Федеральное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Морской государственный университет имени адмирала Г.И. Невельского»

На правах рукописи

Рабовалюк Любовь Николаевна

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ДОМИНАНТЫ БЕРЕМЕННОСТИ

19.00.04 – Медицинская психология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель
доктор психологических наук,
доцент Н.А. Кравцова

Владивосток – 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение……3

Глава 1. Теоретико-методологические аспекты исследования ценностных ориентаций и психологического компонента гестационной доминанты у беременных женщин

1.1. Определение, сущность и классификация ценностных ориентаций личности…….……...14

1.2. Материнство как базовая ценность и ценностные ориентации женщин..23

1.3. Теоретические предпосылки изучения доминанты беременности….....34

1.4. Психологические особенности женщин с разными типами психологического компонента доминанты беременности……....45

Глава 2. Методические основания исследования ценностных ориентаций беременных женщин с разными вариантами ПКГД

2.1. Методология и организация эмпирического исследования ……. …..…..68

2.2. Описание хода исследования……73

2.3. Выборка исследования…….……93

2.4. Методический аппарат эмпирического исследования..……....103

Глава 3. Ценностные ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента гестационной доминанты

3.1. Сравнительный анализ ценностных ориентаций беременных женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности..…….....108

3.2. Структура ценностных ориентаций у женщин преимущественно оптимального типа ПКГД.…….....139

3.3. Взаимосвязь ценностных ориентаций беременных женщин и групп риска…….151

3.4. Формирующий эксперимент психологического сопровождения беременных женщин с различными вариантами психологического компонента гестационной доминанты……..156

3.5. Рекомендации психологического сопровождения беременных женщин…….171

Заключение……...……..…179

Список литературы…….……..185

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность.

Беременность является значимым периодом в жизни женщины. Ежегодно около 3% женщин фертильного возраста переживают это событие. Как отмечает Г.Г. Филиппова (2002), именно в этот период у женщины происходит переоценка ценностей и смысла жизненных приоритетов, переориентация в плане выполняемых социальных ролей и взаимоотношений с другими людьми [195]. Вместе с тем, исследователи (В.С. Мухина, 1985 и Н.И. Лапин, 1996) отмечают, что ценность материнства в современном обществе снижается, изменяется и система ценностных ориентаций современной женщины (Т.В. Скрицкая, 2002; Т.М. Караханова 2003; А.А. Митрикас 2004; В.В. Оськина 2002).

В современном мире деторождение уже не является единственной сферой самореализации женщины (Е.В. Могилевская, 2003); изменился образ ребенка в общественном европейском сознании (П. Массен, 1982), уменьшилось количество и качество телесного и эмоционального контакта с ребенком (Т.Н. Жданова, 2004; А.И. Захаров 1997; О.Б. Мамаев, 1996). Наблюдается дефицит пренатальной привязанности (И. Кренц и Х. Кренц, 2003), психологическая неготовность к материнству (Г.Г. Филиппова, 2005; О.В. Баженова, О.А. Копыл, 1993; Т.А. Гурьянова 2004; В.В. Ивакина, 2006; Е.С. Миронова, 2011), неадекватный стиль переживания беременности (Е.Ю. Печникова 2010; М.С. Радионова, 1997; Е.А. Тетерляева, 2004; Г.Г. Филиппова, И.Н. Черткова, И.М. Сапарова, 2003; Е.Г. Щукина 2008), нарушения становление материнской (родительской) идентичности (Е.В. Ярославкина, 2008). Все эти и многие другие факторы оказывают непосредственное влияние на процессы протекания беременности и родов; на психологическое, соматическое и социальное здоровье беременной женщины и ее ребенка; на становление диадных отношений и здоровье следующего поколения.

Актуальность исследования обусловлена еще и тем, что внешняя выраженность социальных и физиологических изменений с ожиданием и появлением ребенка ничуть не меньше психологических изменений, которые сопровождаются более глубинными и внутренними перестройками, в том числе в иерархии ценностных ориентаций будущего родителя.

Современные исследователи проблем перинатальной психологии А.Л. Филоненко (2010), В.В. Абрамченко, И.П. Коваленко (2000); О.С. Васильева, Е.В. Могилевская (2001); А.С. Батуев, Л.В. Соколова (2003) рассматривают процесс беременности как особое переходное состояние для организма и личности женщины. Период жизни, когда связь психологического и биологического аспектов функционирования человека оказывается наиболее значимой и существенной, когда от взаимодействия телесного и психического зависят не только здоровье самой женщины, но и нарождающаяся новая жизнь, здоровье будущего ребенка [196]. Согласно современным психологическим исследованиям Г.В. Залевского (2008), О.В. Магденко (2012), А.Л. Филоненко (2012), С.В. Тюлюпо (2011), К.Д. Хломова (2008), И.Л. Шелехова (2006) ведущее место в сохранении здоровья помимо биологических, раскрывающих соматическую природу, и психосоциальных предпосылок отводится духовности (ноэтичности). Г.В. Залевский определяет духовность как принцип самостроительства человека, как выход к высшим ценностным ориентациям конструирования личности и ее менталитета и раскрывает духовность как «неограниченный набор личностных мотиваций, норм поведения, опыта, ценностей и установок, которые основаны на поиске экзистенциального понимания смысла, цели и трансценденции» [68].

Актуальность исследования ценностных ориентаций женщин с разными вариантами ПКГД обусловлена также и тем, что, несмотря на современные достижения в области медицины, физиологии, гинекологии и акушерства, повышении научного и технического уровня родовспоможения и неонатальных практик, проблемы материнства и детства не уменьшаются.

Степень научной разработанности проблемы.

В научной литературе беременность рассматривается в разных моделях исследования: органической (К. Остин, Р. Шорт, 1987; К. Лоренц, Н. Тинберген, 1985; и др.); психосоциальной (М. Мид, 2004; М.С. Радионова, 1999 Э. Бадинтер, М. Гроссман, И.С. Кон, 1975; и др.); биопсихосоциальной (И.В. Добряков, 2000; И.Г. Малкина Пых 2005; М.В. Голубев, 2005; И.А. Колесников, 2005; Т.Н. Жданова, 2004; О.В. Лысенко, 2003; В.Г. Волков, Ю.С. Садкова, Н.В. Шабалина, 1995; и др. На современном этапе развития клинической психологии наблюдается расширение клинико-психологической модели исследования беременности за счет включения духовного компонента (биопсихосоционоэтическая модель Г.В. Залевского, 2005, 2009). Об этом свидетельствуют работы О.В. Магденко, 2012; А.Л. Филоненко, 2012; С.В. Тюлюпо 2011; К.Д. Хломова, 2008; И.Л. Шелехова, 2006. Эти работы посвящены в основном исследованию: деструктивных репродуктивных мотиваций беременной женщины (О.В. Магденко, 2012); становлению перинатальной общности (А.Л. Филоненко, 2010, 2012); структурно-функциональной модели становления материнской компетентности (С.В. Тюлюпо, 2011). Не исследовались ценностные ориентации женщин в структуре биопсихосоционоэтической модели беременности исходя из разных оснований (внешние - внутренние, терминальные - инструментальные, реальные, социальные) не описана степень значимости и реализации ценностных ориентации, а так же атрибуции причин конфликтности их осуществления.

Исследователи в области перинатальной психологии (И.В. Добряков, 1996; А.С. Батуев, 2003; Н.П. Коваленко, 2000; О.В. Магденко, 2012; И.М. Никольская, 2006; М.С. Вербицкая, 2008; Г.В. Скобло и О.Ю. Дубовик, 1992) в последнее время акцентируют свое внимание на психологическом компоненте гестанционной доминанты *(далее в тексте ПКГД* (И.В. Добряков). В литературе представлены работы, в которых показана зависимость между типом гестационной доминанты и формированием

отношения женщины к своей беременности (И. В. Добряков, 2010; Н.П. Коваленко, 2000), поведением в родах, особенностью типа семейного воспитания ребенка (Г.В. Скобло, О.Ю. Дубовик, 1992). Ю.И. Шмурак (1993) отмечает, что взаимоотношения в семье, ожидающей ребенка, во многом определяются особенностями ПКГД. По мнению И.В. Добрякова (2010), А.С. Батуева (2004), Е.А. Колесникова (2006) одной из важных задач психолога, работающего с семьей, является формирование оптимального типа ПКГД. Однако выделение типов ПКГД не обеспечивает возможность квалификации (обозначения) всего того многообразия психологического компонента гестанционной доминанты с которым сталкиваются практики. В литературе не представлены работы, раскрывающие всю совокупность вариантов ПКГД, не четко дифференцированы критерии диагностики вариантов ПКГД.

В работах L. Hoffinan, M. Hoflman (1973), М.С. Яницкого (2000), И.Л. Шелехова (2006), Т.В. Скрицкой, (2008) уделяется внимание изучению системы ценностных ориентаций беременных женщин. Однако остаются не исследованными ценностные ориентации беременных женщин во взаимосвязи с их психологическим компонентом гестационной доминанты. Выявление в структуре ценностных ориентаций предикатов, способствующих оптимизации ПКГД поможет разработать психокоррекционные программы помощи беременным женщинам.

В работах О.С. Васильевой, Е.В. Могилевской (2001); Р.Г. Добрянской, И.Д. Евтушенко, Г.В. Залевского (2005); Э.Г. Эйдемиллера, И.В. Добрякова, И.М. Никольской (2006); М.П. Билецкой, Т.В. Маликовой (2008); М.Е. Ланцбург (2011) показаны различные виды психологической помощи беременным женщинам, при этом не показана направленность психологической помощи на систему ценностных ориентаций женщин с разными вариантами ПКГД. Большое разнообразие вариантов отношения женщин к своей беременности требует более дифференцированного подхода в психодиагностике ПКГД, что может обеспечить индивидуальный подход в составлении психокоррекционных программ.

Таким образом, в настоящее время существуют противоречия между:

- разработанностью теоретико-методологических основ исследования аксиосферы личности и недостатком их применения на практике в условиях стационара.

- требованиями общества к личности беременной женщины и противоречиями в системе ценностных ориентаций современной беременной женщины;

- необходимость оказания индивидуальной психологической помощи женщинам с разными вариантами психологического компонента гестационной доминанты и недостаточностью изученности этого феномена.

В связи с этим возникает научная задача в разработке программы психологического сопровождения женщин с разными вариантами психологического компонента гестационной доминанты с учетом особенностей ценностных ориентаций.

Цель исследования: выявить и описать особенности ценностных ориентаций женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности и разработать программу психологического сопровождения беременных женщин.

Объект исследования: ценностный компонент биопсихосоционоэтической модели беременности.

Предмет исследования: ценностные ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности и возможность психологического сопровождения беременных женщин в ходе специально разработанной практики.

Гипотеза. Ценностные ориентации у женщин с оптимальным вариантом психологического компонента гестационной доминанты и женщин с другими, относящимися к группе риска, вариантами ПКГД различаются по значимости и уровню конфликтности осуществления ценностных ориентаций. Конфликт или конкурирование ценности ребенка с другими ценностями женщины могут обусловить формирование

неоптимального психологического компонента гестационной доминанты. В процессе психологического сопровождения беременных женщин возможна гармонизация структуры ценностных ориентаций и оптимизация психологического компонента гестационной доминанты.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были сформулированы следующие **задачи**:

1. С опорой на современные теоретико-методологические тенденции психологических исследований аксиосферы личности и описать структуру системы ценностных ориентаций беременных женщин.

2. Провести анализ теоретических оснований изучения доминанты беременности и психологических особенностей женщин с разными типами ПКГД, определить и описать критерии выделения подтипов ПКГД и групп риска с целью индивидуализации психологического сопровождения беременных.

3. Разработать программу и методический комплекс эмпирического исследования направленную на изучение ценностных ориентаций беременных женщин с разными вариантами психологического компонента гестационной доминанты.

4. Выявить особенности ценностных ориентаций женщин с разными группами рисков и определить ценностные ориентации, связанные с преимущественно оптимальным вариантом психологического компонента гестационной доминанты.

5. Учитывая особенности ценностных ориентаций беременных женщин с разными вариантами ПКГД, разработать программу их психологического сопровождения с целью их оптимизации; провести формирующий эксперимент и оценить его результаты.

Теоретико-методологическая основа исследования.

Общей методологической основой исследования является биопсихосоционоэтическая модель природы человека и его здоровья Г.В. Залевского (2008); аксиологические подходы М. Рокича, О.И. Моткова

(2008), С.С. Бубновой (1999). Конкретная методологическая основа исследования представлена концепцией о "материнской доминанте" И.А. Аршавского (1957) и концепцией «психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова (2002).

Методический аппарат исследования.

1. Теоретический подход: анализ литературных источников для установления структуры и критериев изучения ценностных ориентаций женщин с разными вариантами ПКГД.

2. Методы психодиагностики: тест М. Рокича (методика «Ценностные ориентации»); методика изучения внешних и внутренних ценностей личности (О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008); методика диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности (С.С. Бубнова, 1994); экспресс-диагностика социальных ценностей личности (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов, 2002); методика «Тест отношений беременной» (И.В. Добряков, 1996); авторская анкета «Мотивы сохранения беременности» (Л.Н. Рабовалюк, 2011), модифицированный восьмицветовой тест Люшера (Л.Н. Собчик).

3. Феноменологический подход: специально разработанный алгоритм фокусированного интервью, проективный рисунок «Я и мой ребенок» (Г.Г.Филиппова, 2002), с последующим применением контент-анализа речевых репродукций для качественной и количественной обработки данных.

4. Методы математической статистики: соответственно целям и задачам исследования были использованы методы описательной статистики, дисперсионный анализ, непараметрический U-критерий Манна-Уитни и W-критерий Вилкоксона, корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Кандела. Статистический анализ результатов проводился с помощью программы SPSS 16.0.

Выборка исследования. В исследовании участвовало 188 беременных женщин в возрасте от 17 до 39 лет (III триместр беременности). Средний возраст - 26,4 лет. Исследование проводилось в КГБУЗ «Владивостокском

клиническом родильном доме №2». В ходе эмпирического исследования выборка была разделена на 4 анализируемые группы. Одну из групп составили женщины с преимущественно оптимальным типом ПКГД (n=54) – группа (невыявленных, несущественных, рисков); вторую – женщины с минимальным (низким, слабым) риском (n=36); третью – женщины с умеренным (средним) риском ПКГД (n=70); и последнюю – группа женщин значительного (повышенного, высокого, максимального) риска ПКГД (n=28).

Достоверность и обоснованность полученных результатов. Результаты исследования обоснованы исходными методологическими позициями; согласованностью эмпирического исследования с теоретической концепцией; применением комплекса надежных методов, соответствующих цели, предмету, задачам исследования; репрезентативностью объема выборки; использованием методов математической обработки эмпирических данных; содержательным анализом выявленных факторов и закономерностей, опытом внедрения результатов исследования в практику.

Научная новизна исследования.

Впервые предложена классификация подтипов ПКГД. Определены и описаны критерии диагностики подтипов ПКГД и групп риска. Впервые описаны особенности ценностных ориентаций беременных женщин с преимущественно оптимальным вариантом ПКГД, минимальным, умеренным и максимальным риском.

Выявлены ценностные ориентации беременных женщин как препятствующие, так и способствующие формированию оптимального психологического компонента гестационной доминанты.

Разработана дифференцированная программа психологического сопровождения беременных женщин с разными вариантами ПКГД.

Теоретическая значимость заключается в следующем: сформулированные в рамках работы положения позволяют расширить понимание ценностных ориентаций беременной женщины, описать и дополнить с аксиологической точки зрения феномен «психологического

компонента гестационной доминанты». В контексте биопсихосоционоэтической модели описаны критерии отнесения беременных женщин к группам риска. Выявленные особенности ценностных ориентаций беременных женщин разных групп риска дополняют существующие теоретические представления о психологии материнства во время беременности и позволяют предложить дифференцированные психопрофилактические программы.

Практическая значимость исследования.

- Разработана и первично апробирована программа психодиагностического исследования ценностных ориентаций беременной женщины с разными вариантами ПКГД.
- Результаты исследования позволяют выявлять лиц группы риска с нарушением материнско-детского взаимодействия и лиц с несформированными доминантами зачатия, гестационной и родовой; и оказать полный объём специальной дифференцированной психологической помощи.
- Разработана комплексная программа и рекомендации психологического сопровождения беременных женщин с разными вариантами ПКГД.
- Получены данные, которые используются в учебных курсах ТГМУ «Психология личности», «Перинатальная психология», «Психология родительства», в психологическом консультировании и коррекционной работе с беременными женщинами КГБУЗ «Владивостокского клинического родильного дома №2».

Положения, выносимые на защиту:

1. Структура ценностных ориентаций женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД отличается от таковой у женщин с другими вариантами ПКГД. Женщины данной группы имеют более низкий уровень конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций, высокую ориентацию на «любовь», «творчество», «общение», «ценность друзей», «жизненную мудрость», «счастливую семейную жизнь». Рационализм,

самоконтроль, терпимость к взглядам и мнению других для этих женщин являются средством (инструментальной ценностью) к достижению цели.

2. Конфликты в структуре ценностных ориентаций и/или конкурирующие ценностные ориентации беременных женщин могут осложнять течение беременности и не способствуют развитию оптимального типа ПКГД.

3. Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) связан с ценностными ориентациями беременных женщин. Ценностная ориентация на высокое материальное благосостояние, приятное (необременительное) времяпрепровождение, отсутствие обязанностей, низкая готовность к материнству, деструктивные мотивы сохранения беременности и высокая тревожность по поводу отношения женщины к себе беременной, к формирующейся системе мать-дитя и к тому, как к ней относятся окружающие - не способствуют формированию благоприятного варианта ПКГД.

4. Поэтапное проведение, разработанных с учетом структуры ценностных ориентаций комплексных дифференцированных психокоррекционных программ (психологическое сопровождение беременных женщин с разными вариантами ПКГД), обеспечивает формирование оптимального психологического компонента гестационной доминанты.

Апробация и внедрение результатов исследования. Результаты исследования были представлены на международных научно-практических конференциях: «Молодежь-наука-инновации» (г. Владивосток, 2010, 2012, 2013), «Система ценностей современного общества» (г. Новосибирск, 2010), «Проблема здоровья личности теоретической и прикладной психологии» (г. Владивосток, 2011), «Система ценностей современного общества» (г. Новосибирск, 2011), «Сибирском психологическом форуме» (г. Томск, 2011), на слете молодых ученых «Наука творчество и инновационная деятельность молодежи» (г. Владивосток, 2010, 2011, 2012).

В научных, реферируемых ВАК, журналах: «Образование и саморазвитие» (г. Казань, 2011 и 2012), «Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке (г. Владивосток, 2012), «Современные исследования социальных проблем» (г. Красноярск, 2012), «Russian journal of Earth Sciences» (г. Москва, 2012). И других периодических журналах: «Молодой ученый» (г. Чита, 2012), «Наука Красноярья» (г. Красноярск, 2012), «Актуальные проблемы практической психологии» (г. Херсон, 2012), "Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения" (г. Витебск, 2012). «Научная дискуссия: инновации в современном мире» (г. Москва, 2012), «Наука творчество и инновационная деятельность молодежи» (г. Владивосток, 2012), «Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии» (г. Санкт-Петербург, 2013), «Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока» (г. Владивосток, 2012), «Семья и детство в современном мире» (г. Владивосток, 2012), «Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований» (г. Пенза, 2012), «Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии» (г. Санкт-Петербург, 2013); V Сибирский психологический Форум «Антропологическая психология в XXI веке: проблемы и перспективы» (Томск, 2013).

Результаты исследования отражены в двадцати пяти научных публикациях и используются в читаемых курсах в ТГМУ, внедрены в практику образовательно-воспитательного процесса ТГМУ и лечебно-оздоровительного учреждения «Владивостокский клинический родильный дом №2».

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 214 листах машинописного текста, содержит 11 рисунков, 8 таблиц и состоит из введения, 3 глав, выводов, заключения, списка литературы. Библиографический список включает 229 отечественных и 40 зарубежных источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕТСАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

1.1. Определение, сущность и классификация ценностных ориентаций личности

В психологических исследованиях используется как понятие *«ценности»*, так и понятие *«ценностных ориентаций».* До настоящего времени не существует единого мнения по поводу определения понятия «ценности» и понятия «ценностная ориентация», например, авторы краткого психологического словаря пишут, что «понятие ценностная ориентация было введено в послевоенной социальной психологии как аналог философского понятия ценностей, однако, четкое концептуальное разграничение между этими понятиями до сих пор отсутствует» [171]. И все же ценности и ценностные ориентации различные понятия. Ценность определяется как любой «объект» (в том числе и идеальный), имеющий жизненно большое значение для субъекта (индивида, группы, слоя, этноса), а ценностные ориентации как отражение в сознании человека ценностей, признаваемых им в качестве стратегических жизненных целей и общих мировоззренческих ориентиров.

В отечественной психологии ценностные ориентации определяются обычно через понятие отношения, отражения, установки (Д.Н. Узнадзе, В.А. Ядов, А.Г. Здравомыслов, В.В. Сусленко) [181, 224]. Ценностные ориентации, являясь одним из базовых личностных оснований, существуют внутри более широкого интегрального понятия – направленности личности, включающего в себя доминирующие ценностные ориентации и установки, проявляющиеся в любой ситуации (Б.Г. Ананьев, Л.Э. Пробст и др.).

В теории М. Рокича (тест, которого модифицированный Ш. Шварцем включен в эмпирическую часть нашей работы) соотношение понятий «ценности» и «ценностные ориентации» выглядит следующим образом: под

ценностными понимается вид убеждений, имеющий центральное положение в индивидуальной системе убеждений. Под ценностными ориентациями понимаются абстрактные идеи, положительные или отрицательные, не связанные с определенным объектом или ситуацией. Методика М. Рокича уже в 70-е гг. была адаптирована А. Гоштаутасом, А. А. Семеновым и В. А

Существует два процесса изменения системы ценностных ориентаций:

Первый процесс - это интериоризация новых ценностей в существующую систему ценностных ориентаций индивидуума, под влиянием первичного столкновения с новыми феноменами. Естественно, что включение новых элементов в систему в большей или меньшей степени изменяет всю систему целиком. Г.Г.Филипповой (2002) было сформулировано понятие *«внедряющихся ценностей»* (из других мотивационно-потребностных сфер), интерферирующих с ценностью ребенка. Эти ценности были названы автором внедряющимися относительно содержания ценностно-смыслового блока материнской потребностно-мотивационной сферы [195]. В число внедряющихся ценностей вошли:

- ценности из социально-комфортной среды (обеспечение физического и эмоционального комфорта не связанного с ребенком, овладение профессией, стремление к развлечениям, общению с друзьями);

- ценности из личностной сферы (стремление к самореализации, половозрастной идентификации средствами, не связанными с рождением ребенка);

- ценности половой сферы (самостоятельная ценность сексуальных переживаний, не связанная с репродуктивной функцией). Она же и предложила проективный метод «Я и мой ребенок», который помогает исследовать внедряющуюся ценность ребенка и выявить особенности переживания беременности, ситуации материнства, восприятия себя и ребенка. Этот метод мы использовали в эмпирической части нашей работы [189, 193].

И второй процесс − это изменение силы каждой ценности в течение всего онтогенеза жизни индивидуума (Т.В. Скрицкая, М. Рокич, С.С. Бубнова). Вслед за М.В. Загоскиным, мы считаем, что в разные периоды жизни на первый план выходят разные ценностные ориентации. Т.В. Скрицкая (2002), изучая ценностные ориентации, в период беременности отмечает, что они специфичны и отличаются от ценностных ориентации небеременных [162, 163, 164].

Для того чтобы лучше разобраться в ценностных ориентациях беременных женщин, при всем многообразии значений данного термина и самих ценностных ориентациях, необходимо выбрать основания классификаций для дальнейшего описания ценностных ориентаций. Мы разберем лишь несколько классификаций, в основном которые ближе нам по убеждениям и на которых построена наша работа.

Сложная и неоднородная структура ценностных ориентации личности, двойственность источников их развития, пишет М.С. Яницкий (2000), разноплановость выполняемых ими функций определяют и наличие множества классификационных моделей ценностных образований, различающихся критериями, положенными в их основание [225, 226]. Так, в различных философских концепциях разделяются абсолютные и относительные, объективные и субъективные, идеальные и реальные, индивидуальные и социальные, внутренние и внешние ценности [226].

В.П. Тугаринов (1968) делит ценности на три категории: духовные (образование, наука, искусство); общественно-политические (свобода, братство, равенство, справедливость); материальные (техника и материальные блага, которые могут выполнять функцию стимулятора индивидуально-психического развития лишь в совокупности с общественно-политическими и духовными ценностями) [178]. Д.А. Леонтьев (1996) тоже выделяет три формы существования ценностей — общественные идеалы, предметные ценности и личностные ценности [102].

М. Рокич проводит более общее разделение ценностей на основе традиционного противопоставления ценностей-целей и ценностей-средств. Соответственно, он выделяет два класса ценностей [226, 256]:

— *терминальные ценности* — убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной или общественной точек зрения стоит того, чтобы к ней стремиться;

— *инструментальные ценности* — убеждения в том, что какой-то образ действий является с личной и общественной точек зрения предпочтительным в любых ситуациях. Терминальные ценности носят более устойчивый характер, чем инструментальные, причем для них характерна меньшая межиндивидуальная вариативность [256].

В.Ф. Сержантов (1990), исходя из того, что предметами потребностей человека могут быть как вещи, так и идеи, сводит все ценности в две категории — материальные и духовные, понимая, под материальными ценностями орудия и средства труда, вещи непосредственного потребления, под духовными ценностями — политические, правовые, моральные, эстетические, философские и религиозные идеи [158].

Ценность, имеющая для индивида наибольшую значимость, т. е. занимающая самое высокое положение в его системе ценностных ориентации, определяет ведущую направленность личности. По словам В.Г. Алексеевой (1984), ценностные ориентации могут использоваться в качестве главного критерия построения типологии личности [225].

Ш. Шварц и У. Билски выдвинули гипотезу о наличии ограниченного числа «универсальных мотивационных типов» — «доменов», различающихся между собой «типом цели», или доминирующей ценностью. Ими были выделены десять таких «доменов», фактически представляющих собой различные типы ценностных ориентации личности. Каждому «домену» соответствует та или иная ведущая терминальная ценность — саморегуляция, полнота ощущений, гедонизм, достижение успеха, власть, безопасность, конформность, поддержание традиций, благополучие группы,

благополучие всех людей в целом. Указанные ценности, определяющие соответствующую «мотивационную тенденцию», могут быть противоречащими друг другу [226].

В теории А. Маслоу, в отличие от типологического подхода Ш. Шварца и У. Билски, группы ценностей (как и блоки потребностей) образуют вертикальную иерархию. По его словам, потребности и ценности «представляют собой не дихотомию, а согласованную иерархию, то есть они зависят друг от друга. А. Маслоу выделяет две основные группы ценностей [112]: Б-ценности (ценности бытия) — высшие ценности, присущие самоактуализирующимся людям (истина, добро, красота, и др.); и Д-ценности (дефициентные ценности) — низшие ценности, поскольку они ориентированы на удовлетворение какой-то фрустрированной потребности (мир, сон, отдых, зависимость, безопасность и т. д.) [112].

Взяв за основу иерархию потребностей Маслоу, В.В. Оськина (2002) соотнесла ее с диадой мать-дитя, выделила современные ценности материнства, реализуемые через удовлетворение следующих потребностей: 1) нижний уровень: реализация биологически обусловленной репродуктивной потребности (продолжение рода); 2) уровень стабильности и защищенности (в период пожилого и старческого возраст); 3) уровень статусно-нормативных потребностей, потребность в социальной значимости; 4) уровень потребности в общении; 5) уровень потребности в родительстве, любви и признании; 6) уровень самоутверждения личности; 7) уровень метоиндивидной представленности в детях [132].

Р. Ингльхарт также базируясь на приведенных выше положениях теории А. Маслоу, разделяет «материалистические» (физиологические) и «постматериалистические» (социальные и самоактуализации) ценности, преобладание которых в том или ином обществе отражает, по существу, стадию его общего экономического и социального развития [226].

В результате обобщения типичных ситуаций, с которыми обществу или человечеству пришлось сталкиваться в истории, В. Франкл выделяет три

группы вечных ценностей — смысловых универсалий: ценности творчества, позволяющие человеку осознать, что он дает обществу; ценности переживания, позволяющие человеку осознать, что он берет от общества; ценности отношения, позволяющие человеку осознать позицию, которую он занимает в отношении факторов, ограничивающих его жизнь. Ценности отношения, в свою очередь, делятся им на три категории: осмысленное отношение к боли, вине и смерти [198].

В.Н. Мясищев предложил трактовку субъективных ценностей как осуществленного в субъект-объектном и субъект-субъектном взаимодействиях плана личностных отношений [124].

В современной психологии личности описана и другая, теоретически и экспериментально разработанная, структура ценностей, группирующая их по оси внешнее - внутреннее. Этот подход основан на теории самодетерминации личности Э.Л. Диси и Р.М. Руаяна [207]. Большая выраженность внешних или внутренних ценностей связана со степенью удовлетворения базовых, изначальных психологических потребностей личности: в автономии (самостоятельности и независимости), в компетентности (эффективности), - в значимых межличностных отношениях (М. Линч, 2004; В.И. Чирков, 1996) [103]. Их удовлетворение ведет к личностному развитию и психологическому здоровью, к развитию *внутренних ценностей* личностного роста, привязанности и любви, служения обществу, здоровья.

Слабое удовлетворение базовых психологических потребностей ведет к развитию беспокойства, проблем с психологическим здоровьем, к большей ориентации на *внешние ценности* видимого благополучия (материальное благополучие, популярность, внешность). Они ориентируют человека преимущественно на отношения к себе со стороны других и оценку в социальной среде своей значимости, т.е. на эгоистическое социальное самоутверждение, возможно, являются проявлением психологической компенсации трудностей утверждения в семье. *Внутренние ценности* больше ориентируют на значимость близкого другого и на развитие внутреннего

личностного мира, его самовыражение в творчестве, на бескорыстное и эстетическое ценностное отношение к природе. По данным Д.Р. Коннелла, М. Линча и В.И. Чиркова (1999) базовые психологические потребности, внешние и внутренние ценности обнаруживаются у испытуемых разных культур (Америка, Россия, Китай и др.) [103, 120, 207].

О.И. Мотков, Т.А. Огнева (2008) на основе теории самодетерминации создали *методику «Ценностные ориентации»,* позволяющую изучать значимость и реализацию внешних и внутренних ценностей, конфликтность и атрибуцию причин их осуществления, которую мы использовали в своей работе для изучения ценностных ориентаций беременных женщин [121].

Типология социальных характеров американского социолога психоаналитического направления Д. Рисмена тоже построена на внешнем или внутреннем происхождении ценностных ориентаций личности, хотя в нее вкладывается иной смыл [148]. Д. Рисмен как основные описывает исторически обусловленные "ориентированный изнутри" и "ориентированный извне" типы социального характера. Поведение первого определяется интернализованными в раннем детском возрасте нормами, ценностями и жизненными принципами. "Ориентированная изнутри" личность является более целеустремленной, динамичной, предприимчивой, более открытой к переменам и нововведениям, требующей или осуществляющей "позитивное лидерство". Поведение "ориентированной извне" личности определяется не собственными принципами, а "другими", т.е. ценностями окружающих, модой, внешними влияниями, существующей системой общественных связей. При этом "ориентированный извне" человек характеризуется не только слабым "суперэго", представляющим собой интернализованую систему норм и ценностей, но и слабым самостоятельным "Я". Такой человек обезличен, стандартизован современным потребительским обществом, пассивен и становится объектом манипулирования [148].

У Ф. Знанецкого и У.А. Томаса ценности носят «ситуативный» характер. Центральное место в их теории занимает понятие «социальная ситуация», включающее как объективно существующие социальные ценности, так и субъективные установки. Формирование системы ценностей личности происходит при «определении ситуации» индивидом посредством их взаимодействия и соперничества [268].

Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов (2002) выделяют классификацию социальных ценностей личности, состоящую из: профессиональных, финансовых, семейных, социальных, общественных, духовных, физических и интеллектуальных ценностных ориентаций [172].

Рассматривая проблему социальных ценностей, необходимо отметить, что анализ исследований (Н.П. Фетискин, Л.Б. Эрштейн) показывает, что существует два понимания термина *«социальные ценности».* Во-первых, социальные ценности определяют как личностные ценности, отвечающие за взаимодействие с социальной системой. Во-вторых, социальные ценности понимают как ценности социальной системы. В нашем исследовании мы будем придерживаться первого определения [220].

С.С. Бубнова (1999) на основе концепции М. Рокича предлагает трехуровневую иерархическую модель системы ценностных ориентации [34]:

— ценности-идеалы, являющиеся наиболее общими, абстрактными (духовные — познавательные, эстетические, гуманистические и социальные — уважения, достижений, социальной активности);

— ценности-свойства, закрепляющиеся в жизнедеятельности и проявляющиеся как свойства личности (общительность, любознательность, активность, доминантность и т. д.);

— ценности-способы поведения, наиболее характерные средства реализации и закрепления ценностей-свойств.

Выводы:

1. Опираясь на анализ теоретико-методологические тенденции психологических исследований аксиосферы личности, приходим к выводу, что трактовка и понимание ценностей у разных авторов различается в зависимости от рассматриваемого аспекта. Под ценностными ориентациями в работе подразумеваются - значимые для личности объекты и явления действительности, определяющие ее направленность и мотивацию деятельность. Чрезвычайно важным свойством системы ценностных ориентаций является многомерность, заключающаяся в том, что критерий их иерархии - значимость для личности - отражает различные содержательные аспекты, обусловленные влиянием тех или иных форм социальных отношений. Структура системы ценностных ориентаций нелинейная и многоуровневая. Многоуровневость, проявляется в иерархическом строении этой системы (С.С. Бубнова, 1998). Ценностные ориентации тесно взаимосвязаны с мотивационно-потребностной сферой человека, так как они формируются на базе сложившихся потребностей человека, и в то же время усвоение тех или иных ценностей социальной среды может стать базисом для формирования новых потребностей.

2. Обращение в параграфе к различным классификациям ценностных ориентаций (М. Рокича, Д.А. Леонтьева, А. Маслоу, О.И. Моткова, Т.А. Огневой, С.С. Бубновой), позволит выстроить эмпирическое исследование ценностных ориентаций беременных женщин исходя из разных оснований (терминальные – инструментальные ц.о., внешние – внутренние ц.о., значимость – реализация ц.о.) и выявить диагностические критерии.

3. Исходя из свойства изменчивости ценностных ориентаций, обусловленного как меняющейся социальной средой, актуальным уровнем развития личности и другими психосоциальными, экономическими, политическими факторами, влияющими на изменения сложной многоуровневой иерархической структуры ценностных ориентаций, считаем необходим постоянный мониторинг этих изменений, что обуславливает актуальность данного исследования.

1.2. Материнство как базовая ценность и ценностные ориентации женщин

Изучение феномена материнства на современном историческом этапе, становится одной из самых актуальных проблем, как психологии, так и смежных отраслей научного знания. Это обусловлено сложной демографической ситуацией, сложившейся в России на рубеже третьего тысячелетия, а также все увеличивающимся числом детей-отказников, огромным количеством распадающихся семей, увеличением числа сирот при живых родителях, ростом случаев жестокого обращения с детьми. Все эти и многие другие проблемы в наше время неразрывно связаны с ценностью материнства и родительства в целом. Е.В. Шамарина (2008) утверждает, что отношение к материнству в истории человечества изменялось в зависимости от представлений о нем в данной конкретной культуре [210, с. 8]. Существующие проблемы материнства и низкой рождаемости в современной России обозначены И.В. Забаевым (2010), как имеющие государственную важность [67, с.15]. Спад рождаемости, по словам В.С. Мухиной (1985), связан с боязнью будущего, ростом мотивации личностного развития, желанием утвердить свое место в жизни, свою индивидуальность, иметь устойчивое социальное положение раньше, чем посвятить себя заботе о детях [122].

Как пишет П. Массен (1982), в последние десятилетия изменился образ ребенка в общественном европейском сознании: он стал мыслиться как докучливое, ненужное создание, которое стараются «отодвинуть» даже чисто физически, уменьшая количество и качество телесного контакта, делая воспитание ребенка подобным технологическому процессу [113].

С другой стороны, либерализация общественной морали, пропаганда свободного образа жизни, инверсия половых ролей и сексуального поведения особенно ярко проявившаяся на рубеже третьего тысячелетия, способствовали увеличению числа разводов и детей, рожденных вне брака, пишет А.М. Уразаев (2002). Безусловно, это отрицательно сказалось как на

положении матерей, вынужденных самостоятельно воспитывать своих детей, так и на формировании семейных установок их дочерей, не имеющих в родительской семье мужского примера [182, с. 18]. На этом фоне произошло значительное увеличение числа юридически нерегистрируемых браков (так называемых «гражданских сожительств»), неполных и бездетных семей, а также стал все более очевиден рост количественных показателей социального сиротства и распространенности девиантных форм материнского поведения, отмечает Л.А. Грицай (2010). Эти обстоятельства вполне объяснимо привели к падению престижа родительства в целом и материнства в частности [49].

Необходимо отметить, что первоначально материнство как отдельное направление исследования стало рассматриваться в естественных науках: физиологии, медицине, биологии поведения. К середине XX века в связи с возросшим интересом к данной области знания сфера материнства стала объектом изучения и гуманитарных наук: психологии, педагогики и социологии. В результате в отечественной психологии в 1990-е гг. возникло научное направление – «психология материнства» (термин Г.Г. Филипповой, 2006). В рамках этого направления материнство рассматривается как «часть личностной сферы женщины – системное образование, включающее потребности, ценности, мотивы и способы их реализации» [189, с. 350].

Психология материнства изучает аспекты психологической готовности женщины к материнству: общей зрелости личности женщины, адекватности возможных моделей материнского отношения к ребенку, мотивационной готовности к рождению и воспитанию детей, сформированности материнской компетентности, сформированности материнской сферы [200, с. 63].

Н.П. Мальтиникова (2005) дает определение понятию "ценности материнства" как сложной динамической системы субъективного отражения

общечеловеческих ценностей, связанных с рождением ребёнка, придающих смысл жизни и поведению человека в родительстве, что проявляется в индивидуальных и коллективных представлениях о желаемом, должном и действительном родительском поведении, о целях воспитательной деятельности, средствах их реализации, своих правах и обязанностях в данной роли [108]. Л.А. Грицай (2010) материнство понимает как осознанную потребность в рождении, воспитании детей, предполагающее эмоционально-ценностное отношение к ребенку как объекту любви и заботы [49]. По мнению В.В. Бойко, И.С. Кон, М. Мид, Р.В. Овчаровой, А.В. Сухарева и др., формирование материнства представляет собой сложный процесс, протекающий на протяжении всей жизни человека под воздействием внешних и внутренних социально-психологических факторов [115].

Г.Г. Филиппова (2002) выделяет ***шесть этапов развития материнской сферы в онтогенезе*** [195]: 1. Этап взаимодействия с собственной матерью в раннем онтогенезе; 2. Игровой этап и взаимодействие со сверстниками; 3. Этап няньчания; 4. Этап дифференциации мотивационных основ половой и родительской (в данном случае — материнской) сферы поведения; 5. Этап конкретизации онтогенетического развития материнской сферы в реальном взаимодействии с ребенком; 6. Завершающий этап развития материнской сферы.

Г.Г. Филипповой (1996) были выделены ***три блока в содержании материнской сферы***, которые на наш взгляд необходимо рассмотреть для лучшего понимания формирования ценностных ориентаций беременных женщин [193].

1. *Потребностно-эмоциональный блок.* Содержит потребность в контакте с ребенком как объектом - носителем гештальта младенчества, потребность в его охране и заботе о нем и потребность в материнстве. Развитие потребностно-эмоционального блока происходит поэтапно и включает образование эмоциональной реакции на компоненты гештальта

младенчества, образование объекта деятельности — ребенка как носителя гештальта младенчества, динамику отношения к онтогенетическим изменениям гештальта младенчества, возникновение и развитие потребности в охране и заботе, приобретение ею статуса функциональной потребности, а также возникновение потребности в материнстве на основе рефлексии своих переживаний [193].

2. *Операциональный блок.* Состоит из двух частей: операции по уходу и охране и операциональный состав общения с ребенком. Особенностью этих операций, помимо их инструментальной стороны, является эмоциональная окраска, которая придает самим операциям специфические стилевые характеристики, соответствующие свойствам ребенка как объекта деятельности: осторожность, мягкость, бережность и т.п., специфику вокализации и мимики [193].

3. *Ценностно-смысловой блок.* Включает отношение к ребенку как самостоятельной ценности, что связано с моделью материнско-детских отношений в обществе и его конкретно-культурным вариантом, а также ценность материнства как состояния «быть матерью». Последнее также включает в себя соответствующую внешнюю модель. Ценность материнства, в свою очередь, связана с рефлексией своих переживаний при осуществлении материнских функций и участвует в формировании потребности в материнстве [193].

Одной из основных особенностей материнской сферы у человека является не фиксированное эволюционно, прижизненно формирующееся наполнение ценностно-смыслового блока, потребностей и способов их удовлетворения. В этом отношении можно говорить о конкретно-культурной модели материнства — как содержании составляющих всех блоков материнской сферы женщины, которая ориентирована на развитие соответствующего конкретно-культурного варианта личности ребенка. Воспитание необходимого для каждой культуры типа индивидуальной материнской сферы в свою очередь обеспечено различными средствами

(модели семьи, материнства и детства, традиции, система семейного и общественного воспитания и т.п.) и может быть описано как «онтогенетический путь к модели». Этот путь обеспечивает наличие материнских функций и их соответствие конкретной культурной модели.

М. Мид (2004) считает, что материнская забота и привязанность к ребёнку настолько глубоко заложены в реальных биологических условиях зачатия и вынашивания, родов и кормления грудью, что только сложные социальные установки могут полностью подавить их. Там, где беременность наказывается социальным неодобрением и наносит оскорбление супружеским чувствам, женщины могут идти на всё, чтобы не рожать детей, отмечает М. Мид (2004). Если женское чувство адекватности своей половой роли грубо искажено, если роды скрыты наркозом, мешающим женщине осознать, что она родила ребёнка, а кормление грудью заменено искусственным кормлением по педиатрическим рецептам - можно найти серьёзные расстройства материнских чувств [115].

Другую крайнюю социоцентрическую позицию занимает Э. Бадинтер, пишет Г.Г. Филиппова (2006) [189]. Проследив историю материнских установок на протяжении четырёх столетий (с 17 до 20 века), она пришла к выводу, что «материнский инстинкт - это миф». Автор не обнаружила никакого всеобщего и необходимого поведения матери, а напротив — чрезвычайную изменчивость её чувств в зависимости от её культуры, амбиций или фрустраций. По мнению Э. Бадинтер материнская любовь — это понятие, которое не просто эволюционирует, но наполняется в различные периоды истории различным содержанием [189].

Детский психолог В.С. Мухина (1985) рассматривает материнство в качестве культурного феномена, «смысл и значение которого может меняться вместе с культурой» [122, с. 4], а Т.В. Скрицкая (2005) отмечает, что

«общественные ценности и нормы оказывают определяющее влияние на проявления материнского отношения» [163].

В работах, посвященных гендерным исследованиям (Ш. Берн, 2001; Т. Булавина, 2002; Е.К. Завьялова, 1998; И.С. Клецина, 2005; И.С. Кон, 2002; В.Г Попова, 2000 и др.) отмечается, что современная женщина стремится отойти от традиционно закрепившейся в социальном сознании женской роли. Все чаще, типично женские, фемининные черты начинают восприниматься как несоответствующие современному стилю поведения женщины. Для социально активной женщины становятся характерны такие тенденции, как: отказ от материнства, роли хозяйки, ориентация на роль гражданки, профессионала (Е.А. Здравомыслова, А.А. Темкина, 2000). Е.В. Ярославкина (2008) отмечает, что выстраивается определенный тип личности женщины, который проявляется в соответствующей модели поведения [229].

Потребность в материнстве исследуется в публикациях Н.В. Богачёвой (2005). Результаты исследования, проведенного автором в г. Казани, свидетельствуют, что рождение и воспитание нескольких детей ценно чаще для мужчин, чем для женщин (57 % против 45 %). Так, исследование показало, что идеальное число детей в семье для женщин несколько ниже, чем для мужчин [24, с. 19].

С.П. Акутина (2010) справедливо замечает, что у подрастающего поколения изменяется система ценностных ориентаций на создание семьи. Так, наблюдается: «низкий престиж материнства и отцовства; снижение репродуктивных установок; направленность выбора супругов на бездетную семью; создание иллюзии «новых» форм семьи («гражданский брак», «гостевая семья» и др.); внебрачное рождение детей и др.» [4, с. 20].

Н.И. Лапин (1996) отмечает, что социально-политическая эмансипация женщин и все более широкое вовлечение их в общественное производство делает их семейные роли, включая материнство, не столь всеобъемлющими и, возможно, менее значимыми для них. Самоуважение женщины имеет,

кроме материнства, многие другие ценностные установки — профессиональные достижения, социальную независимость, самостоятельно достигнутое, а не приобретенное благодаря замужеству общественное положение [97].

