatel'noe ispol'zovanie svoego tela zhenshinoj (psihoanaliticheskij podhod). – SPb: sovместnoe izdanie Vostochno-Evropejskogo instituta psihoanaliza i B.S.K, 1997. – 193 s.
20. Frejd Z. Vvedenie v psihoanaliz: Lekcii. M.: Nauka, 1989. – 456 s.

© Мордач Е. С., 2017.