В.В. Пациорковский и В.В. Пациорковская (2009) считают, что снижение ценности материнства связано с «гиперсоциализацией» современной молодежи. СМИ, сверстники, а подчас семья и школа ориентируют юношу или девушку на реализацию себя в обществе любой ценой. А так как в жизни для достижения той или иной цели всегда приходится от чего-то отказываться, то наши молодые современники, мужая и превращаясь в личность, чаще всего блокируют в себе родовое человеческое начало [134].

О снижении значения семейных ценностей в сознании современных молодых людей свидетельствуют данные С.Н. Варламовой (2006), которая утверждает, что семейные ориентации 36 % молодых Россиян до 30 лет не сопровождаются установкой на рождение детей [36, с. 61-73]. По данным опросов, проведенных Институтом демографических исследований, среди основных жизненных целей молодых респондентов от 14 до 30 лет цель деторождения следует после таких ценностей-целей как хорошая семья, здоровье, хорошие друзья, жизненный успех. При этом в гендерном аспекте ориентация всей массы молодых людей на ценность детей (26,1 % и 26,4 % у юношей и девушек) почти одинакова. Эту особенность равенства репродуктивных установок молодых женщин и мужчин подтверждает в своем исследовании и А.В. Узик (2007). По его мнению, наиболее предпочтительной для современных юношей и девушек является однодетная семья (50,4 %) [180, с. 61–63].

С.А. Завряжин (2009), делает вывод о том, что матримониальные установки современных студенток достаточно противоречивы, так как испытывают на себе, с одной стороны, влияние традиционных для наших

страны культурных ценностей, отождествляющих женственность с жертвенностью, целомудрием и чадолюбием, а с другой, – находятся под мощным натиском потребительской гедонистической идеологии современной массовой культуры.

В. Пантин (2008), анализируя отношение к ценностям материнства у россиян, делает вывод о том, что у большинства наших молодых соотечественников есть потребность в принятии семьи, материнства и детства как главнейших ценностей [133]. Однако в реальности эта потребность уходит на второй план не только из-за материальных трудностей, но и под влиянием определенных стереотипов общественного сознания, акцентирующих внимание на экономической, социальной и нравственной незащищенности семьи, матери и детей перед угрозами современного мира [133].

О.Н. Безрекова (1998) говорит о том, что в системе жизненных ценностей современных женщин профессиональная деятельность занимает чрезвычайно важное место. Особенность здесь заключается в том, что смысл трудовой деятельности уральские женщины видят прежде в повышении материального благосостояния семьи. Профессиональная карьера подавляющего большинства жизненной ценностью не является.

В.В. Оськина (2002) считает необходимым рассмотрение социального конфликта общества и матери. Возникновение этого явления неизбежно при оказании общественного давления и чрезмерного социального контроля над рождаемостью и демографическим поведением. Социальные требования часто противостоят индивидуальной мотивации, подавляют личностные проявления. Тирания общественных ценностей таит угрозу дезинтеграции и деиндивидуализации личности. Конформистское сознание, формирующееся в результате бездумного принятия господствующих ценностей, заведенного порядка вещей препятствует расширению границ индивидуального Я, а ориентация личности на внешние по отношению к ней социальные ценности

уводит ее от подлинного существования к безликому стандарту. Выбор ценностей индивид обязан осуществлять вопреки тому выбору и тем ценностям, которые навязывает ему общество. Этого не произойдет, если потребность в детях как высшая ценность не будет задана сознанию индивида, но будет сформирована человеческой практикой как вечная и не проходящая. Ценности такого уровня являются основой, которая образует ядро личности, обеспечивает ее целостность и определенность. Такие надиндивидуальные ценности первичны в формировании личности, они позволяют ей адаптироваться в обществе, придают жизни человека высший смысл [132].

Т.В. Скрицкая (2006) отмечает что беременность, как никакой другой период в жизни женщины, сопровождается глобальными изменениями образа Я, приобретением новой идентичности, перестройкой ценностей и личностных смыслов [164].

О.Б. Мамиев (1996) утверждает, что для многих женщин беременность и деторождение становится сдвигом к зрелости и повышению самооценки [109]. И как замечает Т.В. Скрицкая (2006), женщины в процессе беременности придают большую осмысленность жизни, и у них появляется направленность на определенные цели в будущем. Сам процесс жизни начинает восприниматься как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. К родам женщины склонны позитивно оценивать пройденный отрезок жизни, считать его продуктивным и осмысленным [164]. Автор выявила, что происходят изменения в структуре ценностных ориентаций беременных женщин. Во время беременности самоактуализация понимается женщинами как реализация себя в материнстве. Ценности адаптации оказываются тесно связанными со структурами уровней социализации и самоактуализации [163].

По мнению О.С. Васильевой, Е.В. Могилевской (2001) период беременности и родов — это действительно узловой момент в становлении материнского аспекта женщины. «Беременность, как ни один другой период

в жизни женщины, сопровождается глобальными изменениями и глубокой внутренней работой» [37, с. 83].

Беременность для самой женщины является этапом личностного и психосексуального развития, поэтому ей необходимо знание о самой себе и об ожидающих ее, вплоть до рождения ребенка, соматических и психических состояниях. На протяжении беременности вызревает не только плод в утробе матери, но и сама женщина, а, точнее, та ее часть, которая в последующем будет выполнять материнские функции (Г.Г. Филиппова, И.В. Добряков, Т.В. Скрицкая и др.). Именно в период беременности актуализируются установки, поведенческие и социокультурные стереотипы, определяющие тот или иной тип материнства, утверждает Ю.Н. Попова (2005) [139].

Выводы:

1. Анализ психологической литературы позволяет выделить основные проблемы, связанные с материнской сферой, указывающих на демографическую обстановку в стране, изменение образа ребенка, либерализацией общественной морали и трансформации ценности материнства. Весь спектр проблем, затрагивающий материнскую сферу неразрывно связан с благополучием настоящего и последующих поколений. Идея субъектности матери и ребенка, несводимости их к нерасчлененности, наиболее ярко воплощена в концепции материнства Г.Г. Филипповой, разрабатываемой на основе методологии эволюционно-системного подхода. В этой концепции выделяются онтогенетические этапы развития материнской сферы, содержание которой представлено потребностно-мотивационным, операциональным, ценностно-смысловым блоками. Материнство при этом рассматривается не только как условие для развития ребенка, но и как особая потребностно-мотивационная составляющая психологии женщины, формирующаяся на протяжении всей жизни. Прижизненное формирование и наполнение ценностно-смыслового блока, потребностей и способов их удовлетворения требует систематического изучения, в связи с меняющейся социально-экономической, культурно

политической ситуацией. Именно поэтому мы считаем необходимым и актуальным изучение ценностных ориентаций беременных женщин.

3. Беременность – это функциональное, естественное состояние организма, которое становится этапом переосмысления ценностных ориентаций (и этому факту есть экспериментальное подтверждение в работах Т.В. Скрицкой [162-164]), этапом переосмысления с родительских позиций собственного детского опыта, периодом интеграции образа родителя и ребенка (Г.Г. Филиппова, 2001) [188-195].

4. В работах Е.А. Тетерлевой, 2004; Ю.И. Шмурак, 1993; В. Бергум, 2000; В.И. Брутман, М.С. Радионовой, 1999 [21, 31, 176, 213] в качестве основного новообразования материнства авторы выделяют изменение смысловой сферы, трансформацию внутреннего мира женщины. Именно характер этой «внутренней работы» определяет, на наш взгляд, ценностные образования беременных женщин «как динамического явления, принадлежащего матери и реализующегося в системе материнско-детского взаимодействия». Но существует огромное количество факторов, негативно влияющих на процесс гестации и формирование гармоничных отношений мать-ребенок. Одним из таких, как нам представляется важных факторов, является неоптимальный психологический компонент гестационной доминанты, подробно описанный И.В. Добряковым (2005). В связи свыше изложенным, считаем необходимым в следующих параграфах исследовать теоретические предпосылки изучения гестационной доминанты и психологические особенности женщин с разными типами ПКГД.

1.3. Теоретические предпосылки изучения доминанты беременности

Достаточно глубоко феномен материнства на основе теории доминанты А.А. Ухтомского изучен отечественными психофизиологами (А.А. Александров, 2000; А.С. Батуев, 2003; С.О. Бирюкова, А.Г. Кощавцев, 2004; О.Н. Полякова, 2000; Н.М Сафронова, 2000; Л.В. Соколова, 2003; О.Ф. Солдатова, 1997 и др.). Данный феномен широко исследуется представителями медицины: акушерами-гинекологами и педиатрами (В.И. Орлов, А.В. Черноситов, 1997; К.Ю. Сагамонова, Т.Л. Боташева; Болдырева Е.А, 2011; А.П. Лымарев 2011;, О.В. Яворская, 2008; И.А. Тишевской, 2008; А.Ф. Завадская, Е.М. Попова, К.О. Юшко, 2008 и др.). Среди психологов, изучающих материнскую доминанту, можно выделить таких, как Р.Г. Добрянская, Е.Д. Евтушенко, Ю.В. Кузьмина, Т.В. Скрицкая, 2008; М.С. Вербицкая, 2008; Т.Н. Жданова, 2003; Г.Г. Филиппова, 2002; И.В. Добряков, 2010 и др.

Для того чтобы хорошо разобраться в феномене гестационная доминанта и ее компонентах, необходимо окунуться в историю возникновения термина и миграцию данного понятия в перинатальную психологию.

Прародителем учения о доминанте принято считать крупнейшего советского физиолога и мыслителя XX века А.А. Ухтомского (1966) в 1904 году впервые обнаружившего эффект корроборации (переключения),

которому он спустя 19 лет дал название «доминанта» (от латинского dominans, dominantis - господствовать) [129].

Медицинская энциклопедия дает такое определение доминанте – «Доминанта (лат. dominans, господствующий) - это очаг возбуждения в центральной нервной системе, создающий готовность организма к определенной деятельности в данный момент» [114]. Распространенная в настоящее время формулировка в сущности этого явления мало отличается от авторской, отмечает В.С. Русинов [155].

Очень быстро представления о доминанте, как о локальном очаге возбуждения в мозге, существенно изменились. Уже в своих ранних публикациях А.А. Ухтомский (1966) стал рассматривать ее как констелляцию возбужденных мозговых структур. Сформулированный ученым принцип доминанты, являющейся главным системообразующим фактором антропосоциогенеза [184]. Отражая особенности взаимоотношений организма со средой, принцип доминанты выходит за рамки только физиологического закона, поэтому концепция А.А. Ухтомского имеет междисциплинарный характер и находится на стыке физиологии, психологии, имеет непосредственное отношение к перинатальной психологии и психологии материнства.

В общем потоке теоретических и экспериментальных исследований особое место принадлежит доминантам, связанным с репродукцией. Чуть ли не сразу после признания идей А.А.Ухтомского в научный обиход прочно входит термин *«половая доминанта».*

Развивая идеи А.А. Ухтомского, И.А. Аршавский (1957) обратил внимания на, происходящие в организме женщины в период беременности физиологические и нервно-психические изменения, которые носят явно доминантный характер и направлены на обеспечение максимально благоприятных условий для нормального развития пренейта. Он предложил термин *«гестационная доминанта»* (gestatio — беременность, dominans — господствующий) для обозначения возникающей во время беременности в

ответ на образование зиготы, и в особенности в связи с начинающейся имплантацией бластоцита в эндометрии, специальной системы констелляций нервных центров [7].

А.С. Батуев (1997) пишет, что *гестационная доминанта* обеспечивает направленность всех реакций организма беременной женщины на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, обладающего повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры [12].

Большой медицинский словарь (2000) приводит следующее определение *доминанты беременности* (синоним гестационная доминанта) — это доминанта, возникающая у беременной после имплантации яйцеклетки в слизистую оболочку матки, обусловленная постоянной афферентной импульсацией из интерорецепторов матки и способствующая нормальному развитию беременности.

И.А. Аршавский (1957, 1967), изучая *«репродуктивные доминанты»,* считал, что в женском организме происходит последовательная смена 4–х доминантных установок: 1-я связана с так называемой *половой доминантой*, обеспечивающей поиск, сближение с противоположным полом и оптимальные условия для оплодотворения; 2-я необходима для нормального течения беременности (*доминанта беременности*); 3-я обеспечивает подготовку к родам и родовой процесс (*родовая доминанта*); 4-я получила название *лактационной* и контролирует все процессы и механизмы, направленные на вскармливание потомства [6, 7].

При их чередовании, отмечают А.С. Батуев, Л.В. Соколова и Л.Н. Станикевич (2007), происходят изменения как взаимоотношений, так и природы формирующей среды, что является критическими периодами как

для ребенка, так и для системы в целом [20]. Каждая из перечисленных доминант включает физиологический и психологический компонент [54].

И.А. Аршавским было также предложено понятие *материнской доминанты* – последовательно возникающих в связи с репродуктивной функцией и сменяющих друг друга доминантных состояний в организме женщины, детерминированных биологическими (прежде всего гормональными) изменениями, психологическими и социальными факторами [7].

Постулированная И.А. Аршавским смена доминантных установок созвучна развиваемой в настоящее время концепции о том, что в организменном континууме одна функциональная система сменяется другой и априори не исключает последовательное возникновение 4-х перечисленных доминант, и это справедливо замечают В.И. Орлов, А.В. Черноситов и С.О. Дубровина (1997) [130].

И.И. Яковлев эмпирически доказал, что к началу родовой деятельности формируется «доминанта родов», В.И. Орлов, А.В. Черноситов, С.О. Дубровина (1997) обнаружили «*фолликулярно-овуляторную доминанту»* (ФОД), которая является частью физиологического компонента гестационной доминанты [130].

Немецкие специалисты Y. Kunz, D. Biel, H. Deiniger, A. Einspanier, Y. Mall, Y. Leyendecker (1997) подтверждают доминантность процессов, происходящих в репродуктивной системе [242].

В настоящее время идеи А.А. Ухтомского творчески и продуктивно развивает коллектив организованного в 1995 г. при Санкт-Петербургском государственном университете центр «Психофизиология матери и ребенка», возглавляемого академиком РАО профессором А.С. Батуевым. Исследователи института отмечают, что к составляющим материнской доминанты должна быть добавлена еще одна, занимающая первое место в их очередности – «*доминанта зачатия»*, заслуживающая особого внимания и исследования. Таким образом, у беременной женщины появляется некая

очень сильная доминанта. Главное место в ее мыслях отныне занимает именно эта проблема, все остальные ценности отступают на второй план. И лучше, если эта доминанта правильно сформирована еще до момента зачатия и характеризуется так называемыми доминирующими идеями беременности, то есть острым желанием женщины иметь ребенка. При нечаянной, незапланированной беременности психологический компонент доминанты формируется вслед за физиологическим. Такая беременность может застать организм не в лучшей его форме, врасплох. Вот почему много внимания необходимо уделять периоду зачатия.

Исследования Н.П. Коваленко (2000) подтверждают связь между показателями «доминанты беременности», положительной эмоциональной настроенности на вынашивание, родами, запланированностью беременности, психологическим настроем на материнство и «реальным вскармливанием грудью» [85]. Д.В. Винникотт в статье «Кормление грудью как общение» (1998) отмечает, что важно не только накормить ребенка, но и «обеспечить его богатством переживаний» [40, с. 26]. Важнейшей задачей после рождения является сохранение между матерью и ребенком диадных отношений, что определяется возникновением того, что Д.В. Винникотт назвал холдингом (англ. holding – держать на руках, заботиться). В связи с этим доминанту, возникающую сразу же после рождения ребенка и определяющую процессы в системе «мать – дитя» в течение около трех лет, корректнее было бы назвать «*доминантой холдинга»* [40].

Необходимо отметить, что гестационная доминанта включает физиологический и психологический компоненты, которые соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими с женщиной, направленными на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребенка. Физиологический компонент гестационной доминанты изучен, по нашему мнению, лучше об этом свидетельствуют работы психофизиологов (А.С. Батуева, Н.М Сафроновой, О.Ф. Солдатова, 1985; А.Г. Кощавцева, С.О. Бирюкова, О.Н. Поляковой, А.А.

Александрова, 2000; Л.В. Соколовой, 2002, 2007), изучающих локализацию гестационной доминанты в коре головного мозга. И работы педиатров и гинекологов (В.И. Орлов, А.В. Черноситов, К.Ю. Сагамонова, Т.Л. Боташева, 2004; Е.А Болдырева, А.П. Лымарев, 2007; О.В. Яворская, 2009; И.А. Тишевской, А.Ф. Завадская, Е.М. Попова, 2008; К.О. Юшко, 2008), изучающих психосоматические изменения в организме беременной женщины, связаны с гестационной доминантой, родовой и лактационной доминантой.

Психологический компонент гестационной доминанты, вызывающий особый интерес психологов и психотерапевтов изучен и описан, по нашему мнению, хуже физиологического. В основном его изучение сводится к описанию типов психологического компонента гестационной доминанты, предложенных ведущим специалистом в этой области И.В. Добряковым [54]. В его книге «Перинатальная психология» приведен, разработанный им метод диагностики психологического компонента гестационной доминанты, который представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы [54]. В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними было выделено 5 типов ПКГД: *оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный* [58]. Большинство работ, где упоминается и изучается тип психологического компонента гестационной доминанты носит характер накопление эмпирических данных. Это касается работ (И.А. Колесникова, 2010; Т.Л. Шиманской, 2008; Т.В. Скрицкой, 2008; М.С. Вербицкой, 2007 и др.) где приведены статистические данные распространения типов психологического компонента гестационной доминанты. Стоит отметить исследования типов ПКГД при ранней диагностики осложнений

беременности О.В. Лысенко, С.В. Лысенко (2003), а так же исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты наркозависимых беременных женщин (Т.Н. Жданова, И.В. Добряков, 2003) [65, 66, 105]. Интересна, на наш взгляд, работа М.С. Вербицкой (2008), в которой автор рассматривает особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом. М.С. Вербицкая модифицирует тест И.В. Добрякова, добавляя идеопатический и ятрогенный подразделы в тревожный и депрессивный типы ПКГД [41]. О.Б. Васильева (2008) изучает воспитательные стратегии женщин с различным типом психологического компонента гестационной доминанты**,** И.А. Колесникова (2010) отмечает, что дисгармоничные отношения с матерью и с отцом, способствуют формированию неблагоприятных вариантов ПКГД – тревожного и депрессивного. В то время как удовлетворительные отношения с родителями ведут к формированию наиболее благоприятного варианта ПКГД – оптимального.

Н.В. Разина (2012) выявляет особенности образа будущего ребенка у женщин с различным типом ПКГД [145]. Исследования О.В. Магденко (2012), занимается психокоррекцией деструктивных репродуктивных мотиваций у беременных женщин и деструктивных типов ПКГД [106]. Е.В. Каташинская-Звездина, Н.А. Баканина (2012) изучают взаимосвязи репродуктивной мотивации с копинг поведением, ригидностью, особенностями ПКГД у беременных женщин [81]. И.А. Золотова (2012) выявила взаимосвязи между типом психологического компонента гестационной доминанты и особенностями формирования отношения к новорожденному у женщин [73]. Учение о ПКГД распространяется не только на материнскую доминанту, появляются работы, изучающие и описывающие «отцовскую доминанту» Ф.Г. Шовкопляс (2012) [215].

Исследования [39, 54, 56, 58, 167, 219] показали, что выраженность доминанты беременности растет пропорционально возрасту женщины, достигая своего максимума у тридцатилетних. Объясняется это, по-

видимому, тем, что именно этот период многие женщины обоснованно считают рубежом, после которого возрастает вероятность осложнений беременности и родов. Кроме того, к двадцати пяти — тридцати годам большинство женщин уже заканчивают свое обучение, приобретают профессию, устойчивое материальное и семейное положение, то есть лучше социально адаптированы.

Интересно, что не всегда высокий показатель доминанты беременности является благоприятным фактором для ее течения и успешного родоразрешения. Многое зависит от качественных особенностей психологического компонента доминанты беременности. Можно выделить несколько основных его типов: игнорирующий, беспечный, тревожный, депрессивный и адекватный.

А. Овдиенко отмечает, что для каждого триместра беременности характерна своя доминанта, то есть ряд различных эмоциональных состояний, которые доминируют над всеми остальными переживаниями. Первую доминанту беременности она называет *«адаптационной».* На этой стадии происходит адаптация к беременности, перестройка организма как на соматическом, так и на психологическом уровне. На этом этапе идет идентификация беременности. Вторая доминанта беременности (начало второго триместра) названа *«погружением».* В данный период происходят видимые изменения внешности, более четкие (хорошо идентифицируемые) внутренние ощущения шевеления. Следующая доминанта беременности названа *«синдромом перемен», з*аметно округлившийся животик подталкивает готовится появлению ребенка на свет и подготовке приданного для малыша. Конец второго триместра беременности принято называть *«информационной» доминантой,* в это время обычно будущую маму начинают одолевать различные вопросы по поводу правильного развития ребенка, благополучных родов. Беременная женщина на этом этапе наиболее восприимчива к информации, она впитывает в себя любые рассказы о беременности, о родах, об окружающих событиях... В последнем триместре

беременности («*предродовая доминанта»),* не исключено, что будущая мама почувствует прилив нежных чувств к своей маме. На этом этапе беременная пропускает через свое сознание опыт самого близкого человека, переходя из статуса «женщина-дочь» в статус «женщина-мать» [126].

Репродуктивная сфера, по мнению Г.Г. Филипповой (2011) – это динамическое образование, включающее различные системы, объединенные в уровни со связями между ними. Все эти системы можно объединить в три группы: физиологические, психические и поведенческие [191]. Сама структура и динамика связей этих систем регулируется ведущей на данном этапе осуществления репродуктивной доминантой. Доминанта формируется при возникновении актуальной мотивации и «подстраивает» под себя все нужные в данный момент «этажи» репродуктивной сферы. Каждый из этапов реализации репродуктивной функции представляет собой относительно самостоятельную психофизиологическую функциональную систему. Эти функциональные системы связаны между собой посредством последовательно возникающих доминант, объединенных под понятием «доминанта материнства»: половая доминанта, доминанта зачатия, гестационная доминанта, родовая доминанта, лактационная доминанта и пока еще недостаточно определенная с психофизиологической стороны доминанта, обеспечивающая связь матери с ребенком после окончания лактации. Психологическая составляющая последней обозначается как «внутренняя родительская позиция» или другими сходными названиями, означающими привязанность матери к ребенку и ее направленность на заботу о ребенке и его воспитание. Г.Г. Филиппова (2011) пишет, что в общей последовательности реализации репродуктивной функции все эти этапы целесообразно рассматривать как подсистемы. С обозначенной позиции необходимо выделять системное строение доминанты материнства, включающее субдоминанты и механизм их последовательной реализации с переходом с одной субдоминанты на другую [191].

Изучение системной структуры и иерархии этих субдоминант чрезвычайно перспективно для понимания современных проблем, которые возникают при изменении эволюционно созданной последовательности реализации репродуктивной функции (использование репродуктивных технологий, суррогатного материнства, усыновлений и т.п.). При таком рассмотрении становятся понятными современные данные о психологической неготовности к материнству у женщин с нарушениями репродуктивной функции, проявляющиеся в первую очередь в искажении образа ребенка и своего материнства. Также становятся понятными психологические причины недостаточной эффективности ВРТ, обусловленные искажением иерархического строения субдоминант, возникающим при сдвиге мотива на цель (например – подмене основной цели – рождение и воспитание ребенка, установками на получение зачатия или беременности, или самого факта преодоления бесплодия как самоцели). Все это определяет специфику репродуктивной сферы по сравнению с другими функциональными сферами, и, соответственно, специфику теоретического подхода к ее изучению и психологической практики в этой области, подчеркивает Г.Г. Филиппова [191].

Продолжая учение А.А. Ухтомского, и используя понятие *субдоминантности*, которое является подчиненным очагом возбуждения, усиливающим основную доминанту, можно предположить, что ведущие ценностные ориентации беременной женщины могут как способствовать оптимизации психологического компонента гестационной доминанты, так и разрушать гестационную доминанту. Любые негативные воздействия среды могут отрицательно влиять на организм женщины, формирующий материнскую доминанту, и приводить к возникновению конкурирующей «стрессовой» субдоминанты. Это чревато нарушениями становления материнской доминанты, чередованию ее составляющих, что в конечном итоге может оказать влияние на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие со средой. А.С.

Батуев, Н.М. Сафронова, О.Ф. Солдатова (1997) отмечают, что стрессовые субдоминанты влияют на дородовые и послеродовые доминанты. Это отражается на нервнопсихической и физической сферах ребенка в пре и постнатальном онтогенезе [19].

Выводы:

1. В результате обзора литературы определены теоретические предпосылки появления феномена ПКГД, рассмотрены такие понятия, как «доминанта», «доминанта беременности», «гестационная доминанта», «материнская доминанта».

2. Опираясь на учение И.А. Аршавского, описана структура материнской доминанты, которая состоит из последовательно возникающих и сменяющих друг друга доминантных состояний в организме женщины (половая доминанта, доминанта беременности, родовая доминанта и лактационная доминанта и доминанта холдинга по Д.В. Винникотту).

3. Гестационная доминанта включает физиологический и психологический компоненты, которые соответственно определяются биологическими и психологическими изменениями, происходящими с женщиной, направленные на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребенка. Принятие взглядов о материнской доминанте в качестве научной парадигмы позволяет хорошо структурировать биопсихосоционоэтическую модель в перинатальной психологии.

4. Психологического компонент гестационной доминанты требует дальнейшего изучения и описания, так как до сих пор остаются неисследованными психологические факторы, влияющие на оптимизацию ПКГД.

1.4. Психологические особенности женщин с разными типами психологического компонента доминанты беременности

А.С. Батуев и Л.В. Соколова (2000) указывают, что во время пренатального периода развития ребенок живет практически одной жизнью с матерью. Сильные нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у будущей матери могут оказать влияние, подчас необратимое, на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой [13]. Т.С. Ефанова, Р.И. Захаров, И.Е. Куприянова, 2012; Г.К. Ушаков (1987), Д.Н. Исаев (2006) также подчеркивают неблагоприятное влияние эмоционального стресса, невротизации матери на беременность и роды, здоровье ребенка [64, 69, 78185].

И.В. Добряков (2010) рассматривает психологический компонент гестационной доминанты как совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы [54].

И.В. Добряков выделяет следующие виды ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный. Подчеркивая важность своевременной коррекции ПКГД, при отклонении от оптимального типа [58]. Проведенные им исследования совместно с педиатром Н.П. Новиковой (2005) на базе детских поликлиник Санкт-

Петербурга и Кронштадта показали, что при случайной беременности в 68 % случаев у женщин определяется отклоняющийся от оптимального тип ПКГД. При наличии у беременных акушерско-гинекологической патологии, соматических заболеваний также было выявлено преобладание отклоняющегося типа ПКГД (68% и 72% соответственно). У 70% женщин с осложненным течением родов в анамнезе отмечался неблагоприятный тип ПКГД [62].

Таким образом, перед психологами при подготовке к родам одной из основных задач стоит формирование оптимального варианта психологического компонента гестационной доминанты. У женщин с разными типами психологического компонента гестационной доминанты существуют психологические особенности. Рассмотрим их подробнее.

1.4.1. Особенности женщин с оптимальным вариантом психологического компонента гестационной доминанты

Оптимальный (от лат. optimus - наилучший) вариант психологического компонента гестационной доминанты (ОП ПКГД), как отмечает И.В. Добряков (2005), свойственен женщинам которые рады, что беременны, подчеркивая желанность беременности. Эти женщины ответственно, но без излишней тревоги относятся к беременности, адекватно реагируют на возникающие проблемы, конструктивно с ними справляются [60]. Беременность не заставляет женщину существенно изменить образ жизни, так как гестация и рождение ребенка входили в ее жизненные планы, но кое в чем без особого труда и огорчений она себя ограничивает [60].

По данным М.С. Вербицкой (2008), женщины с ОП ПКГД различаются по возрасту начала половой жизни. Средний возраст начала половой жизни у женщин с ОТ ПКГД составляет 19,1 ±0,4 года, а среди женщин других типов – 18,1±0,2 лет ($p<0,05$) [39]. О.В. Яворская (2009) отмечает, что благополучный тип ПКГД чаще отмечается при повторной беременности и характеризуется редкой регистрацией осложнений беременности и родов,

лактационных кризов, благоприятным исходом лактационных кризов, оптимальными сроками первого прикладывания новорожденного к груди и продолжительности грудного вскармливания [222].

В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова (2002), А.Я. Варга (2000) отмечают, что у оптимального типа ПКГД формирование стиля семейного воспитания проходило в благоприятных условиях [30, 32]. При оптимальном типе ПКГД у здоровой беременной женщины биологической и психологической основой формирования психики ребенка является опыт исходного симбиотического единства будущего ребенка и матери в периоде безмятежного, почти идеального внутриутробного существования, являющегося залогом здоровья и благополучного развития ребенка. Отношение женщины к пренейту, а затем к родившемуся ребенку характеризуется любовью и ответственностью. Будущего ребенка она воспринимает как частицу себя, но в тоже время часто с удовольствием старается представить себе ребенка, которого вынашивает, общается с ним. Когда появляются шевеления, женщина старается понять, какие эмоции пренейта они отражают, что он хочет ей поведать [60].

Женщина с оптимальным типом ПКГД при возникновении осложнений беременности адекватно относится к ним, отмечает И.В. Добряков (2005), конструктивно сотрудничает с врачами. Она не боится предстоящих родов и считает, что все сможет сделать правильно. Она уверена в своей материнской компетенции, изначально настроена кормить ребенка грудью и, как правило, проблем с лактацией у нее не бывает [60].

Оптимальный тип ПКГД способствует формированию гармонического типа семейного воспитания здорового ребенка. По мнению Г.Г. Филипповой (1999), одной из важных характеристик оптимального типа ПКГД является формирование у женщины *адекватного стиля переживания беременности* [192]. Во многом оптимальный стиль ПКГД (по И.В. Добрякову) и адекватный (по Г.Г. Филипповой) соответствует выделенному И. Рафаэл-Лефф *«фасилитирующему»* типу (от англ. facilitate — облегчать) отношения

женщины к беременности. Для адекватного стиля переживания беременности характерно принятие женщиной своей беременности, не вызывающей у нее сильных и длительных отрицательных эмоций.

Оптимальный вариант ПКГТ является наиболее благоприятным для становления физиологического компонента доминанты беременности и родовой доминанты, благополучного течения послеродового периода, развития младенца, об этом свидетельствуют результаты исследований М.С. Вербицкой (2008) и О.В. Яворской (2009). У женщин с благополучным типом ПКГД достоверно реже регистрировались осложнения беременности и родов (осложнений родов не отмечалось у 97% женщин с благополучным типом ПКГД и у 16,3% женщин группы риска), отмечались оптимальные сроки первого прикладывания новорожденного к груди и продолжительности грудного вскармливания, пишет О.В. Яворская [222].

Если женщина здорова, любима, беременна желанным ребенком, у нее оптимальный тип гестационной доминанты, она не испытывает острых стрессов, то плод находится в состоянии комфорта, безопасности и хорошо развивается. О. Ранк (O. Rank) называл внутриутробное существование ребенка «раем» [141]. Такого же мнения придерживался Ш. Ференци (S. Ferenczi) [141]. Их идеи были развиты С. Грофом (St. Grof, 1985) [50] с гипотезой о существовании динамических матриц, управляющих процессами, относящихся к перинатальному уровню бессознательного и названных им базовыми перинатальными матрицами (БПМ). При ОП ПКГД, отмечает Г.С. Никифорова (2006), у здоровой беременной женщины биологической и психологической основой БМП—1 является опыт исходного симбиотического единства плода и матери в период безмятежного, почти идеального внутриматочного существования — залога здоровья и благополучного развития ребенка [141].

О.В. Яворская (2009) выявила, что у детей, родившихся от женщин с благополучным типом ПКГД, достоверно чаще регистрировались оптимальная адаптация новорожденного, оптимальные показатели

физического развития, первая группа здоровья при полном отсутствии третьей и четвертой групп здоровья. Алиментарно-зависимая патология отмечалась значительно реже, чем в контрольной группе, и характеризовалась небольшой продолжительностью течения, инфекционная заболеваемость не регистрировалась [222].

Данные распространения оптимального типа ПКГД разнятся. Т.В. Скрицкая (2002, 2008) в своем диссертационном исследовании выявила ОП ПКГД у 54,6% женщин [162, 163]. О.В. Яворская (2009), при оценки ПКГД у 6000 беременных женщин Челябинской области, выявила благополучный тип ПКГД у 54,2% женщин. О.В. Яворская (2009) отмечает, что ОП ПКГД предшествует положительному настрою беременной женщины на грудное вскармливание и способствует развитию «лактационной доминанты». При анализе ПКГД она выделила следующие подтипы ОП ПКГД (в %, n=124): оптимальный тип — 4,2; оптимальный тип в сочетании с эйфорическим 34,1; и оптимальный тип с преобладанием эйфории 15,9 [222]. В исследовании О.В. Магденко (2012) ОП ПКГД установлен в 19,74% случаев, Н.В. Разина (2012) диагностировала ОП КГД у 32% (26) беременных женщин [106, 145]. В работе М.С. Вербицкой (2008), исследовавшей 106 женщин г. Минска, всего 28,3% (30) беременных женщин имеют ОП ПКГД, а 76 (71,7%) по результатам тестирования вошли в «группу риска» [39].

Е.А. Болдырева и А.П. Лымарев (2007) дают другие цифры распространения оптимального типа ПКГД беременных женщин в г. Волжском. На первом триместре беременности данный тип был выявлен у 62,5% женщин, во втором триместре — 53%, в третьем — 43% респондентов [26].

Во многих исследованиях разных специалистов: (М.С. Вербицкой, 2008; О.В. Яворской, 2008; О.В. Магденко, 2012 и др.) принято делить выборку на ОП ПКГД (т. е. женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта), и женщин “группы риска”, в которую исследователи включают беременных с эйфорическим,

гипогестогнозическим, тревожным или депрессивным типом ПКГД [39, 106, 222].

1.4.2. Особенности женщин с гипогестогнозическим вариантом психологического компонента гестационной доминанты

Гипогестогнозический (греч. hypo – приставка, означающая слабую выраженность; лат. gestatio – беременность; греч. gnosis – знание) вариант (Г ПКГД) характерен для женщин с явным или, чаще, скрытым, бессознательным непринятием своей беременности (И.В. Добряков, 2002, 2010) [54, 57].

Как правило, они равнодушны к тому, замечают окружающие у них признаки беременности или нет, но повышенное внимание, расспросы по поводу беременности, состояния здоровья, попытки особого отношения, предложения помощи вызывают у таких женщин раздражение. Для таких женщин характерны следующие высказывания, соответствующие их переживаниям: «я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с моей беременностью»; «я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах»; «я не задумываюсь о предстоящем материнстве» [54].

И.В. Добряков отмечает, что женщина Г ПКГД как бы забывает о беременности, старается игнорировать ее проявления. Двигательной неловкости, связанной с увеличением собственного веса, такие женщины первое время не испытывают, но чем больше сроки, тем более раздражают их соматические проявления беременности [58]. Динора Пайнз (2001) считает, что в формировании данного состояния определенную роль играют психологические защитные механизмы вытеснения нежелательных, травмирующих переживаний [248].

Женщины Г ПКГД стараются не менять свой образ жизни, такой тип J. Raphael-Leff (2001) называет *«регулирующим типом».* При данном типе мать не меняет свою жизнь, а пытается встроить в нее сначала беременность и пренейта, а после родов – ребенка, часто ущемляя его интересы [251]. Подобные особенности И.В. Добряков наблюдал у женщин разного

социального положения. Гипогестогнозический вариант ПКГД встречается у женщин разных возрастных групп, представительницы которых весьма отличаются друг от друга.

Женщины младшей возрастной группы (средний возраст - 21,3 года), пишет И.В. Добряков, характеризуются некоторой инфантильностью [58]. Беременность у большинства из них незапланированная. Многие учатся в институте и не желают брать академический отпуск («чтобы не отстать от группы»), причем продолжают с прежней интенсивностью заниматься, сдавать экзамены. Они, как и до беременности, посещают дискотеки, занимаются спортом, ходят в походы, как правило, не ограничивают себя в употреблении сигарет и спиртного. Беременность воспринимается ими как досадная помеха, которая не должна нарушать жизненные планы. В женскую консультацию они обращаются поздно и посещают ее нерегулярно, игнорируют рекомендации врачей. Эти женщины стараются не задумываться о предстоящих родах, матерински обязанностях. Фон настроения у них при этом часто понижен, возможны его беспричинные колебания. Чем ближе роды, тем более выражено у этих беременных состояние психологического дискомфорта [60].

Женщины с Г ПКГД старшей возрастной группы (средний возраст 28,8 лет), также не желают менять свой образ жизни. Большинство из них имеют высшее образование, успешно работают, некоторые занимают руководящие посты (однако среди них могут быть и домохозяйки). Они планируют беременность, так как знают, что с возрастом риск возникновения осложнений течения беременности и родов повышается. Изредка среди них встречаются и повторнородящие. Однако эти женщины, как и представительницы первой группы, несклонны менять жизненный стереотип. У них «не хватает времени», да и желания встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения. После родов у них отмечается повышенный уровень тревоги. Многие просят не оставлять ребенка с ними в одной палате, дать поспать. Относительно чаще, чем у других женщин, у них отмечается

гипогалактия, но недостаток молока их не расстраивает (хотя может декларироваться обратное), у матери низкое желание кормить ребенка грудью. Обязанности по уходу за малышом тяготят таких женщин. Они стараются переложить их на кого-нибудь из родственников (мужа, мать) или няню, чтобы как можно быстрее вернуться к прежнему образу жизни. Воспитание детей осуществляется ими по типу гипопротекции, что нередко приводит к появлению у детей невротических реакций [58].

И.В. Добряков довольно часто отмечает формирование гипогестогнозического типа ПКГД у многодетных мам, а Т.И. Форопонова (2010) отмечает довольно широкое распространение данного типа у женщин, забеременевших с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [197]. Т.Н. Кондюхова (2009) и И.В. Добряков (2002) отмечают, что брак у женщин с Г ПКГД нередко юридически не зарегистрирован (так называемый конкубинат от лат. concubinatus, от con (cum) - вместе и cubo - лежу, сожительствую) [57]. Отношение мужчины к факту беременности часто не интересует женщину, часто он узнает о беременности только при явных ее проявлениях [90]. Родителям, другим близким такие женщины либо вообще не сообщают о беременности, либо сообщают между прочим, не видя в этом особого события.

Будущего ребенка женщина старается не замечать даже после начала шевелений, не предпринимает попыток установить с ним контакт, представить себе, какой он, как будет выглядеть после рождения [58].

Во многом поведение женщин с Г ПКГД определяется формирующимся у них *игнорирующим стилем переживания беременности,* по Г.Г. Филипповой (1999) [192]. Одной из основных особенностей этого стиля Г.Г. Филиппова считает довольно позднее осознание женщиной того, что она беременна. При этом она, как правило, неприятно удивлена, испытывает досаду. Г.Г. Филиппова, характеризуя динамику эмоционального состояния по триместрам игнорирующего стиля переживания беременности, говорит о том, что либо она не наблюдается, либо отмечается повышение

активности и общего эмоционального тонуса. Активность таких женщин в третьем триместре, пишет Г.Г. Филиппова, повышается, а ее содержание связано не с предстоящими родами и материнскими заботами послеродового периода, а с личными планами и обустройством жизни после разрешения от надоевшего бремени и направлена на содержания, не связанные с ребёнком [192].

Женщины с гипогестогнозическим вариантом ПКГД производят впечатление вполне благополучных и после родов не привлекают внимания врачей и педагогов и психологов. Между тем, обращает внимания Л.В. Пилюгина (1999), на приемах детского психотерапевта часто ретроспективно выявляется гипогестогнозический вариант ПКГД у матерей гиперактивных детей [137]. А так же детей, склонных к делинквентному поведению (лат. delictum — проступок, англ. delinquency — правонарушение, провинность), детей, проявляющих интерес к употреблению психоактивных веществ (ПАВ), и детей, имеющих нервно-психические расстройства (Т.Н. Жданова, И.В. Добряков) [66]. При этом в перинатальном анамнезе факторов, позволяющих отнести ребенка к группе риска, как правило, не отмечается [65]. В связи с этим, подчеркивает И.В. Добряков, выявление гипогестогнозического варианта ПКГД служит показанием к психотерапии беременной женщины. Психотерапевтические задачи при этом могут быть разные: улучшение супружеских отношений; *коррекция иерархии ценностей;* снижение уровня тревожности; повышение эмпатии и ответственности и др.

Изучением распространения Г ПКГД среди беременных женщин России занимались разные исследователи, как в области медицины и педиатрии, так и специалисты в области психологии. По данным Т.В. Скрицкой (2008) данный тип был выявлен у 8% беременных [163]. Из результатов диссертационного исследования Е.С. Мироновой (2011) гипогестогнозический тип ПКГД, был выявлен у 10% женщин с угрозой прерывания беременности, и у 9,2% женщин без угрозы прерывания беременности [116]. Е.А. Болдырева и А.П. Лымарев (2007) Г ПКГД

беременных женщин в г. Волжском диагностирован в 10% случаев [26]. О.В. Магденко (2012) дает совсем другие цифры распространения гипогестогнозического типа — 34,22%, а Н.В. Разина (2012) диагностировала подобный тип у 21% беременных женщин [106, 145].

1.4.3. Особенности женщин с эйфорическим вариантом психологического компонента гестационной доминанты

При эйфорическом (греч. eu – хорошо; phero – переносить) варианте (Э ПКГД) у беременных женщин преобладает повышенный фон настроения. Они видят будущее только в розовом свете, уверены в благополучном исходе родов. Типичным для них является высказывание: «Ничто не доставляет мне такого счастья, как то, что я беременна!». В отличие от нормального хорошего настроения, способствующего адекватной оценке происходящего, эйфория, отмечает И.В. Добряков, делает беременных женщин нечувствительными к объективной реальности [219].

У многих пациенток этой группы отмечались истерические черты личности. Беременность у этих женщин обычно желанная, но за желанием зачатия нередко стоят рентные установки, т. е. установки на получение моральной или материальной выгоды за счет окружающих, путем манипулирования ими. Субъект с рентными установками, по утверждению М.А. Одинцовой и Е.М. Семеновой (2011), стремится к тому, чтобы то, что необходимо для него, было сделано другими, с минимальными затратами с его стороны [127].

Убедившись в возникновении беременности, женщина с Э ПКГТ резко меняет образ жизни. Ей очень приятно, когда окружающие, в том числе посторонние, замечают, что она беременна, оказывают ей в связи с этим знаки внимания. Беременность делает женщину претенциозной, она постоянно требует к себе особого отношения и недовольна, если не чувствует достаточного, с ее точки зрения, внимания к своей особе. Нередко это создает напряжение в отношениях с близкими людьми, так как она

считает, что многие из них недостаточно рады ее беременности, не понимают, что она теперь нуждается в особом отношении [58].

Некоторые из женщин с эйфорическим типом ПКГД поздно встают на учет в женской консультации, не ходят на курсы дородовой подготовки, считая, что им это не нужно.

Другие женщины этой группы, наоборот, очень активно посещают занятия, особенно если они включают элементы арт-терапии, а ведущие занятий поддерживают их эйфорию, подчеркивает И.В. Добряков. При возникновении каких-либо проблем, осложнений течения беременности они застают женщину врасплох, воспринимаются чрезмерно эмоционально, их тяжесть преувеличивается [60].

За помощью к врачам они обращаются, но не ко всем советам прислушиваются, не все рекомендации выполняют или делают это формально. Часто собирают мнения нескольких врачей, требуют консультации профессоров. Трудности, связанные с родами, послеродовым периодом, заботы о малыше также оказываются неожиданно удручающими.

Женщина с эйфорическим компонентом ПКГД считает, что беременность делает ее еще привлекательней в глазах мужа, сильнее привязывает его к ней [54].

Она считает, что все от нее зависящее она уже сделала, а от него требует больше внимания, выполнения всех своих прихотей. М.А.Одинцова, Е.М. Семенова (2011) замечают, что нередко беременность используется такими женщинами в качестве средства манипулирования, становится способом воздействия на мужа и на окружающих для изменения отношения к себе, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания агравируются (с лат aggravo - преувеличиваются), трудности преувеличиваются [127].

Женщина любит фантазировать по поводу того, как выглядит будущий ребенок, каким он будет после родов. При этом ее не покидает уверенность,

что ребенок будет необыкновенным, самым красивым, самым умным, самым лучшим [58].

Важной составляющей эйфорического варианта ПКГД является вырабатывающийся у этих женщин «*эйфорический стиль переживания беременности»,* по Г.Г. Филипповой (1999) [192]. Он характеризуется тем, что возникший в первом триместре эйфорический фон настроения держится в течение всего периода гестации. Отношение женщины к возможным проблемам беременности и материнства некритично. Во втором триместре женщина впервые с восторгом ощущает шевеления пренейта, но не может научиться их дифференцировать. В третьем триместре нередко появление осложнений беременности, к которым женщина оказывается не готова и относится к ним безответственно. Г.Г. Филиппова отмечает, что все характеристики носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства. Обычно к концу беременности появляются осложнения. Проективные методы показывают неблагополучие в ожиданиях послеродового периода [192].

Во время беременности они высоко оценивают свою материнскую компетенцию, уверены, что станут прекрасными матерями. Они собираются кормить детей, ожидая от этого процесса положительных эмоций [57].

Став матерями, женщины с эйфорическим вариантом ПКГД обнаруживают расширение сферы родительских чувств к ребенку, воспитывают его чаще всего по типу потворствующей гиперпротекции, боятся его взросления, склонны к вынесению конфликта с супругом в сферу воспитания [58].

К.О. Юшко (2008) в диссертационной работе, посвященной изучению репродуктивной функции женщин, рожденных путем кесарева сечения, выявила, что у женщин статистически достоверно чаще имеет место Э ПКГД (16,3 и 3,4% соответственно), нежели чем у женщин, рожденных естественным путем. Таким образом, утверждает К.О. Юшко, у женщин,

рожденных путем операции кесарева сечения, наблюдаются нарушения формирования доминанты материнства, что наряду с другими факторами может приводить к увеличению частоты осложнений беременности и родов, а именно развитию фето-плацентарной недостаточности, первичной и вторичной слабости родовой деятельности [221].

Э ПКГД, по мнению многих специалистов (И.В. Добряков, М.С. Вербицкая, 2008 и др.), относится к группе риска, а распространенность его среди населения по разным данным различна [39]. Так Т.В. Скрицкая (2008) эйфорический тип ПКГД диагностировала у 17,5 % беременных женщин [163]. Е.А. Болдырева и А.П. Лымарев (2007) в г. Волжском исследовали его на разных триместрах беременности. На первом триместре данный тип был диагностирован в 32,5% случаев, на втором - 17%, и на третьем - 20% [26]. Данные исследования О.В. Магденко (2012) показывают примерно такое же распространение эйфорического типа среди населения (14,47%) [106]. Н.В. Разина (2012) диагностировала данный тип в 13% случаев [145].

1.4.4. Особенности женщин с тревожным вариантом психологического компонента гестационной доминанты

Проблемы тревожности и тревоги, страхов и фобий беременных широко представлены в работах перинатальных психологов: (И.В. Добряков, 2003; Г.Г. Филиппова, 2003; М.В. Голубев, 2005; Н.Л. Мамышева, 1995; Е.А. Сахаров, 1990; Е.В Ласая, 2003; И.Ю. Щеглова, 1992; M. Roy, M.D. Pitkin, 1980; Т.С. Ефанова, Р.И. Захаров, И.Е. Куприянова, 2012; и др.).

И.В. Добряков отмечает закономерность и нормальность некоторого повышение уровня тревоги и возникновение страхов, отмечающиеся у большинства женщин, испытывающих во время беременности дефицит информации о том, как будет протекать беременность, идти развитие пренейта, каким образом и с каким результатом произойдет родоразрешение [57]. Благодаря этим эмоциям женщины становятся более ответственными, осторожными, бережнее относятся к своему здоровью. Таким образом, тревога и страхи способствуют адаптации женщины к ее новому состоянию,

а значит, перинатальный психолог не должен стремиться полностью купировать их. Признаками нормальных тревоги и страха являются их адекватность, логичность, снижение при разрешении ситуации [57].

Патологический характер тревога и страх принимают при несоответствии их интенсивности и особенностей вызвавшему их объекту, подчеркивает И.В. Добряков (2000, 2002) . При этом тревога перестает играть адаптивную роль и, напротив, приводит к формированию тревожного варианта психологического компонента гестационной доминанты (Т ПКГД) [55, 57].

Формированию Т ПКГД способствуют: случайность беременности; манипулятивный характер мотивов, побудивших женщину забеременеть (меркантильный, самоутверждения, компенсаторный и т. п.); беременность вне брака; супружеская дисгармония; дисфункциональная семья; неблагоприятные материально-бытовые условия; некоторые личностные особенности (низкая самооценка, высокий уровень тревожности и т. п.); соматическое нездоровье; психическое нездоровье и др.

У женщин с тревожным типом ПКГД довольно часто отмечается сочетание изначально высокого уровня тревожности (как устойчивой личностной характеристики) и реакций на актуальные проблемы (акушерско-гинекологические осложнения, семейные проблемы, надвигающийся срок родоразрешения и пр.). Их характеризуют такие личностные черты, как ранимость, мнительность, повышенная утомляемость, суетливость, эмоциональная лабильность. Они не уверены в себе, легко расстраиваются и теряют душевное равновесие. Их отличает высокое чувство ответственности [54].

Они стесняются своей беременности, им очень неприятно, если посторонние люди замечают, что они «в положении». Их тревожит отношение к беременности родителей, мужа, даже если оснований для этого нет. Им часто кажется, что муж стал к ним хуже относиться, возникают опасения остаться одной с ребенком. Женщины боятся осложнений

беременности, постоянно беспокоятся о будущем ребенке. Возникшие шевеления часто трактуют как проявление его дискомфорта или нездоровья. Они полагают, что в родах непременно должно случиться что-то нехорошее либо с ними, либо с малышом, либо с обоими [58].

Г.Н. Чумакова, Е.Г. Щукина, А.А. Макарова (2006) выявили, что женщины, испытывающие повышенную тревогу во время беременности за состояние будущего ребенка и имеющие тревожный вариант ПКГД, психологически не уверены в благополучном исходе беременности, не нацелены на будущее материнство [209].

У таких женщин важной составляющей тревожного варианта ПКГД является «*тревожный стиль переживания беременности*», по Г.Г. Филипповой (1999). При этом на фоне тревожных переживаний в течение всего периода гестации беременность воспринимается ими как соматически болезненное состояние. Идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком больших или слишком маленьких по сроку беременности размеров; соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния. В первом триместре эмоциональный фон повышенно-тревожный или депрессивный. Во втором триместре состояние женщины не улучшается, спорадически возникает повышение уровня тревоги. Первое шевеление ребенка ощущается рано, но женщина либо сомневается и с трудом отличает его от других ощущений, либо, напротив, четко помнит дату, час, ситуацию, когда почувствовала шевеление впервые. И в том и в другом случае первому шевелению пренейта сопутствуют негативные эмоции: испуг, нарастание тревоги, неприятные, иногда болезненные ощущения. Дальнейшие шевеления часто интерпретируются как проявления возможных нарушений в развитии будущего ребенка. В третьем триместре состояние ухудшается, тревога нарастает. Активность в третьем триместре определяется страхами за исход беременности, родов, послеродовой период [195].

Нередко у женщин с тревожным вариантом ПКГД отмечается, описанный Н.В. Боровиковой (1998), *«симптом противоречивого отношения к беременности»* [27, 28]. При этом, с одной стороны, женщина испытывает радость оттого, что с рождением ребенка она станет не такой одинокой, а с другой – опасается, что не справится с материнскими обязанностями. Г.Г. Филиппова (1999) выделяет особый *«амбивалентный стиль переживания беременности»* (с англ. ambivalent- двойственный, противоречивый, сомневающийся, неуверенный) [192]. В целом проявления этого стиля соответствуют тревожному стилю, для которого вполне могут быть характерны амбивалентные эмоции и амбитендентные поступки, нередко являющиеся причиной повышенной тревожности или усугубляющие тревожный фон. Данный стиль переживания довольно часто встречается в структуре тревожного варианта ПКГД [192].

Беременные женщины, по данным Г.Н. Чумаковой, Е.Г. Щукины, А.А. Макаровой (2006), с Т ПКГД плохо знают причины плача, недостаточно вовлечены во взаимодействие с ребенком, мало тактильно контактируют с ним, реже рассказывают о том, какой хороший ребенок, меньше с ним разговаривают, реже пытаются установить контакт невербальными методами общения [209].

Н.К. Спицина (2008) выявила связи тревожного типа в структуре ПКГД у матерей с рождением детей с ДЦП, и детей, рожденных с нарушением ритмов сердца по типу экстрасистолии [174].

Доказано (С. Гроф, 1993; К. Хорни, 1993; О. Ранк, 2004; и др.), что страхи, и фобии у беременных женщин могут развиваться на основе переживаний, испытанных ими еще в перинатальном периоде [50, 146, 202]. В процессе родов ребенок испытывает сильную тревогу, страх смерти. Если у ребенка заботливая мать и его потребности удовлетворяются, тревога уходит, если нет, то на ее фоне появляются разнообразные страхи, которые вновь могут возникать у взрослой женщины в ситуациях, вызывающих повышение уровня тревоги. При этом во время беременности будет формироваться

тревожный вариант ПКГД. Женщин с Т ПКГД, как правило, нуждающихся в индивидуальной работе, подготавливающей их к групповым занятиям или даже требующих психотерапевтического вмешательства и дальнейших занятий по индивидуальным специальным программам [55].

Г.Н. Чумакова, Е.Г. Щукина, А.А. Макарова (2008) выявили, что для тревожных беременных характерен более низкий уровень образования, высокая частота курения, более частая угроза прерывания беременности и осложнения в течение родов [209].

Т.В. Скрицкая (2008) диагностировала тревожный тип ПКГД у 5,83% беременных женщин [163], Е.С. Миронова (2011) у 11,5% женщин с угрозой прерывания беременности, и у 7,3 % женщин без угрозы прерывания беременности [116]. Подобные данные были и у Е.А. Болдыревой и А.П. Лымарева, Т ПКГД был выявлен у 10% выборки [26]. В исследовании О.В. Магденко (2012) Т ПКГД установлен у 26,31% беременных женщин [106].

1.4.5. Особенности женщин с депрессивным вариантом ПКГД

Депрессивный тип (Д ПКГД) (от лат. deprimo — «давить», «подавить») проявляется в резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребёнке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового ребенка, боится умереть в родах. Женщины считают, что беременность "изуродовала их", боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В тяжёлых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничижения, обнаруживаются суицидальные тенденции [54].

Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны нарушениям, развивающимся при тревожном типе, но более тяжелые. Встречаются также эмоциональное отвержение, жестокое обращение. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющей её состояние [58].

И.А. Колесников (2010) А.С. Батуев, Н.Н. Иовлева (2003) отмечают, что значительную роль в развитии депрессивных расстройств играют и психосоциальные факторы: нежеланная беременность, деструктивные мотивы зачатия, дисгармоничные отношения с отцом ребенка, враждебное отношение к собственной матери, материально-бытовые проблемы, утрата близких и т.д. Особое значение имеет эмоциональная готовность к материнству, принятие собственной женственности, формирование образа «себя беременной» и образа ребенка и т. д. [13, 19, 59, 87, 88].

К особенностям личности, способствующим развитию депрессивных расстройств, И.В. Добряков и А.И. Колесников (2008) относят: склонность к фиксации на отрицательных эмоциях, чрезмерную чувствительность к неудачам, склонность к сомнениям и предчувствиям, завышенные требования к себе, представление о внешней непривлекательности, низкую самооценку, страх конфликтов и множественных контактов, боязнь неодобрения или отвержения, подчинение себя потребностям других людей и др.[59].

Г.Г. Филиппова, И.Н. Черткова, И.М. Сапарова (2003) описывают психологические особенности беременных женщин с патологией течения беременности как имеющих эмоциональную неустойчивость, раздражительность, высокий уровень ситуационной тревожности, утомляемость, ранимость, наличие возбуждения и беспокойства и др.[194].

Обобщая имеющиеся в литературе сведения, И.В. Добряков И.А. Колесников (2008) отмечают, что женщины с Д ПКГД предъявляют жалобы на уныние, грустное, тоскливое, печальное настроение, меланхолию, на отсутствие желания что-либо делать по дому. Появляются плаксивость, капризность, раздражительность по незначительным поводам. Женщин расстраивает отсутствие чувства радости, счастья от понимания того, что они беременны. Беспокоят мысли о том, что не сможет справиться с обязанностями матери и жены («я не чувствую ребенка», «не смогу стать хорошей матерью», «плохая, незаботливая жена»). Все хлопоты по

подготовке к родам для них кажутся невыполнимыми, сложными, необязательными. Сознание наполнено воспоминаниями о прошлом, о жизни до беременности, появляется сожаление, так как чего-то не удалось совершить или достичь, от чего-то отказаться (прекратить учебу, карьеру, изменить образ жизни и т.д.). Женщины пытаются отвлечься делами или занятиями, которые раньше приносили удовольствие, но теперь они радуют меньше или вообще перестали интересовать [59].

При более глубоких расстройствах клиническая картина усложняется выраженностью перечисленных явлений и присоединением соматических расстройств. Так I.M. Sundstrom, M. Bixo, I. Bjorn, M. Astrom (2001) отмечают, что часто тревога и депрессия сопровождается ипохондричностью [265]. Предъявляются жалобы на неприятные ощущения напряжения и чувства боли в молочных железах, мигренеподобные головные боли, на сердцебиения, перебои, неприятные ощущения в области сердца, колебания артериального давления, напряжение мышц спины, нарушение функции желудочно-кишечного тракта (запоры, которые могут сменяться диареей). В некоторых случаях гестозы беременных, соматические жалобы и заболевания являются «маской» скрытой депрессии. Среди причин такого соматического реагирования могут быть бессознательное нежелание беременности, вытесненная агрессия к матери, а также отсутствие поддержки родителей, мужа, манипулятивные мотивы зачатия и многие другие факторы [30]. Расстройства сна и аппетита зачастую женщины интерпретируют как «нормальное» состояние при беременности, что затрудняет раннюю диагностику депрессии [58].

И.А. Колесников (2005) выявил незначительные нарушения волевого компонента у женщин с ДТ ПКГД по типу психической инертности. Таким женщинам приходиться «заставлять себя» выполнять повседневные обязанности [87].

Депрессивный вариант ПКГД в некоторой степени можно сопоставить с *«отвергающим стилем переживанием беременности»,* по Г.Г. Филипповой

(1999), при котором идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями, вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена. Переживание всей беременности у женщин с отвергающим стилем воспринимается как кара, помеха и т.п. Шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается неудобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний. Но необходимо заметить, что при депрессивном типе ПКГД, женщина не всегда отвергает ребенка [192].

Депрессивные компоненты ПКГД свойственны ВИЧ-инфицированным женщинам, считает Т.Н. Жданова (2004). Она отмечает, что, несмотря на то, что наиболее выраженным типом ПКГД у наркозависимых ВИЧ-инфицированных женщин является оптимальный тип ПКГД, но в связи с особым психологическим и соматическим статусом данной группы женщин ОТ ПКГД часто сочетается с показателями депрессивного типа. Это связано, по ее мнению, с осознанием накладываемых соматической патологией ограничений в реализации материнского поведения, таких как кормление ребенка грудью [65].

Исследуя распространенность данного типа среди населения, мы выявили, что распространенность данного варианта ПКГД по разным данным составляет от 1% до 8,2% [65, 87, 88, 106, 116, 163]. Т.В. Скрицкая (2008) в своей работе не выявила женщин с депрессивным типом ПКГД вообще [163].

И.А. Колесников (2005) провел скрининг-исследование 1000 беременных женщин с помощью опросника ТОБ и обнаружил у 574 беременных признаки нарушенных отношений по тревожному и депрессивному вариантам ПКГД. Среди них были выявлены 82 беременные женщины с депрессивной симптоматикой [88].

По результатам диссертационного исследования Е.С. Мироновой (2011) депрессивный тип ПКГД был выявлен у 2,5% женщин с угрозой прерывания беременности, и у 1% женщин без угрозы прерывания

беременности [116]. R.H. Kelly, D.F. Zatzick, T.F.Anders (2001) отмечают что у 30% беременных женщин выявляются психические нарушения, причем более половины (56%) составляет депрессия разной степени выраженности [240]. О.В. Магденко (2012) отмечает преобладание деструктивных типов ПКГД (80,26%), а депрессивный вариант ПКГД выявляет у 5,26% беременных женщин [106].

Подводя итог выше сказанному, можно заключить:

1. *Психологический компонент* гестанционной доминанты – это совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы.

2. Выделяют следующие виды ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный. Одной из основных задач перед перинатальными психологами стоит формирование оптимального варианта психологического компонента гестационной доминанты, который способствует благоприятному в психологическом и соматическом отношении течению беременности, адекватному стилю переживания беременности, неосложненному течению родовой деятельности, последующей хорошей лактации и гармоничных отношений с будущим ребенком. ОТ ПКГД по разным данным составляет от 28% до 62% и относится всеми исследователями к самому благоприятному варианту ПКГД.

5. Гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный варианты ПКГД принято считать неблагоприятными (неоптимальными), относящимися к группе риска и требующими психокоррекионных и психотерапевтических вмешательств. Однако выделение типов ПКГД не обеспечивает возможность квалификации (обозначения) всего того многообразия психологического компонента гестанционной доминанты с которым сталкиваются практики. В литературе не представлены работы,

раскрывающие всю совокупность вариантов ПКГД, но представлены психологические характеристики типов ПКГД, позволяющие выделить критерии типологизации. В связи с необходимость индивидуализации психологического сопровождения беременных женщин, считаем обоснованным выделение в следующей части нашей работы подтипов ПКГД.

6. В литературных источниках описаны личные особенности разных типов ПКГД, их реродуктивные установки, стили мышления, типы межличностных отношений, исход родовой деятельности, стили воспитания и т.д. Но наблюдается существенный информационный дефицит относительно особенностей ценностных ориентаций разных типов ПКГД, на наш взгляд, оказывающих огромное значение на формирование ПКГД. По нашему мнению, ценностные ориентации являются одной из мишеней психокоррекционного воздействия по оптимизации ПКГД.

Таким образом, анализируя результаты вышеперечисленных исследований, можно сформулировать следующие **выводы**:

1. Период беременности - особый этап жизни женщины, в процессе которого происходит взаимодействие женщины с новыми условиями жизненного пространства, в результате которого порождаются новые качества, системные новообразования, позволяющие сохранить целостность и устойчивость системы [83]. Беременность, провоцирует глубокие изменения личности, которые затрагивают кроме физиологического, эмоционального, когнитивного, социального уровня, еще и экзистенциальный, который обусловливает глубокие изменения самосознания, отношения к другим и к миру [37]. В этот период происходят существенные изменения образа «Я» человека, потеря старой и обретение новой идентичности, перестройка личностных смыслов. Личностью беременной женщины производится внутренняя работа по смыслопорождению, «рассортировке» ценностей, выбору способов поведения [94, 118, 163]. Все изменения, происходящие во время

беременности в личности женщины, находят свое единое выражение в изменении структуры и содержания ее значимых отношений (к себе беременной; к формирующейся системе «мать—дитя»; к окружающим) [123]. Таким, образом, помогая развитию системы значимых отношений женщины в период беременности, и формированию (наполнению) ценностно-смыслового блока материнской сферы, мы можем не только обеспечить здоровое протекание беременности и родов, но и существенно улучшить эмоциональные факторы развития ребенка и всей системы родительских отношений [118, 195].

2. Опора на теоретико-методологические подходы М. Рокича, О.И. Моткова, Т.А. Огневой, С.С. Бубновой, Н.П. Фетискина, В.В. Козлова, Г.М. Мануйлова позволяет исследовать ценностные ориентации беременных женщин, исходя из разных оснований (терминальные – инструментальные ц. о., внешние – внутренние ц. о.) и описать степень значимости и реализации ц. о., объяснить причины конфликтности их осуществления.

3. Обращение к концепции «психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова, основанной на учение о доминанте А. А. Ухтомского, и взглядах на личность как на систему отношений В. Н. Мясищева, позволяет использовать ее в работе в качестве организационно-исследовательской модели.

ГЛАВА 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПКГД

2.1. Методология и организация эмпирического исследования

Общей методологической основой исследования явилась биопсихосоционоэтическая модель природы человека и его здоровья Г.В. Залевского (2008); аксиологический подход М. Рокича, О.И. Моткова (2008), С.С. Бубновой (1999). Конкретная методологическая основа исследования представлена концепцией "материнской доминанты" И.А. Аршавского (1957) и «психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова (2002);

В теоретических положениях биопсихосоциноэтической модели Г.В. Залевского (2009) ведущее место в сохранении здоровья помимо биологических (раскрывающих соматическую природу) и психосоциальных (психические и социальные аспекты) предпосылок отводится духовности (ноэтичности) [68]. Г.В. Залевский определяет духовность как принцип самостроительства человека, как выход к высшим ценностным ориентациям конструирования личности и ее менталитета и раскрывает духовность как «неограниченный набор личностных мотиваций, норм поведения, опыта, ценностей и установок, которые основаны на поиске экзистенциального понимания смысла, цели и трансценденции» [68].

Ю.В. Кузьмина (2008) в рамках данного методологического подхода определила концептуальные основания и структурные компоненты биопсихосоционоэтической модели беременности, в которой указывает принципы биопсихосоционоэтической оценки беременности в ее динамике:

- антропологический принцип, позволяющий рассматривать беременную женщину как в высшей степени олицетворение сущности человека;

- холистический принцип, на основе которого беременная женщина представляет собой систему со всеми ее свойствами: саморазвитием, самоорганизацией, стремящейся к устойчивости и саморазвивающейся за счёт устойчивости;

- структурно-уровневый принцип, позволяющий изучать особенности беременной женщины на разных уровнях организации (на личностном, на поведенческом и т.д.), что отражается в ее развитии/становлении и нарушении, отклонении и патологии развития;

- генетический принцип рассматривает период беременности в жизни женщины как «социальную ситуацию развития»;

- фазный или динамический принцип – в динамике прохождения основных этапов, триместров беременности;

- суппортивный принцип – требуется психологическая поддержка с учетом биопсихосоциальной модели беременности [94].

Биопсихосоционоэтическая модель беременности предполагает учет объективного медицинского диагноза (биологический уровень), объективного психологического диагноза (с учетом личности и характера, эмоциональной сферы, когнитивной, потребностно-мотивационной, межличностной и духовной сферы беременной женщины), а также субъективной оценки самой беременной.

С помощью аксиологирческого подхода М. Рокича, О.И. Моткова (2008), С.С. Бубновой (1999), Н.П. Фетискина (2002) в работе исследуется (духовный) компонент биопсихосоионоэтической модели.

В качестве основного диагностического конструкта М. Рокич рассматривает направленность личности, понимаемую как значимость для человека тех или иных жизненных целей и ценностных ориентаций, которыми он руководствуется в своей жизни. В зависимости от устремлений,

которые человек пытается реализовать, жизненные сферы (профессиональная, обучения и образования, семейная, общественная жизнь и сфера увлечений) представляют для разных людей различную степень значимости.

При исследовании реальной структуры ценностных ориентаций женщины использовался аксиологический подход С.С. Бубновой, включающий концепцию ценностных ориентации как системообразующего фактора личности; методологические принципы исследования (нелинейность, иерархичность и динамичность) и методику диагностики.

Ценностные ориентации представляют собой элементы внутренней структуры личности, сформированные и закрепленные жизненным опытом индивида в ходе процессов социализации и социальной адаптации, отграничивающие значимое (существенное для данного человека) от незначимого через принятие личностью определенных ценностей, осознаваемых в качестве смыслов и основополагающих целей жизни, а также определяющие приемлемые средства их реализации. При формировании ценностных ориентаций одним их факторов, влияющих на их структуру, является социум, тот внешний мир, который окружал (сад, школа, учебное заведение и др.) и окружает беременную женщину (сверстники, родственники, коллеги, общество в целом и др.). Таким образом, для того, чтобы показать структуру социальных ценностных ориентаций беременных женщин, использовался аксиологический подход Н.П. Фетискина, В.В. Козлова, Г.М. Мануйлова, 2002.

С появлением беременности у женщины возникает переоценка ценностей и наполнение ценностно-смыслового блока материнской сферы (термин Г.Г. Филипповой) «внедряющейся» ценностью ребенка и материнства. Переоценка ценностей и ценностно-смысловое самоопределение личности приводят к появлению внутренних конфликтов в системе ее ценностных ориентаций, наличие которых необходимо, так как они являются движущей силой личностного развития. Между тем конфликты

могут дестабилизировать личность и тормозить процесс ее развития, возвращая ее на прежний уровень развития или заставляя использовать защитные механизмы. Аксеологический подход О.И. Моткова (2008) позволил в работе выявить степень выраженности конфликтности в ценностных ориентациях, проследить причины их возникновения и личностные ресурсы женщин, позволяющие снизить (до приемлемого) уровень конфликтности.

В качестве теоретического обоснования концепция «психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова, использованной в работе в качестве организационно-исследовательской модели, является учение о доминанте российского физиолога А. А. Ухтомского, и взгляды на личность как на систему отношений В. Н. Мясищева; рассмотрение семьи как системы и в качестве первичной социальной группы.

Опора на столь различные аксиологические подходы позволяет достаточно глубоко и разносторонне исследовать неэтический компонент в биопсихосоционоэтической модели беременности, описать степень значимости и реализации ценностных ориентаций беременных женщин, объяснить причины конфликтности осуществления ценностных ориентации; позволит наполнить феномен психологического компонента гестационной доминанты новыми описательными характеристиками.

Изучение ценностных ориентаций беременных женщин предполагает многоуровневую систему психологических требований к профессионалу. Очевидно, что исследование ценностных ориентаций женщин в период гестации должно строиться на основе системного подхода. На методическом уровне это означает использование широкого спектра диагностических (психологических) процедур при изучении влияния ценностных ориентаций на личность в целом и типа психологического компонента гестационной доминанты в частности.

В связи с тем, что важнейшую роль в диагностике ценностных ориентаций беременной женщины играет такое построение

психодиагностического обследования, которое учитывало бы все многообразие проблемы ценностных ориентаций, необходимо выбрать адекватный инструментарий, позволяющий осуществить поуровневый анализ основных субъективных составляющих этого понятия.

Адекватность результатов исследования решаемым задачам предполагает рассмотрение психодиагностической ситуации как системы отношений. Исходя из этого, тестирование проводилось в условиях, наиболее оптимальных для отношений «испытуемый – тест – экспериментатор. Таким образом, условия проведения исследования определяли наиболее оптимальный тип психодиагностической ситуации («добровольное участие в эксперименте, самостоятельный выбор дальнейшего жизненного поведения»), практически исключающий влияние социального контроля на обследуемых или проявление у последних эффекта «перемотивации».

Выводы:

1. Обращение к биопсихосоционоэтической модели природы человека и его здоровья Г.В. Залевского позволяет определить содержание её компонентов (билогического, психологического, социального и ценностного).

2. Обращение к концепции «психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова позволяет выделить критерии определения вариантов психологического компонента гестационной доминанты.

3. Опора на аксиологические подходы М. Рокича, О.И. Моткова (2008), С.С. Бубновой (1999) позволяет наполнить содержанием ценностный компонент биопсихосоционоэтической модели беременности и достаточно глубоко и разносторонне описать степень значимости и реализации ценностных ориентаций беременных женщин, объяснить причины конфликтности осуществления ценностных ориентации.

4. Определение методологического основания позволяет ставить и решать исследовательскую задачу изучения особенностей ценностных ориентаций с разными вариантами психологического компонента гестационной доминанты.

2.2. Описание хода исследования

Организация эмпирического исследования

Диссертационное исследование проводилось поэтапно в течение 2008 - 2013 годов.

На первом поисково-теоретическом этапе (2008-2009 гг.) определялись цель, задачи, осуществлена теоретическая разработка проблемы на основе изучения работ психологов, социологов, философов, педиатров и акушеров по проблеме ценностных ориентации и гестационной доминанты, определена концепция исследования. На этом этапе было проведено пилотажное исследование, результаты которого позволили сформулировать концепцию дальнейшего исследования и определить методическую базу.

На втором эмпирическом этапе (2009-2011 гг.) разработана программа и определена база эмпирического исследования. *Второй этап* исследования был посвящен проведению психологической диагностики, обработке и анализу данных ценностных ориентаций личности, выделению подтипов ПКГД и последующему их объединению в группы риска.

На третьем описательном этапе (2011-2012 гг.) полученные данные анализировались и обобщались с помощью качественного, количественного, корреляционного, сравнительного и частотного анализа. На основании результатов исследования было выявлены общие и специфические элементы структур ценностных образований беременных женщин с разными группами вариантов ПКГД. Выявленные закономерности ценностных ориентаций легли в основу задач программы психологической коррекции для беременных женщин, имеющих неоптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты.

На четвертом итоговом этапе (2012-2013 гг.) проведен формирующий эксперимент психологического сопровождения беременных женщин с различными группами типов ПКГД. По итогам проведения программы осуществлялся контрольный срез показателей, диагностирующий динамику трансформации ценностных ориентаций с целью определения эффективности программы и проверки выявленных закономерностей.

Разные этапы исследования подразумевали применение специфических методов и методик, выбор которых был обусловлен особенностями предмета исследования и определялся следующими критериями:

1. Включением в исследование параметров, отражающих степень выраженности ценностных ориентаций.

2. Известностью и высокой степенью разработанности методик.

3. Возможностью валидизации опросника «Мотивы сохранения беременности».

4. Возможностью количественного представления результатов с целью дальнейшей математико-статистической обработки.

5. Возможностью многостороннего исследования различных ценностных ориентаций беременных женщин.

В целом, проведенное исследование имеет *ряд организационных* особенностей:

1. Психодиагностическая работа велась в рамках трех основных диагностических подходов: «объективный» подход (тесты); «субъективный» подход (самоописание особенностей личности, поведения в конкретных ситуациях) и «проективный» подход («Я и мой ребенок», тест Люшера).
2. Для повышения эффективности психодиагностического обследования и повышения заинтересованности им, перед добровольной индивидуальной психодиагностикой была проведена групповая работа (прочитаны 4 лекции), которая носила обучающий и мотивационный характер.
3. Для профилактики гестогений психодиагностическое исследование и обсуждение результатов проводилось индивидуально, что потребовало

провести не менее 2-х встреч с каждым исследуемым, от 1,5 до 2,5 часов каждая.

4. Психологическое сопровождение женщин в третьем триместре беременности (25-40 неделя) проводилась в форме индивидуальных консультации, групповых занятий и семинаров, которые проходили три раза в неделю в течение четырех (трех) недель. Продолжительность занятий – около 4-х часов.

Выделение подтипов ПКГД и формирование групп риска

В теоретической части работы представлены психологические характеристики пяти типов ПКГД, которые выделяются при использовании клинического интервьюирования и разработанного И.В. Добряковым скрининг-теста отношений беременной женщины (ТОБ-б). Но в практической работе с беременными женщинами данные типы в чистом виде встречаются редко, а кроме того существует множество вариаций проявления одного и того же типа ПКГД. Преследуя цель индивидуального подхода к диагностике и коррекции психологического компонента гестанционной доминанты каждой женщины, но находясь в рамках диссертационного исследования, появилась необходимость в более дифференцированном подходе и создании условной классификации подтипов ПКГД, которая представлена на рисунке 1.

Выделение подтипов ПКГД производилось на основе диагностики системы отношений беременной (к себе беременной; к формирующейся системе «мать—дитя»; к окружающим) [219] типа переживания беременности [188], и совокупности механизмов психической саморегуляции (мотивов, целей, переживаний, эмоций, ощущений, представлений, внимания, восприятия, памяти, мышления, речи) [148, 168, 188], включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы.

Название, выделенных подтипов ПКГД, определялось по наименованию ведущего (ключевого) типа в сочетании с второстепенным (дополнительным). Выделен смешанный подтип ПКГД (ведущий тип не диагностирован) и смешанно-тревожный подтип ПКГД.

Рисунок 1. - Условная классификация подтипов ПКГД

Условно выделенная классификация не отражает всей совокупности вариаций типов ПКГД, но позволяет более дифференцированно и содержательно подходить к диагностике «проблемных зон» ПКГД для своевременной индивидуальной коррекции и предотвращения развития более глубоких нарушений. Необходимо отметить, что при групповой работе, содержание психологической помощи определяется не только психологической проблемой – запросом на помощь психолога, но и психологическими и соматическими особенностями личности клиента.

Преследуя цель сформировать группы для психологического сопровождения по оптимизации неблагоприятных вариантов ПКГД и профилактики гестогений и ятрогений, выборка была разделена на группы по степени выраженности рисков.

Риск, по мнению В. Авдеева (1992), выражает прогностическую оценку вероятности неблагоприятного исхода развивающейся (еще не закончившейся) ситуации. В нашем случае, ситуации беременности. Риск – это не описательная (атрибутивная) характеристика ситуации, а оценочная категория, неразрывно связанная с действием человека, его оценкой – «оценкой себя» [3].

М.Ю. Кондратьев и В.А. Ильин (2007) рассматривают *«риск»* [от греч. risikon — утес] с точки зрения особенности деятельностной активности, "задающей" очевидную неопределенность ее результата и порой обусловливающей негативные и даже пагубные последствия для субъекта [89]. В нашей работе под термином *«риск»* мы подразумеваем некоторую вероятность того, что неблагоприятный эффект будет иметь место у индивидуума, группы при воздействии определенных вредоносных факторов, в нашем случае это неоптимальный тип ПКГД.

Степень выраженности риска зависит и от степени выраженности неблагоприятного ПКГД в сочетании с другими неблагоприятными факторами (биологическими, социальными, психологическими, ноэтическими).

Таким образом, при качественной обработке результатов первичного психодиагностического исследования беременных женщин, учитывая:

- психологический анализ биографической информации и анализ медицинской карты;
- клиническое интервьюирование, выявление соматических жалоб;
- условно выделенную классификацию подтипов психологического компонента гестационной доминанты;

- психологический анализ переживания беременности и исследование речевой репродукции;
- психологический анализ мотивов сохранения беременности;
- психологический анализ эмоционального состояния;

выборка была разделена на четыре анализируемые группы:

1) Группа преимущественно оптимального типа ПКГД (невыявленных, несущественных, рисков).
2) Группа минимального (низкого, слабого, приемлемого) риска.
3) Группа умеренного (среднего) риска.
4) Группа значительного (повышенного, высокого, максимального) риска.

При выделении групп риска, в первую очередь был исследован *психологический компонент* биопсихосоциноэтической модели беременности. Диагностические критерии определения групп риска выделены, опираясь на методологические основы исследования концепции психологического компонента гестационной доминанты И.В. Добрякова и концепции переживания беременности Г.Г. Филипповой, и отражены в шкалах «Теста отношений беременной И.В. Добрякова» и проективной методики Г.Г. Филипповой «Я и мой ребенок». Исследование мотивов сохранения беременности (анкета) и эмоционального состояния во время беременности (модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера) позволяют выявить конструктивные и деструктивные мотивы сохранения беременности и оценить особенности самовосприятия беременности.

Опираясь на теоретические положения биопсихосоциноэтической модели Г.В. Залевского (2009), *биологический компонент* исследован при помощи медицинских карт и методики О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой (1980) «Оценка пренатальных факторов риска». Оценка факторов и степени риска (низкий, средний, высокий) осуществлялась врачом.

Социальный компонент изучен при помощи «Протокола исследования» и клинического интервьюирования, где фиксировался возраст

респонденток, образование, специальность, социальная группа и семейное положение.

Ценностный компонент биопсихосоциноэтической модели беременности описан при помощи диагностических критериев методики изучения внешних и внутренних ценностей личности (О.И. Мотков, Т.А. Огнева), опросника ценностей М. Рокича, экспресс-диагностики социальных ценностей личности (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов) и диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности (С.С. Бубнова).

Характеристика групп:

1) *Группа преимущественно оптимального типа ПКГД* (невыявленных, несущественных, рисков), по нашему убеждению, не требуют психокоррекции. В эту группу были отнесены женщины, имеющие подтипы ПКГД: чисто оптимальный подтип ПКГД, преимущественно оптимальный подтип ПКГД и оптимально-эйфорический подтип (Рисунок 2). У этих женщин наблюдается адекватный стиль переживания беременности и комфортное эмоциональное состояние.

Рисунок 2. - Характеристика группы преимущественно оптимального типа ПКГД

В данную группу отбирались женщины без патологии беременности, у которых не выявлены факторы риска на психологическом и социальном уровнях.

2) *Группа минимального риска.*

Минимальный риск включает в себя широкий круг условий (на биологическом, социальном и психологическом уровнях), имеющих невысокую (низкого, слабую) вероятность оказания неблагоприятного влияния на протекание и исход беременности и на последующее взаимодействие матери и ребенка.

В эту группу были отнесены женщин с оптимально-гипогестогнозический подтипом ПКГД, гипогестогнозо-оптимальным и эйфоро-оптимальным подтипами ПКГД. Несмотря на то, что в психологическом компоненте гестационной доминанты этих женщин наблюдается оптимальный тип, данной группе женщин показана психопрофилактическая работа и коррекционная работа над «проблемными зонами». Так как, по мнению И.В. Добрякова, 2002, О.В. Яворской, 2009; М.С. Вербицкой, 2008 гипогестогнозический и эйфорический типы ПКГД относятся к группе риска. В целом адекватный стиль переживания беременности, но существуют незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности.

3) Группа умеренного риска - условно выделенная группа беременных женщин с умеренной долей вероятности возникновения у них определенных психосоматических расстройств, вероятного осложнения течения беременности и родов, а также возможные нарушение послеродового периода, возможные нарушения в триаде взаимоотношений отец–мать–ребенок. Нуждаясь в психокоррекции, данная группа женщин, как правило, неплохо адаптирована и имеет незначительные осложнения течения беременности. Стоит обратить внимание на «проблемные зоны отношений» и вести дальнейший мониторинг психологического состояния беременных женщин.

В эту группу были включены женщин с оптимально-тревожным и оптимально-депрессивным подтипами ПКГД. Так как считаем, что несмотря на преимущественный оптимальный тип, данным женщинам показана психокоррекционная работа над «проблемными зонами» (выявленными в результате качественной обработке), а именно на снижение уровня тревожности и депрессивности. В виду того, что гипогестогнозический тип ПКГД сам И.В. Добряков и многие другие исследователи относят данный тип к группе риска, то и все входящие в него подтипы ПКГД (чисто гипогестогнозический; преимущественно гипогестогнозический; гипогестогнозо-эйфорический; гипогестогнозо-тревожный; гипогестогнозо-депрессивный) - требуют психокоррекционных мероприятий и относятся к группе умеренного риска, за исключением гипогестогнозо-оптимального подтипа ПКГД, который можно отнести в группу минимального риска. Что касается подтипов эйфорического, то исследователи: О.В. Яворская, 2009; И.А. Тишевской, А.Ф. Завадская, Е.М. Попова, 2008; М.С. Вербицкая, 2008 и др. расходятся во мнениях, действительно ли относить эйфорический тип ПКГД в группу риска или же, в сочетании с оптимальным типом, это всего лишь личностные особенности беременной женщины, с приподнятым фоном настроения и радостью ожидания рождения ребенка [39, 222, 223]. В связи с этим мы считаем, что в группу умеренного риска относятся подтипы: чисто эйфорический подтип, преимущественно эйфорический подтип, эйфоро-гипогестогнозический подтип, эйфоро-тревожный подтип и эйфоро-депрессивный подтип ПКГД. В эту же группу был отнесен, выделеный нами *смешанный подтип* ПКГД, в котором лидирующий тип ПКГД трудно выделить. Женщины данной группы как правило имею конфликт с беременностью или ситуацией материнства, амбивалентное или тревожное переживание беременности, в связи с этим не комфортное эмоциональное состояние.

4) *Группа значительного риска.*

В эту группу вошли женщины, у которых наблюдается совокупность психологических факторов, негативно влияющих на процессы гестации, непринятие собственной беременности, ярко выраженная тревожность или подавленное психоэмоциональное состояние, деструктивные мотивы сохранения беременности или несформированная материнская сфера и готовность к материнству и т.д. В данном случае вероятность неблагоприятного течения беременности и исход родовой деятельности, а так же общая неготовность к материнству, оказывающая огромное влияние на здоровье матери и ребенка очень высока (значительна, максимальна).

Данная группа женщин нуждается в неотложной психологической помощи, оказанной в индивидуальном порядке в том числе и для профилактики ятрогений и гестогений. Необходимо своевременно выявлять женщин с данными с тревожным и депрессивным типами и их подтипами ПКГД (чисто тревожный; преимущественно тревожный; тревожно-оптимальный; тревожно-гипогестогнозический; тревожно-эйфорический; тревожно-депрессивный; чисто депрессивный; преимущественно депрессивный; депрессивно-оптимальный; депрессивно-гипогестогнозический; депрессивно-эйфорический; депрессивно-тревожный) в психокоррекционных группах для более быстрой и качественной работы самой группы, в частности, для самих женщин, потому как их тревожность и депрессия могут усугубляться. К данной группе женщин необходим особый осторожный подход и индивидуальная психокоррекция, пишет И.В. Добряков, 2000 [55]. В эту же группу мы включили женщин с выделенным нами смешанно-тревожным подтипом ПКГД. Продолжительность занятий и их интенсивность определяется индивидуально. После выведения женщин из кризисного психоэмоционального состояния и снятия сильной тревожности возможны групповые занятия.

Согласно целям и задачам исследования после проведения первичной диагностики и условного разделения беременных женщин на группы, была

проведена индивидуальная диагностика структуры ценностных ориентаций в каждой анализируемой группе.

Исследование проводилось по единой диагностической программе. Оно включало следующий методический комплекс, соответствующий естественнонаучному и феноменологическому подходам, как способам получения и анализа данных о психологических феноменах.

Методический комплекс:

1) наблюдение, беседа;

2) психо-диагностические методики;

3) методы статистической обработки (качественный и количественные анализ данных).

В качестве методов диагностики ценностных ориентаций использовались следующие методики: тест М. Рокича (методика «Ценностные ориентации») [100]; методика изучения внешних и внутренних ценностей личности (О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008) [121]; диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности (С.С. Бубнова, 1994) [33]; экспресс-диагностика социальных ценностей личности (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов, 2002) [187].

С целью более содержательного изучения особенностей формирования и развития ценности ребенка и материнства, их представленности в сознании беременных женщин, были использованы методы фокусированного интервью, данные которого фиксировались в соответствующих графах карты обследования, специально разработанная анкета - «Мотивы сохранения беременности» (Л.Н. Рабовалюк, 2011) [143], проективный рисунок «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова, 2002) [188]; модифицированный восьмицветовой тест Люшера (Л.Н. Собчик) [168]. Для непосредственного деления всей выборки на анализируемые группы по группам риска ПКГД использовался клинико-психологический метод и методика «Тест отношений беременной» (Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская, 2003) [219].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерных программ «EXCEL», SPSS 16.0. Использовались количественные и качественные методы статистического анализа, вычисление средних, стандартного отклонения, достоверность различий выявлялась с помощью непараметрического критерия *Манна — Уитни — Уилкоксона*, а для выявления корреляционной связи признаков использовался непараметрический коэффициент корреляции Кендалла (Kendall), дисперсионный и частотный анализ для количественных показателей.

Далее проводился поэтапный сравнительный анализ ценностных ориентаций женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД и женщин с группами рисков, затем выделялись и анализировались особенности ценностных ориентации, принадлежащие разным группам. Выявленные закономерности ценностных ориентаций легли в основу задач программы психологической коррекции для беременных женщин, имеющих неоптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты. Затем был проведен формирующий эксперимент психологического сопровождения беременных женщин с различными группами рисков ПКГД. По итогам проведения программы осуществлялся контрольный срез показателей, диагностирующий динамику трансформации ценностных ориентаций и ПКГД с целью определения эффективности программы и проверки выявленных закономерностей.

2.3. Выборка исследования

Эмпирическое исследование ценностностных ориентаций беременной женщины проводилось на базе Городского клинического родильного дома № 2, расположенного в г. Владивостоке, ул. Черемуховая 32.

В исследовании принимали участие 188 беременных женщин в возрасте от 17 до 39 лет (средний возраст 26,4±0,5) на третьем триместре беременности (средняя неделя беременности 32,5±0,8).

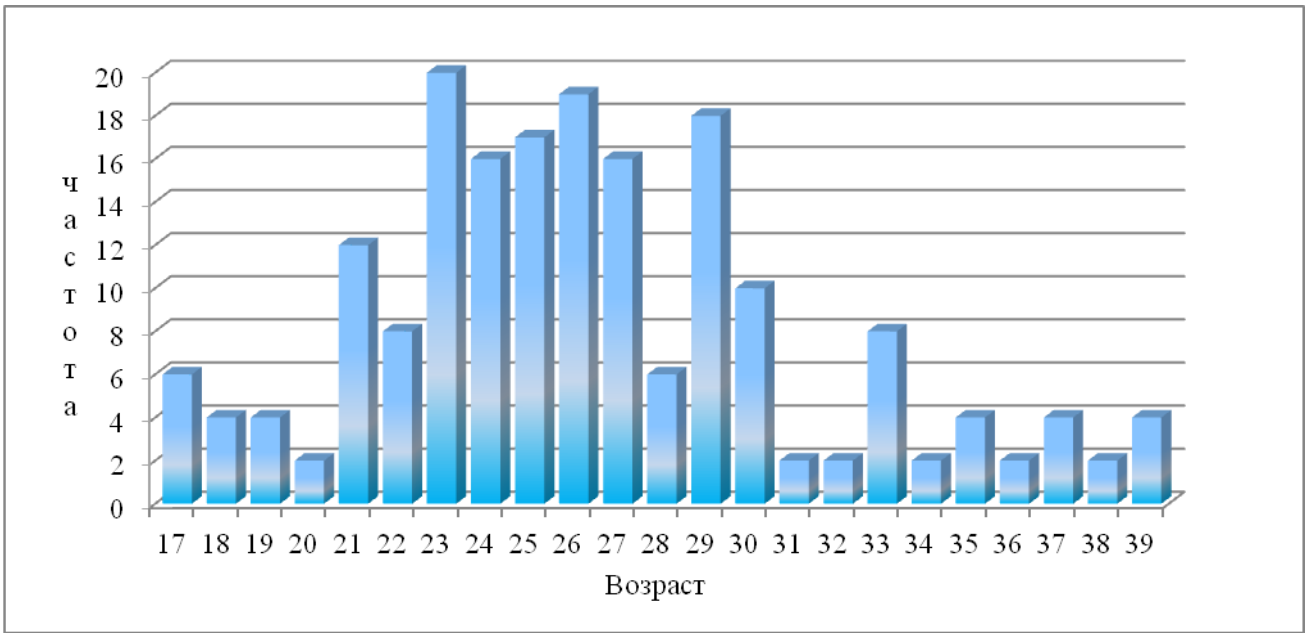

Рисунок 3. - Диаграмма распределений по возрасту среди всей выборки беременных женщин

Преследуя цель исследования (выявить и описать особенности ценностных ориентации женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности), выборка была разделена на четыре анализируемые группы (рисунок 4). Разделение на группы на основе биопсихосоционоэтической модели беременности проходило в первую очередь по психологическим показателям (тип переживания и мотивы сохранения беременности, вариант ПКГД, эмоциональная и когнитивная сфера беременной женщины). Учитывались медицинские показатели физиологического течения беременности (акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальные заболевания матери, осложнения течения беременности, оценка состояния плода, диагноз «угроза прерывания беременности», показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения).

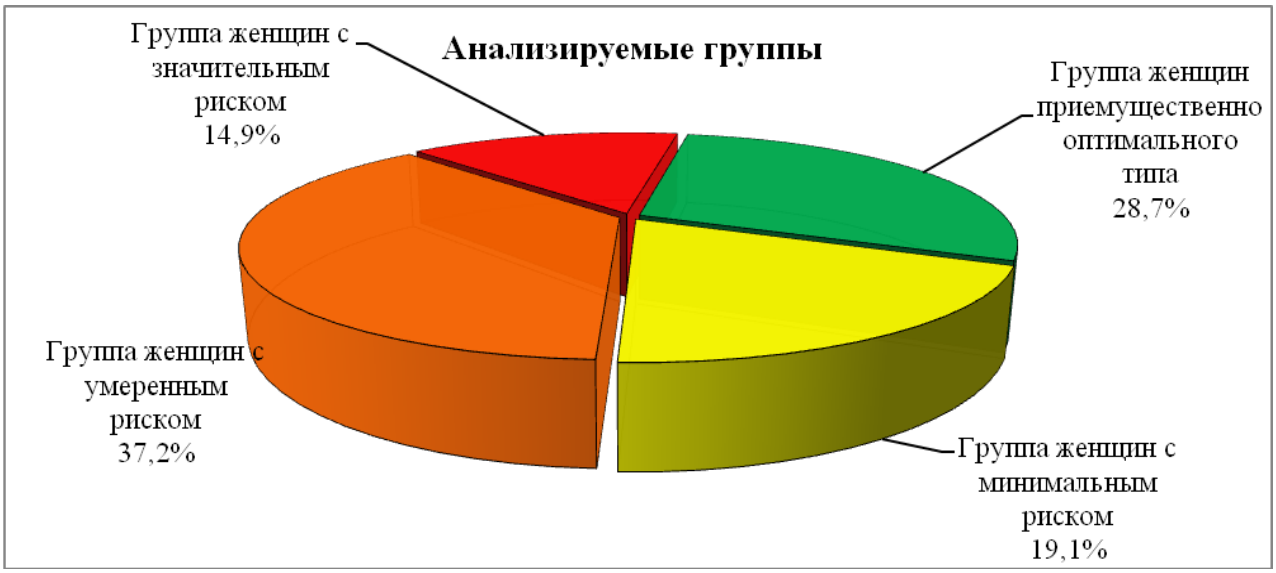

Рисунок 4. - Процентное распределение выборки по группам

Итак, первую группу *преимущественно оптимального типа ПКГД* (невыявленных, несущественных рисков с отсутствием патологии) *(nОт ПКГД)* составили 54 (28,7% от всей выборки) беременные женщины не нуждаются в коррекционных мероприятиях, посвященных оптимизации типов психологического компонента гестационной доминанты. У этих женщин не выявлены признаки тревожности или каких-либо еще социально-психологических факторов и медицинских факторов, негативно влияющих на

процесс гестации. Из них с чисто оптимальный подтипом ПКГД (10,7%) женщин, с преимущественно оптимальным подтипом психологического компонента гестационной доминанты (14,3%) и с оптимально-эйфорическим подтипом ПКГД (75%).

Вторая группа женщин, условно названная нами как *«группа минимального риска» (*низкого, слабого) *(Грм Р),* состоит из 36 беременных женщин (19,1% от всей выборки). В неё были включены женщины с оптимально-гипогестогнозтическим подтипом ПКГД (35%), с эйфоро-оптимальным подтипом ПКГД (10%) и с гипогестогнозо-оптимальным подтипом ПКГД (55%). Данная группа женщин, если и нуждается в психокоррекционных мероприятиях, то в незначительной (минимальной) степени, и длительность психокоррекционных мероприятий будет не большой. Данная, условно выделенная группа, может быть названа группой приемлемого риска (оправданного) – это уровень риска, оправданный с точки зрения психологических, социальных и медицинских факторов. Максимальный уровень приемлемого риска определяет предельный (граничный) уровень опасности, который может быть допущен.

В третью анализируемую группу *«умеренного (среднего) риска» (ГрУ Р)* мы включили 70 женщин (37,2% от всей выборки) с оптимально-тревожным (48,6%) и оптимально-депрессивным подтипами ПКГД (5,4%), потому как, несмотря на преимущество баллов по оптимальному типу, существует определенный уровень тревоги, который необходимо своевременно выявлять и купировать. На практике мы не обнаружили большинства подтипов гипогестогнозического и эйфорического ПКГД, вероятно, данный факт можно объяснить теми личностными особенностями, которые присущи данным типам женщин. Этих женщин увлеченных работой, учебой или карьерой трудно застать в стационаре, они если и посещают гинеколога, то при амбулаторном лечении. По факту в данную группу вошли женщины с эйфоро-тревожным подтипом ПКГД (8%), и смешанным подтипом ПКГД (37,9%). Условно выделенная группа женщин с

«умеренным риском» нуждается в психокоррекционных мероприятиях и психологическом сопровождении по оптимизации психологического компонента гестационной доминанты, для профилактики различных психологических и соматических расстройств в период гестации и для профилактики гармоничного развития взаимоотношений матери и ребенка. Нуждаясь в психокоррекции, данная группа женщин, как правило, неплохо адаптирована и имеет осложнения течения беременности.

Группу *значительного (максимального) риска (Гр3 Р)* составили 28 (14,9% от всей выборки). Хотя мы теоретически и выделили подтипы тревожного и депрессивного типов, на практике из 188 женщин нам не встретилась не одна женщина, которая бы имела данные типы. Возможно, в условиях обычного стационара их сложно встретить и они наблюдаются у психиатра с депрессивными и тревожно-фобическими расстройствами. На практике эту группу составили женщины со смешанно-тревожным подтипом ПКГД (100%). Данной группа женщин незамедлительно должна оказываться психологическая и медицинская помощь. Желательно исключать женщин с этими типами ПКГД из других психокоррекционных групп и работать с ними индивидуально. И даже если психотерапевт или психолог решается работать с данной группой беременных женщин, то группы должны быть очень маленькие и подобраны по сходному «проблемному компоненту», для того чтобы была одна психокоррекционная задача, над которой будет проводиться дальнейшая последовательная кропотливая работа.

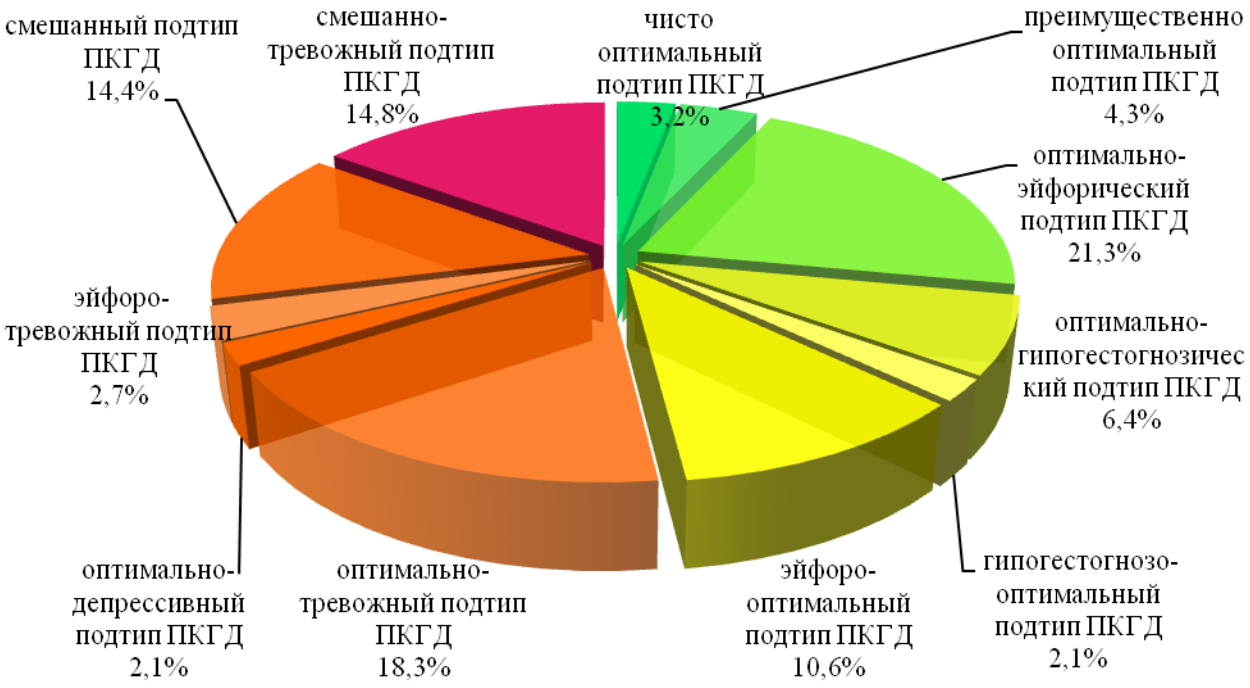

Рисунок 5. - Процентное распределение подтипов ПКГД во всей выборки беременных женщин

В таблице 1 представлены данные о семейном положении, уровне образования возрасте и сроке беременности. Из таблицы 1 и рисунка 3 видно, что во всех четырех анализируемых группах средний возраст женщины на момент беременности составляет 25-27 лет.

Таблица 1. - Характеристики респондентов, исследуемых групп

		Группа женщин преимущественно оптимального типа **(пОт ПКГД)**		Группа женщин минимального риска **(Грм Р)**		Группа женщин умеренного риска **(ГрУ Р)**		Группа женщин значительного риска **(ГрЗ Р)**		∑=	
		Средние значения показателей									
		Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.
Возраст		26.69	4.23	25.5	3.40	26.06	5.86	27.5	5.63	26.35	4.99
Срок беременности в неделях		32.26	7.99	31.31	9.56	33.44	6.86	32.07	8.69	32.49	8.01
Данные частотного анализа											
		Кол. чел.	%	Кол. чел.	%	Кол. чел.	%	Кол. чел.	%	Кол. чел.	%
вень обра зова	высшее	36	66,7	22	61,1	31	44,3	16	57,1	105	55,9

	сред.-спец. сред.-тех.	12	22,2	6	16,7	26	37,1	8	28,6	52	27,7
	незаконч. высшее	4	7,4	8	22,2	7	10	0	0	19	10,1
	среднее	2	3,7	0	0	6	8,6	4	14,3	12	6,3
Семейное положение	не замужем	4	7,4	2	5,6	2	2,9	2	7,1	10	5,3
	замужем	40	74,1	28	77,8	45	64,3	20	71,4	133	70,7
	гражданск брак	10	18.5	6	16,6	23	32,9	4	14,3	43	22,9
	разведена	0	0	0	0	0	0	2	7,1	2	1,1

Необходимо отметить, что беременные женщины младшей возрастной группы (от 17 до 20 лет включительно) чаще входят в группу умеренного риска (в 75% случаев). Это может быть обусловлено психологической неготовностью молодой женщины стать матерью. Беременность в данном случае, как правило, не запланирована и молодые женщины несколько фрустрированны сложившейся ситуацией. Стоит отметить, что в данной возрастной группе не было обнаружено женщин с преимущественно оптимальным ПКГД. Группа минимального и максимального риска в процентном соотношении распределились одинаково – по 12,5% (рисунок 6).

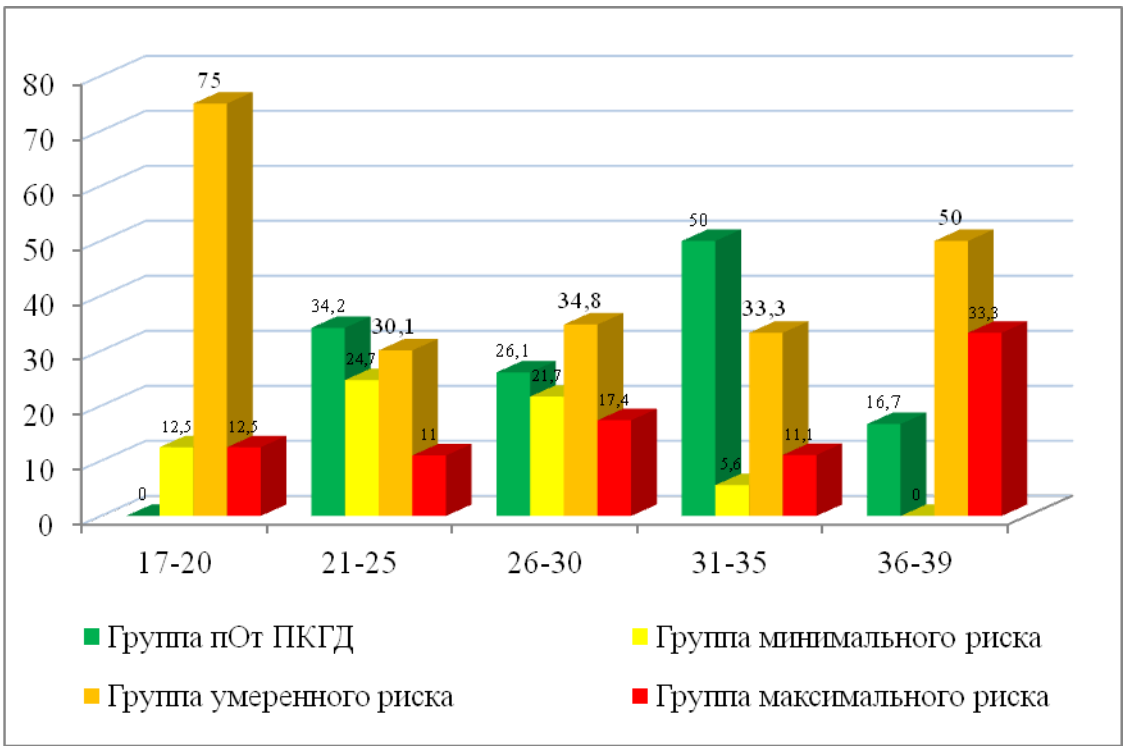

Рисунок 6. - Диаграмма распределения по возрастным диапазоном групп риска ПКГД

Что касается группы женщин в возрасте от 21 до 25 лет и женщин от 26 до 30 лет, то мы можем фиксировать примерно одинаковое распространение в процентном соотношении групп риска ПКГД. Стоит отметить, что самый большой процент преимущественно оптимального типа ПКГД в группе женщин от 31 до 35 лет и составляет 50% от всей выборки респондентов данной возрастной группы. Таким образом, выраженность доминанты беременности растет пропорционально возрасту женщины, достигая своего максимума у тридцатилетних (31-35). Данный факт можно объяснить тем, что именно этот период многие женщины обоснованно считают рубежом, после которого возрастает вероятность осложнений беременности и родов. Кроме того, к двадцати пяти – тридцати годам большинство женщин уже заканчивают свое обучение, приобретают профессию, устойчивое материальное и семейное положение, то есть лучше социально адаптированы, личностные конструкты сформированы, система ценностных ориентаций более устойчива.

Обратная динамика оптимальности ПКГД наблюдалась в последней, самой возрастной группе испытуемых 36-39 лет. Процент распределения преимущественно оптимального типа ПКГД в «возрастной группе» (36-39), не высокий и составляет 16,7%. Женщин группы минимального риска ПКГД не было выявлено вообще, женщин группы умеренного риска – 50% случаев. Стоит отметить, что в данной возрастной группе (36-39) выявлен самый большой процент женщин с максимальной группой риска – 33,3%. Таким образом, данный возрастной период характеризуется преобладанием самой высокой угрозы риска. Помимо медицинских осложнений беременности, у женщин данной возрастной категории значительный риск осложнений обусловлен повышенным уровнем тревожности. Повышенная тревожность у них проявляется по отношению к образу жизни во время беременности, к предстоящим родам, по отношению к своему ребенку и к вскармливанию ребенка грудью, а также в связи с отношением мужа, родственников и других людей к беременности. У женщин старшей возрастной группы (35-40), не имеющих опыта рождения и воспитания собственных детей в виду объективных (физиологических, медицинских, психологически, социальных) показателей, появляется тревожность относительно здоровья и благополучия своего ребенка. Усиливающаяся тревожность влияет на психологический компонент гестационной доминанты, который, в свою очередь, непосредственно связан с физиологическим компонентом, и возникает порочный психосоматический круг.

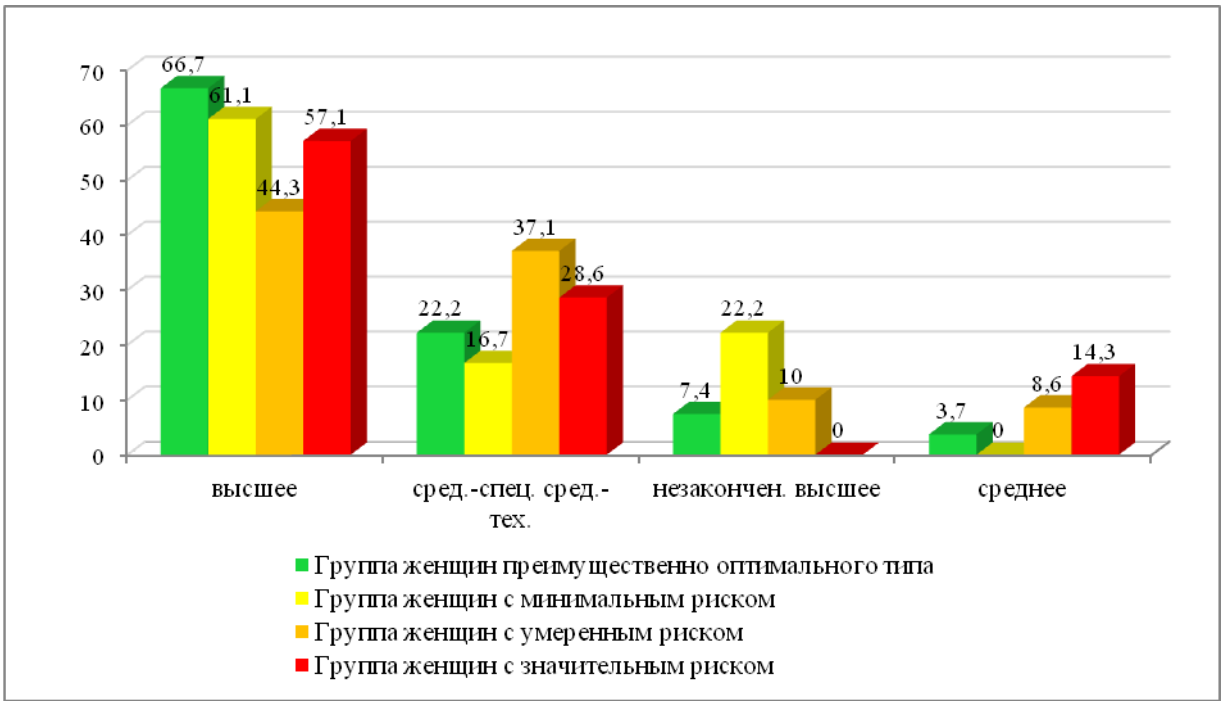

Рисунок 7. - Диаграмма распределения по уровню образования.

Из рисунка 7 и таблицы 1 видно, что большинство респондентов имеют высшее образование, однако детальный анализ показывает, что группа женщин с умеренным риском, чаще, чем женщины их других групп, имеют среднетехническое и средне специальное образование. Беременные женщины с минимальным риском чаще имеют незаконченное высшее образование, а со значительным риском - среднее.

Анализируя семейное положение, можно сделать вывод, что большинство беременных женщин – замужем (около 70%), чаще брак не зарегистрирован у женщин умеренной группы риска (32,9%), а в состоянии развода находятся 7,1% женщин из группы значительного риска.

В целом, представленные описательные характеристики респондентов четырех групп сопоставимы по сроку беременности и основным социально-демографическим показателям и представляют собой однородную выборку.

2.4. Методический аппарат эмпирического исследования

Исследовательская программа представлена комплексом методов и методик в соответствие с компонентами биопсихосоционоэтической модели беременности (таблица 2).

Таблица 2. – Методы и методики исследования компонентов биопсихосоционоэтической модели беременности

Биологический компонент	**Психологический компонент**	**Социальный компонент**	**Ценностный компонент**
«Оценка пренатальных факторов риска» (О.Г. Фролова, Е.И. Николаева, 1980)	«Тест отношений беременной (ТОБ)» (И.В. Добряков, 2005 г.)	Клиническое интервьюирование	«Ценностные ориентации» (М. Рокич)
модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера. (Л.Н. Собчик) и показатели отклонения от аутогенной нормы, оценки вегетативного статуса и работоспособности	проективный рисунок «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова, 2002)	«Протокол исследования» где фиксировался возраст респонденток, образование, специальность, социальная группа и семейное положение	«Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности» (С.С. Бубнова, 1994 г.)
«Протокол исследования»	модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера. (Л.Н. Собчик), показатели тревожности, активности	Социально-биологические факторы по методике «Оценка пренатальных факторов риска»	«Экспресс-диагностика социальных ценностей личности» (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов в 2002 г.);
Клиническое интервьюирование	Анкета «Мотивы сохранения беременности» (Л.Н. Рабовалюк, 2011)		«Изучения внешних и внутренних ценностей личности» (О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008 г.)
	Клиническое интервьюирование и метод		

	наблюдения		

2.4.1. Клинико-психологический метод исследования

Цель клинико-психологического метода исследования — дать психологическую оценку ценностных ориентаций личности беременной женщины, оценить ее психологическое состояния, выявить стиль переживания беременности как составную часть ПКГД, исследовать психологический компонент гестационной доминанты для последующего принятия решения о способах оказания профессиональной помощи.

Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова (2003) выделяют четыре метода клинико-психологического исследования: беседа (интервью), эксперимент, наблюдение за поведением клиента, анализ истории жизни (сбор анамнеза) [147]. В диссертационной работе мы использовали все четыре метода психодиагностического исследования.

Клинико-психологическое интервью (беседа) — это метод получения информации об индивидуально-психологических особенностях личности и психологических состояниях [147]. Само интервью (беседа) с беременной женщиной шло по всем правилам психодиагностики с использованием специально разработанной анкеты и состояло из двух частей. Первая часть — установление психологического контакта, который является необходимым условие и гарантией качества полученных результатов. Вторая часть интервью — непосредственно беседа во время эмпирического исследования ценностных ориентаций беременных женщин и выявление типов психологического компонента гестационной доминанты. Содержание этой беседы касалось уточнения и определения отношений женщины к своей беременности, к родам системе мать-ребенок, изучения структуры и иерархии ценностей беременных женщин, исследования «внедряющихся ценностей».

Клинико-психологическое интервью, используемое в нашей работе, носило полуструктурированный характер, так как полностью свободным быть оно не могло в силу определения диагностических критериев для

дальнейшей статистической обработки. Оно включало в себя обязательный список специфических вопросов, касающихся угроз беременности и социологических данных. При беседе использовался метод наблюдения, при котором фиксировались «говорящие» и «сопутствующие» жесты, оценивался внешний вид, соответствие внешнего облика заявленному в беседе эмоциональному состоянию и конгруэнтность жестов и мимики, выражение лица.

Клинико-психологический эксперимент — это искусственное создание условий, выявляющих особенности психической деятельности человека в болезненных состояниях. Он строится по принципу функциональных проб [147]. Он состоял из стандартизированных методик, включающих в себя различные тесты, опросники и проективные методы о которых ниже речь пойдет более подробно.

2.4.2. Опросник ценностей М. Рокича

«Опросник ценностей М. Рокича» «Rokeach Value Survey» основывается на приеме прямого ранжирования списков ценностей (Rokeach, 1973) [255-257]. Адаптация данной методики выполнена А. Гоштаутасом, А.А. Семеновым, В.А. Ядовым (1998) [224]. В настоящее время эта методика широко распространена и часто используется в диссертационных работах для исследования ценностных ориентаций.

Достоверность методики: метод прямого ранжирования ценностей абсолютно "прозрачен" для испытуемых и не защищен от возможных фальсифицирующих стратегий [100]. М. Рокич (1972) считает, что поскольку все ценности из предлагаемого набора являются социально одобряемыми, единственным критерием их сравнения выступает собственная система ценностей испытуемого, и, по его мнению, методика является по сути проективной.

Достоинством методики является ее компактность, быстрота в проведении и обработке результатов. Не менее существенным достоинством

является ее универсальность – пригодность для использования на разных контингентах испытуемых и для решения разных задач. Наконец, большим достоинством методики является ее гибкость – возможность для решения определенных задач варьировать как стимульный материал (списки ценностей), так и инструкции, получая тем самым дополнительную информацию.

К недостаткам методики Д.А. Леонтьев (1992) относит закрытый, фиксированный характер списков ценностей, что ограничивает диапазон возможных ответов [100]. Кроме возможности фальсификации результатов к этим недостаткам относится неоднозначность критериев ранжирования, выражающаяся в том, что одни испытуемые, ранжируя список ценностей, учитывают степень их насущности, другие же ориентируются только на их абсолютную значимость; одни соотносят их со своей индивидуальной жизнью, другие учитывают их значимость для общества и человечества в целом. Чтобы в какой-то степени преодолеть эту неоднозначность, необходимо учитывать не только значимость, но и одновременно степень актуальности (или, напротив, реализованности) ценностей [100]. Для устранения данного недостатка в нашем исследовании использовались дополнительные методы диагностики: Методика изучения внешних и внутренних ценностей личности О.И. Мотков, Т.А. Огнева (2008), где ценностные ориентации оценивались по критерию значимости и осуществления [121].

2.4.3. Методика изучения внешних и внутренних ценностей личности (О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008)

О.И. Мотков, Т.А. Огнева (2008) на основе самодетерминации Э.Л. Диси и Р.М. Руаяна (1999) создали *методику изучения внешних и внутренних ценностей личности,* позволяющую изучать значимость и реализацию внешних и внутренних ценностей, конфликтность и атрибуцию причин их осуществления (О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008) [121, 207].

Внешние ценности — материальное благополучие, известность, физическая привлекательность, высокое социальное положение, роскошная жизнь. Внутренние ценности — саморазвитие личности, следование нравственным принципам, заботливые отношения с людьми, творчество, любовь к природе [121].

О.И. Мотковым и Т.А. Огневой (2008) выведены нормативные данные групп по данной методике в баллах [121]. Метод апробирован авторами на 186 взрослых, 136 студентах, 188 учащихся [121] и использовался в исследованиях П.Б. Кодесс (2011) и др. [86].

2.4.4. Экспресс-диагностики социальных ценностей личности (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов, 2002)

Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов предложили методику *«Экспресс-диагностики социальных ценностей личности»* в печатном издании «Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп» (2002). Авторы отмечают, что методика способствует выявлению личных, профессиональных и социально-психологических ориентаций и предпочтений и может быть полезна как при выборе характера работы, так и при оценке работника в процессе найма и аттестации кадров [187].

В диссертационной работе данная методика использовалась для раскрытия социальной стороны структуры ценностных ориентаций беременных женщин. Сам опросник состоит из 16 утверждений, характеризующих восемь ценностных ориентаций: профессиональные ценности, финансовые ценности, семейные ценности, социальные ценности, общественные ценности, духовные ценности, физические ценности и интеллектуальные ценности [187].

Достоинством методики является ее компактность, быстрота в проведении и обработке результатов. Чем больше итоговое количество

баллов в каждом разделе, тем большую ценность представляет для исследуемой личности данное направление. При этом, чем ближе друг к другу значения во всех 8 разделах, тем более разносторонней личностью является исследуемый.

Не менее существенным достоинством является ее универсальность – пригодность для использования на разных контингентах испытуемых и для решения разных задач.

Как недостаток методики можно рассматривать закрытый, фиксированный характер списка социальных ценностей, что ограничивает диапазон возможных ответов. К недостаткам, помимо возможности фальсификации результатов, следует отнести разброс баллов ответов (один испытуемый все оценивает на 100 балов, а другой в силу его личностных особенностей занижает балы). Этот недостаток теста сглаживается при сравнении больших групп испытуемых.

Данный метод в виду его простоты и удобства достаточно широко использовался в диссертационных и эмпирических исследованиях В.В. Чавычалова, 2007; Ю.П. Вдовенко, 2008; Е.В. Ропяк, 2010 и др. [38, 204, 152].

2.4.5. Методика диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности (С.С. Бубнова, 1994)

С помощью методики «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности» (С.С. Бубнова, 1994) определялись степень выраженности каждой из ценностных ориентаций личности беременной женщины [33]. Анализировались следующие ценностные ориентации: приятное времяпрепровождение, отдых; высокое материальное благосостояние; поиск и наслаждение прекрасным; помощь и милосердие к другим людям; любовь; познание нового в мире, природе, человеке; высокий социальный статус и управление людьми; признание, уважение людей и влияние на окружающих; социальная активность для достижения

позитивных изменений в обществе; общение; здоровье [33, 34]. В виду удобства и легкости в применения методики «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности» (С.С. Бубнова, 1994), а также возможности построения графического профиля, отражающего выраженность каждой ценности, данная методика широко и активно применяется при исследовании ценностных ориентаций различных групп населения (О.А. Цейтлин, 2009; Л.В.Зубова, 1997; Т.И. Шнуренко, 2009; Т.В. Скрицкая, 2002; и др.) [74, 163, 203, 214].

2.4.6. «Я и мой ребёнок» (Г.Г. Филиппова, 2002)

Проективная методика *«Я и мой ребёнок»,* разработанная Г.Г. Филипповой (2002), в диссертационном исследовании позволила выявить особенности переживания беременности и ситуации материнства, особенности восприятия себя и ребенка, ценности будущего малыша [188].

При диагностике ценностных ориентаций и ПКГД беременных женщин при помощи данной методики учитывались наличие на рисунке фигур матери и ребенка; замена образа матери и ребенка на животное, растение, символ; содержание образа ребенка; соотношение размеров фигур матери и ребенка; отражение совместной деятельности; дистанцию и особенности расположения персонажей; изоляцию фигуры ребенка; а также характеристики общего состояния (благополучие, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам рисунка и поведенческим проявлениям во время рисования. Интерпретация данных проводилась по критериям, принятым в психодиагностике для рисуночных тестов, а также специально разработанным для интерпретации данной методики ее автором [192].

По результатам методики «Я и мой ребёнок» (Г.Г. Филипповой, 2002) делались выводы о наличии того или иного стиля самовосприятия беременности, являющегося одним из составляющих ПКГД.

Недостаток данной методики, по нашему мнению, состоит в том, что отсутствует объективность в определении показателей. Этот недостаток мы постарались нивелировать при помощи группового анализа и интерпретации рисунков, при которых учитывались анамнестические данные и результаты клинического интервьюирования.

Рисуночную методику «Я и мой ребенок» используют в диссертационных исследованиях следующие ученые: Т.А. Гурьянова, 2004; А.А. Воронова, 2008; В.В. Ивакина, 2006; в статьях В.И. Брутман, Г.Г.Филиппова, И.Ю. Хамитова, 2002; Е.С. Чистякова, Е.В. Драпак, 2011; И.В. Черных, 2008; В.А.Денисова, 2011; Ю.В. Герман, 2012 и др. [32, 42, 45, 52, 53, 75, 208, 47].

2.4.7. Тест отношений беременной (И.В. Добряков)

Методика *«Тест отношений беременной»,* разработанная И.В. Добряковым, предназначена для определения типа психологического компонента гестационной доминанты беременной женщины [219]. Концептуальными основами создания теста послужили теория психологии отношений В.Н. Мясищева (1960), которая позволила рассматривать беременность через призму единства организма и личности, а также концептуальными основами служит понятие «гестационная доминанта» И.А. Аршавского (1957).

В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними И.В. Добряковым, как уже отмечалось ранее, было выделено пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [58].

В работе при определении варианта психологического компонента гестационной доминанты использовались клинико-психологический метод, включающий психологическую беседу (интервью) и наблюдение. А также дополнительный и уточняющий скрининг-тест отношений беременных (ТОБ-

б) И.В. Добрякова. Несомненными *достоинствами* теста являются простота процедуры, краткосрочность проведения, информативность и пр.

Тест создавался и апробировался, как утверждает сам И.В. Добряков, в течение ряда лет [60]. В настоящее время он получил довольно широкое распространение. Его применяют как в учреждениях практического здравоохранения, так и при проведении научно-исследовательских работ. Есть достоверные сведения об успешном использовании его специалистами Москвы и Санкт-Петербурга, Новосибирска и Норильска, Ярославля и Екатеринбурга, Томска и Новгорода, Вологды и Челябинска, а также многих других городов Российской Федерации. Тест применяется, отмечает Н.И. Олифирович и другие специалисты, в республиках Беларусь, Украина, Кыргызстан, Латвия, Литва и др. [128]. Он переведен на английский, армянский, киргизский, латышский, французский языки. Тест опубликован многими изданиями и рекомендован к применению (М.П. Билецкая, Т.В. Маликова, 2008; Р.Г. Добрянская, И.Д. Евтушенко, Г.В. Залевский, 2005; А.А. Иванова, 2008; Н.И. Олифирович, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента, 2006 и др.). ТОБ активно используется при проведении диссертационных исследований как психологами Т.Н. Ждановой, 2004; Н.К. Спициной, 2008; О.А. Урусовой, 2004 и др., так и врачами: А.А. Макаровой, 2006; О.В. Прохоровой, 2006 и др. [65, 76, 174, 183, 107].

2.4.8. Методика исследования мотивов сохранения беременности (Л.Н. Рабовалюк, 2011)

М.С. Яницкий (2000) отмечает, что в ряде исследований понятие «ценностные ориентации личности» по существу совпадает с терминами, характеризующими мотивационно-потребностную либо смысловую сферу [226]. А. Маслоу фактически не разделяет понятия «ценности», «потребности» и «мотивы» [11-112].

Система ценностных ориентаций (ЦО) образует содержательную основу мотивации поведения и выражает внутреннюю основу отношений личности с действительностью, пишет А.В. Битуева (2002) [23]. ЦО тесно связаны с мотивационно-потребностной сферой человека, и характер этой связи двусторонний. С одной стороны ЦО формируются уже на базе сложившихся потребностей человека, с другой – усвоение тех или иных ценностей социальной среды может стать базисом для формирования новых потребностей.

В исследовании мы не могли обойти тему мотивов сохранения беременности, которые, по мнению Г.Г. Филипповой, определяют жизненный сценарий человека, особенности протекания беременности, родов, то, как и в каких условиях ребенок развивается на ранних этапах онтогенеза [192-193].

С целью описать мотивационно-потребностный компонент ценностных ориентаций нами была разработана *методика исследования мотивов сохранения беременности* (Л.Н. Рабовалюк, 2011), которая выявляет деструктивные и конструктивные мотивы сохранения беременности, психофизиологическую готовность беременных женщин стать матерью, нереализованные потребности и страхи, связанные с материнством. Опросник состоит из «паспортной» и «диагностической» частей. Последняя часть содержит 78 утверждений, объединенных в 10 блоков, а также графы для свободного ответа.

2.4.9. Модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера (Л.Н. Собчик, 2000)

Модифицированный (Л.Н. Собчик, 2000) восьмицветовой тест М. Люшера использовался для уточнения психофизиологического и эмоционального состояния беременных женщин, он позволил оценить особенности самовосприятия беременности на разных этапах, изучить особенности восприятия своего ребёнка и себя. Метод цветовых выборов

представляет собой адаптированный вариант цветового теста М. Люшера [168]. В основе интерпретационного подхода методики лежит социально-историческая символика цветов, элементы психоанализа и психосоматики. Опыт применения восьмицветового теста М. Люшера в отечественных условиях не только подтвердил его эффективность, но и позволил осмыслить его феноменологию в контексте современного научного мировоззрения. Его преимущество перед многими другими личностными тестами в том, что он лишен культурно-этнических основ и не провоцирует (в отличие от большинства других, особенно вербальных тестов) реакций защитного характера. Методика выявляет не только осознанное, субъективное отношение испытуемого к цветовым эталонам, но в основном его неосознанные реакции, что позволяет считать метод глубинным, проективным [168].

В то же время выбор цветового ряда зависит как от набора устойчивых личностных характеристик, так и от актуального состояния, обусловленного конкретной ситуацией. Главное же в том, что данные тестирования с помощью теста М. Люшера оказались сопоставимыми с приведенным выше индивидуально-типологическим подходом, который согласуется с концепцией целостного многоуровневого понимания личности.

Основными *преимуществами* является невозможность подстройки под социально-желаемые результаты, высокая достоверность данных, а также малые затраты времени на проведение методики. К *недостаткам* можно отнести возможность различных вариаций при интерпретации результатов и связанную с этим возможность присутствия субъективизма при интерпретации результатов.

2.4.10. Оценка пренатальных факторов риска (О.Г. Фролова, Е.И. Николаева, 1980)

Согласно приказа N 430 от 22.04.1981 г. "Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской

консультации" для каждой беременной женщины проводится оценка пренатальных факторов риска в количественном выражении.

С помощью таблицы оценки пренатальных рисков в контексте биопсихосоционоэтической модели Г. В. Залевского исследовался биологический компонент, основанный на исследовании:

1. социально-биологических факторов (возраст матери и возраст отца, профессиональные вредности и вредные привычки);
2. акушерско-гинекологического анамнеза (число предшествующих родов, аборты перед родами у первородящих, преждевременные роды, аборты в промежутках между родами, мертворождение, смерть детей в неонатальном периоде, аномалии развития у детей, бесплодие, рубец на матке после операции, опухоли матки и яичников, истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки);
3. наличие экстрагенитальных заболеваний беременной (сердечно-сосудистые, заболевания почек, эндокринопатии, анемия, нарушение свертываемости крови, миопия и другие заболевания глаз, хронические инфекции, острые инфекции при беременности);
4. осложнения течения беременности (выраженный ранний токсикоз беременных, поздний токсикоз беременных, кровотечение в первой и второй половине беременности, резус- и АВ0-изосенсибилизация, многоводие, маловодие, тазовое предлежание плода, многоплодие, переношенная беременность, неправильное положение плода (поперечное, косое);
5. состояние плода и некоторые показатели нарушения его жизнедеятельности (гипотрофия плода, гипоксия плода, содержание эстриола в суточной моче, изменение околоплодных вод при амниоскопии).

В результате диагностики акушер-гинеколог относит беременную к одной из групп: низкого риска, среднего риска, высокого риска.

Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала

беременности согласно плану ведения беременности, составляемому индивидуально для каждой женщины.

2.4.11. Статистические методы

Критерий Манна — Уитни — Уилкоксона (англ. Mann — Whitney — Wilcoxon, MWW), статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. Позволяет выявлять различия в значении параметра между малыми выборками.

Данный метод выявления различий между выборками был предложен в 1945 году Фрэнком Уилкоксоном (F. Wilcoxon). В 1947 году он был существенно переработан и расширен Х. Б. Манном (H. B. Mann) и Д. Р. Уитни (D. R. Whitney), по именам которых сегодня обычно и называется.

Простой мощный непараметрический критерий. Этот метод определяет, достаточно ли мала зона перекрещивающихся значений между двумя рядами (ранжированным рядом значений параметра в первой выборке и таким же во второй выборке). Чем меньше значение критерия, тем вероятнее, что различия между значениями параметра в выборках достоверны.

Существует несколько способов использования критерия и несколько вариантов таблиц критических значений, соответствующих этим способам (Гублер Е. В., 1978; Рунион Р., 1982; Захаров В. П., 1985; McCall R., 1970; Krauth J., 1988). В работе для подсчета статистического критерия Манна-Уитни использована программа SPSS 16.0 for Windows, которая одновременно рассчитывала U-критерий (Mann-Whitney U), нормализованное значение Z , связанное с уровнем значимости p (Asymp. Sig. (2-tailed), и W-критерий (Wilcoxon W).

Ограничения:

1. В каждой выборке должно быть не менее 3 наблюдений: $n_1, n_2 \geq 3$; допускается, чтобы в одной выборке было 2 наблюдения, но тогда во второй их должно быть не менее 5.

2. В каждой выборке должно быть не более 60 наблюдений; n_1, $n_2 \leq 60$.

Коэффициент ранговой корреляции Кендалла.

Критерий был введён в 1938 году известным британским статистиком Морисом Джорджем Кенделлом.

Коэффициент корреляции Кенделла (Kendall tau rank correlation coefficient) — мера линейной связи между случайными величинами. Корреляция Кенделла является ранговой, то есть для оценки силы связи используются не численные значения, а соответствующие им ранги. Коэффициент инвариантен по отношению к любому монотонному преобразованию шкалы измерения.

Необходимость в применении ранговых корреляций возникает в двух случаях: когда распределение хотя бы одной из двух переменных не соответствует нормальному и когда связь между переменными является нелинейной (но монотонной). Коэффициент Кенделла – это разность вероятностей «совпадений» (P) и «инверсий» (Q): r = P– Q. По значению Кендалла можно всегда вычислить вероятность «совпадений» (P = (1 + r)/2) и «инверсий» (Q = (1 - r)/2). Например в нашей работе, если корреляция между высокой степенью группы риска ПКГД и субъективным ощущением «ограничения свободы» r=0.348 при p=0,0001, то вероятность «совпадений» (чем выше группа риска, тем выше степень субъективного ощущения «ограничения свободы») P =0,674 а вероятность «инверсий» (чем выше группа риска, тем ниже степень субъективного ощущения «ограничения свободы») Q = 0,326. Таким образом, *важным преимуществом корреляции r Кендалла является ее отчетливая вероятностная интерпретация.*

В работе, при интерпретации коэффициентов корреляции, мы обращали особое внимание на уровень значимости корреляции (p), который

не превышает 0,05 и является мерой статистической достоверности результата вычисления. Программа SPSS определяла двусторонний (two-tailed) тест значимости.

Выводы к главе:

1. Обращение к биопсихосоционоэтической модели беременности позволило научно аргументировать возможность изучения ценностных ориентаций беременной женщины, при помощи аксиологических подходов М. Рокича, О.И. Моткова (2008), С.С. Бубновой (1999).
2. Конкретная методологическая основа исследования представлена концепцией «психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова (2002) позволила сформулировать интегративную исследовательскую модель.
3. Программа психодиагностического исследования ценностных ориентаций беременных женщин, позволит изучить особенности ценностных ориентаций; провести «многоуровневое» исследование, включающее как значительный массив ответов на формализованные вопросы в ходе анкетирования (тестирования), так и развернутую проработку наиболее важных проблем в процессе глубокого интервью; осуществить непосредственный контакт с беременной женщиной, что даст возможность сопоставления, уточнения уже ранее полученных результатов с высокой степенью ее полноты и достоверности.
4. Корректно подобранные надежные методы обработки эмпирических данных с содержательным анализом выявленных факторов и закономерностей помогут обеспечить достоверность и обоснованность полученных результатов
5. Определение структуры ценностных ориентаций по оси внутренние и внешние; терминальныи и инструментальные, реальные и социальные, а также степень конфликтности и атрибуцию причин возникновения у каждой

группы позволит выделить факторы (в ценностной сфере), которые послужат основой для формирующего эксперимента.

6. Определение методологического основания позволяет ставить и решать исследовательскую задачу изучения ценностных ориентаций беременных женщин с разными группами рисков.

ГЛАВА 3. ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

3.1. Сравнительный анализ ценностных ориентаций беременных женщин с разными вариантами психологического компонента гестационной доминанты

3.1.1. Сравнительный анализ ценностных ориентаций группы женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД и группы женщин со значительным риском

Анализ риска ставит своей целью выбор оптимальных в данной конкретной ситуации путей устранения или снижения риска. Анализ риска включает три взаимосвязанных элемента: оценка риска для здоровья, управление риском и информирование о риске.

Необходимо признать, что физиологический компонент гестационной доминанты у женщин со значительной группой риска *(Гр3 Р)* сформирован значительно хуже, чем у женщин с преимущественно оптимальным *(nОт ПКГД)* (U = 574 при p = 0,001). Данная группа женщин имеет существенные проблемы в биологическом (медицинском, физиологическом) компоненте биопсихосоционоэтической модели беременности. В группе женщин максимальным (значительным) риском в анамнезе встречаются выкидыши, многочисленные аборты и осложнения беременности такие как наличие угрозы невынашивания беременности, сильный токсикоз, несоответствие

размеров плода и живота, медицинские показания к родоразрешению путем кесарева сечения и т.д. Функциональные нарушения заставляют перестраиваться саму модель, образуя замкнутый круг психосоматических проблем (как нарушения в социально-психологическом компоненте ведут к осложнению беременности (например, к выкидышам), так и нарушения функционирования биологического компонента (например: тонус матки, выкидыши, неспособность выносить здорового ребенка и т. д.) ведут к комплексу социопсихо-ноэтических проблем). Так можно предположить, что негативный опыт беременности (имеется в виду незавершенная беременность, закончившаяся выкидышем) провоцирует женщину на более тревожное отношение к своей настоящей беременности. При этом отметим, что данную группу женщин со значительным риском составили женщины со смешанно-тревожным подтипом ПКГД (100%). Тревожное отношение к настоящей беременности усугубляет соматический компонент гестации. Эти женщины ввиду их психологического состояния испытывают трудности (например, угроза невынашивания) вынашивания здорового малыша. В данном случае наблюдается появление самой угрозы как психосоматического феномена у женщин этой группы. Угроза невынашивания беременности у женщин группы значительного риска гораздо чаще присутствует, нежели чем у женщин группы преимущественно оптимального типа ПКГД (U = 522 при p = 0,007). Необходимо учитывать чисто медицинские факторы, такие как генетическая предрасположенность, различные инфекции и соматические заболевания, обуславливающие саму угрозу невынашивания и объясняющие выкидыши в анамнезе, которые в том числе и объясняют развитие негативных психологических феноменов, таких как высокая тревожность и неоптимальный тип ПКГД.

Неоспоримым фактом является меньшее количество детей в группе женщин со значительным риском *(Гр3 Р),* нежели чем в группе женщин с преимущественно оптимальным подтипом ПКГД *(пОт ПКГД) (*U = 617 при p = 0,082). В группе *(пОт ПКГД)* не имеют детей 64% женщин (35 женщин), а

в группе *(Гр3 Р)* таковых – 85,7% (24 человека). Доказано (И.В. Добряков, Н.П. Коваленко, Г.Г. Филиппова), что материнская сфера у женщин, которые уже имеют детей более сформирована, чем у женщин впервые переживающих это событие.

Рассматривая социальную составляющую биопсихосоционоэтической модели беременности у женщин со значительной группой риска, необходимо отметить, что данные женщины имеют неудовлетворительную субъективную оценку социальной благополучности. Зачастую женщина находится в межличностных конфликтах. У нее нарушены взаимоотношения в семье, причем косвенным является наличие недоверия в семье, в которой первыми о беременности узнают другие лица (подруга, гинеколог, соседи и т.д.), а не супруг или мама (U = 596 при p = 0,030). Это свидетельствует об изначальном конфликте в детско-родительских отношениях и не сложившихся доверительных отношениях между супругами. Так у женщин группы преимущественно оптимального типа в 85,2% (46 женщин) случаев узнает первым о беременности супруг, а в группе значительного риска только 64,3% (18 женщин).

Ценностные ориентации беременной женщины с разными вариантами ПКГД, необходимо начать с анализа результатов психодиагностического исследования при помощи методики изучения внешних и внутренних ценностей личности (О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008), основанной на теории самодетерминации личности Э.Л. Диси и Р.М. Руаяна. Данная методика позволила определить значимость и реализацию внешних и внутренних ценностей, конфликтность и атрибуцию причин их осуществления. Статистически достоверные различия были найдены по критерию конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций (U = 393 при p = 0,047) в группе значительного риска, что интерпретируется как величина разности между значимостью и реализацией (осуществление) внешних

ценностей. В группе женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД данный показатель конфликтности значительно ниже (таблица 3), что может свидетельствовать о большей удовлетворенности потребности в реализации внешних ценностных ориентаций.

Таблица 3. - Процентное распределение групп по уровням конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций

Уровень	*Диапазон (в баллах)*	*Группа преимуществ. оптимального типа* ***(пОт ПКГД)***	*Группа значительного риска* ***(Гр3 Р)***
Высокий	1,50 ÷ 4,00	4,4%	24,9%
Средний	0,90 ÷ 1,49	21,6%	25,1%
Низкий	0,00 ÷ 0,89	73,8%	50%

Высокие показатели конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций в группе со *значительным риском* наблюдаются у 24,9% беременных женщин, а в группе с преимущественно оптимальным типом только – 4,4%. Средний уровень конфликтности в обеих группах был примерно одинаковым (21,6% в *пОт ПКГД* и 25,1% – *Гр3 Р*), а низкий разительно отличался (73,8% у *пОт ПКГД,* 50% – *Гр3 Р*). Интересна для нас и атрибуция причин конфликтности. Женщины из группы преимущественно оптимального типа ПКГД опираются на собственные природные данные в реализации внешних ценностных ориентаций (U = 470 при p = 0,064), и чаще используют собственные усилия в реализации своих желаний и целей (U = 349 при p = 0,066), чего нельзя сказать о женщинах со смешанно-тревожным подтипом ПКГД. Возможно, эта недооценка собственных усилий и природных данных косвенным образом и сказалась на конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций.

Таким образом, у 50% женщин со значительной группой риска наблюдается конфликт между значимостью и реализацией внешних

ценностных ориентаций: «хорошее материальное благополучие; известность, популярность; «физическая привлекательность, внешность»; «высокое социальное положение» и «роскошная жизнь».

Высокое материальное благосостояние (по методике диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности), под которым понимается стремление накопить материальные средства, делать деньги и создавать собственный бизнес, иметь более высокооплачиваемую работу, чем настоящая, любить зарабатывать деньги и получать от этого удовольствие и считать, что главное – это приобрести дом (квартиру), машину и другие материальные блага, более значимо для женщин *Гр3 Р* (U = 216 при p = 0,055). Для женщин *пОт ПКГД* более актуальными становятся такие ценностные ориентации: любовь (U = 232 при p = 0,086), общение (U = 223 при p = 0,069), поиск и наслаждение прекрасным (U = 208 при p = 0,041). Для них любовь – определяющее чувство в жизни, а брак чаще заключен по любви. Они в большинстве своем любят маленьких детей, и для них важнее любить самому, чем быть любимым. Женщины *пОт ПКГД* позиционируют себя как люди творческие, которых довольно часто посещает мысль, что хочется сходить в театр или на выставку, желание играть на музыкальных инструментах, рисовать. Они любят гулять по лесу, парку или занимаются фотографией. Вместе с тем потребность в общении у них высока, и они достаточно много свободного времени уделяют общению и считают, что без общения с друзьями жизнь будет тусклой и безрадостной.

Валидность результатов подтверждается и следующей методикой «Экспресс-диагностика социальных ценностей личности» (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов, 2002) [187], которая выявила статистически достоверные различия по шкалам: финансовые и социальные ценности. Высокооплачиваемая работа, красивые машины, одежда, дом и т. д., одним словом, финансовые ценностные ориентации, по Н.П. Фетискину, более значимы для женщин *Гр3 Р* (U = 416 при p = 0,090), а для женщин *пОт ПКГД* более актуальными являются социальные ценностные ориентации (U =

402 при p = 0,061), такие как наличие нескольких близких друзей и знакомство с новыми людьми, участие в социальных мероприятиях. Социальные ценности, по Н.П. Фетискину, перекликаются с ценностями общения, по С.С. Бубновой, взаимно дополняя и обогащая друг друга.

Статистически достоверные различия между ценностными ориентациями женщин *Гр3 Р* и *пОт ПКГД* были выявлены при помощи методики определения ценностных ориентаций М. Рокича, при этом учитывался обратный ранг значимости, т.е. более значимая ценностная ориентация имеет меньший ранг (таблица 4 и 5).

Таблица 4. - Статистически более значимые ценностные ориентации по методике М. Рокича у женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД (*пОт ПКГД)*

	Терминальные ценности				Инструментал. ценности
	жизненная мудрость	продуктивная жизнь	счастливая семейная жизнь	уверенность в себе	терпимость
Mann-Whitne U	518	461	536	539	538
Z	-1,90162	-2,50784	-1,76921	-1,68687	-1,69521
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,057	0,012	0,076	0,091	0,090

Для женщин *преимущественно оптимального типа ПКГД (пОт ПКГД*) более значимы такие терминальные ценности: жизненная мудрость (U = 518 при p = 0,057), продуктивная (U = 461 при p = 0,012) и счастливая семейная жизнь (U = 536 при p = 0,076) и уверенность в себе (U = 539 при p = 0,091). Эти женщины ценят в других и стараются культивировать в себе зрелость суждений, опираться на здравый смысл, достигаемый благодаря жизненному опыту, при этом значительно полно используют свои возможности и способности. Для них значима ценностная ориентация на счастливую семейную жизнь, которая во многом способствует оптимальности гестации, при этом необходима уверенность в себе, некая внутренняя гармония и свобода от внутренних противоречий, сомнений.

Вместе с тем, средством (инструментальной ценностью) к достижению цели чаще для женщин *пОт ПКГД* выступает терпимость к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения (U = 538 при p = 0,090).

Женщины *группы значительного риска (Гр3 Р)* больше ориентированы на развитие (U = 537 при p = 0,08749), они постоянно работают над собой, непрерывно физически и духовно совершенствуются, при этом не забывают про развлечения. Данная ценностная ориентация у женщин *Гр3 Р* (U = 497 при p = 0,032844) статистически более значима. Приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей привлекают женщин *Гр3 Р* (стоит вспомнить, что у женщин данной группы гораздо меньший процент женщин уже имеют детей – 14,3%, 36% у женщин *пОт ПКГД*). Так же высоко ценятся женщинами группы значительного риска: свобода (U = 498 при p = 0,034) как самостоятельность и независимость в суждениях и поступках, и материально обеспеченная жизнь (U = 498 при p = 0,005), отсутствие каких-либо материальных затруднений. И как инструмент или средство для достижения поставленных целей женщины *Гр3 Р* чаще используют воспитанность и хорошие манеры (U = 503 при p = 0,038).

Таблица 5. - Статистически более значимые ценностные ориентации по методике «Ценностные ориентации» М. Рокича у женщин группы значительного риска *(Гр3 Р)*

	Терминальный ценности				Инструментал. ценности
	материально обеспеченная жизнь	развитие	развлечения	свобода	воспитанность
Wilcoxon W	841	943	903	904	909
Mann-Whitne U	435	537	497	498	503
Z	-2,77795	-1,70879	-2,13398	-2,11488	-2,0668
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,00547	0,08749	0,032844	0,03444	0,038753

Разработанная нами методика помогла нам лучше понять мотивы сохранения беременности, которые во многом объясняют систему отношений женщины и ее структуру ценностных ориентаций [143].

Женщины *Гр3 Р* чаще несколько фрустрированы ситуацией беременности и становлением себя в роли матери из-за ограничения свободы (U = 92 при p = 0,0000). Вместе с субъективным ощущением ограничения свободы, эгоистическими тенденциями и некоторой неготовностью жертвовать своим временем и развлечениями ради детей и семьи, женщины *Гр3 Р* озабочены собственным здоровьем (U = 140 при p = 0,000), в смысле негативного влияния беременности на собственный организм. У них присутствуют страхи, связанные с изменениями тела, страхи утраты детородной функции, убежденность в том, что после беременности непременно испортятся зубы и выпадут волосы. Женщин *Гр3 Р* гораздо чаще посещают мысли о негативных последствиях беременности, и как беременность может «навредить» их собственному здоровью и красоте в целом.

Более высокая степень тревожности по поводу материнства и пессимистический настрой, отражающий низкую готовность к материнству, гораздо чаще встречались у женщин *Гр3 Р* (U = 140 при p = 0,007), чем у женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД. Женщины *Гр3 Р* часто отмечали: «боюсь, что не смогу достаточно заботиться и уделять внимания своему ребенку», «ребенок доставляет много проблем», «детей трудно дисциплинировать и контролировать», «дети доставляют беспокойство, особенно, когда они больны», «невозможно проводить много времени с мужем, когда есть дети», «дети влекут за собой появление новых проблем в браке», «дети создают проблемы с соседями и обществом».

Мотивом сохранения беременности у женщин *группы значительного риска (Гр3 Р)* довольно часто выступало стремление иметь существо, которое воплотит собственные нереализованные планы, мечты и желания (U = 172 при p = 0,0002). Гораздо чаще женщины *Гр3 Р* надеются, что их «жизнь

будет продолжаться через детей», что «люди, имеющие детей, реже бывают одинокими в пожилом возрасте», «чтобы чувствовать себя кому-то нужной», «чтобы был хотя бы один близкий человек». Они при помощи детей стараются самореализоваться. О данном факте свидетельствуют утверждения: «дети повышают чувство ответственности и помогают развиваться», «хочу поделиться с детьми тем, чем владею сама», «благодаря ребенку я смогу найти новых друзей». Данный блок помогает выявить надежды женщины в том, что «дети смогут помочь ей в пожилом возрасте» и «ребенок будет помогать по дому», а «рождение второго ребенка улучшит материальное положение».

Интересно отметить, что не было выявлено достоверных различий между группами исследуемых женщин по конструктивным мотивам сохранения беременности, чего нельзя сказать о деструктивных мотивах к которым, в том числе, относится десятый блок нашей анкеты, выявляющий страхи и компенсации женщины. Женщины *Гр3 Р* гораздо чаще (U = 148 при p = 0,001), чем женщины с преимущественно оптимальным типом, отмечают, что «в семье должно быть больше одного ребенка, потому как никто не застрахован от несчастного случая», «хочу заменить родившимся ребенком утраченного близкого человека (умершего, бросившего)»; «теперь, когда есть ребенок, родители вынуждены смириться с браком», «хочу показать родителям, что стала самостоятельной», «хочу родить «назло» партнеру (или кому–либо)»; «хочу родить только для себя»; «ребенок начало нового этапа в жизни, все плохое уже позади».

У женщин *значительной групп риска* ПКГД зона явных предпочтений так же как и у женщин пОт ПКГД представлена фиолетовым (46,2%) и желтым цветами (30,8%), что свидетельствует о трудностях социальной адаптации в силу повышенной чувствительности и выраженного индивидуализма. У женщин группы значительного риска наблюдается выраженная эмоциональная неустойчивость, быстрая переключаемость внимания, легкое вживание в разные социальные роли, артистизм,

экзальтированность, иррациональность притязаний. Высокий, но неустойчивый уровень самооценки, на которую оказывает влияние мнение окружающих, отсюда повышенная потребность в признании, элементы демонстративности. Для них характерно развитое воображение, богатая фантазия, художественный стиль восприятия, черты эмоциональной незрелости.

Частотный анализ цветовых выборов дает возможность выявить не только актуальное эмоциональное состояние, но и диагностировать самую распространенную последовательность выборов в каждой группе, что позволяет определить личностные характеристики, свойственные большинству женщин каждой группы [168].

В зоне предпочтений *у женщин значительной группы риска ПКГД* темно-синий (38,5%) и оранжево-красные цвета (46,2%), что может свидетельствовать о склонности данных женщин к плодотворному сотрудничеству без притязаний на лидирующую позицию. Большинство женщин ГрЗ Р стараются сглаживать конфликты и сдерживать собственные непосредственные реакции, контролировать проявление чувств, обладают хорошим самоконтролем при достаточной высокой активности.

Зона *«неприятия»* (7-я и 8-я позиции) у женщин всех групп в большинстве своем представлена ахроматическими цветами: серым (46,2%) и черным (69,2%). Это свидетельствует о повышенной чувствительности к внешним раздражителям и объясняется состоянием беременности. Эти женщины испытывают потребность в преодолении ограничений, в том числе дистанции, отделяющей их от окружающих; стремление к самостоятельности в принятии решений. Стоит отметить, что гораздо чаще черный цвет отрицают женщины *пОт ПКГД* (73,9%), и у них на последних позициях гораздо реже появляются основные цвета, свидетельствующие о физиологическом стрессе или о неосознаваемом эмоциональном напряжении. У женщин *ГрЗ Р* основной (желтый) цвет на последней позиции наблюдался в 15,4%, что свидетельствует о том, что 15,4% беременных

женщин группы значительного риска испытывают стресс, вызванный неудовлетворенной потребностью в активном взаимодействии с окружающими и избегании серьезной ответственности. У этих женщин наблюдается чувство страха, связанное с опасениями потерять престижность собственной позиции. Защитный механизм — вытеснение истинных причин конфликта. Проявляются завышенные требования к окружающим, отсутствие гибкости, нет установки на разумный компромисс, беспокойство, дистресс, сниженный фон настроения. Еще 15,4% женщин с группы значительного риска отвергают красный цвет, что свидетельствует о том что блокирована потребность в самореализации и достижении целей. Наблюдаются повышенная раздражительность, гневливость, ощущение нависшей угрозы, чувство собственного бессилия и переутомления перед лицом препятствий (рождение малыша). 23,15% женщин из данной группы значительного риска отрицают зеленый цвет, что может интерпретироваться как угнетенная способность в отстаивании своей позиции. Эти женщины испытывают неудовлетворенность своим социальным статусом, а трезвая и рассудочная оценка происходящего сочетается с ослаблением воли, что препятствует изменениям сложившейся ситуации.

Выводы:

В результате сравнительного анализа, выявленные особенности в компонентах биопсихосоционоэтической модели беременности у женщин группы *значительного риска* ПКГД *(Гр3 Р)*.

Психологически компонент. Группу значительного риска составили женщины, у которых наблюдается совокупность психологических факторов, негативно влияющих на процессы гестации. В эту группу вошли женщины со смешанно-тревожным вариантом ПКГД. У этих женщин выявлен конфликт или с собственной беременностью, ярко выражена тревожность, подавленное психоэмоциональное состояние, выявлены деструктивные мотивы сохранения беременности или несформирована материнская сфера.

Биологический компонент характеризуется высокой степенью пренатальных факторов риска и не сформированностью физиологического компонента гестационной доминанты у женщин группы значительного риска. У женщин данной группы часто в анамнезе встречаются выкидыши и аборты, раннее начало половой жизни, осложнения течения беременности (неправильное положение плода, показания к кесареву сечению, угроза невынашивания беременности).

Социальный компонент. Среди женщин значительной группы риска чаще встречаются женщины старшей возрастной группы (36-39 лет) - 33% (17-20 лет – 12,5%, 21-25 лет - 11%, 26-30 лет -17,4 %, 31- 35 лет -11,1%). Как правило, эти женщины не имеют опыта рождения и воспитания собственных детей. Зачастую имеют выше образование (57,1%).

Ценностный компонент. В результате сравнительного анализа было установлено, что существуют специфические особенности в сфере ценностных ориентаций беременных женщин, относящихся к *группе значительного риска* ПКГД *(Гр3 Р)*. Женщины, относящиеся к *группе значительного риска,* ориентированы на приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей. Возможно, эта ценностная ориентация, имеющая доминирующий характер в ценностно-смысловой структуре женщин в группе *значительного риска,* мешает формированию материнской сферы, формированию готовности к материнству, принятию «внедряющейся» ценности ребенка, способности заботится не только о себе, но и другом человеке (собственном ребенке). Эти женщины находятся в конфликте между собственным нарциссическим Я и принятием Я – другого. Они высоко ценят свободу, проявляющуюся в самостоятельности и независимости в суждениях и поступках, а рождение ребенка, по их мнению, будет эту свободу ограничивать. Может, именно из-за этих ценностных ориентаций у данной группы женщин и возникают, в том числе, некоторые проблемы на физиологическом (выкидыши и аборты в анамнезе),

социальном (наличие конфликтов, большое количество не зарегистрированных браков, не гармоничные отношения в семье и т.д.) и психологическом уровнях (эмоциональная нестабильность, стрессированность, высокая тревожность и т.д.). У данных женщин возникает конфликт с беременностью, им сложнее перестраивать свою деятельность в связи с беременностью, сложнее принять ее, как правило, эта беременность не запланирована.

В структуре инструментальных ценностных ориентаций женщин из группы значительного риска преобладает ценностная ориентация на воспитанность и хорошие манеры, которая служит инструментом или средством для достижения, поставленных целей (одна из основных ценностей-целей этой группы - материально обеспеченная жизнь и отсутствие каких-либо материальных затруднений). Наблюдается некоторое противоречие в ценностной структуре личности данных женщин: с одной стороны - хорошие манеры как инструмент, с другой стороны - свобода суждений и поступков как цель - которое вызывает конфликт в структуре личности. Но основной конфликт в ценностной сфере выявлен между реализацией и значимостью внешних ценностных ориентаций.

Женщин группы *значительного риска* чаще посещают мысли о негативных последствиях беременности и том, как беременность может «навредить» их собственному здоровью и красоте в целом, что свидетельствует о большей значимости (ценности) собственного – Я, нежели ценности рождения здорового малыша. Вследствие незапланированной беременности и несформированности доминанты зачатия, которая затем трансформируется в гестационную доминанту, а та в свою очередь в родовую доминанту и лактационную – этим женщинам приходится мириться с фактом беременности, и пропуская доминанту зачатия, формировать гестационную доминанту. Возможно, поэтому в этой группе чаще встречаются деструктивные мотивы сохранения беременности, которые в основном

характеризуются стремлением иметь ребенка, который воплотит собственные нереализованные планы, мечты и желания. Они как бы находят объяснение, для чего им нужен ребенок, и надеются, что их «жизнь будет продолжаться через детей», что «люди, имеющие детей, реже бывают одинокими в пожилом возрасте», «чтобы чувствовать себя кому-то нужной», «что бы был хотя бы один близкий человек». Для формирования психологического компонента гестационной доминанты, который в свою очередь непосредственно связан с физиологическим, этим женщинам показана незамедлительная психологическая помощь, которая должна вестись в индивидуальном порядке на разных уровнях: психофизиологическом, личностном, эмоциональном, волевом, когнитивном, социальном и конечно же ценностно-смысловом.

3.1.2. Сравнительный анализ ценностных ориентаций группы женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД и группы женщин с умеренным риском

Условно выделенную группу *умеренного риска (ГрУ Р)* составили женщины имеющие оптимально-тревожный подтип ПКГД (34 женщины), оптимально-депрессивный подтип ПКГД (4 женщины), эйфоро-тревожный подтип ПКГД (6 женщин), смешанный подтип ПКГД (26 женщин). У этих женщин наблюдается высокий и средний уровень тревожности неуверенность в себе и амбивалентный и тревожный стиль переживания беременности.

В анамнезе беременных женщин группы *умеренного риска* ПКГД *(ГрУ Р)*, так же как и у женщин группы значительного риска *(Гр3 Р),* выкидыши встречаются статистически достоверно выше, чем у *пОт ПКГД* (U = 1612 при p = 0,030). Похожая ситуация наблюдается и с угрозой невынашивания беременности, которая чаще встречается у женщин *ГрУ Р* (U = 1557 при p = 0,092), чем у женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД.

Стоит обратить внимание, что в целом уровень образования у женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД существенно отличается от женщин *ГрУ Р (*U = 1446 при p = 0,026), что показано в таблице 6. Больше половины (66,7%) женщин *пОт ПКГД* имеют высшее образование, которое во многом, по нашему мнению, способствует оптимизации периода беременности и способствует более оптимальному психологическому компоненту гестационной доминанты. Доказано, что люди, имеющие высшее образование, не только имеют другой взгляд на многие вещи, но и дольше живут, быстрее выходят из стрессовых ситуаций, и социальный статус у них выше.

Таблица 6. - Образование и семейное положение в группе женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД *(пОт ПКГД)* и группы женщин с умеренным риском *(ГрУ Р)*

		женщины **ГрУ Р**		женщины **пОт ПКГД**	
Образование	Высшее	30	42,9%	36	66,7%
	Среднетехническое и средне - специальное	4	37,1%	12	22,2%
	Незаконченное высшее	7	10,0%	4	7,4%
	Среднее	7	10,0%	2	3,7%
Семейное положение	Не замужем	3	4,2%	4	7,4%
	Брак зарегистрирован	44	62,8%	40	74,1%
	Незарегистрированный брак (сожительство)	23	32,9%	10	18,5%
Всего		70		54	

Семейное положение у женщин *пОт ПКГД* отличается (U = 1534 при p = 0,054), в сторону официально зарегистрированных браков. В данном случае вопрос остается открытым, или официально зарегистрированный брак способствует более оптимальному психологическому компоненту гестационной доминанты, или же его отсутствие усугубляет положение и является негативным фактором, способствующим возникновению риска

осложнений беременности. Женщины с *пОт ПКГД* гораздо реже вынашивают беременность, не регистрируя отношения официально.

О.И. Мотков, Т.А. Огнева (2008) утверждают, что большая выраженность (значимость) внешних или внутренних ценностей связана со степенью удовлетворения базовых, изначальных психологических потребностей личности в автономии (самостоятельности и независимости), в компетентности (эффективности), и в значимых межличностных отношениях [121]. Их удовлетворение ведет к личностному развитию и психологическому здоровью, к развитию внутренних ценностей личностного роста, привязанности и любви, служению обществу, здоровью. В результате исследования ценностных ориентаций, рассмотренных с позиции группировки их по оси внешнее – внутреннее, были выявлены достоверные различия по шкалам значимости внешних и внутренних ценностных ориентаций. Значимость внутренних (U = 1339 при p = 0,072) и внешних (U = 1123 при p = 0,057) ценностных ориентаций у женщин *пОт ПКГД* выше чем, у женщин *ГрУ Р.*

Статистически достоверных результатов по осуществлению внешних и внутренних ценностных ориентаций среди анализируемых групп не было выявлено, но, вместе с тем, были выявлены статистически достоверные отличия по шкале конфликтности реализации внешних ценностных ориентаций (U = 1001,5 при p = 0,015). Таким образом, значимость (потребность в данной ценностной ориентации) для личности высока, а ее осуществление (реализация) недостаточно, в результате возникает конфликт ценностей. Следует отметить, что если конфликт существует, и его степень не запредельна, а находится на уровне адаптационных возможностей, то данный фактор является стимулом к действию, большему (скорейшему) осуществлению (реализации) данной ценности, при достаточно высокой поисковой активности и благоприятном психологическом состоянии.

Данные по группам таких причин реализации ценностных ориентаций, как внешние обстоятельства и собственные усилия, практически не отличаются (таблица 7). Вместе с тем, влияние фактора собственные природные данные как причины реализации ценностей разительно отличаются, и женщины с *пОт ПКГД* наделяют его большей значимостью. Причем значимость собственных природных данных в реализации как внешних (U = 1036,5 при p = 0,084), так и внутренних ценностей (U = 1102 при p = 0,091) выше у женщин *пОт ПКГД.*

Таблица 7. - Процентное распределение групп по уровням конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций

Уровень	***Диапазон (в баллах)***	***пОт ПКГД***	***ГрУ Р***
Высокий	1,50 ÷ 4,00	4,4%	6,7%
Средний	0,90 ÷ 1,49	21,6%	20,0%
Низкий	0,00 ÷ 0,89	73,8%	73,3%

Ценностная ориентация на любовь (U = 423 при p = 0,007), семейные (U = 1118,5 при p = 0,045) и социальные (U = 1087 при p = 0,034) ценности выше у женщин *пОт ПКГД.* Для них становится немаловажным удачное замужество и времяпрепровождение в кругу семьи, при этом существует необходимость в признании и уважении другими людьми (U = 1087,5 при p = 0,065). Для женщин *группы умеренного риска (ГрУ Р)* более значимы духовные ценностные ориентации (U = 1030 при p = 0,013), они более религиозны и больше времени уделяют размышлениям, религии и медитациям.

Характеризуя структуру терминальных и инструментальных ценностных ориентаций женщин *группы умеренного риска (ГрУ Р),* можно отметить, что они по сравнению с женщинами *пОт ПКГД* больше ориентированы на развлечения (U = 1421,5 при p = 0,041). Необремененность, отсутствие обязанностей и приятное времяпрепровождение в сочетании с такими инструментальными ценностными ориентациями как непримиримостью к недостаткам в себе и

других (U = 1457,5 при p = 0,003), честностью и искренностью (U = 1364 при p = 0,066) отличают их от женщин *пОт ПКГД.*

По сравнению с *группой женщин умеренного риска (ГрУ Р),* для женщин *преимущественно оптимального типа ПКГД (пОт ПКГД)* более значимы ценностные ориентации на активную эмоционально насыщенную деятельную жизнь (U = 1354 при p = 0,034), при значительно полном использовании своих возможностей, сил и способностей (ценностная ориентация на продуктивную жизнь) (U = 1368,5 при p = 0,041), с возможностью творческой деятельности (ценностная ориентация на творчество) (U = 1403,5 при p = 0,061). При этом средством к достижению цели является аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи и дела (U = 1345 при p = 0,052). Причем, женщины с *пОт ПКГД* гораздо реже отказывались от предложения нарисовать своего будущего ребенка (U = 1304 при p = 0,061), чего нельзя сказать о женщинах *ГрУ Р,* что еще раз говорит о творческой направленности женщин *пОт ПКГД* и об отсутствиях конфликтов с беременностью.

Преимущественно оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты отмечается у женщин, которые относятся к своей беременности ответственно, но без излишней тревоги. Как правило, отношения в семье гармоничные, беременность желанная и «готовность к материнству» (опросник Мотивов сохранения беременности) у них гораздо выше (U = 320,5 при p = 0,001), чем у женщин *ГрУ Р*. У женщин *пОт ПКГД* преобладают конструктивные мотивы сохранения беременности, как правило, они чаще утверждают, что: «я очень люблю детей», «мы с супругом любим друг друга и хотим иметь общего ребенка», «хочу любить ребенка и заботиться о нем», «хочу ощутить радость материнства», «дети — это счастье», «получаю удовольствие, когда наблюдаю за тем, как ребенок растет», «испытываю радость, имея маленького ребенка», «особенная любовь развивается между родителем и ребенком», «в доме весело, когда есть дети». Мотивы сохранения беременности женщин *ГрУ Р* носят более

деструктивный характер. Это отражается в наличии страхов и компенсаций (U = 407 при p = 0,034), в более низкой готовности к материнству (U = 384,5 при p = 0,017). Женщины *ГрУ Р* считают, что «в семье должно быть больше одного ребенка, потому как никто не застрахован от несчастного случая», хотят «заменить родившимся ребенком утраченного близкого человека (умершего, бросившего)», стремятся при помощи ребенка «показать родителям, что стали самостоятельными», что при наличии ребенка «родители будут вынуждены смириться с браком». А также хотят «родить «назло» партнеру (или кому–либо)» или «родить только для себя», и что после рождения ребенка, который символизирует «новый этап в жизни, все плохое останется позади». При этом присутствует высокая степень тревожности к материнству, пессимистический настрой. Женщины *ГрУ Р* опасаются «что не смогут достаточно заботиться и уделять внимания своему ребенку», «ребенок доставляет много проблем», «детей трудно дисциплинировать и контролировать», «дети доставляют беспокойство, особенно, когда они больны», «невозможно проводить много времени с мужем, когда есть дети», «дети влекут за собой появление новых проблем в браке», «дети создают проблемы с соседями и обществом».

Вместе с тем женщины *группы умеренного риска* (*ГрУ Р)* стремятся иметь существо, которое воплотит нереализованные планы, мечты и желания матери (U = 412,5 при p = 0,041). Эти женщины надеются, что их «жизнь будет продолжаться через детей», что «люди, имеющие детей, реже бывают одинокими в пожилом возрасте», «чтобы чувствовать себя кому-то нужной», «чтобы был хотя бы один близкий человек». Они при помощи детей стараются самореализоваться, утверждая, что «дети повышают чувство ответственности и помогают развиваться», «хочу поделиться с детьми тем, чем владею сама», «благодаря ребенку я смогу найти новых друзей». Данный блок помогает выявить надежды женщины на то, что «дети смогут помочь ей в пожилом возрасте», и «ребенок будет помогать по дому», а «рождение второго ребенка улучшит материальное положение семьи».

У женщин *ГрУ Р* отмечается схожая мотивация сохранения беременности с женщинами *группы значительного риска (ГрЗ Р),* в корне отличающаяся от группы женщин от *пОт ПКГД,* в плане сохранения беременности из-за возможных негативных последствий для собственного здоровья, которые может вызвать незапланированная беременность (U = 442,5 при p = 0,095). То же самое касается и субъективного ощущения ограничения свободы у женщин *ГрУ Р* (U = 412,5 при p = 0,019), у них возникает некоторый внутренний конфликт между якобы желанием иметь ребенка и неготовностью жертвовать своим временем и развлечениями ради детей и семьи и желанием посвятить себя карьере или учебе, при высокой степени субъективной тревожности к возможным материальным (финансовым) затруднениям, связанными с появление ребенка (U = 398,5 при p = 0,027). Женщин *умеренной группы риска (ГрУ Р)* больше заботит отсутствие благоприятных жилищных условий для малыша, они больше обеспокоены за будущее своего малыша и его благосостояние, так как, по их мнению, «дети являются серьезной финансовой нагрузкой», и что скорее всего они не смогут дать им «достойное образование и развитие». Утверждения женщин *ГрУ Р* о том, что будет «тяжело» материально поднять ребенка, объясняются не только чисто личностными особенностями, но и объективными. Стоит напомнить, что семейное положение данной группы существенно отличается от женщин *пОт ПКГД* в сторону меньшего количества официально-зарегистрированных браков.

Интерпретируя результаты исследования эмоционального состояний у женщин умеренной группы риска, было выявлено, что зона явных предпочтений практически ничем не отличается от группы женщин ГрЗ Р, и она представлена фиолетовым (52,6%) и желтым цветами (26,3%), что свидетельствует о трудностях социальной адаптации в силу повышенной чувствительности и выраженного индивидуализма. У женщин группы умеренного риска наблюдается выраженная эмоциональная неустойчивость, быстрая переключаемость внимания, легкое вживание в разные социальные

роли, артистизм, экзальтированность, иррациональность притязаний. Высокий, но неустойчивый уровень самооценки, на которую оказывает влияние мнение окружающих, отсюда повышенная потребность в признании, элементы демонстративности. Для них характерно развитое воображение, богатая фантазия, художественный стиль восприятия, черты эмоциональной незрелости.

В зоне предпочтений *у женщин умеренной группы риска ПКГД* темно-синий (36,8%) и оранжево-красные цвета (31,6%), что может свидетельствовать о склонности данных женщин к плодотворному сотрудничеству без притязаний на лидирующую позицию. Большинство женщин *ГрУ Р и Гр3 Р* стараются сглаживать конфликты и сдерживать собственные непосредственные реакции, контролировать проявление чувств, обладают хорошим самоконтролем при достаточной высокой активности.

Зона *«неприятия»* (7-я и 8-я позиции) у женщин всех групп в большинстве своем представлена ахроматическими цветами: серым (52,6%) и черным (68,4%). Это свидетельствует о повышенной чувствительности к внешним раздражителям и объясняется состоянием беременности. Эти женщины испытывают потребность в преодолении ограничений, в том числе дистанции, отделяющей их от окружающих; стремление к самостоятельности в принятии решений.

Стоит отметить, что желтый (в 5,3% случаев), красный (в 10,5% случаев) и зеленый (в 15,8%) цвета в этой группе *(ГрУ Р)* женщин отрицается реже, чем в группе значительного риска. Что свидетельствует о физиологическом стрессе, неврастенических проявлениях и нежелании предпринимать что-либо.

Выводы:

В результате исследования выявлены особенности у женщин умеренной группы риска.

Психологически компонент. Группу женщин *умеренного риска ПКГД (ГрУ Р)* составили женщины, имеющие в оптимально-тревожный (48,6%) и

смешанный подтип ПКГД (37,9%), оптимально-депрессивный (5,4%) и эйфоро-тревожный подтип ПКГД (8%).

Биологический компонент характеризуется средней степенью пренатальных факторов риска и низкой сформированностью физиологического компонента гестационной доминанты у женщин группы умеренного риска. У женщин данной группы женщин в анамнезе часто встречаются выкидыши и аборты, экстрагенитальные заболевания и хронические инфекции, преждевременные роды (2 респондентки) и рубец матки после операции (1 женщина), гипоксия плода, показания к кесареву сечению, угроза невынашивания беременности (но реже чем у женщин максимальной группы риска)

Социальный компонент. У группы женщин *умеренного риска* ниже уровень образования (чем у женщин группы преимущественно оптимального типа ПКГД). Чаще среди них встречаются женщины, которые не успели доучиться в связи с наступлением беременности. Выявлен внутренний конфликт между желанием иметь ребенка и желанием посвятить себя карьере или учебе. У женщин *ГрУ Р* чаще брак не зарегистрирован, что может свидетельствовать о несформированности (хотя бы с социальном плане) семьи. Обычно, если семья не успела узаконить (официально зарегистрировать) брак до наступления беременности, то большинство пар стремится сделать это в самом начале беременности. Женщины группы умеренного риска, находящиеся на третьем триместре беременности, испытывают некоторое неудовлетворение социальным положением, в некоторых случаях оправдывая данный факт объективными причинами, но находятся в тревожном и не удовлетворительном эмоциональном состоянии. Социальный статус косвенным образом свидетельствует о не запланированности беременности (а значит несформированности доминанты зачатия). Естественным образом психологический компонент гестационной доминанты у данной группы женщин возникал уже после наступления

беременности и является неоптимальным, способствуя осложнению течения беременности.

Необходимо отметить, что возраст беременных женщин умеренной группы риска в основном представлен или младшей возрастной группой от 17-20 лет (75 % от всей выборки в этом возрастном периоде) или самой старшей 36-39 лет (50% от всей выборки в этом возрастном периоде).

Ценностный компонент. Структура ценностных ориентации группы женщин *с умеренным риском* характеризуется низкой значимостью внутренних и внешних ценностных ориентаций; низкой значимостью собственных усилий и собственных природных данных в реализации внешних и внутренних ценностных ориентаций. У этой группы женщин отмечается низкая значимость, так и низкая реализация этих ценностных ориентаций. Для них характерно энергесберегающее поведение, в котором наблюдается меньшая значимость ценностных ориентаций на активную, эмоционально насыщенную деятельную жизнь; они менее полно используют свои возможности, силы и способности (ценностная ориентация на продуктивную жизнь).

Женщины *ГрУ Р* более религиозны и больше времени уделяют размышлениям, религии и медитациям. Несмотря на высокую религиозность у них высока значимость ценностной ориентации на развлечения. При высокой значимости духовных ценностных ориентаций в данной группе женщин браки зачастую не зарегистрированы и эти женщин часто наблюдается конфликт с беременностью. Конфликт с беременностью проявляется в отказе от предложения нарисовать своего будущего ребенка (Г.Г. Филиппова), а если рисуют, то демонстрируют высокую тревожность и амбивалентность по отношению к ребенку. Конфликт с беременностью проявляется высокой степенью тревожности к материнству, пессимистический настрой; в деструктивных мотивах сохранения, из которых преобладают следующие мотивы: стремление иметь существо, которое воплотит нереализованные планы, мечты и желания матери;

сохранения беременности из-за возможных негативных последствий для собственного здоровья (чаще женщины с незапланированной беременностью). Высокая степень субъективной тревожности к возможным материальным (финансовым) затруднениям, связанным с появлением ребенка в этой группе, возможно, объясняется их семейным положением. Поскольку у женщин группы умеренного риска выявлены нарушения на всех уровнях биопсихосоционоэтической модели беременности, то этим женщинам тоже показано психологическое сопровождение беременности.

3.1.3. Сравнительный анализ ценностных ориентаций группы женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД и группы женщин с минимальным риском

Условно выделенная нами группа *минимального риска (Грм Р)*, составляет всего 19% (36 женщин) от всей выборки женщин. *Грм Р* состоит из оптимально-гипогестогнозического подтипа ПКГД на 10%, эйфоро-оптимальныго подтипа ПКГД на 55% и гипогестогнозо-оптимального подтипа ПКГД на 35%. Основным сходством, объединяющим данные подтипы в группу минимального риска, является наличие почти 50% ответов по оптимальному типу в сочетании с каким-либо другим подтипом, отсутствие тревожности. Несмотря на отсутствие тревожности и полу-оптимальные типы ПКГД, женщин *Грм Р* (впрочем, как у *ГрУ Р* и *ГрЗ Р)* отличает от женщин *пОт ПКГД* имеют большее количество выкидышей в анамнезе (U = 878 при p = 0,095) и более частая встречаемость угроз невынашивания беременности (U = 783 при p = 0,067), но гораздо реже чем женщины умеренной и значительной групп риска. Статистически достоверные результаты были выявлены и по виду родоразрешения (U = 783 при p = 0,034). Стоит отметить, что у нас собраны неполные данные по способу родоразрешения беременных женщин, так как были случаи, что беременные женщины проходили обследование в данном роддоме, а рожать

в данный роддом не шли, и дальнейшая судьба и исход родов в данном случае нам не известен. Но, из известных нам случаев родоразрешения женщин *пОт ПКГД*, не было женщин, которые бы родили ребенка не естественным образом (не через родовые пути). Чего нельзя сказать о женщинах *группы минимального риска (Грм Р)*. У женщин группы минимального риска 11,1% было плановое кесарево сечение, в 5,6% операция кесарева сечения была проведена экстренно, и только 16,7% женщин этой группы родили ребенка через естественные родовые пути (66,7% - результат родовой деятельности нам не известен).

У женщин с *минимальным риском (Грм Р)* (впрочем, как у *ГрУ Р)* есть характерное сходство и отличительная особенность от женщин *пОт ПКГД* в том, что они принижают значимость внутренних ценностных ориентаций (U = 356 при p = 0,0477), причем и осуществление (реализация) внутренних ценностных ориентаций у женщин группы минимального риска ниже (U = 374,5 при p = 0,081), чем у *пОт ПКГД.* В связи с этим у *Грм Р* не возникает конфликтности ценностных ориентаций, так как невысокие показатели осуществления (реализации) ценностных ориентаций компенсируются их низкой значимостью. Женщины *пОт ПКГД* наделяют большей значимостью влияние таких факторов, способствующих реализации внутренних ценностей, как «мои природные данные» (U = 347 при p = 0,060) и «собственные усилия» (U = 259 при p = 0,004).

При диагностике реальной структуры ценностных ориентаций личности по методике, разработанной С.С. Бубновой, было выявлено, что у женщин *пОт ПКГД* выше значимость ценностной ориентации «помощь и милосердие к людям» (U = 140 при p = 0,012). А по результатам методики «Экспресс-диагностика социальных ценностей личности» у женщин *Грм Р* выше значимость финансовых (U = 362 при p = 0,057) и физических (U = 354,5 при p = 0,0453) ценностных ориентаций. Таким образом, высокооплачиваемая работа и материальные ценности, такие, как наличие красивой машины и одежды, сбалансированная диета и спортивная форма

для женщин группы минимального риска более значимы, чем для женщин преимущественно оптимального типа ПКГД, которые больше ценят здоровье своих близких и собственное здоровье в целом (U = 138,5 при p = 0,03262).

Результаты диагностики структуры ценностных ориентаций у женщин с разными группами типов ПКГД подтверждаются и дополняются тестом «Ценностных ориентаций» М. Рокича, тем самым подтверждая валидность методов. Так, ценностная ориентация на материально обеспеченную жизнь (отсутствие материальных затруднений) выше у женщин *Грм Р* (U = 694,5 при p = 0,069). Эти же результаты были обнаружены в методике Н.П. Фетискина, В.В. Козлова, Г.М. Мануйлова «Экспресс-диагностика социальных ценностей личности». Вместе с данной ценность-целью, женщины *группы минимального риска* достоверно наделяют большей значимостью такие терминальные ценностные ориентации: наличие хороших и верных друзей (U = 686 при p = 0,059), счастье других (U = 699 при p = 0,075), то есть благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа и человечества в целом. И достоверно отличающимися ценностями-средствами для них является жизнерадостность (чувство юмора) (U = 604,5 при p = 0,009), аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах (U = 669 при p = 0,041).

Для женщин *преимущественно оптимального типа (пОт ПКГД)* более значимы ценностные ориентации на продуктивную жизнь (U = 386,5 при p = 0,000), с возможностью творческой деятельности (ценностная ориентация на творчество) (U = 629,5 при p = 0,016). При этом средством к достижению цели является рационализм (U = 633 при p = 0,018803), самоконтроль (U = 442 при p = 5,8E-05).

Несмотря на то, что у женщин группы минимального риска нет тревожного компонента по поводу беременности, предстоящих родов и системы взаимоотношений, готовность к материнству у них достоверно ниже (U = 138 при p = 0,014), а беспокойство по поводу ожидающегося «ограничения свободы» выше (U = 153 при p = 0,040). И данный фактор

объясняется характеристикой подтипов, входящих в *Грм Р,* так как 45% от всей совокупности женщин группы *минимального риска (Грм Р)* составляют женщины с оптимально-гипогестогнозическим и гипогестогнозо-оптимальным подтипами ПКГД, которые в свою очередь, выбирая между значимостью «ценность ребенка» и «ценность карьеры», выбирают последнее, при чем гораздо реже оставляют беременность ради сохранения отношений (W = 259 при p = 0,0431), чем женщины *nОт ПКГД*. Которые чаще, чем женщины *Грм Р* считают, что «беременность поможет сохранить отношения», или «в случае беременности партнер женится на ней (они официально зарегистрируют брак)», а так же «дети помогут сблизить с мужем», который «не оставит одну с ребенком», и вообще «родительство улучшает положение и репутацию среди родственников (или коллег)».

Женщины *минимальной группы риска* отдавали явное предпочтение сине-зеленному цвету, на первое место данный цвет ставит 35,3% беременных женщин, а на второе — 41,2%. По М. Люшеру сине-зеленый цвет — это цвет эластичной (упругой) напряженности, выявляет упорство, целеустремленность, сопротивляемость изменениям, постоянство воззрений [168]. При этом эти женщины упорны и настойчивы, стараются самоутвердится. «Напряженность зеленого цвета подобна плотине, за которой накапливается, не получив разрядки, возбуждение» [168, с. 11]. Предпочтение зеленого цвета выявляет скрупулезную точность, критический анализ, логическую последовательность, т. е. «все, что приводит к абстрактному формализму», а также потребность производить впечатление, сохранять свою позицию [168, с. 11].

Темно синий (41,2%), оранжево-красный (35,3%) и фиолетовый (29,4%) цвета в зоне предпочтений женщин *с минимальным риском ПКГД* характеризуют данных женщин как сенситивных, эстетически ориентированных, с выраженной потребностью в гармоничных отношениях и теплой привязанности. Но вместе с тем беременные женщины *минимальной группы риска* осуществляют непрерывно выраженный субъективный

контроль над проявлениями своих чувств и поступков, а раскованность наступает только в узком кругу близких контактов. Эти женщины активны в достижении поставленной цели, однако достигнутое в значительной степени обесценивается по мере приближения к желанной цели, и становится жаль потраченных усилий. Испытывается потребность в «особых» переживаниях и отношениях, которым отдается предпочтение перед конкретными реальными целями.

Зона безразличия у женщин *минимальной группы риска* представлена желтым (29,4%) и коричневым (29,4%) цветами и отличается от женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД и женщин умеренной и значительной групп риска ПКГД, у которых эта зона представлена темно-синим (34,8% у пОт ПКГД; 26,3% у ГрУ Р; 23,1% у ГрЗ Р) и коричневым (43,5% у пОт ПКГД; 52,6% у ГрУ Р; 46,2% у ГрЗ Р) цветом. Сочетание желтого и коричневого в этой зоне свидетельствует о выраженной избирательности в межличностных отношениях, особенно в сфере близких, интимных отношений. У данной группы беременных женщин наблюдается ирреальность притязаний. Женщины, имеющие в зоне безразличия темно-синий и коричневые цвета, отличаются некоторой застенчивостью и пассивностью, затрудняющий чувственную раскованность. Для них потребность в теплых контактах не является актуальной, а физиологические потребности находятся в зоне комфорта.

Зона *«неприятия»* (7-я и 8-я позиции) у женщин всех групп в большинстве своем представлена ахроматическими цветами: серым (43,5% у пОт ПКГД; 29,4% у ГрЗ Р; 52,6% у ГрУ Р; 46,2% у Грм Р) и черным (73,9% у пОт ПКГД; 29,4% у ГрЗ Р; 68,4% у ГрУ Р; 69,2% у Грм Р). Это свидетельствует о повышенной чувствительности к внешним раздражителям и объясняется состоянием беременности. Эти женщины испытывают потребность в преодолении ограничений, в том числе дистанции, отделяющей их от окружающих; стремление к самостоятельности в принятии решений.

Стоит отметить, что 5,9% женщины *Грм Р* на последнюю позицию ставят темно-синий цвет, что свидетельствует о стремлении данной группы женщин справиться с угнетенностью, овладеть собой, сохраняя активность. У них блокирована потребность в теплых межличностных отношениях, и наблюдается зависимость от объекта глубокой привязанности. Наблюдается озабоченность и раздражительная несдержанность, которые могут ухудшить концентрацию внимания.

Выводы:

Психологический компонент.

Группу *минимального риска (Грм Р)* составили женщины с оптимально-гипогестогнозическим, эйфоро-оптимальным и гипогестогнозо-оптимальным подтипами ПКГД.

Женщины с эйфоро-оптимальным подтипом ПКГД (55%) находятся в эйфории от мысли того, что они беременны и декларируют: «ничто на доставляет мне такого счастья, как осознание того, что я беременна», «беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной», «я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью», «не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении». Чрезмерный эмоциональный акцент на беременности и неадекватное восприятие «реального» соматического состояния, сопровождающегося избеганием необходимых медицинских процедур (диагностика по триместрам, все возможные клинические анализы, узи и т.д.), осложняют раннюю диагностику, а при ее отсутствии ведут к осложнению течения беременности и родов.

Женщины с гипогестогнозо-оптимальным подтипом ПКГД (35%) и оптимально-гипогестогнозический подтипом (10%) находятся в конфликте с беременностью, но не осознают это. Они говорят, что «беременность не считают поводом для того чтобы менять свой образ жизни», стараются

вообще «не думать о беременности» и не задумываются о предстоящем материнстве, говорят, что им «наплевать, замечают окружающие или нет, что я в положении». Эти женщины, внешне благополучные и успешные, также нуждаются в психологическом сопровождении.

Ценностный компонент.

На основе результатов сравнительного анализа ценностных ориентаций группы женщин с *пОТ ПКГД* и группы женщин с *Грм Р* можно выделить особенности в структуре ценностных ориентаций в группе женщин с *минимальным риском*.

Наличие неосознанного конфликта с беременностью в условно названной группе женщин *«минимального риска»* коррелирует со сниженной ценностной ориентацией на здоровье (на свое и своего малыша). Обычно женщины в состоянии беременности наделяют эту ценностную ориентацию большей значимостью. Ценностные ориентации на собственную свободу от ребенка, неготовность к материнству, высокая значимость финансовых ценностных ориентаций (при внешнем благополучии) и низкая значимость и осуществление внутренних ценностных ориентаций характеризует данную группу. Компенсировать внутренние ценностные ориентации эти женщины пытаются через физическое самосовершенствование (занятие спортом, увлечение диетами, стремление к внешней красоте). У женщин группы минимального риска ценностями-средствами выступают хорошее чувство юмора и аккуратность, умение содержать вещи в порядке.

Социальный компонент.

Социальные показатели женщин минимальной группы риска существенно не отличаются от показателей группы преимущественной оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты. Эти женщины как правило имеют высшее образование (61,1%) их брак зарегистрирован (77,8%). Средний возраст на момент беременности составляет 25 лет. Не было женщин старшей возрастной группы (36-39 лет) и

в младшей возрастной группе (17-20 лет) их представленность малочисленна 912,5% от всей совокупности респонденток в данной возрастной группе).

Биологический компонент.

В группе женщин с *минимальным риском,* при первичной диагностике, не было обнаружено каких-либо серьезных нарушений в физиологическом компоненте гестационной доминанты. Сильных психологических и социальных проблем не было выявлено, и предполагалось, что данная группа женщин практически не будет нуждаться в психокоррекционных мероприятия. Но, изучив ситуацию глубже, более детально и пролонгировано, было выявлено, что у этой группы женщин *(Грм Р)* роды в большом количестве случаев заканчивались операцией кесарева сечения (≈ 50%), а также были в анамнезе и выкидыши (по результатам исследования медицинских карт). Эти женщины всячески утаивали информацию и от врачей и от клинических психологов. Стоит отметить, что в оригинальной интерпретации теста «Отношение к беременности» (И.В. Добрякова) без детальной подклассификации все эти женщины бы относились к оптимальному типу, а, следовательно, этим женщинам не было бы оказано необходимого психологического и медицинского сопровождения.

Таким образом, женщины, отнесенные к группе *минимального риска*, нуждаются в психологическом сопровождении не меньше, чем женщины «умеренного и максимального риска». Они, как правило, недообследованы в силу их ценностных ориентаций и личностных особенностей.

3.2. Структура ценностных ориентаций у женщин преимущественно оптимального типа ПКГД

В ходе исследования ценностных ориентаций женщин, были описаны специфические особенности ценностных ориентаций женщин с разными группами рисков, в данном параграфе представлена структура ценностных ориентаций женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД.

Как уже говорилось ранее, в данную группу вошли здоровые в биологическом, социальном и психологическом плане беременные женщины с сформированной доминантой материнства и конструктивными мотивами сохранения беременности. В отличие от оригинальной интерпретации теста И.В. Добрякова, мы не включали в данную группу женщин, имеющих хотя бы один бал по шкале тревожности. Стоит напомнить, что группа состоит из 54 (28,7% от всей выборки) беременных женщин, которые не нуждаются в коррекционных мероприятиях, посвященных оптимизации типов психологического компонента гестационной доминанты. Из них с чисто оптимальный подтипом ПКГД (10,7%) женщин, с преимущественно оптимальным подтипом психологического компонента гестационной доминанты (14,3%) и с оптимально-эйфорическим подтипом ПКГД (75%).

Интерпретируя результаты частотного анализа цветовых выборов, который дает возможность выявить не только актуальное эмоциональное

состояние, но и диагностировать самую распространенную последовательность выборов в каждой группе, что позволяет определить личностные характеристики, свойственные большинству женщин каждой группы [168], было выявлено, что на первую позицию беременные женщины с преимущественно оптимальным типом ПКГД чаще всего ставят фиолетовый цвет (30,4%), на вторую – желтый (30,4%), на третью – сине-зеленый (21,7%), на четвертую – оранжево-красный (21,7%), на пятую – темно-синий (34,8%), на шестую – коричневый (26,1%), на седьмую – серый (43,5%), на восьмую – черный (73,9%). Такой выбор дает возможность сформулировать следующие основные характеристики данной группы.

Зона, определяющая источник стресса, представлена дополнительными цветами – черным и серым. В соответствии с положениями об интерпретации результатов Л.Н. Собчик (2000), это самое оптимальное расположение данных цветов, что свидетельствует о более благоприятном эмоциональном состоянии беременных женщин данной группы [168]. Эти женщины испытывают повышенную чувствительность к внешним раздражителям; потребность в преодолении ограничений, в том числе дистанции, отделяющей от окружающих; стремление к самостоятельности в принятии решений. Данный факт объясняется условиями нахождения здоровых беременных женщин, которые находятся в стенах стационара на плановом обследовании.

Появление серого цвета в паре с черным на последней позиции говорит о способности женщин с *nОт ПКГД* использовать более конструктивные формы поведения, общительность, активность и обращенность во внешний мир.

Зона предпочтений у женщин *nОт ПКГД* представлена фиолетовым, желтым и сине-зеленым цветом. Появление на первой позиции фиолетового цвета вполне объяснимо, как отмечает Л.Н. Собчик, предпочтение фиолетового свойственно лицам эмоционально незрелым, подросткам, а также беременным женщинам, которые в этот период становятся

эмоционально и физиологически неустойчивыми. Эмоциональная неустойчивость связана с некоторой трудностью социальной адаптации в связи с беременностью [168]. Повышенная обидчивость, смешанный тип реагирования, сензитивность к критическим замечаниям со стороны окружающих, недоверчивость свойственна данной группе женщин. Женщин преимущественно оптимального типа отличает изобретательный склад ума, нешаблонность решений с тенденцией к систематизации, иррациональность чувств и трезвость суждений. Для большинства женщин данной группы характерны следующие черты: подозрительность, повышенное чувство справедливости, стремление настоять на своем, потребность в признании своего авторитета в глазах окружающих, восприимчивость к эстетике. Планомерность действий у них сочетается с осторожностью и чуткой реакцией на изменения в ситуации. Желтый цвет в группе предпочтений характеризует эмоциональное состояние беременных женщин данной группы как состояние ожидания счастливых чудесных перемен, пребывание в мире фантазий и чувств, которые дают ощущение облегчения и снимают напряжение. Желтый и фиолетовый цвет свидетельствуют о стремлении беременных со здоровой беременностью к ярким событиям, к познанию жизни во всем ее многообразии, о желании быть активным субъектом жизнедеятельности. При этом фиолетовый цвет свидетельствует о склонности женщин воспринимать окружающую действительность более субъективно, по-своему, а также о желании быть очарованной и очаровывать. При этом стоящий рядом в зоне предпочтений темно-зеленый цвет свидетельствует об уверенности в себе, внутреннем спокойствии и твердости женщин со здоровой беременностью.

Зона «истинного положения вещей» (ситуация) и «образ действия», вытекающий из данной ситуации, представлена сине-зеленым и оранжево-красными цветами, что свидетельствует о том, что поведение женщин с *nОТ ПКГД* настойчивое, требовательное. Наблюдается упорство в достижении целей и преодолении трудностей.

Зона безразличия женщин преимущественно оптимальным типом ПКГД представлена темно-синим и коричневым цветом. Их сочетание свидетельствует о том, что в настоящий момент времени беременных женщин данной группы не особо беспокоит отсутствие близких и доверительных отношений с кем-либо, они скорее держат со всеми дистанцию, нейтралитет, но при этом испытывают некоторую застенчивость и пассивность.

Зона *«неприятия»* (7-я и 8-я позиции) у женщин всех групп в большинстве своем представлена ахроматическими цветами: серым (43,5% у пОт ПКГД; 29,4% у ГрЗ Р; 52,6% у ГрУ Р; 46,2% у ГрЗ Р) и черным (73,9% у пОт ПКГД; 29,4% у ГрЗ Р; 68,4% у ГрУ Р; 69,2% у ГрЗ Р). Это свидетельствует о повышенной чувствительности к внешним раздражителям и объясняется состоянием беременности. Эти женщины испытывают потребность в преодолении ограничений, в том числе дистанции, отделяющей их от окружающих; стремление к самостоятельности в принятии решений. Стоит отметить, что гораздо чаще черный цвет отрицают женщины пОт ПКГД (73,9%), и у них на последних позициях гораздо реже появляются основные цвета, свидетельствующие о физиологическом стрессе или о неосознаваемом эмоциональном напряжении (4,3% у пОт ПКГД; 11,8 % у ГрЗ Р; 10,6% у ГрУ Р; 15,4% у ГрЗ Р). У женщин пОт ПКГД основной (желтый) цвет на последней позиции наблюдался только в 4,3%. Это свидетельствует о том, что 4,3% беременных женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД испытывают стресс, вызванный неудовлетворенной потребностью в активном взаимодействии с окружающими и избегании серьезной ответственности. У этих женщин наблюдается чувство страха, связанное с опасениями потерять престижность собственной позиции. Защитный механизм — вытеснение истинных причин конфликта. Проявляются завышенные требования к окружающим, отсутствие гибкости, нет установки на разумный компромисс, беспокойство, дистресс, сниженный фон настроения.

О том, что у данной группы женщин сформирован физиологический компонент гестационной доминанты, свидетельствует не только отсутствие угрозы невынашивания и здоровая (по медицинским показателям) беременность, но и комфортное эмоциональное состояние и адаптационный уровень тревоги.

В структуре реальных ценностных ориентаций беременных женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД доминирующими являются декларируемые ценностные ориентации на помощь и милосердие другим людям, любовь и признание и уважение людей (Рис. 8).

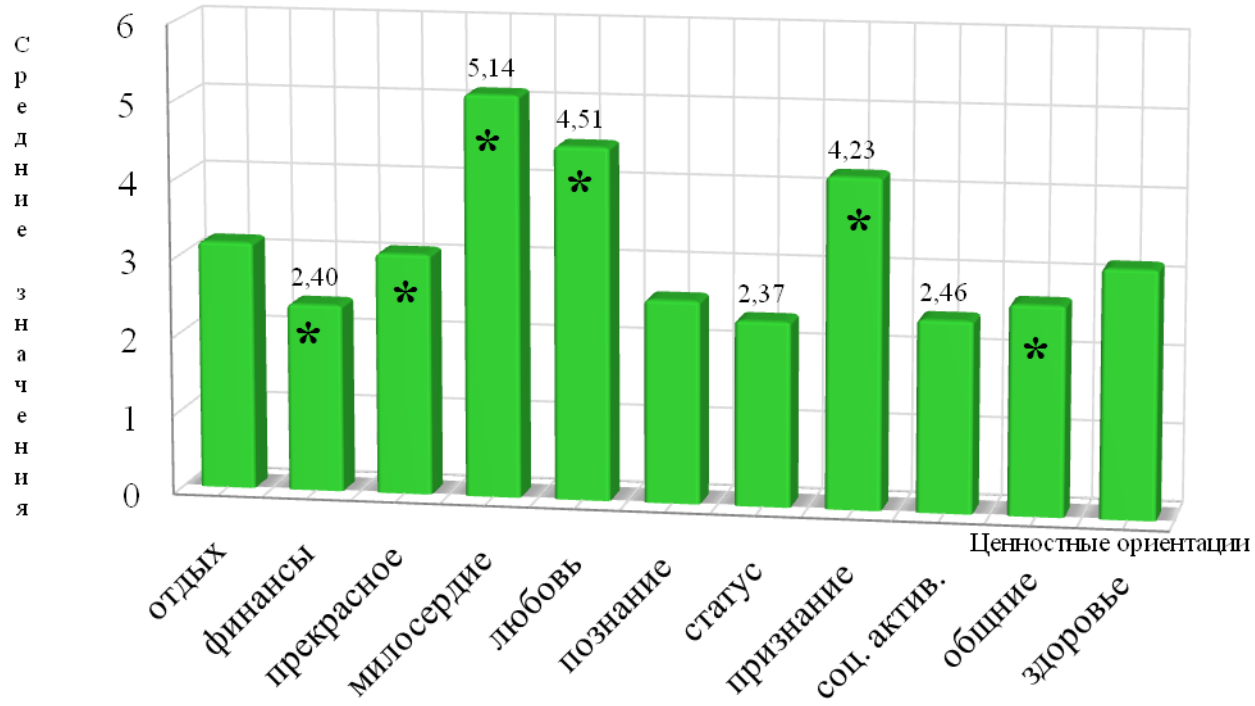

Рисунок 8. - Структура реальных ценностных ориентаций беременных женщин с пОт ПКГД («Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности» (С.С. Бубнова))
*Примечание: * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$*

Таким образом, женщины этой группы не только стремятся получить уважение и одобрение среди окружения, но с легкостью приходят на помощь. Наименее значимыми являются ценностные ориентации на высокий социальный статус и управление людьми, высокое материальное благосостояние и социальную активность, чего нельзя сказать о группе

значительного риска, у которых данные ценностные ориентации имеют высокую значимость.

Статистически достоверно ниже направленность данной группы на высокое материальное благосостояние, под которым понимается стремление накопить материальные средства, делать деньги и создавать собственный бизнес, иметь более высокооплачиваемую работу, чем настоящая, любить зарабатывать деньги и получать от этого удовольствие и считать (p = 0,055). Для женщин *nОт ПКГД* более актуальными становятся такие ценностные ориентации: любовь (p = 0,043), общение (p = 0,034), поиск и наслаждение прекрасным (p = 0,020). Для них любовь – определяющее чувство в жизни, а брак чаще заключен по любви. Они в большинстве своем любят маленьких детей, и для них важнее любить самому, чем быть любимым. Женщины *nОт ПКГД* позиционируют себя как качестве творческих людей, которых довольно часто посещает мысль, что хочется сходить в театр или на выставку, желание играть на музыкальных инструментах, рисовать. Они любят гулять по лесу, парку или занимаются фотографией. Вместе с тем потребность в общении у них высока, и они достаточно много свободного времени уделяют общению и считают, что без общения с друзьями жизнь будет тусклой и безрадостной.

В структуре социальных ценностных ориентаций женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД явно доминируют ценностные ориентации на собственное здоровье и здоровье ребенка, затем семейные ценностные ориентации, далее в порядке уменьшения значимости: профессиональные, социальные, финансовые, интеллектуальные, физические, общественный и замыкает список духовные (Рис. 9).

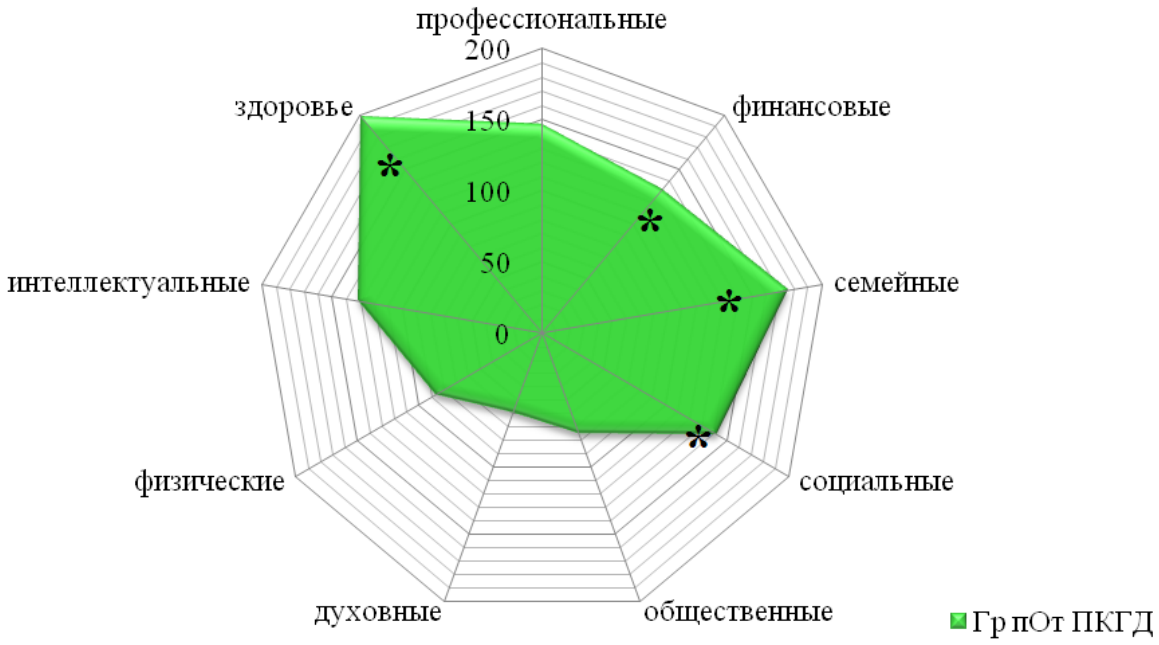

Рисунок 9. - Структура социальных ценностных ориентаций беременных женщин («Экспресс диагностика социальных ценностей личности» Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов, 2002)
*Примечание: * p≤0.05 ** p≤0.01*

Таким образом, женщины преимущественно оптимального типа на третьем триместре беременности готовы к рождению ребенка, и у них не возникает конфликта в ценностных ориентация между профессиональными, финансовыми, социальными ценностными ориентациями. Эти женщины ориентированы на семейные ценности и времяпровождение в кругу семьи (p = 0,045). Для них становится немаловажным удачное замужество и времяпрепровождение в кругу семьи, при этом существует необходимость в признании и уважении другими людьми (U = 1087,5 при p = 0,065).

Выявлены статистически достоверные различия по шкалам: финансовые и социальные ценности. Высокооплачиваемая работа, красивые машины, одежда, дом и т. д., одним словом, финансовые ценностные ориентации, по Н.П. Фетискину, более значимы для групп риска (p = 0,045), а для женщин *пОт ПКГД* более актуальными являются социальные ценностные ориентации (p = 0,030), такие как наличие нескольких близких друзей и знакомство с новыми людьми, участие в социальных мероприятиях.

Социальные ценности, по Н.П. Фетискину, перекликаются с ценностями общения, по С.С. Бубновой, взаимно дополняя и обогащая друг друга.

В результате психодиагностического исследования ценностных ориентаций в группе женщин преимущественно оптимального типа при помощи методики изучения внешних и внутренних ценностей личности (О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008) был выявлен у 73,8% и 87,1% женщин низкий уровень конфликтности осуществления внешних и внутренних ценностных ориентаций соответственно. Средний уровень конфликтности внешних и внутренних ценностных ориентаций у 21,6% и 8,6% женщин соответственно.

Значимость внутренних ценностных ориентаций (впрочем, как у всех исследуемых групп) ниже значимости внешних ценностных ориентаций (среднее значение по группе в баллах 3,4 для внутренних и 4,1 для внешних), но степень значимости внутренних ценностных ориентаций выше, чем в других анализируемых группах ($p = 0,040$). В ходе исследования были выявлены статистически достоверные различия конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций среди всех групп, что может свидетельствовать о большей удовлетворенности потребности в реализации ценностных ориентаций у женщин с пОт ПКГД. Группу преимущественно оптимального типа отличает от остальных групп не только низкий уровень конфликтности, но и атрибуция возникновения конфликта в ценностных ориентациях (рис .10).

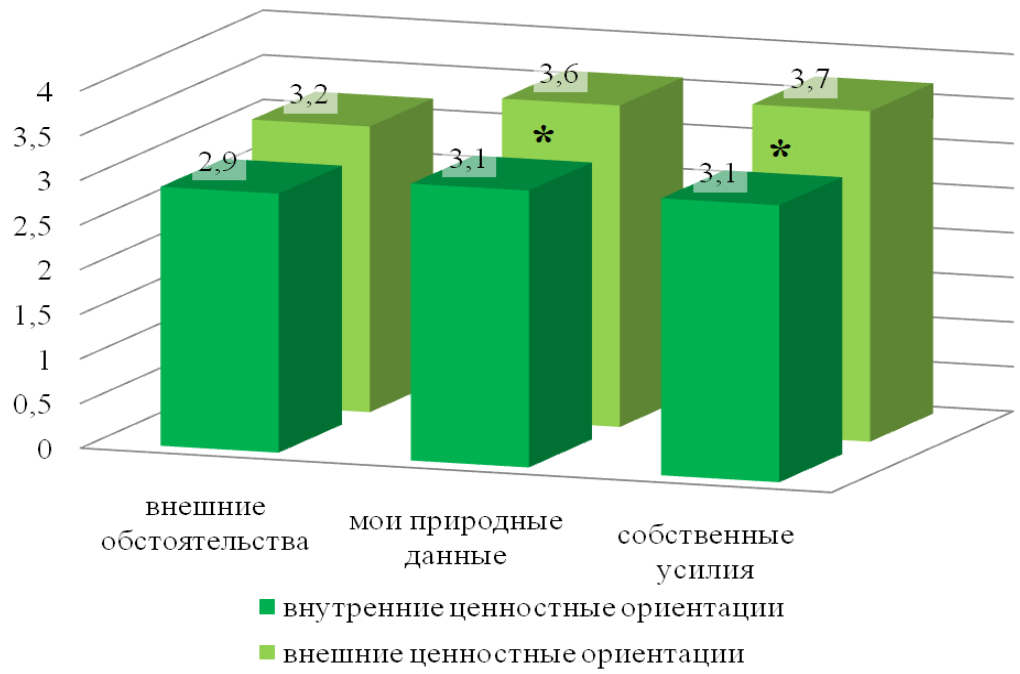

Рисунок 10. - Атрибуция причин осуществления ценностных ориентаций в группе женщин преимущественно оптимального типа при помощи методики изучения внешних и внутренних ценностей личности (О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008).
*Примечание: * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$*

Так женщины пОт ПКГД чаще увеличивают роль собственных природных данных как фактор, способствующий реализации внешних ценностей (U = 470 при p = 0,032), и собственные усилия в реализации внутренних ценностей (U = 349 при p = 0,033), чего нельзя сказать о женщинах со смешанно-тревожным подтипом ПКГД. Возможно, эта недооценка собственных усилий и природных данных косвенным образом и сказалась на конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций.

Характеризуя структуру терминальных и инструментальных ценностных ориентаций женщин *с преимущественно оптимальным типом ПКГД (пОт ПКГД)*, можно отметить, что они по сравнению с другими группами ориентированы на активную эмоционально насыщенную деятельную жизнь (p = 0,015), при значительно полном использовании своих

возможностей, сил и способностей (ценностная ориентация на продуктивную жизнь) (p = 0,020), с возможностью творческой деятельности (ценностная ориентация на творчество) (p = 0,030), жизненная мудрость (p = 0,028), и счастливая семейная жизнь (p = 0,038) и уверенность в себе (p = 0,045). Эти женщины ценят в других и стараются культивировать в себе зрелость суждений, опираться на здравый смысл, достигаемый благодаря жизненному опыту, при этом значительно полно используют свои возможности и способности. Для них значима ценностная ориентация на счастливую семейную жизнь, которая во многом способствует оптимальности гестации, при этом необходима уверенность в себе, некая внутренняя гармония и свобода от внутренних противоречий, сомнений. Вместе с тем, средством (инструментальной ценностью) к достижению цели чаще для женщин *nОт ПКГД* выступает терпимость к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения (p = 0,045) и аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи и дела (p = 0,026).

Исследуя мотивы сохранения беременности, приходим к выводу, что у женщин данной группы не только преобладают конструктивные мотивы сохранения беременности, и зачастую эта беременность желанная и запланированная, а также наблюдается психофизиологическая готовность к материнству и высокая ценность ребенка. Но вместе с тем, существуют, хоть и слабо выраженные, деструктивные мотивы «сохранение беременности для удержания партнера» (2 женщины), но ведущий мотив - «ради ребенка».

Выводы:

Психологический компонент. В группу женщин *преимущественно-оптимального типа ПКГД* включены женщины с сформированной доминантой материнства и конструктивными мотивами сохранения беременности, комфортным эмоциональным состоянием и адекватным стилем переживания беременности. Эту группу составили женщины с чисто оптимальный (10,7%), с преимущественно оптимальным (14,3%) и с

оптимально-эйфорическим (75%) подтипами ПКГД. Как отмечает И.В. Добряков [60], при оптимальном типе ПКГД у здоровой беременной женщины биологической и психологической основой формирования психики ребенка является опыт исходного симбиотического единства будущего ребенка и матери в период безмятежного внутриутробного существования, являющегося залогом здоровья и благополучия развития ребенка. Отношение к прейнету, а затем к будущему родившемуся ребенку характеризуется любовью и ответственностью.

Ценностный компонент. Проведенный качественный и количественный анализ ценностных ориентаций беременных женщин позволил выявить специфику ценностных ориентаций у женщин с преимущественно оптимальным типом *пОт ПКГД:*

- потребность в реализации внешних ценностных ориентаций удовлетворена по средствам субъективной оценки собственных природных данных, а также значимости собственных усилий в реализации внутренних ценностей;
- выше ценностная ориентация на любовь и творчество;
- потребность в общении высокая (ценностная ориентация на общение);
- социальные ценностные ориентации, такие как наличие нескольких близких друзей и знакомство с новыми людьми, участие в социальных мероприятиях для них являются актуальными;
- ценят в других, стараются культивировать в себе зрелость суждений, опираться на здравый смысл, достигаемый благодаря жизненному опыту, при этом значительно полно используют свои возможности и способности;
- значима ценностная ориентация на счастливую семейную жизнь, которая во многом способствует оптимальности гестации, при этом необходима уверенность в себе, некая внутренняя гармония и свобода от внутренних противоречий, сомнений;
- средством (инструментальной ценностью) к достижению цели чаще для женщин пОт ПКГД выступает терпимость к взглядам и мнениям других,

умение прощать другим их ошибки и заблуждения;

- важна продуктивная жизнь с творческой самореализацией, а рационализм, самоконтроль выступают средством к достижению цели.

Социальный компонент. Рассматривая социальную составляющую биопсихосоционоэтической модели беременности у женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД, выявлено, что у этой группы женщин чаще браки зарегистрированы (74,1%), чем например, в группе женщин с умеренным риском, и более гармоничные отношения в семье (U = 596 при p = 0,030), и чаще встречаются в этой группе женщины повторнородящие (46%), нежели чем у женщин значительной группы риска. Самой молодой женщине в этой группе на момент тестирования исполнился 21 год, в других гриппах встречались женины с 17 и 18 лет. При помощи частотного анализа было выявлено, что средний детородный возраст по всем группа составил примерно 26 лет. Подробно различия были описаны в статье: «Возраст как один из факторов определяющих оптимальность психологического компонента гестационной доминанты». Здесь мы лишь скажем, что лишь 17% женщин из этой группы были старше 30 лет (но они были повторнорожающими) и возраст женщин естественным образом влияет на сформированность психологического компонента гестационной доминанты. Анализ данного факта не входит в задачи исследования, и существует ряд работ (Т.В. Скрицкой и И.В. Добрякова и др.) свидетельствующих о данном факте, поэтому мы не будем останавливаться на этом подробно.

Биологический компонент. Оптимальный вариант ПКГД является наиболее благоприятным для становления физиологического компонента доминанты беременности и родовой доминанты, благополучного течения послеродового периода, развития младенца [222]. Отсутствие в данной группе осложнений течения беременности, абортов и выкидышей в анамнезе

и других пренатальных рисков свидетельствуют о сформированности физиологического компонента гестационной доминанты.

Таким образом, опираясь на результаты исследований О.В. Яворской, Г.Г. Филипповой, И.В. Добрякова, А.С. Батуева и Л.В. Соколовой и на результаты нашего исследования можем сделать вывод, что существует взаимосвязь психологического и физиологического компонентов гестационной доминанты. А.С Батуевым, В.И. Брутманом, Т.Н. Ждановой, Т.Н. Кондюховой, Т.И. Форопоновой доказано влияние социальных факторов на развитие благоприятное течение беременности и исход родовой деятельности, общей готовности к материнству. В нашем исследовании выраженность благоприятного варианта беременности растет пропорционально возрасту женщины, достигая своего максимума у 30 летних женщин. К 25-30 годам большинство женщин уже заканчивают свое обучение, приобретают профессию, устойчивое материальное и семейное положение.

Роль ценностного компонента в сохранении здоровья раскрыта Г.В. Залевским в биопсихосоционоэтической модели. В работе мы бы хотели показать связь ценностных ориентаций и групп риска, так как предполагаем, что некоторые ценностные ориентации коррелируютс высокими рисками осложнения течения беременности, а некоторые ценностные ориентации наоборот будут способствовать оптимизации психологического и физиологического компонентов гестационной доминанты. Индивидуальный подход и опора на особенности структуры ценностных ориентаций каждой женщины, по нашему мнению, будут способствовать более эффективной гармонизации психологического и соматического состояния.

3.3. Взаимосвязь ценностных ориентаций беременных женщин и групп риска

Выделенная нами условная классификация групп риска в основном построена на количественном измерении факторов риска. Она варьирует от группы женщин с преимущественно оптимальным ПКГД *(nОт ПКГД),* не

имеющих группы риска вообще, проходит через группы минимального *(Грм Р)* и умеренного *(ГрУ Р)* рисков, и заканчивается группой значительного риска *(ГрЗ Р),* где диагностируется значительная количественная характеристика группы риска ПКГД. Таким образом, чем выше оптимизация психологического компонента гестационной доминанты, тем ниже фактор риска, оказывающий негативное влияние на гестацию в целом.

Так как коэффициент корреляции Кенделла носит вероятностную интерпретацию, то в данном исследовании мы не говорим о силе связи, а имеем ввиду соотношение инверсии и совпадений.

В результате исследования была выявлена связь между степенью группы риска и количеством выкидышей в анамнезе ($r = 0{,}198^{**}$ при $p = 0{,}003$), таким образом, чем выше оптимизация ПКГД, тем меньше количество выкидышей и реже угроза преждевременного прерывания беременности ($r = 0{,}165^{*}$ при $p = 0{,}014$). В сфере отношений беременной по методике «Тест отношений беременной» (И. В. Добряков) были выявлены тесные корреляционные связи, касающиеся отношения женщины к себе беременной. И чем выше оптимизация ПКГД, тем ниже количественный показатель тревоги по поводу отношения к беременности ($r = 0{,}299^{**}$ при $p = 0{,}000$), отношение к образу жизни во время беременности ($r = 0{,}308^{**}$ при $p = 0{,}000$), отношение во время беременности к предстоящим родам ($r = 0{,}473^{**}$при $p = 0{,}000$), отношение к своему ребенку ($r = 0{,}445^{**}$ при $p = 0{,}000$) и к вскармливанию ребенка грудью ($r = 0{,}375^{**}$при $p = 0{,}000$), а также отношение мужа ($r = 0{,}153^{*}$ при $p = 0{,}023$), родственников ($r = 0{,}202^{**}$ при $p = 0{,}003$) и посторонних людей ($r = 0{,}325^{**}$ при $p = 0{,}003$) к беременности связаны с ПКГД. Таким образом, чем выше группа риска, тем выше тревожный компонент, характеризующий отношения женщины в формирующейся системе «мать – дитя» и отношения беременной женщины по отношению к ней окружающих.

Обратная корреляционная связь была выявлена между высокой степенью группы риска и такими ценностными ориентациями: «поиск и

наслаждение прекрасным» ($r = -0,183^{*}$ при $p = 0,024$), «любовь» ($r = -0,191^{*}$ при $p = 0,717$) и «социальные ценности» ($r = -0,166^{**}$ при $p = 0,009$). Чем выше группа риска, тем меньше направленность на такие важные, на наш взгляд, ценностные ориентации, и тем менее значимой становится фактор «мои природные данные» ($r = -0,180^{**}$при $p = 0,006$), влияющий на реализацию внешних ценностных ориентаций. А, может быть, недостаточная ценность любви, друзей, природы и творчества ведут к неоптимальному типу ПКГД.

Выявлена связь между значительно выраженной группой риска и деструктивными мотивами сохранения беременности: «негативное влияние последствий беременности на здоровье» ($r = 0,257^{**}$ при $p = 0,001$), «стремление воплотить свои нереализованные планы и желания в будущем ребенке» ($r = 0,254^{**}$ при $p = 0,001$), возникающие «страхи и компенсации их при помощи беременности» ($r = 0,269^{**}$ при $p = 0,001$). При этом, чем выше группа риска, тем выше субъективное ощущение «ограничения свободы и карьеры» ($r = 0,348^{**}$ при $p = 0,000$), выше беспокойство по поводу финансовых затруднений, возникающих в результате ожидания рождения будущего малыша ($r = 0,197^{*}$ при $p = 0,014$), и тем меньше данные женщины готовы к предстоящему материнству ($r = 0,279^{**}$ при $p = 0,000$).

Чем оптимальнее вариант ПКГД, тем выше ценностная ориентация на значительно полное использование своих возможностей, сил и способностей, продуктивность жизни ($r = 0,114^{*}$ при $p = 0,048$) и ниже направленность на приятное, необременительное времяпрепровождение, развлечения, отсутствие обязанностей и удовольствие ($r = -0,137^{*}$ при $p = 0,019$).

Чем выше группа риска, тем менее терпеливы женщины к взглядам и мнениям других, тем реже умеют прощать другим их ошибки и заблуждения ($r = 0,124^{*}$ при $p =0,031$), ниже ценностная ориентация на воспитанность ($r = -0,126^{*}$ при $p = 0,031$). Чем выше группа риска, тем чаще у них наблюдается непримиримость к недостаткам в себе и других ($r = -0,168^{**}$при $p =0,005$) и

хуже женщины прорисовывают на рисунках себя и своего будущего малыша ($r = -0{,}244^{**}$ при $p = 0{,}003$).

Выводы:

Таким образом, в результате исследования были выявлены факторы, «связанные» с преимущественно оптимальным типом ПКГД, положительно влияющие на процессы гестации. В этой группе женщин имеет высокую значимость ценностная ориентация на «любовь» и «милосердие». Они искренне любят своих близких, отца и мать, мужа, детей. Это чувство не только позволяет по особому относится к своему окружению и к себе, оно формирует гармоничные детско-родительские отношения. Естественно, в семьях, где высока значимость и реализация данной ценностной ориентации лучший психологический климат в семье, способствующий оптимизации ПКГД и являющийся ресурсом при каких либо соматических нарушениях. Давно известно, что любовь «исцеляет», а ее отсутствие носит разрушительных характер. Выявлена направленность женщин преимущественно оптимального типа на социальные ценностные ориентации и такой круг общения, который удовлетворял бы духовно и эмоционально. Таким образом, у этих женщин есть близкие друзья и сформированы социальные связи. Под дружбой понимаются, бескорыстные[http://ru.wikipedia.org/wiki/%C4%F0%F3%E6%E1%E0 - cite_note-1]личные взаимоотношения между людьми, основанные на любви, доверии, искренности, взаимных симпатиях, общих интересахи увлечениях. Обязательными признаками дружбы являются взаимность, доверие и терпение. Направленность женщин (по сравнению с другими группами) на внутренние ценностные ориентации, отсутствие конфликтов в ценностно-смысловой сфере становятся ресурсом в духовной сфере биопсихосоционоэтической модели беременности. Ценностная ориентация на поиск и наслаждение прекрасным, позволяет наслаждаться состоянием

беременности, радоваться (а не пугаться) «шевелению» ребенка, с радостью и в гармонии встречать все изменения в своем теле. Женщины живут полной жизнью, максимально полно используют свои возможности и способности (ценностная ориентация на«продуктивную жизнь»). Высокая продуктивность приносит человеку не только высокие результаты, но и удовлетворение, чувство радости от темпа своей работы, от полученных результатов.

Ценностная ориентация на семейную жизнь и конструктивные мотивы сохранения беременности способствуют оптимизации ПКГД. Инструментальными ценностными ориентациями для женщин преимущественно оптимального типа ПКГД выступают «терпимость» к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения и воспитанность. Знание правил поведения и умение вести себя в обществе формируются в процессе социализации, терпимость к тем, чей образ мыслей или действий не совпадает с их собственным, позволяет этим женщинам быстрее приходить к консенсусу, не вызывая при этом межличностных конфликтов.

В результате исследования были выявлены факторы негативно «связанные» с пОт ПКГД, т.е. характерные для групп риска. Среди них деструктивные мотивы сохранения беременности и общая социальная, психологическая и ценностно-смысловая неготовность к беременности. Когда ценность ребенка не сформирована, и он воспринимается как «докучливое», «мешающее» и «нарушающее все планы» существо, которое «ограничивает свободу», не приходится ждать оптимального психологического компонента гестационной доминанты. В случае, если беременная бессознательно отрицает или «снижает значимость» ребенка или возникает бессознательный конфликт с беременностью уровень тревоги к изменению образа жизни и к беременности в целом существенно возрастает. А если в структуре ценностных ориентаций женщины высока

значимость развлечений, т.е. стремление к приятному необремененному времяпрепровождению и отсутствию каких-либо обязанностей, то ей сложнее создать полноценную в традиционном смысле семью, сложнее выполнять роль матери, сложнее наладить гармоничные детско-родительские отношения. Непримиримость к недостаткам в себе и в других не только позволяет самосовершенствоваться и развиваться данным женщинам, но и при неконструктивном общении создавать межличностные конфликты. Очень высокая значимость материальных ценностей и низкая степень их осуществления, введет к конфликту в сфере внешних ценностных ориентаций и нарушению базовой потребности в безопасности.

3.4. Формирующий эксперимент психологического сопровождения беременных женщин с различными вариантами психологического компонента гестационной доминанты

4.4.1. Программа психологического сопровождения женщин с разными группами риска

Следующий этап нашего исследования был посвящен проведению формирующего эксперимента психологического сопровождения беременных женщин с различными вариантами психологического компонента гестационной доминанты. Программа психологического сопровождения беременных женщин разработана на основе результатов исследований с учетом особенностей структуры ценностных ориентаций беременных женщин в каждой эмпирической группе. В формирующем эксперименте принимали участие 50 беременных женщин третьего триместра беременности, с разными вариантами ПКГД.

Целью психологического сопровождения явилось создание условий для переоценки и переосмысления ценностных ориентаций беременных женщин, формирования ценности ребенка.

Подходы:

1. Психосоматический подход, раскрывающий единство психики и тела.
2. Системный подход, позволяющий рассматривать ценностные ориентации во множестве внешних и внутренних факторов, влияющих на здоровье беременной женщины.
3. Интегративный подход, позволяющий использовать знания других областей науки (философии, медицины).

Уровни направленности психологического сопровождения:

1. Когнитивный уровень – передача знаний о ценностных ориентациях. *Познавательный компонент* (наличие представлений и знаний о ценностных

ориентациях); *смыслообразующий компонент* (осмысленность ценностные ориентации); *рефлексивно-деятельностный* компонент (способность оценить свои ценностные ориентации и видеть альтернативы при принятии решении).

2. Личностный уровень – работа с ценностями, смысловыми образованиями, установками и мотивацией («Треугольник смысла»).

3. Аффективный уровень – работа с эмоциональной сферой беременной женщины (Метод эмоционально-ценностных контрастов) при помощи навыков открытого выражения чувств, обучение эмпатийному слушанью, способам оказания и принятия эмоциональной поддержки.

4. Психофизиологический уровень – обучение регуляции функциональных состояний средствами аутогенной тренировки, арт-терапии, телесно-ориентированной терапии.

5. Операциональный или поведенческий уровень – формирование новых способов поведения, а также навыков и умений (способы взаимодействия с внутриутробно развивающимся ребенком, поведение в родах, ухода за ребенком, конструктивные формы поведения в семейных ситуациях).

Методы:

1. Арт-терапия в виде работы с рисунками, составления коллажей, музыкотерапия, танцедвигательная терапия, сказкотерапия.

2. Метод эмоционально-ценностных контрастов. Сущность его в том, что показывая беременным противоположные ценности и пробуждая противоположные чувства, у них обостряются переживания значимых чувств и осознание внедряющихся на данном жизненном этапе ценностей и введение их в систему ценностных ориентации личности.

3. Когнитивная психотерапия с элементами эмоционально-рациональной терапии Эллиса призваны выявить и переосмыслить систему ценностных ориентаций (Упражнения «Шкалирование», «Ранжирование», «Ромашка», «Колесо ценностей», "Карта ценностей").

4. Позитивная психотерапия с ориентацией на будущее (Упражнения на визуализацию с элементами медитации, «Путь к видению»).

5. Поведенческая терапия с написанием рекомендаций и домашних заданий. Аутогенная тренировка, методы релаксации и медиации.

6. Телесно-ориентированная терапия в системе «Чувственного сознавания» (Эльза Гиндлер и Хайнрих Якоба, Шарлотта Селвер и Чарльз Брукс). Чувственное сознавание - это процесс познания возвращения в соприкосновение с нашими телами и чувствами, со способностями, которыми мы располагали, будучи детьми, но утратили по мере взросления.

7. Гештальт-терапия, при которой стимулируется процесс развития личности беременной женщины, реализация ее возможностей и устремлений, при создании внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции. Развитие у женщин готовности принимать решения и делать выбор, при которой ключевым аспектом является осознание и переживание контакта с самой собой и окружением.

Формой организации работы были индивидуальные консультации, групповые занятия и семинары, которые проходили три раза в неделю в течение четырех недель. Продолжительность занятий – около 4-х часов.

Этапы работы:

Психоформирующий комплекс, представляющий собой системное воздействие на ценностные ориентации беременных женщин, состоит из нескольких взаимосвязанных блоков. Каждый из блоков реализует различные задачи и состоит из специфически организованных методов и приемов.

Блок 1. Первично-диагностический.

Этап выявление факторов риска, разделение женщин на группы, для эффективного специфически направленного психологического сопровождения (рисунок 11).

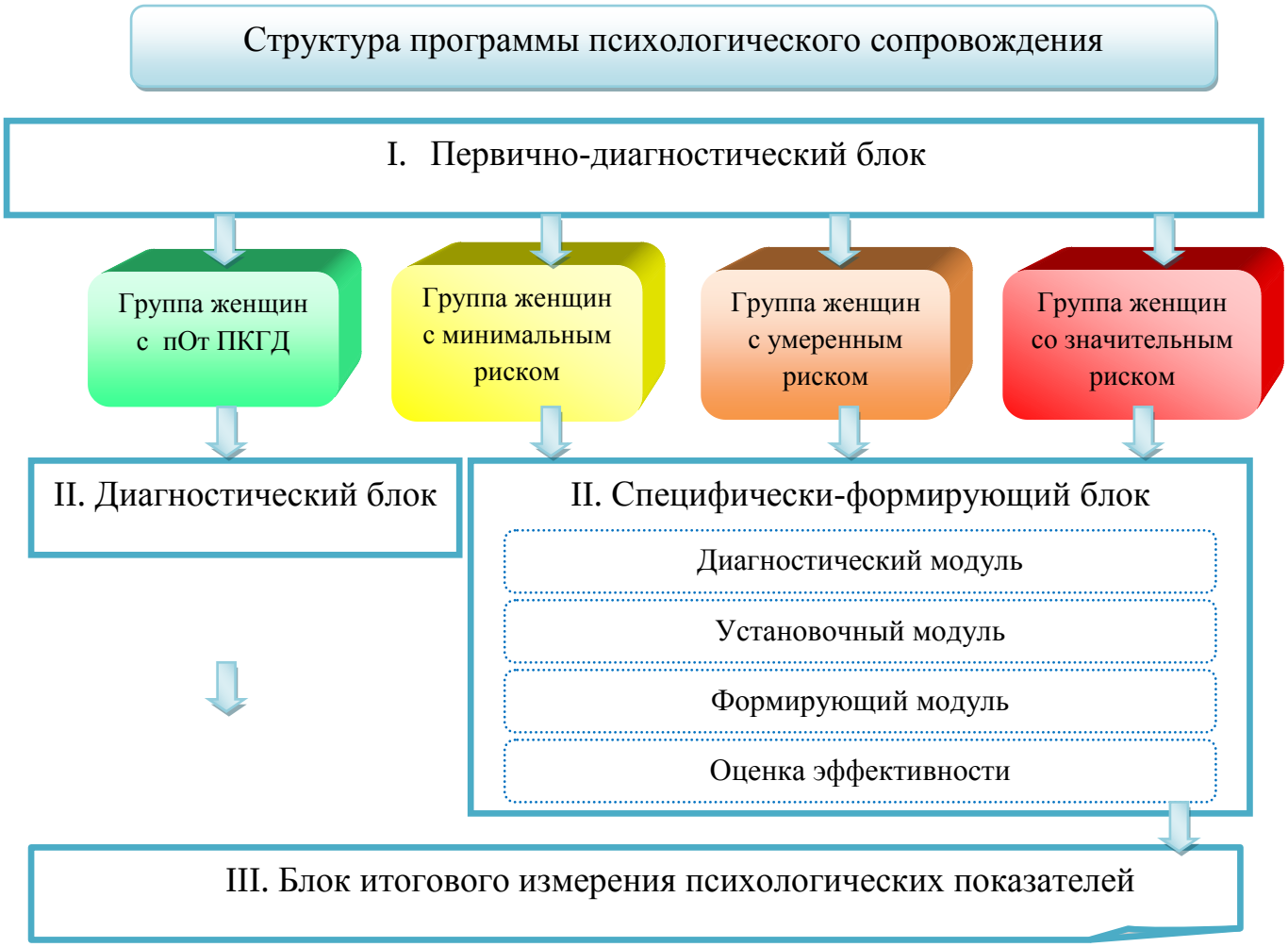

Рисунок 11. - Структура программы психологического сопровождения беременных женщин

Цели:

- диагностика психологических факторов риска ПКГД;
- формулирование психологических, социальных и медицинских факторов риска для каждой группы беременных женщин;
- формулирование общей программы психологической коррекции с учетом специфических особенностей каждой условно выделенной группы беременных женщин.

Методы:

- психологический анализ биографической информации и анализ медицинской карты;

- клиническое интервьюирование, выявление соматических жалоб;
- диагностика системы отношений беременной женщины и выявления психологического компонента гестационной доминанты («Тест отношения к беременности»);
-психологический анализ переживания беременности и исследование речевой репродукции (проективная методика «Я и мой будущий ребенок»),
- психологический анализ мотивов сохранения беременности по биографическим данным и методики «Мотивы сохранения беременности»;
- психологический анализ эмоционального состояния беременной женщины (модифицированный восьмицветовой тест Люшера (Л.Н. Собчик));

Блок II. Для женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД имел только диагностический характер, а для женщин с минимальной, умеренной и значительной групп риска - **Специфически-формирующий,** который состоит из нескольких модулей**:**

1. Модуль – диагностический.

Цели:

- диагностика структуры ценностных ориентаций;
- выявление причин конфликта ценностных ориентаций;
- формулирование общей программы психологической коррекции с учетом специфических особенностей структуры ценностных ориентаций каждой условно выделенной группы беременных женщин.

Методы:

- диагностика терминальных и инструментальных ценностных ориентаций (методика «Ценностные ориентации М. Рокича»);
- диагностика внешних и внутренних ценностных ориентации, исследование атрибуции конфликта ценностных ориентаций (методика изучения внешних и внутренних ценностей личности О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008);
- диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности (методика С.С. Бубновой, 1994);

- экспресс-диагностика социальных ценностей личности (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов, 2002);

2. Модуль – установочный. Включение установочного модуля психокоррекции в общий комплекс связано с необходимостью создания активной установки на психокоррекционную работу, формирования мотивов самопознания и самосовершенствования.

Цели:

- снижение уровня тревожности;
- переформулировка запроса, целей психологической коррекции;
- создание активной установки на психологическую работу.

Методы:

- информирование о целях и задачах предстоящего формирующего эксперимента;
- лекции «Внедряющаяся ценность ребенка», «Ценностная ориентация на материнство», «Здоровое и осознанное материнство».

3. Модуль – формирующий. Тренинговые занятия с беременными женщинами по коррекции и формированию ценностных ориентаций проводились с учетом выявленных ранее специфических особенностей ценностных ориентаций в разных группах женщин.

Цели:

- осознание собственной структуры ценностных ориентаций;
- переосмысление и переоценивание ценностных ориентаций;
- снижение конфликтности ценностных ориентаций;
- переструктурирование и переакцентирование ценностных ориентаций;
-формирование самостоятельной ценности ребенка, ценности материнства и готовности принимать ситуацию беременности со всеми её позитивными и негативными проявлениями.

Методы:

- методика групповой коррекции (для женщин с минимальной и умеренной, значительно групп риска);

- методика индивидуальной коррекции (преимущественно для женщин со значительной группой риска);
- арт-терапия как метод практической коррекции ценностных ориентаций;
-методика сравнения ценностей;
- притчи и сказкотерапия;
- визуализация ценностных ориентаций; тренинговые упражнения.

Диагностический и установочный модули для всех женщин, имеющих группу риска (минимальной, средней и значительной степени) были практически одинаковыми. Необходимо заметить, что формирующий модуль имел общую и специфическую части, которые состояли из общих выше перечисленных целей и методов и специфических целей и методов для каждой группы риска. Специфичность методов основана на результатах анализа первичной и вторичной диагностики психологических особенностей женщин и носит разнонаправленный акцентирующий характер. Например, для женщин со значительной группой риска количество занятий было увеличено: помимо общегрупповых занятий (3 раза в неделю) существовало индивидуальное консультирование. Акцент делался на повышении осознанного материнства, повышению общей готовности к материнству, снятие чрезмерной тревожности. Формирование самостоятельной ценности ребенка и снижению уровня конфликтности внешних ценностных ориентаций. У женщин с умеренной группой риска, помимо общих целей психопрофилактики, акцент делался на повышение значимости собственных ресурсов и усилий в реализации ценностных ориентаций, повышение инициативности, снижению внутриличностных конфликтов, обучению (информированию) и принятию беременности. Запросы на индивидуальные консультации часто касались разрешения внутрисемейных конфликтов. Количество занятий для женщин из условно выделенной нами минимальной группы риска по факту было не меньше, хотя изначально предполагалось, что данная группа нуждается в минимальном психологическом сопровождении. В этой группе акцент делался на повышение значимости

ценностной ориентации, на здоровье и ответственность за здоровье ребенка, информирование о необходимости некоторых медицинских процедур и разрешение бессознательного конфликта с беременностью, перевод на осознанный уровень переосмысление и принятие беременности.

4. Модуль – оценка эффективности.

Цели:

- оценка изменений в психологических факторах риска в процессе формирующего эксперимента;
- оценка эффекта формирующего эксперимента.

Методы:

- самоотчеты беременных женщин;
- специальные экспериментальные процедуры (психодиагностика структуры ценностных ориентаций и ПКГД);

Блок III. Итогового изменения психологических показателей

Цели:

- оценка изменений в структуре ценностных ориентаций;
- оценка изменений в диагностика системы отношений и изменений психологического компонента гестационной доминанты;
- оценнка эффективности психопрофилактических и коррекционных мероприятий;

Методы:

- диагностика терминальных и инструментальных ценностных ориентаций;
- диагностика внешних и внутренних ценностных ориентации, исследование атрибуции конфликта ценностных ориентаций;
- диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности;
- экспресс-диагностика социальных ценностей личности;
- диагностика мотивов сохранения беременности и эмоционального состояния беременной женщины;
-диагностика психологического компонента гестационной доминанты и переживания беременности;
-статистические методы диагностики.

3.4.2. Эффективность программы формирующего эксперимента.

На первом этапе работы с помощью клинического интервьюирования и методик, выявляющих факторы риска, женщины были разделены на четыре условные группы (подробно описано в параграфе 2.2.). В формирующем эксперименте далее участвовали только три группы женщин (с минимальной, умеренной и значительной группой риска).

На втором этапе работы был произведен контрольный срез ценностных ориентаций. Затем, после установочных лекций, были проведены комплексы занятий по психологическому сопровождению беременных женщин с разными вариантами ПКГД.

Первый комплекс занятий посвящен осознанию структуры собственных ценностных ориентаций и формированию готовности к принятию ситуации беременности.

На данном этапе возможно использование одной из методик когнитивной психотерапии с элементами эмоционально-рациональной терапии Эллиса, которые призваны выявить и переосмыслить систему ценностных ориентаций (Упражнения «Шкалирование», «Ранжирование», «Ромашка», «Колесо ценностей», "Карта ценностей") и экзистенциальной психотерапии о прояснении значения беременности для женщины и своей роли в этой новой жизненной ситуации.

Формирование готовности к развитию женских, материнских качеств. На данном этапе применяются методики арт-терапии и телесно-ориентированной терапии, релаксации, медитации, направленные на принятие ситуации беременности в своем теле, готовности и согласия с возникающими физиологическими изменениями.

Второй комплекс занятий посвящен переосмыслению и переоценке ценностных ориентаций, снижению конфликтности ценностных ориентаций, работе с эмоциональным состоянием беременных женщин.

Использование позитивной психотерапии с ориентацией на будущее (Упражнения на визуализацию с элементами медитации, «Путь к видению»),

и методов эмоционально-ценностных контрастов. В данном комплексе используются упражнения на пробуждение противоположных чувств, при которых обостряются переживания значимых чувств и осознание внедряющихся на данном жизненном этапе ценностей (материнства и ребенка) и последующее их введение их в систему ценностных ориентации личности. Формирование навыков оказания и принятия эмоциональной поддержки, снижение тревожности, работа с чувствами.

Использование методик телесно-ориентированной терапии в системе «Чувственного сознавания» (Эльза Гиндлер и Хайнрих Якоба, Шарлотта Селвер и Чарльз Брукс), аутогенной тренировки и методов релаксации и медиации направлены на процесс познания возвращения в соприкосновении с нашими телами и чувствами, со способностями, которыми мы располагали, будучи детьми, но утратили по мере взросления.

Третий комплекс занятий посвящен формированию самостоятельной ценности ребенка и ценности материнства, формирование оптимального ПКГД.

В данном комплексе формируется адекватная ценность ребенка с тенденцией к балансу ценностей. Корректируется повышенная ценность ребенка с тенденцией к сдвигу в сторону исключительной ценности ребенка (формируется более адекватный образ); а так же корректируется недостаточная ценность ребенка с тенденцией к сдвигу в сторону ценности ребенка. Делается акцент на самостоятельную ценность ребенка как объекта материнской сферы (формируются у женщины потребность в контакте с ребенком, как обладателем гештальта младенчества, в заботе о нем); повышается ответственность.

Применяются методики разотождествление, разъединение образов себя и своего ребенка, работа на обособление. Самоотчеты и дневники шевеления, дневники собственного эмоционального состояния и чувств. Семинарские и тренинговые занятия (Упражнения «Я мать», «Мой ребенок»). Просмотр обучающих фильмов («Общаться с ребенком как», «У меня уже есть

ребенок», «Ценность материнства»), арт-терапия. Формирование представлений о роли матери в период младенческого возраста и в период его внутриутробного развития, развитие конструктивных мотивов сохранения беременности, работа с образами и представлениями о материнстве, отцовстве и возможных трудностях в реализации данных ролей.

Четвертый комплекс занятий посвящен развитию личности беременной женщины, укреплению ценностно-смыслового ядра. При помощи методов гештальт-терапии, реализации возможностей и устремлений, при создании внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции. Развитие у женщин готовности принимать решения и делать выбор, психологическая подготовка к родам, при которой ключевым аспектом является осознание и переживание контакта с самой собой и своим ребенком. Формирование представлений о базовых потребностях внутриутробно развивающегося ребенка в данный период беременности и новорожденного ребенка. О роли женщины в уходе и общении с новорожденным ребенком. Формирование навыков ухода, общения, грудного вскармливания.

Затем проведена субъективная оценка изменений в психологических факторах риска в процессе формирующего эксперимента при помощи самоотчетов беременных женщин и коллективного обсуждения результатов формирующего эксперимента.

На третьем этапе работы (блок итогового измерения психологических показателей) был осуществлен диагностический контрольный срез ценностных ориентаций и показателей, отражающих ценность ребенка и сформированность психологического компонента гестационной доминанты беременности. Результаты контрольного среза представлены в таблице 8.

Таблица 8. - Динамика изменения показателей в результате проведения формирующего эксперимента

Название шкал		Группа женщин минимального риска **(Грм Р)**			Группа женщин умеренного риска **(ГрУ Р)**			Группа женщин значительного риска **(ГрЗ Р)**		
		До	После	p-level	До	После	p-level	До	После	p-level
Методика изучения внешних и внутренних ценностей личности	Мои природные данные внеш. ц.о.	3,6	3,7	0,05	3,0	3,4	0,05	2,9	3,0	0,05
	Собственные усилия внеш. ц.о.	3,6	3,7	0,05	3,2	3,3	0,06	3,2	3,3	0,05
	Мои природные данные внутр. ц.о.	3,5	3,8	0,02	3,5	3,7	0,01	3,5	3,6	0,06
	Собственные усилия внутр. ц.о.	3,4	3,9	0,001	3,7	3,9	0,02	3,6	3,7	0,01
	Конфликтность осуществл. внеш. цен-х ориентаций	0,4	0,3	0,02	0,1	0,09	0,05	0,8	0,3	0,03
	Конфликтность осуществл. внутр. цен-х ориентаций	0,2	0,195	0,05	0,2	0,195	0,05	0,7	0,4	0,03
Диагностика реальной структуры ц.о.	Высокое материал. благосостояние	2,3	2,3	0,16	2,4	2,4	0,32	3,1	2,4	0,05
	Поиск и наслаждение прекрасным	2,5	2,6	0,05	2,7	2,8	0,05	2,1	2,8	0,05
	Любовь	4,4	4,5	0,04	3,9	4,2	0,01	4,1	4,2	0,02
	Здоровье	3,3	3,3	0,26	2,9	3,2	0,04	3,4	3,4	0,32
Мотивы сохранения беременности	Принятие беременности	45,9	48,3	0,001	46,5	47,9	0,01	45,1	47,6	0,01
	Низкая готовность к материнству	15,7	15,2	0,05	18,6	16,2	0,02	21,2	19,3	0,04
	Ценность Я	17,5	17,4	0,12	17,4	17,5	0,05	24,5	19,9	0,02
	Деструктивные мотивы сохранения беременности	12,5	12,6	0,23	14,3	12,3	0,05	15,7	12,9	0,05
Тест отношений беременной.	Уровень тревоги к беременности	0,3	0,2	0,03	0,3	0,2	0,03	1,4	0,7	0,03
	Уровень тревоги к системе «мать-дитя»	0,4	0,2	0,02	0,9	0,5	0,02	1,7	0,9	0,05
	Уровень тревоги в системе межличностных отношений	0,1	0	0,04	0,3	0,1	0,03	0,7	0,2	0,03
	Оптимальность ПКГД	4	6	0,03	4,9	6	0,05	2	4	0,05

Необходимо помнить, что эффективность психологического сопровождения в полной мере проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала.

Программа психологического сопровождения беременных женщин не претендует на полное разрешение трудностей развития материнской сферы беременной женщины, а ставить более узкую цель в ограниченном временном интервале. Главным критерием оценки эффективности психологического сопровождения для нас служит достижение поставленных в программе целей: создание условий для переоценки и переосмысления ценностных ориентаций беременных женщин, формирования ценности ребенка и ценности материнства, оптимизация ПКГД. Для беременных женщин основным критерием успешности своего участия в программе служит эмоциональное удовлетворение и изменение эмоционального баланса в целом в пользу положительных чувств и переживаний (которые фиксировались в дневниках (самоотчетах) беременных женщин), высокая степень удовлетворения запросов, осознание ценности материнства и ребенка, улучшение психосоматического состояния.

М.С. Яницкий, характеризуя процесс формирования системы ценностных ориентаций личности, подчеркивает роль воздействие на ценностные ориентации различных внутренних и внешних факторов (уровня развития когнитивной и эмоционально-волевой сферы, особенности социальной среды, характер и форма психологического воздействия, специфика нарушений психической деятельности) [226]. Естественно в условиях формирующего эксперимента не возможно в довольно короткий промежуток времени, хоть он и является одним из ключевых в развитии личности беременной женщины, полностью перестроить систему ценностных ориентаций.

Психометрическими критериями эффективности психологического сопровождения служат результаты контрольного среза. Так при помощи «Методики изучения внешних и внутренних ценностных ориентаций» наблюдается повышение субъективной значимости собственных усилий в реализации внутренних ценностных ориентаций (p=0.001 в группе женщин минимального риска, p=0.01 в группе женщин значительного риска), что может являться внутренним ресурсом, способствующим личностному развитию. С разрешением в процессе психологического сопровождения внутренних противоречий снизился и уровень конфликтности ценностных ориентаций (таблица 8). Во всех группах риска повысился уровень принятия беременности (p=0.001– Грм Р; p=0.01 – ГрУ Р; p=0.01 – Гр3 Р), что способствует не только улучшению общего психоэмоционального фона самой беременной, но и как показывают исследования (Н.Н. Авдеев; О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл, 1993), влияет на формирование психоэмоциональной сферы ребенка, его поведенческие черты, особенности личности в старшем возрасте.

В результате психологического сопровождение уровень тревоги (к беременности, к системе «мать-дитя», к системе межличностных отношений) снизился во всех группах риска (таблица 8). Доказано, что излишние тревожные переживания беременной женщины оказывают существенное влияние на развитие ребенка первых месяцев жизни. Дети тревожных матерей имеют более низкие баллы по психомоторному развитию, и нарушения коммуникативных функций в виде неполноценного «комплекса оживления», наблюдается синдромом вегетативных дисфункций (А.С. Батуев, О.Н. Полякова, А.А. Александров, 2000; А.А. Макарова, 2006; Г.Н. Чумакова, 2007). Тревожные беременные в дальнейшем проявляют себя менее успешными в роли матери, чем женщины с оптимальным типом переживания беременности (А.А. Макарова, 2006).

Таким образом, в результате работы с ценностно-смысловой сферой беременной женщины и уровнем конфликтности осуществления внешних и внутренних ценностных ориентаций, принятием беременности, осознанием ценности ребенка и материнства, уровнем тревожности - повышается общая готовность к материнству и оптимизируется физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты (p=0.03 – Грм Р; p=0.05 – ГрУ Р; p=0.05 – Гр3 Р).

.

Выводы:

1. В рамках формирующего эксперимента проведена и апробирована программа психологического сопровождения беременных женщин с разными вариантами (группами рисков) ПКГД, которая представлена комплексами упражнений, направленных на создание условий для переосмысления и переоценке структуры ценностных ориентаций личности.

2. Результаты контрольного диагностического среза позволяют показать динамику изменения причин и уровень конфликтности внешних и внутренних ценностных ориентаций женщин, а также положительную динамику формирования более оптимального ПКГД.

3. Данная программа психологического сопровождения беременных женщин с разными вариантами ПКГД может быть использована в различных медицинских учреждениях и психологических центрах, работающих с беременными женщинами.

3.5. Рекомендации психологического сопровождения беременных женщин

Опираясь на результаты исследования ценностных ориентаций женщин с разными вариантами ПКГД, были предложены общие (для всех беременных) и специфические (для беременных женщин, имеющих различные варианты ПКГД) рекомендации психологического сопровождения беременных женщин

Общие рекомендации:

1. Для профилактики гестогений и оптимизации психотерапевтического процесса, рекомендуем условно разделять беременных женщин по психологическим и медицинским показателям на следующие психоформирующие (психокоррекционные) группы, которые требуют разной степени и продолжительности психологического сопровождения:

I) Группа преимущественно оптимального типа ПКГД (невыявленных, несущественных, рисков).

II) Группа минимального (низкого, слабого, приемлемого) риска.

III) Группа умеренного (среднего) риска.

IV) Группа значительного (повышенного, высокого, максимального) риска.

2. Необходима целенаправленная систематическая работа по повышению ценности материнства еще до беременности, включающей в себя целый комплекс мер духовно-нравственного, государственно-правового, информационно-просветительского, психолого-педагогического, медико-социального характера.

С точки зрения Л.А. Грицай (2010), в первую очередь, это *духовно-нравственное* преображение общества, предполагающее возрождение национальных традиций ценностного отношения к материнству; *государственно-правовая* поддержка материнства и детства; *информационно-просветительская* работа СМИ по повышению престижа материнства и созданию положительного образа семьи в современном социуме [49].

Особую роль в указанном направлении должны сыграть *медико-социальная* помощь матерям и *психолого-образовательная* поддержка материнства, предусматривающая психотерапевтическую поддержку женщин на этапе подготовки к беременности и последующему вынашиванию и рождению ребенка, а также консультативную помощь семье в вопросах воспитания детей. Профилактика девиантного материнства и формирование ценности материнства может с успехом проводится в учебно-воспитательном пространстве школ, колледжей и вузов в рамках обязательного и дополнительных компонентов образования: введение факультативных занятий, курсов по выбору; проведение открытых уроков, занятий и семинаров, посвященных семье; организацию встреч с многодетными родителями, концертов и праздников; проведение специальных психологических тренингов, посвященных гендерным установкам родительства и т. д.

Все выше перечисленные формы поддержки материнства имеют долгосрочный характер, и основным предполагаемым результатом их реализации является возрождение национальных традиций ценностного отношения к материнству, а также повышение уровня родительской культуры современной российской молодежи. Но следует отметить, что даже при определенных действиях государственных и общественных структур по возрождению сознательного традиционного материнства, эти

меры могут остаться лишь декларативными, если в обществе не произойдет осознание сложившегося кризиса материнства и роли каждого в его разрешении.

3. Психологическая помощь должна быть адекватна переживаемой женщиной ситуации, должна оказываться женщине по первому запросу уже в женской консультации, затем в роддоме.

4. Рекомендуем проводить своевременную диагностику готовности к материнству, ценностных ориентаций и типов психологического компонента гестационной доминаты.

5. Рекомендуем в оказании психологической помощи обращаться к различным уровням (структурам) беременной женщины:

I) Личностный уровень: работа с ценностями, мотивацией, смысловыми образованиями, установками.

II) Эмоциональный уровень: поощрение открытого выражения чувств вербальными и невербальными средствами, обучение эмпатийному слушанию.

III) Когнитивный уровень: передача знаний.

IV) Операциональный уровень: формирование навыков и умений (поведения в родах, ухода за ребенком).

V) Психофизический уровень: обучение регуляции функциональных и психических состояний средствами аутогенной тренировки, арт-терапии, телесно-ориентированной терапии.

VI) Межличностный уровень: формирование навыков общения и умений выхода из конфликтных ситуаций

6. Рекомендуем оказывать психологическую помощь совместно с другими специалистами и окружением беременной женщины:

а) медицинским персоналом (врачами, акушерами, гинекологами, медицинскими сестрами, оказывающим помощь беременной женщине), который в свою очередь должен мягко и корректно разъяснять

необходимость процедур, рассказывать о развитие плода (по месяцам), изменениях, происходящих в организме женщины, о проблемах, с которыми она может столкнуться во время беременности, и как с ними справляться.

б) Работа с семейным окружением беременной женщины также является важным компонентом оказания психологической поддержки, в которой при необходимости следует проводить психокоррекцию внутрисемейных отношений, просветительскую работу о том, как влияют психоэмоциональные отношения в семье на здоровье и психику младенца и т.д.

в) Отдельным пунктом стоит работа с отцом будущего ребенка, которого необходимо готовить к отцовству не меньше, чем будущую маму. При этом психологу необходимо создавать условия для личностного роста родителей, проводить активизацию социально значимой деятельности мужчин и женщин, направленной на сохранение института семьи, формировать культуру здорового образа жизни, как условия ответственного отцовства и материнства. Необходимо формировать новую социальную среду, в которой отцовство имеет высокий общественный и внутрисемейный статус, психологически способствовать укреплению статуса и повышению роли отцов в воспитании детей, совершенствовать правовое, социальное, педагогическое просвещение родителей.

7. Психологическая помощь должна быть оказана, исходя из индивидуальных особенностей личности женщины от социальных, психологических и физиологических факторов, оказывающих влияние на данную проблему.

8. В ходе исследования были выявлены ценностные ориентации, непосредственно (связанные) влияющие на оптимальность ПКГД. Их коррекция, как мы полагаем, способствует формированию оптимального типа ПКГД.

а) При повышении таких ценностных ориентаций: «поиск и наслаждение прекрасным», «любовь», «социальные ценности»,

«продуктивность жизни», «воспитанность» и «терпимость к взглядам и мнениям других», повышается и оптимальность типа ПКГД, снижается количество выкидышей и угроз преждевременного прерывания беременности в анамнезе.

б) Для оптимизации ПКГД необходимо снижать направленность на такие ценностные ориентации: «приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей и удовольствие»;

Специфические рекомендации:

1. Женщинам из условно выделенной группы *значительного (повышенного, высокого, максимального) риска (Гр3 Р)* показана незамедлительная психологическая помощь, которая должна вестись в индивидуальном порядке на разных уровнях: психофизиологическом, личностном, эмоциональном, волевом, когнитивном, социальном и ценностно-смысловом.

В ценностно-смысловой сфере у данной группы женщин (*Гр3 Р*) необходимо делать акцент на снижении уровня конфликтности внешних ценностных ориентаций за счет актуализации ориентации на собственные усилия и природные данные в реализации как внешних, так и внутренних ценностных ориентаций.

Женщинам из *группы значительного риска* показана коррекция эмоционального состояния во время беременности, снижение уровня тревожности и уровня конфликтности между ценностью и свободой Я и самостоятельной ценностью ребенка.

Так как у данной группы женщин (*Гр3 Р)* в структуре ценностных ориентаций ведущую роль играют ценностные ориентации на развлечения, развитие, то необходим поиск альтернатив данным занятиям во время беременности (бассейны, различные тренинги, чтение литературы, кружки по интересам и т.д.). Данная группа женщин в основном состоит их смешанно-тревожного подтипа ПКГД. Этих женщин тревожит грядущее, ограничение свободы, неспособность реализоваться в личном плане (жить для себя). В

связи с этим, необходимо проводить работу по информированию этих женщин о различных обучающих курсах для беременных и развивающих занятиях для их будущего малыша, обучению женщин взаимодействию с младенцем, обучению организации собственного времени.

Необходима целенаправленная работа по снижению деструктивных мотивов сохранения беременности: информирование о периодах развития малыша и изменениях происходящих в организме женщины для профилактики мифов («о страшных последствиях беременности), снижение деструктивных мотивов («ребенок, который воплотит нереализованные планы, мечты и желания»).

Рекомендуем менять отношение у женщин *Гр3 Р* к собственной беременности посредствам снижения тревоги по поводу отношение к образу жизни во время беременности, к предстоящим родам, к своему ребенку и к вскармливанию ребенка грудью, в результате чего будет повышаться общая готовность к материнству и снижаться группа риска.

2. Женщинам из условно выделенной группы *умеренного (среднего) риска (ГрУ Р)* так же как и для женщин группы значительного риска показано психологическое сопровождение на всех уровнях биопсихосоционоэтической модели беременности (на физиологическом, психологическом, социальном и ценностно-смысловом). Так как основная часть женщин из этой группы имеет оптимально-тревожный подтип ПКГД, то рекомендована работа по снижению тревожности и работа с эмоциональным состоянием в этой группе беременных женщин. Снижение тревожности может происходить в разрешении внутриличностных конфликтов, на межличностном уровне (конфликт социального статуса), на когнитивном уровне (конфликт ценности собственного образования и самостоятельной ценности ребенка), на духовном уровне (конфликт ценностной ориентации на духовность и религиозность и высокая значимость развлечений, приятное времяпрепровождение, а так же непримиримость к недостаткам в других).

Рекомендована работа с данной группой женщин не только по формированию конструктивных мотивов и принятию беременности, осознание ценности материнства и самостоятельной ценности ребенка, показана работа по поиску ресурсов. И такими ресурсами могут выступать развитие и усиление ценностной ориентации на семейное благополучие, любовь, здоровье, творчество или социальные ценностные ориентации и т.д. (в зависимости от личностной направленности самой беременной женщины).

Рекомендовано с женщинами умеренной группы риска для снижения уровня конфликтности внешних ценностных ориентаций вести работу по повышению значимости этих ценностных ориентаций.

3. Женщинам из условно выделенной *группы минимального (низкого, слабого) риска (*имеющих, оптимально-гопогестогнозический, оптимально-эйфорический и гипогестогнозо-оптимальный подтипы ПКГД) показано психологическое сопровождение беременности и подготовка к родам, так как эта группа женщин имеет высокий риск неестественного (осложненного) родоразрешения. Необходимо напомнить, что в оригинальной интерпретации теста «Отношение к беременности» (И.В. Добрякова) без детальной подклассификации все эти женщины бы относились к оптимальному типу, и, следовательно, этим женщинам не было оказано необходимого психологического и медицинского сопровождения.

Рекомендовано психологам, работающим с женщинами с эйфоро-оптимальным подтипом ПКГД информировать беременных женщин о последствиях отсутствия ранней диагностики и формировать адекватную ценность ребенка. Так как женщин данной группы наблюдается чрезмерный эмоциональный акцент на беременности и неадекватное восприятие «реального» соматического состояния, сопровождающегося избеганием необходимых медицинских процедур. Информирование рекомендуем строить на принципах «выгоды» для здоровья и благополучия их ребенка, и не в коме случае на основе «запугивания».

Рекомендовано психологическое сопровождение внешне благополучных и успешных женщин с гипогестогнозо-оптимальным и оптимально-гипогестогнозический подтипами ПКГД, которые находятся в неосознаваемом конфликте с беременностью. Необходимо повышать самостоятельную ценность ребенка и материнства, повышать общую готовность к материнству.

Выводы к главе:

1. В рамках работы разработан и апробирован методический комплекс исследования ценностных ориентаций беременных женщин с разными вариантами ПКГД. Достоверность результатов исследования обеспечивалась совокупностью исходных методологических и теоретических положений психологии, комплексом научных методов и методик, адекватных задачам и гипотезе исследования, а также проверкой статистической значимости полученных данных.
2. Проведен сравнительный анализ ценностных ориентаций беременных женщин с разными вариантами психологического компонента доминанты беременности.
3. Описана структура ценностных ориентаций у женщин преимущественно оптимального типа ПКГД.
4. Исследована взаимосвязь ценностных ориентаций беременных женщин и групп риска ПКГД.
5. Проведен формирующий эксперимент психологического сопровождения беременных женщин с различными вариантами психологического компонента гестационной доминанты, описан комплекс занятий и его эффективность.

6. Разработаны общие и специфические рекомендации психологического сопровождения беременных женщин с разными вариантами ПКГД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленная к защите работа посвящена выявлению особенностей в структуре ценностных ориентаций женщин с разными вариантами ПКГД и разработке психологической программы сопровождения беременных женщин на основе полученных данных.

1. Для достижения поставленной цели проведён анализ теоретико-методологических тенденций психологических исследований аксиосферы личности, который позволил описать структуру ценностных ориентаций беременных женщин исходя их разных оснований (терминальные - инструментальные ценностные ориентации (М. Рокич); внешние – внутренние ценностные ориентации, значимость – реализация ценностных ориентаций (О.И. Мотков, Т.А. Огнева), социальные (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов), реальные (С.С. Бубнова)). Структура ценностных ориентаций беременных женщин не только отражает личностное развитие беременной женщины, но и является проекцией общего экономического и социального развития современного общества и его проблем (либерализация общественной морали, трансформация ценности материнства и образа ребенка).

Беременность для женщины становится этапом переосмысления ценностных ориентаций и изменения смысловой сферы (Т.В. Скрицкая, 2000), этапом трансформации внутреннего мира женщины (Е.А. Тетерлева, 2004; Ю.И. Шмурак, 1993; В. Бергум, 2000; В.И. Брутман, М.С. Радионова, 1999), этапом развития материнской сферы содержание которой представлено потребностно-мотивационным, операциональным, ценностно-смысловым блоками (Г.Г. Филиппова, 2001). Материнство при этом рассматривается не только как условие для развития ребенка, но и как особая потребностно-мотивационная составляющая психологии женщины, формирующаяся на протяжении всей жизни. Прижизненное формирование и наполнение ценностно-смыслового блока, потребностей и способов их удовлетворения требует систематического изучения, в связи с меняющейся социально-экономической, культурно политической ситуацией.

2. В литературе [2, 8, 32, 54, 56, 60, 61, 170, 189, 190] представлено множество психологических факторов (личностные особенности беременной женщины, тип переживания беременности, эмоциональная и когнитивная сфера беременной женщины, репродуктивные установки, гестационная доминанта и др.), влияющих на течение беременности, исход родовой деятельности и развитие последующих взаимоотношений матери и ребенка. Тем ни менее, проведенный анализ теоретических оснований изучения доминанты беременности и психологических особенностей женщин с разными типами ПКГД выявил существенный информационный дефицит относительно особенностей ценностных ориентаций разных типов ПКГД, не смотря на обилии эмпирических исследований данного феномена [7, 17, 16, 26, 56, 58, 68, 105, 126].

С целью индивидуализации психологического сопровождения беременных женщин и приближения теории (феномен чистых типов ПКГД) к практикой работе с беременными женщинами (которые имеют огромное многообразие вариантов ПКГД) предложена условная классификация подтипов ПКГД.

Выделение подтипов ПКГД производилось на основе диагностики системы отношений беременной (к себе беременной; к формирующейся системе «мать—дитя»; к окружающим) [219] типа переживания беременности [188], и совокупности механизмов психической саморегуляции (мотивов, целей, переживаний, эмоций, ощущений, представлений, внимания, восприятия, памяти, мышления, речи) [148, 168, 188], включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы.

3. Разработанная программа и методический комплекс эмпирического исследования ценностных ориентаций беременной женщины с разными вариантами ПКГД способствовала интеграции существующих представлений о ценностных ориентациях беременных женщин и их психологическом компоненте гестационной доминанты (ПКГД); позволила наполнить феномен ПКГД новыми описательными характеристиками особенностей ценностных образований и выявить в структуре ценностных ориентаций «психотерапевтические мишени». Методический комплекс и программа исследования сделали возможным изучить ценностные ориентации в структуре биопсихосоционоэтической модели беременности исходя из разных оснований (внешние - внутренние, терминальные - инструментальные), описать степень значимости и реализации ценностных ориентации, атрибуции причин конфликтности их осуществления.

4. В ходе эмпирического исследования на основе сравнительного анализа выявлены особенности ценностных ориентаций в каждой группе.

4.1. Женщины с *преимущественно оптимальным вариантом ПКГД* имеют более низкий уровень конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций, высокую ориентацию на любовь, творчество, общение, ценность друзей, жизненную мудрость, счастливую семейную жизнь. Рационализм, самоконтроль, терпимость к взглядам и мнению других

для этих женщин являются средством (инструментальной ценностью) к достижению цели.

4.2. Для женщин *минимальной группы риска* характерны жизнерадостность (чувство юмора) и аккуратность (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах являются ценностями-средствами, при реализации поставленных целей; высока значимость финансовых (материальное благополучие) и физических ценностных ориентаций (сбалансированная диета и спортивная форма); снижена ценностная ориентация на здоровье (собственное и своего малыша), ниже значимость и осуществление внутренних ценностных ориентаций, существует беспокойство по поводу «ограничение свободы». Женщины данной группы ориентированы на наличие хороших и верных друзей.

4.3.Особенностями ценностной сферы женщин с *умеренной группой риска* является наличие конфликтов на межличностном уровне (конфликт социального статуса), на когнитивном уровне (конфликт ценности собственного образования и самостоятельной ценности ребенка), на духовном уровне (конфликт ценностной ориентации на духовность и религиозность и высокая значимость развлечений, приятное времяпрепровождение, непримиримость к недостаткам в других). Структура ценностных ориентаций характеризуется низкой значимостью внутренних и внешних ценностных ориентаций, низкой значимостью собственных усилий и низкой значимостью собственных природных данных. Для них характерно энергосберегающее поведение, в котором наблюдается меньшая значимость ценностных ориентаций на активную, эмоционально насыщенную деятельную жизнь; они менее полно используют свои возможности, силы и способности (ценностная ориентация на продуктивную жизнь). Выявлен психологический конфликт с беременностью и ситуацией материнства. У женщин данной группы преобладают деструктивные мотивы сохранения

беременности, высокая степень субъективной тревожности к возможным материальным (финансовым) затруднениям, связанным с появлением ребенка.

4.4. Женщины *значительной группы риска* чаще используют воспитанность и хорошие манеры как инструмент или средство для достижения, поставленных целей (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей; свобода, проявляющуюся в самостоятельности и независимости в суждениях и поступках, материальное благосостояние). У этих женщин высокая степень конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций и преобладают деструктивные мотивы сохранения беременности.

5. Выявлены особенности в структуре ценностных ориентаций женщин, связанные с преимущественно оптимальным вариантом психологического компонента гестационной доминанты. Высокая значимость ценностной ориентации на любовь и милосердие, семейные и социальные ценностные ориентации; направленность на внутренние ценностные ориентации (саморазвитие личности, теплые, заботливые отношения, творчество, любовь к природе, уважение и помощь людям) и отсутствие конфликтов в ценностно-смысловой сфере, ценностная ориентация на поиск и наслаждение прекрасным, максимально полное использование своих возможностей и способностей (ценностная ориентация на «продуктивную жизнь»). Конструктивные мотивы сохранения беременности, выявляющие самостоятельную ценность ребенка и отражающие истинное стремление быть матерью, как результат психофизиологической готовности женщины к материнству - способствуют оптимизации ПКГД.

6. Ценностные ориентации на высокое материальное благосостояние, приятное (необременительное) времяпрепровождение, отсутствие обязанностей, низкая готовность к материнству, деструктивные мотивы сохранения беременности и высокая тревожность по поводу отношения

женщины к себе беременной, к формирующейся системе мать-дитя и к тому, как к ней относятся окружающие, не способствуют формированию благоприятного варианта ПКГД.

7. На основании выявленных ценностных детерминант неоптимальных типов ПКГД предложены общие и специфические для каждой группы рекомендации; разработана и апробирована в женских консультациях программа психологического сопровождения беременных женщин, позволяющая оптимизировать психологический компонент гестационной доминанты, что оказывает непосредственное влияние на течение самой беременности.

По итогам теоретического и эмпирического анализа проблемы необходимо отметить, что за рамками диссертационной работы осталось исследование динамики ценностных ориентаций женщин с разными типами ПКГД во время беременности, гендерные исследование ценностных ориентаций материнской и отцовской доминанты, исследование формирования материнской и отцовской доминант и их связь с ценностными ориентациями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абрамченко В.В.* Современные методы подготовки беременных к родам / В.В. Абрамченко. – СПб., 1991. – 255 с.

2. *Абрамченко В.В., Коваленко И.П.* Перинатальная психология: теория, методология, опыт. Петрозаводск: Интел. Тек, 2004. – 350 с.

3. *Авдеев В.* Психотехнология решения проблемных ситуаций, М., 1992 – 219 с.

4. *Акутина С.П.* Формирование у старшеклассников семейных духовно-нравственных ценностей в условиях взаимодействия семьи и школы: автореф. дис. … д-ра пед. наук / Нижегор. гос. пед. ун-т – Нижний Новгород, 2010. – 49 с.

5. *Анохин П.К.* Узловые вопросы теории функциональных систем / П. К. Анохин. – М.: Наука, 1980. – 197 с.

6. *Аршавский И.А.* Очерки по возрастной физиологии, М.: Медицина, 1967. – 476 с.

7. *Аршавский И.А.* Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющее гонормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / Под ред. Ф. А. Сыроватко //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М., 1957. – С. 320–333.

8. *Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А.* Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка. // Синапс, 1993, № 4. – С. 35–42.

9. *Барсукова С.Ю., Радаев В.В.* Легенда о гендере. Принципы распределения труда между супругами в современной городской семье// Мир России. 2000. №4. – С. 65–102.

10. *Батуев А.С.* Критические периоды детства и среда воспитания (начальные этапы биосоциальной адаптации ребенка) // Мир психологии. Научно методический журнал. 2002. № 1(29). С. 56–59.

11. *Батуев А.С.* Принцип доминанты как основа когнитивного развития ребенка на ранних этапах онтогенеза // Физиология человека. 2002. Т. 28. № 2. С. 17–19.

12. *Батуев А.С.* Психофизиологические основы доминанты материнства // Валеология. 2003. № 3. С. 7–29.

13. *Батуев А.С., Иовлева Н.Н.* Изменения спектрально когерентных характеристик ЭЭГ в раннем послеродовом периоде у матерей с тревожно депрессивным фоном настроения // Журнал высшей нервной деятельности. 2003. Т. 53. № 6. С. 720–729.

14. *Батуев А.С., Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г.* Ранняя родительская депривация и девиантное поведение подростков // Валеология. 2002. № 1. С. 22–27.

15. *Батуев А.С., Полякова О.Н., Александров А.А.* Влияние «социального стресса» во время беременности крысы на уровень тревожности потомства // Журнал высшей нервной деятельности. 2000. Т. 50. Вып. 2. С. 281–286.

16. *Батуев А.С., Сафронова Н.М., Солдатова О.Ф.* ЭЭГ исследование доминант беременности и выявление перинатальной патологии // Педиатрия. 1997. № 5. С. 38–48.

17. *Батуев А.С., Соколова Л.В.* Принцип доминанты и ранний онтогенез человека // Журнал эволюционной физиологии и биохимии. 2000. Т. 36. № 5. С. 478–488.

18. *Батуев А.С., Соколова Л.В.* Учение о доминанте как теоретическая основа формирования система «мать—дитя» // Вестник Ленингр. ун-та. Сер. 3. 1994. Вып. 2 (№ 10). С. 85–102.

19. *Батуев А.С., Соколова Л.В., Иовлева Н.Н., Соболева М.В., Кощавцев А.Г.* Психофизиологические основы привязанности: пути коррекции на примере пищевой доминанты // Вузовская наука начала XXI века: гуманитарный вектор. Екатеринбург, 2002. С. 149–152.

20. *Батуев А.С., Соколова Л.В., Станикевич Л.Н.* Психофизиология матери и ребенка: итоги и перспективы Психология. Журнал Высшей школы эжкономики 2007. Т.4, №3. С 27–43.

21. *Бергум В.* Моральный опыт беременности и материнства // Человек. 2000. № 2. С. 16–27.

22. *Билецкая М.П., Маликова Т.В.* Семейная психология и семейная психотерапия. Часть I // Перинатальный период развития: Учебно-методическое пособие. – СПб.: СПбГПМА, 2008 – 368 с.

23. *Битуева А.В.* Особенности структурного строения ценностных ориентаций // "Magister", международный психолого-педагогический журнал, N2, 2000. С. 24–29.

24. *Богачёва Н.В*. Родительство как фактор устойчивости семьи в современном российской обществе: автореф. … канд. социол. наук. – Казань, 2005. – 22 с.

25. *Бодяжина В.И.* Клиническое течение родов. Акушерство. Медицинский портал Med312. URL: http://www.med312.ru/akusherstvo/klinicheskoe_techenie_rodov/ (дата обращения: 14.06.2011).

26. *Болдырева Е.А., Лымарев А.П.* Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. – Волгоград, 2007. С.185–186.

27. *Боровикова Н.В.* Психологические аспекты трансформации Я - концепции беременной женщины // Перинатальная психология и нервно-

психическое развитие детей: материалы конференции по перинатальной психологии, (март 1998 г.). СПб. : Академия медико-социального управления, 1998. – 24 с.

28. *Боровикова Н.В*. Условия и факторы продуктивного развития Я - концепции беременной женщины: автореф. дис. … канд. наук. / Рос. акад. госуд. службы при Президенте РФ. – М., 1998. – 24 с.

29. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. / Б. С. Братусь - М.: Мысль, 2007. – 548 с.

30. *Брутман В.И.* Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21. – № 2. – С. 79—87.

31. *Брутман В.И., Радионова М.С.* Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопр. психол. – 1999. – №3. С. 38 – 47.

32. *Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю.* Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. — 2002. — № 3. — С. 59–68.

33. *Бубнова С.С.* Методика диагностики индивидуальной структуры ценностных ориентаций // Методы психологической диагностики выпуск 2 / под ред. Воронина А. Н. – М. : Институт психологии РАН, 1994. С.144 – 157.

34. *Бубнова С.С.* Ценностные ориентации личности как многомерная нелинейная система // Психол. журн. — 1999. — № 5. — С. 38–44.

35. *Бубнова С.С., Сытин А.Н.* Ценностные ориентации молодежи различных регионов России: принципы, методы, результаты исследования // Научные материалы международного форума и школы молодых ученых Института психологии РАН. 2008, № 2. URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/dop_dokume/mezhdunaro/nauchnye_m/razdel_3_a/bubnova_ss.html (дата обращения: 19.03.2010).

36. *Варламова С.Н.* Семья и дети в жизненных установках россиян [Текст] / С.Н. Варламова [и др.] // Социс. – 2006. – № 11. – С. 61–73.

37. *Васильева О.С., Могилевская Е.В.* Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // Психологический, журнал. 2001. Том 22. № 1. С. 82 - 89.

38. *Вдовенко Ю.П.* Возможности социально-психологического оздоровления молодого поколения в рамках отрядной работы в ДОЛ Интерактивное образование электронная газета. – 2008. – № 20 URL: http://io.nios.ru/old/index.php (дата обращения: 19.04.2011).

39. *Вербицкая М.С.* Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом / М. С. Вербицкая // Мед. журнал. – 2008. – № 4. – С. 11–14.

40. *Винникотт Д.В.* Маленькие дети и их матери / Пер. с англ. – М.: Класс, 1998. – 110 с.

41. *Волков В.Г., Садкова Ю.С., Шабалина Н.В.* Индивидуально-психологические особенности беременных с угрозой выкидыша. // Акт. вопр. трансфуз. и клин. мед. : матер. научн-практ. конф. Киров. НИИ гематол. и перелив. крови по итогам работы в 1994г. – Киров, 1995, С.74–75

42. *Воронова А.А.* Особенности родительского отношения незамужних матерей к своим детям : диссертация ... кандидата психологических наук / Психол. ин-т Рос. акад. образования. – М., 2008. –218 с.: ил.

43. *Выжлецов Г.П.* Аксиология культуры / Г. П. Выжлецов. – СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та, 1996. – 150 с.

44. *Гартман Н.* Этика / Н. Гартман. – СПб.: Фонд Ун-т : Владимир Даль, 2002. – 707 с.

45. *Герман Ю.В.* Исследование компонентов психологической готовности к материнству у беременных женщин // Официальный сайт Кафедры Клинической Психологии ЮУрГУ, 2012, URL:http://www.klynepsy.susu.ac.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=99&Itemid=113 (дата обращения: 19.04.2011).

46. *Головаха Е.И.* Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности // Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб. : Питер, 2000. – С. 256–269.

47. *Голубев М.В.* Страхи беременных: Журнал «9 месяцев» 2005, № 2, URL: http://www.9months.ru/psihologia/690 (дата обращения: 19.04.2011).

48. *Грандилевская И.В.* Психологические особенности реагирования женщин на выявленную патологию беременности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004. – 18 с.

49. *Грицай Л.А*. Кризис традиционного материнства в современной России: социально-психологический аспект. Журнал практической психологии и психоанализа, №3 – М.: Институт практической психологии и психоанализа. – 2010, – 122 с.

50. *Гроф С.* За пределами мозга / Пер. с англ. – М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993. – 504 с.

51. *Гудечек Я.* Ценностная ориентация личности // Психология личности в социалистическом обществе: Активность и развитие личности. – М., 1989. – С. 202–109.

52. *Гурьянова Т.А.* Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 : Барнаул, 2004. – 176 с.

53. *Денисова В.А.* Влияние личностных особенностей женщин на стиль переживания беременности [Текст] / В.А. Денисова // Молодой ученый. — 2011. — №12. Т.2. — С. 54–58.

54. *Добряков И.В.* Перинатальная психологи / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.

55. *Добряков И.В.* Профилактика дидактогений, психологогений и ятрогений в работе с беременными женщинами // «Мать, ребёнок, семья: современные проблемы»: Сборник материалов научно-практической конференции под редакцией И.В. Добрякова, СПб.: Комитет по

здравоохранению администрации СПб., Центр мед. профилактики, 2000. – С. 40-42.

56. *Добряков И.В.* Семейные факторы, влияющие на формирование различных типов психологического компонента гестационной доминанты // Российский психиатрический журнал: 2011. – N 2. – С. 35-40.

57. *Добряков И.В.* Страхи и фобии беременных женщин // Материнство. Психолого-социальные аспекты (норма и девиация): Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Иваново – Плес, 6–9 сентября 2002 г. – Иваново: Ивановский государственный университет, 2002. – С. 28–33.

58. *Добряков И.В.* Типология гестационной доминанты // 3-я Международная Конференция "Ребенок в современном мире" (14-17 мая 1996 г.): тезисы конф. – СПб.: ЮНЕСКО МО России, 1996. – С. 21-22.

59. *Добряков И.В., Колесников И.А.* Депрессия в период беременности Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2008. – N 7. – С. 91-97.

60. *Добряков И.В.* Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Хрестоматия по перинатальной психологии. — М., 2005. — С. 93–102.

61. *Добрянская Р.Г., Евтушенко И.Д., Залевский Г.В.* Система дифференциальной медико-психологической помощи беременным женщинам: Методические рекомендации для врачей-акушеров-гинекологов и психологов женских консультаций. – Томск: Сибирский ГМУ, 2005.– 58 с.

62. *Дружинин В.Н.* Экспериментальная психология: Учебное пособие – М.: ИНФРА-М, 1997. – 120 с.

63. *Дубровина С.О.* Роль интеграции центральных и периферических морфофункциональных асимметрий в генезе нормального менструального цикла, нарушений менструального цикла и ранних сроков беременности. // Автореф. дисс. … канд. мед. наук. – 1999. – 23 с.

64. *Ефанова Т.С., Захаров Р.И., Куприянова И.Е.* Психотерапевтическая коррекция психических расстройств беременных с угрозой невынашивания//

Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии. Сборник трудов по результатам материалов Международной научно-практической конференции 23–25 мая 2012 года. — СПб.: ИД «Петрополис», 2012. С. 68-72.

65. *Жданова Т.Н.* Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Т.Н. Жданова; Санкт-Петербург, 2004. – 19 с.

66. *Жданова Т.Н., Добряков И.В.* Особенности психологического компонента гестационной доминанты наркозависимых беременных женщин Сборник материалов конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 3 – 5 октября 2003года. /Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта, Межрегиональная Ассоциация перинатальной психологии и медицины, Международный институт психологии и управления, Ассоциация «Психотерапевты Санкт- Петербурга», Санкт-Петербургское психологическое общество/ – СПб, 2003, – С. 64-66.

67. *Забаев И.В.* Проблема мотивации деторождения и преемственность репродуктивного поведения: Обоснование гипотезы на материалах биографических интервью с россиянами репродуктивного возраста // Демоскоп. Weekly. № 447. 13 – 20 декабря 2010. С.447–448. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0447/analit03.php (дата обращения: 23.02.2011).

68. *Залевский Г.В.* От «демонической» до «биопсихосоцио-ноэтической» модели психического расстройства / Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал. – 2009, – №32. – С. 57–64.

69. *Захаров А.И.* Влияние эмоционального состояния матери на течение беременности и родов: Из материалов конф. "Перинатальная психология и родовспоможение". СПб., 1997. – С. 54.

70. *Захарова Е.И.* Родительство как ресурс личностного развития в зрелости // Труды кафедры возрастной психологии факультета психологии МГУ, Выпуск 1 – 2007. С. 25–40.

71. *Зейгарник Б.В.* Принципы построения патопсихологического исследования … Н. Л. Белопольская. 2-е изд. – М. : «Когито-Центр», 2001. – 289 с.

72. *Зинченко В.П.* Методологические вопросы психологии / В. П. Зинченко, С.Д. Смирнов. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 165 с.

73. *Золотова И.А.* Отношение к отцу ребенка как фактор формирования отношения к новорожденному у несовладающих женщин. Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии. Сборник трудов по результатам материалов Международной научно-практической конференции 23–25 мая 2012 года. — СПб.: ИД «Петрополис», 2012. — С.173–177.

74. *Зубова Л.В.* Психологические особенности ценностных ориентации подростков с различной направленностью личности: Автореф. дис... . канд. психол. наук. — М., 1997. — 27 с.

75. *Ивакина В.В.* Формирование у студенток психологической готовности к материнству: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. — Ставрополь, 2006. — 193 с.

76. *Иванова А.А.* Организация работы с беременными женщинами в рамках дородовой подготовки: Методическое пособие. – Калуга: Доверие, 2008. – 57 с.

77. Изменения в организме беременных // Акушерство и гинекология. Информация, консультации, диагностика и лечение URL: http://akushergynekolog.ru/load/fiziologija/izmenenija_v_organizme_zhenshhiny_vo_vremja_beremennosti (дата обращения: 13.06.2011).

78. *Исаев Д.Н.* Психопатология детского возраста. – М.: СпецЛит, 2006. – 463 с.

79. *Карандашев В.Н.* Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. СПб.: Речь, 2004. – 70 с.

80. *Караханова Т.М.* Ценностные ориентации работающих женщин и использование времени /Социс. – 2003. №3. – С.74–81.

81. *Каташинская-Звездина Е.В., Баканина Н.А.* Исследование эффективности различных вариантов сопровождения беременности с использованием оценки психоэмоционального статуса, нейро-вегетативной регуляции и системной диагностики минерального обмена // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии. Сборник трудов по результатам материалов Международной научно-практической конференции 23–25 мая 2012 года. — СПб. : ИД «Петрополис», 2012. — С. 94-110.

82. *Киблицкая М.М.* Исповедь одиноких матерей. М.: Эслан, 1999. — 160 с.

83. *Клочко В.Е.* Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ) / В.Е. Клочко. - Томск: Изд-во ТГУ, 2005. 174 с.

84. Клиническая психология. Словарь / под ред. Н.Д. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь: В 6 т. / ред.-сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского. — М. : ПЕР СЭ, 2007. — 416 с.

85. *Коваленко Н.П*. Перинатальная психология. СПб. : Ювента, 2000. – 362 с.

86. *Кодесс П. Б.* Экопсихологические взаимодействия с профессиональной средой (на примере социономических профессий) Экопсихологические исследования–2: к 15-летию лаборатории экопсихологии развития: монографический сборник / Под ред. В.И. Панова. – М. : УРАО «Психологический институт»; СПб. : Нестор-История, 2011. — С. 236-248.

87. *Колесников И.А.* Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06. – М, 2010. – 20 с.

88. *Колесников И.А.* Развитие депрессии с обсессивно-фобическими расстройствами у беременных женщин / И.А Колесников // Мост между Восточной и Западной психиатрией. – 2005. –Vol. III, № 2. – С. 56-63.

89. *Кондратьев М.Ю., Ильин В.А.* Азбука социального психолога-практика. — М.: ПЕР СЭ, 2007. — 464 с.

90. *Кондюхова Т.Н.* Психологические особенности личности беременных женщин, состоящих в гражданском браке// Современные исследования социальных проблем: Сборник статей Общероссийской научно-практической конференции. Вып. 5 «Социально-педагогические и психологические исследования» / Под общ. ред. сов. РАЕ Я.А. Максимова – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2009. – С. 53-55

91. *Копнина В.Г.* Роль семьи и общества в воспитании детей // Проблемы дошкольного образования на современном этапе [Текст] / Федер. агентство по образованию, Тольят. гос. ун-т. - Тольятти: ТГУ, 2009. – С. 35 – 39

92. *Кравцова Н.А., Братусь Б.С., Залевский Г.В.* Международная научно-практическая конференция «Проблема здоровья личности в теоретической и прикладной психологии». [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 5. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 25.04.2012).

93. *Кренц, И. Кренц Х.* Пренатальные отношения: размышления об этиологии расстройств личности // Психотерапия: Ежемесячный рецензируемый научнопрактический журнал. – 2003. – № 8. – С. 25–34.

94. *Кузьмина Ю.В.* Программа психологического сопровождения беременных женщин в контексте биопсихосоционоэтической модели беременности / Ю.В. Кузьмина // Сибирский психологический журнал. – 2008. - № 27. – С. 113-115.

95. *Лавренова Т.И.* Социология культуры в парадигме современного гуманитарного знания // Социальные науки: история, теория, методология. - М., 2000. – Вып. 1. – С. 38–46.

96. *Ланцбург М.Е.* Роль психологической подготовки и поддержки в реализации родительских функций // Психологическая наука и образование. 2011. №1. – С. 15-26

97. *Лапин Н.И.* Модернизация базовых ценностей россиян // Социол. исследования. – 1996. №5. – С. 3-23.

98. *Ласая Е.В.* Невротические и соматоформные расстройства у беременных Медицинские новости. – 2003. – №5. – С. 3-7.

99. *Леонтьев Д.А.* Динамика смысловых процессов // Психол. журн. - 1997. — №6. С. 21

100. *Леонтьев Д.А.* Методика изучения ценностных ориентации. — М.: "СМЫСЛ", 1992. — 17 с.

101. *Леонтьев Д.А.* Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании. библиотека "Порталус" [Электронный ресурс]: URL: http://www.portalus.ru/modules/psychology/rus_readme.php?subaction=showfull&id=1106412895&archive=1120045024&start_from=&ucat=1& (дата обращения: 11.06.2011).

102. *Леонтьев Д.А.* Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции // Вопр. философ. — 1996. — № 5. — С. 15-26.

103. Линч М. Базовые потребности и субъективное благополучие с точки зрения теории самодетерминации/ Психология: Журнал Высшей школы экономики. 2004, Т. 1, № 3, — С.137— 142.

104. *Лосский Н.О.* Бог и мировое зло. — М. : Республика, 1994. — 432 с.

105. *Лысенко О.В., Лысенко С.В.* Ранняя диагностика осложнений беременности с помощью определения иммуногорманального фона и типа психологического компонента гестационной доминанты Перинатальная психология и медицина. Сборник материалов конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 3 – 5 октября 2003года. /Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта, Межрегиональная Ассоциация перинатальной психологии и медицины, Международный институт психологии и управления, Ассоциация «Психотерапевты Санкт-Петербурга», Санкт-Петербургское психологическое общество/ - СПб, 2003, — С. 45-46.

106. *Магденко О.В.* Психокоррекция деструктивных репродуктивных мотиваций у беременных женщин // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии. Сборник трудов по результатам материалов

Международной научно-практической конференции 23–25 мая 2012 года. — СПб.: ИД «Петрополис», 2012. — С. 56-61.

107. *Макарова А.А.* Влияние тревожности во время беременности на развитие диады «мать – ребенок»: автореф. дис. … канд. мед. наук. – "Сев. гос. мед. ун-т" : Архангельск, 2006. — 22 с.

108. *Мальтиникова Н.П.* Этнопсихологические особенности формирования родительства в поликультурной среде: (на примере казахских, татарских и русских семей): автореф. дис. … канд. психол. наук: спец. 19.00.05 / Мальтиникова Наталья Петровна; [Сам. гос. пед. ун-т]. – Самара: 2005. – 27 с.: ил.

109. *Мамиев О.Б.* Влияние психоэмоционального статуса беременных на исход родов матери и плода // Материалы научных исследований по основным направлениям вуза. — Астрахань, 1996. — № 5. — С. 178-182.

110. *Мамышева Н.Л.* Непсихотические расстройства у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 1995. — 14 с.

111. *Маслоу А.* Новые рубежи человеческой природы: Пер с англ / А. Маслоу. - М.: Смысл, 1999. — 425 с.

112. *Маслоу А.* Психология бытия: Пер. с англ. — М.: Рефл-бук; Киев: Вак-лер, 1997.— 304 с.

113. *Массен П., Конгер Дж., Каган Дж., Гивитц Дж.* Развитие личности в среднем возрасте // Психология личности. Тексты / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузырея. - М., МГУ, 1982. — С. 182—186.

114. Медицинская энциклопедия: справочная информация по медицине, 2012 г. [Электронный ресурс]: URL:http://medencped.ru (дата обращения: 18.06.2011).

115. *Мид М.* Мужское и женское. Исследования полового вопроса в изменяющемся мире. М. : РОССПЭН, 2004. — С. 174— 188.

116. *Миронова Е.С.* Психологические факторы неготовности к материнству (на примере женщин с угрозой прерывания беременности) :

автореф. дис. ... канд. психол. наук:19.00.04 /Миронова Е. С.; Москва, 2011. — 26 с.

117. *Митрикас А.А.* Семья как ценность: состояние и перспективы изменений ценностного выбора в странах Европы //Социологические исследования, — 2004. № 5. — С. 65— 73.

118. *Могилевская Е.В.* Влияние типа психологического сопровождения беременных на их отношение к родам и родительству: Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 : Ростов н/Д,, 2003 - 235 с.

119. Мониторинг социального самочувствия и ценностных ориентаций российских женщин: Сборник научно-методических материалов. — Иваново: Издательский центр "Юнона", 1997. — 483 с.

120. *Мотков О.И.* Личность и психика. Сущность, структура и развитие. — Самара: Бахрах-М, 2008. – 160 с.

121. *Мотков О.И., Огнева Т.А.* Методика «Ценностные ориентации». – М., 2008. [Электронный ресурс]: URL:http://psychology.rsuh.ru/motkov.htm; http://www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html (дата обращения: 19.06.2011).

122. *Мухина В.С.* Предисловие // Механизмы формирования ценностных ориентации и социальной активности личности. – М., Ml ПИ, 1985. – С. 4-7.

123. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 512 с.

124. *Мясищев В.Н., Голиков Н.В.* Теория отношений и принцип доминанты в психофизиологической деятельности человека // Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды. – М.: Институт практической психологии, Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.

125. *Николаева В.В., Соколова Е.Т.* Рекомендации к составлению психологических заключений // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000. – 290 с.

126. *Овдиенко А.* Доминанта беременности медицинский [Электронный ресурс]:

URL:http://detochka.ru/articles/detail.php?ID=3403
http://www.medfirms.ru/stat1704.html (дата обращения: 19.06.2010).

127. *Одинцова М.А., Семенова Е.М.* Преодолевающие стратегии поведения белорусов и россиян // Культурно-историческая психология. 2011. №3. – С. 75-81.

128. *Олифирович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф.* Психология семейных кризисов. — СПб.: Речь, 2006. — 360 с.

129. *Орлов В.И.* Межполушарная асимметрия мозга в системной организации процессов женской репродукции / хрестоматия «Функциональная межполушарная асимметрия»/ В.И. Орлов, А.В. Черноситов, К.Ю. Сагамонова, Т.Л. Боташева — М. «Научный мир» 2004. — С. 411–443.

130. *Орлов В.И., Черноситов А.В., Дубровина С.О.* и др. Овуляторная доминанта как предшественник доминанты беременной. //Проблемы эндокринологии в акушерстве: Мат. II съезда ассоциации врачей акушеров-гинекологов. — М., 1997. — С. 87-88.

131. *Осипова Н.А.* Проблемы изучения молодой семьи в психологии // Семейная психология и семейная терапия. 2005. N 1. — С. 19-33.

132. *Оськина В.В.* Ценностно-потребностные детерминанты материнства // Сборник научных трудов. Серия "Гуманитарные науки"// Ставрополь: Северо-Кавказский государственный технический университет, 2002. — 233 с.

133. *Пантин В.* Семья и семейные ценности в сознании россиян / В. Пантин // Воспитание школьников. – 2008. №10. – С. 9 – 14.

134. *Пациорковский В.В., Пациорковская В.В.* Большая семья в демографической ситуации России. // Социологические исследования, 2009, № 3. – С.121– 128.

135. Педагогика. Сластенин В.И., Исаев И.Ф., Мищенко А.И., Шиянов Е.Н. М.: Мысль, 1998. – 364 с.

136. *Печникова Е.Ю.* Особенности стиля переживания беременности и онтогенеза материнской сферы при акушерской патологии. Электронное

периодическое издание «Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы, 2010. №1. – С.121-137.

137. *Пилюгина Л. В.* Проблемы эндогенных маниакольных состояний в детском возрасте в отечественной и зарубежной литературе// Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2005 (5), № 2. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. С. 112-122.

138. *Попов В.Г.* О развитии семьи в современных условиях / В.Г. Попов // Семья на рубеже веков : материалы международной научно-практической конференции. – Пермь, 2000.

139. *Попова Ю.Н.* Психологические особенности личности современных женщин с различными репродуктивными установками : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 : Томск, 2005. – 190 с.

140. *Поршнев Б.Ф.* О начале человеческой истории (Проблемы палеопсихологии) М.: Издательство "Мысль", 1974. – 487 с.

141. Психология здоровья: Учебник дл я вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2006. — 607 с: ил.

142. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд., — М., 1990. — 494 с.

143. *Рабовалюк, Л.Н.* Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) / Л.Н. Рабовалюк // Молодой ученый. — 2012. — №6. том 2. – С. 350-356.

144. *Радионова М.С.* Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка. Автореф. канд. пихол. наук., — М., 1997 — 23 с.

145. *Разина Н.В.* Особенности образа будущего ребенка у женщин с различным типом психологического компонента гестационной доминаты (ПКГД) // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии. Сборник трудов по результатам материалов Международной научно-практической конференции 23–25 мая 2012 года. — СПб.: ИД «Петрополис», 2012. — С. 177-183.

146. *Ранк О.* травма рождения: Пер. с англ. — М.: Аграф, 2004.— 289 с.

147. *Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И.* Основы клинической психологии. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 480 с.

148. *Рисмен Д.* Некоторые типы характера и общество // Социологические исследования, 1993. — № 5, № 7.— С. 144-151.

149. *Роджерс К., Фрейберг Дж.* Современный подход к ценностному процессу [Электронный ресурс]: URL:http://www.kabinet-psihologa.ru/ library/6_rogers_freyberg.html (дата обращения: 18.03.2012).

150. Родить и возродиться. Адаптированный перевод с голландского. — М.: Издательство "Знание", 2000. — 320 с.

151. *Розов Н.С.* Ценности в проблемном мире: философские основания и социальные приложения конструктивной аксиологии / Н. С. Розов. — Новосибирск: Изд-во Новосибирского ун-та, 1998. — 292 с.

152. *Ропяк Е.В.* Особенности социальных ценностей личности детей с особыми потребностями VI Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція, 2010. URL: http://conference.mdpu.org.ua/viewforum.php?f=29 (дата обращения: 11.02.2012).

153. *Роттер Д.* Теории личности / Д. Роттер, Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб.: Питер-Пресс, 1997. — 608 с.

154. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии — СПб: Издательство "Питер", 2000 — 712 с.: ил.

155. *Русинов В.С.* Электрофизиологические исследования корковой доминанты // Функциональное значение электрических процессов головного мозга. — М.: Наука, 1977. — С. 363-372.

156. *Рыбцова Л.Л.* Жизненные ценности женщин // Социол. исслед. 1997. №10. — С. 26-30.

157. *Сахаров Е.А.* Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1990. — 18 с.

158. *Сержантов В.Ф.* Человек, его природа и смысл бытия. — М., 1990. — 360 с.

159. *Серый А.В.* Ценностные ориентации как фактор формирования и развития системы личностных смыслов индивида // Вопросы общей и дифференциальной психологии. — Кемерово: Кузбассвузиздат, 1999. — С. 354-360.

160. *Серый А.В., Яницкий М.С.* Ценностно-смысловая сфера личности / Учебное пособие. — Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999.— 92 с.

161. *Скобло Г.В., Дубовик О.Ю.* Система «мать-дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия, 1992, № 2, — С. 75–78.

162. *Скрицкая Т.В.* «Материнство как социально обусловленный феномен», «Вестник Кемеровского Государственного Университета» №2 (22). Кемерово: "Компания ЮНИТИ", 2005. URL:http://hpsy.ru/public/x2472.htm (дата обращения: 18.12.2011)

163. *Скрицкая Т.В.* Ценностные ориентации женщин в период беременности: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01: Новосибирск, 2002, — 162 с.

164. *Скрицкая Т.В.* Ценностные ориентации и уровень удовлетворенности жизнью как показатель личностного роста женщины в период беременности «Перинатальная психология и психология родительства», 2006, № 1.— С.76–82.

165. *Сластенин В.А.* и др. Педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. А. Сластенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов; Под ред. В.А. Сластенина. — М.: Издательский центр "Академия", 2002. — 576 с.

166. Словарь по этике / Под ред. И. С. Кона. — М.: Политиздат, 1975. — 392 с.

167. *Смирнов А.Г., Батуев А.С., Никитина Е.Л., Жданова Е.А.* Взаимосвязь ЭЭГ беременных женщин с их уровнем тревожности // Журнал Высшей нервной деятельности. 2005. Т. 55. № 3. — С. 305–314.

168. *Собчик Л.Н.* Методы психологической диагностики. Вып. 3. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири. Метод. руководство. — М.: Академия, 2000. – 95 с.

169. Современная западная социология: Словарь. — М.: Политиздат, 1990. — 432 с.

170. *Соколова Л.В.* А.А. Ухтомский и комплексная наука о человеке / Л. В. Соколова. — СПб. : СПбГУ, 2010. — 316 с.

171. Социальная психология. Словарь / под. ред. М.Ю. Кондратьева // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь: В 6 т. / ред.-сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — 176 с.

172. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. – Издательство Института психотерапии, 2005. – 496 с.

173. Социология семьи. Учебник для вузов. (Под ред. А.И. Антонова). 2-е изд., перераб., доп. М.: ИНФРА-М, 2005. — 640 с.

174. *Спицина Н.К.* Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом: Автореф. дис. … канд. наук. – СПб., 2008. — 24 с.

175. *Сысенко В.А.* Устойчивость брака: проблемы, факторы, условия. — М.: Финансы и статистика, 1981. — 199 с.

176. *Тетерлева Е.А*. Смысловое переживание материнства // Психологические проблемы развития и существования человека в современном мире / Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург, 2004. — С. 35-46.

177. *Тинберген Н.* Поведение животных. — М.: Просвещение, 1985. – 380 с.

178. *Тугаринов В.П.* Теория ценностей в марксизме / В. П. Тугаринов. — Л. : Изд-во ЛГУ, 1968. – 124 с.

179. *Тюлюпо С.В.* Мать и ребёнок: общение в свете психосоматической парадигмы // Сибирский психологический журнал. – 2001. – № 14-15. — С. 77-85.

180. *Узик А.В.* Изучение ценностных ориентаций и семейного поведения городского населения современной России А.В. Узик // Вестник МГУ. Социология и политология. – 2007. – № 4. – С. 60–63.

181. *Узнадзе Д.Н.* Психологические исследования / Д. Н. Узнадзе. – М.: Наука, 1966. – 451 с.

182. *Уразаев А.М.* Формирование социального и психологического портрета современных молодых женщин в период репродуктивной активности / А.М. Уразаев [и др.] // Вестник ТГПУ. – 2002. – № 3 (31). Серия Психология. – С. 34.

183. *Урусова О.А.* Динамика психических состояний беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – Калуга, 2004. – 19 с.

184. *Ухтомский А.А.* Доминанта / А. А. Ухтомский. – М.; Л.: Наука, 1966. – 273 с.

185. *Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства. – М: Медицина. 1987. 2-е изд. – 304 с.

186. *Фанталова Е.Б.* Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. – Самара: БахраХ-М, 2001. – 128 с.

187. *Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

188. *Филиппова Г.Г.* Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными // Перинатальная психология. Психология родительства: метод. рук-во для специалистов. – М., 2006. – С. 34–40.

189. *Филиппова Г.Г.* Перинатальная психология: история, современное состояние и перспективы развития / Г.Г. Филиппова. – М., 2006. – С. 346–352.

190. *Филиппова Г.Г.* Психологическая готовность к материнству : хрестоматия по перинатальной психологии / сост. А.Н. Васина. – М. : Изд-во УРАО, 2005. — С. 62—65.

191. *Филиппова Г.Г.* Психологическая наука и практика в решении проблем репродуктивного здоровья нации // Пленарное заседание «Здоровье нации – основа процветания России. Государственная демографическая политика» VII всероссийский форум, 2011. – С.108-112

192. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства и ранний онтогенез. – М.: Жизнь и Мысль,1999. – 356 с.

193. *Филиппова Г.Г.* Развитие материнского поведения в онтогенезе. // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва, т.2, вып.3,М.,1996, С.133

194. *Филиппова Г.Г., Черткова И.Н., Сапарова И.М. и др.* Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности. Журн. Практ. Психол. 2003; № 4—5: — С. 64—81.

195. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 240 с.

196. *Филоненко А.Л.* Реферативный анализ проблемы изучения факторов риска невынашивания беременности / А. Л. Филоненко, Т. Г. Бохан // Вестник Томского государственного университета. 2010. N 334 (май). — С. 142-146.

197. *Форопонова Т.И.* Психологические особенности женщин, выбравших процедуру ЭКО. Материал выпускницы факультета психологии СПбГУ, Кафедра социальной адаптации и психологической коррекции личности, 2010. URL:http://www.psydiplom.ru (дата обращения: 11.12.2011).

198. *Франкл В.* Человек в поисках смысла: Пер. с англ. и нем. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.

199. *Фрейд З.* Советы врачам при ведении психоаналитического лечения. // Российский психоаналитический вестник, 1991, № 1, – С. 140-145.

200. *Харчев А.Г.* Брак и семья в СССР. М.: Мысль, 1979. – 123 с.

201. *Хломов К. Д.* Психоэмоциональные особенности беременных с угрозой прерывания: диссертация ... к. псих. Н.: 19.00.04 / ГОУВПО "Российский государственный педагогический университет".- Санкт-Петербург, 2008.- 236 с.

202. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени; самоанализ / Пер. с англ. – М.: Прогресс, Универс, 1993. — 480 с.

203. *Цейтлин О.А.* Исследование структуры ценностных ориентаций и ценностных мотиваций у молодежи из семей мигрантов // Вестник интегративной психологии, 2009. Выпуск 7, — 212 с.

204. *Чавычалова В.В.* Индивидуально-психологические особенности адаптации человека к старости : автореф. ... канд. психол. наук : 19.00.01 Москва, 2007. — 27 с.

205. *Чибисова М.Ю.* Феномен материнства и его отражение в самосознании современной молодой женщины. Автореф. ... канд. психол. наук / Моск. пед. гос. ун-т. – М., 2003. — 21 с.

206. *Чирков В.И.* Самодетерминация и внутренняя мотивация поведениячеловека// Вопросы психологии. 1996, № 3, — С. 116-132

207. *Чирков В.И., Диси Э.Л.* Связи между здоровьем студентов и их жизненными стремлениями, восприятием родителей и учителей// Вопросы психологии.1999, № 3 – С. 48 – 57.

208. *Чистякова Е.С., Драпак Е.В.* Связь психологического пола со стилем и типом переживания беременности// Материалы международной заочной научно-практической конференции «Актуальные вопросы педагогики и психологии». 2011. URL:http://sibac.info/index.php (дата обращения: 10.03.2012).

209. *Чумакова Г.Н.* Влияние тревожности за ребенка во время беременности на особенности материнского поведения и отдельные состояния ребенка в период младенчества / Г.Н. Чумакова, Е.Г. Щукина, А.А.

Макарова // Перинатальная психология и психология родительства / Ред. Г.Г. Филиппова. – 2006. – №1 2007. – С. 85-98.

210. *Шамарина Е.В.* Культурный смысл материнства в западноевропейской и отечественной философской мысли. автореф. … канд. философ. наук / Е.В. Шамарина. – Барнаул : Алт. гос. ун-т., 2008. – 26 с.

211. *Шелехов И. Л.* Влияние типа акцентуации личности и структуры ценностей на формирование материнской функции беременных женщин : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 Томск, 2006. 201 с.

212. *Шиманская Т.Л.* Аутопсихологическая компетентность беременных женщин как фактор эффективных отношений "мать - дитя": автореф…канд. псих. наук / Шиманская Т.Л. – Москва, 2008. – 22с.

213. *Шмурак Ю.И.* Пренатальная общность // Человек, 1993, № 6, – С. 24–37.

214. *Шнуренко Т.И.* Ценностные ориентации студенческой молодежи как результат межпоколенной преемственности [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук (19.00.05) - социал. психология / Т. И. Шнуренко ; Воронеж. экономико-правовой ин-т; – Курск, 2009. – 25 с.

215. *Шовкопляс Ф.Г.* К вопросу о доминанте отцовства // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии. Сборник трудов по результатам материалов Международной научно-практической конференции 23–25 мая 2012 года. — СПб.: ИД «Петрополис», 2012. — С. 228-231.

216. *Щеглова И.Ю.* Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1992. — 19 с.

217. *Щукина Е.Г., Макарова А.А., Чумакова Г.Н.* Развитие диадных отношений в системе «мать - младенец» при тревожном переживании беременности. // Мир психологии. 2008. №1. – С. 77-88.

218. Эволюция структуры материнского поведения //Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва, т.2, вып.3. — М., 1996. — С. 126-127.

219. *Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. / Изд. 2-е, испр. и доп. — СПб.: Речь, 2006. — 352 с.

220. *Эрштейн Л.Б.* Запретная теория ценностей: психологические и социологические следствия представления ценностей как динамических запретов. — СПб., 2008. — 122 с.

221. *Юшко К.О.* Репродуктивная функция женщин, рожденных путем операции кесарева сечения : автореф. ... канд. мед. Наук / ГОУВПО Моск. гос. мед.-стоматолог. ун-т. — Москва, 2008 — 25 с.

222. *Яворская О.В.* Детские центры рационального питания как новая организационная форма оптимизации питания детей грудного возраста: автореф. дис. … д. мед. наук. – Москва. 2009. – 49 с.

223. *Яворская О.В., Тишевской И.А., Завадская А.Ф., Попова Е.М.* Психологическое сопровождение беременности, родов и раннего детства в муниципальных образованиях Челябинской области и его вклад в оптимизацию питания детей раннего возраста // Вопросы практической педиатрии. – Москва, 2008. Т.3., № 4. – С. 71-76.

224. *Ядов В.А.* Стратегия социологического исследования / В.А.Ядов. – М: Добросвет, 1998. – 595 с.

225. *Яницкий М.С.* К проблеме аксиологической типологии личности // Теоретические и прикладные вопросы психологии. Выпуск 3. Часть 1. – СПб, 1997. – С. 391-398

226. *Яницкий М.С.* Ценностные ориентации личности как динамическая система / М. С. Яницкий. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000. – 203с.

227. *Янкова З.А.* Городская семья. – М.: Наука, 1979. – С. 59.

228. *Янкова З.А.* Развитие личности женщины в советском обществе/ Социол. Исслед.1975. № 4. – С. 47-59

229. *Ярославкина Е.В.* Ценностно-смысловая сфера женщин с разной гендерной идентичностью: автореф. ... канд. психологических наук / Сахалинский гос. ун-т – Южно-Сахалинск, 2008. – 25 с.

230. Ainsworth M.D. An ethological approach to personality development / M.D. Ainsworth , J. Bowlby // Amer. Psychol. – 1991. - V. 46. – P. 331-341.

231. Bennet H.A. Depression during pregnancy / H.A. Bennet, A. Einarson. – Clin. Drug Invest. – 2004. – Vol. 24. № 3. – P. 34-56.

232. Bohein G. «Good mothering»: maternal attitudes and mather-infant interaction. Third Congress of the World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplins (1986, Stockholm, Sweden) / G. Bohein, B. Hagekull // Infant Mental Health - J., 2007. - Win., 8. - №4. – P. 352-363.

233. Chalmes B. Knowledge amount pregnancy, birthpod the postpartum period amongst Pedi women / B. Chalmes // Psychosom. Obstet. Gynecol. – 1997. - V. 7. - №. 1. – P. 51-61.

234. Chalmes B. Social support in pregnancy the puerperium amount Pedi women / B. Chalmes // J. Psychosom. Obstet. Gynecol. – 1997. - V. 7. - №. 1. – P. 63-70.

235. Deutsch H. The psychology of women / H. Deutsch. - Vol. II, N.Y.: Grune & Stratton, 1995. – P. 23-31.

236. Grossman M.L. Early child development in the context of mothering experiences / M.L. Grossman // Child Psychiatry and Human Development, 1975. - V.5. - № 4. – P. 216 – 223.

237. Hoffinan L. and Hoflman M The Value of Children to Parents. - Psychological Perspectives on Population. N. Y. 1973. P. 28-33.

238. Janssen H.J. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss / H.J. Janssen // American Journal of Psychiatry. – 1996. - № 153:2. – P. 145-156.

239. Kelly R.H. The detection and treatment of psychiatric disorder and substance use among pregnant women cared for in obstetrics / R.H. Kelly, D.F. Zatzick, T.F. Anders – Am. J. Psychiat. – 2001. – Vol. 158. - № 2. – P. 113-167.

240. Kelly R.H., Zatzick D.F., Anders T.F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. Am J Psychiat 2001; 158: P. 213—219.

241. *Kluckhohn C.* Values and Value Orientations in the Theory of Actions. In: Parnsons T. and Shils E. (eds.). Toward General Theory of Action. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1951, P. 395

242. Kunz Y., Biel D., Deiniger H., Einspanier A., Mall Y., Leyendecker Y. The uterine peristaltic pump. Normal and impeded sperm transport within the family genital tract. // Adv. Exp. Med. Biol. – 1997. - № 424. – P. 267-277.

243. Levin J.S. Maternal stress and Pregnancy outcomes. A Review of the Psychosocial Literature / J.S. Levin, R.S.Frank // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 2008. - M. 9. - №1. – P. 3-16.

244. McDonald R.L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review / R.L. McDonald // Psychosomatic Medicine. – 2008. – P. 222-237.

245. McKee M.D. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-athnic population / M.D. McKee, D. Cunnigham, K.R. Jankowski // Obstet Gynecol. – 2001. – Vol. 97. - № 6. – P. 34-56.

246. Meiges M. Emotion during pregnancy and the relationship of the Age of the subjective by ratings women / M. Meiges. – Obstet. and gynecol. / Ed. by H.-J. Prill., M. Stauder, Spring-Verlag. – Berlin – Heidelberg, 1992. – P. 362-365.

247. Omer N. Psychological characteristics of women with postern pregnancies / N. Omer, R. Nishri, A. Neri // J. Psychosom. medicine. – 1997. – V. 49. - № 6. – P. 610-615.

248. Pines D. A. Woman's Unconscious Use of Her Body. – New Haven: Yale University Press,1994. Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A. et al. Antenatal depression, substance dependencyand social support. – J. Affect Disord. – 2001.

249. Raphael-Leff J. Pregnancy. The Inside Story. The International Journal of Psychoanalysis. London: Sheldon Press. 1993. P. 215

250. Rapheal-Leff J. Pregnancy. The inside store / J. Rapheal-Leff. – London: Karnak, 2001. – P. 46-58.

251. Rapheal-Leff J. Psychological process of childbearing. – Fourth edition / J. Rapheal-Leff. – London: The Anna Freud center, 2005. – P. 156-167.

252. Resher N. The nature of Human Values N. –Y. , 1973

253. Rim J. Values, cognitive width, external-internal control, and tendency to increase performance // Psychologia (Osaka), v. 13, 1970, N 4, P. 223-226.

254. Roccas S., Sagiv L., Schvartz S.H., Knafo a. The Big Five personality factors and personal values // Personality and Soc. Psychology Bulletin, 2002, 28. pp 789-801.

255. *Rokeach M.* Beliefs, attitudes and values. A. theory of organization and change. – San. Francisco, Josey-Bass 1972. – 214 p.

256. *Rokeach M.* Long-term value change Initiated by computer feedback// Rokeach M. Understanding human values: Individual and societal. N.Y.: Free Press, 1979, – P. 210-225.

257. Rokeach M. The nature of human values. N.Y.: Free Press, 1973.

258. Roy M., Pitkin M.D. The Year Book of Obstetrics and Gynecology. — Chicago; London, 1980.

259. Salovey P. Emotional intelligence / P. Salovey, J.D. Mayer // Imagination, Cognition and Personality. – 2000. - № 9. - P. 185-211.

260. *Schvartz S.H.* Universals in The structure and content of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries // In M.P. Zanna (Ed.) Advances in Experimental Social Psychology. – Orlando: FL: Academic. Vol. 25, 1992, P. 1-65.

261. *Schwartz S.*, *Bilsky* W. Toward A Universal Psychological Structure of Human Values // J. of Personality and Social Psychology. (Vol.53). 3, 1987. pp. 550-562.

262. *Smith M.* Social Psychology and Human Values. Selected Essays. M. Brewster Smith. Aldine, Chicago, 1969. P. 438

263. Spielberger C. D. Anxiety and behavior. – N. Y., Academic Press, 1966.

264. Spitzer R. L, Williams J. B, Kroenke K. et al. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study // Am. J. Obstet Gynecol. – 2000. – 183(3).

265. Sundstrom I.M., Bixo M., Bjorn I., Astrom M. Prevalence of psychiatric disorders in gynecologic outpatients. Am J Obstet Gynecol 2001; P. 8—13.

266. The Development of attachment and affiliative systems. Ed. by R.N. Emde at all, N.Y.,L.,1982

267. The Different Faces of Motherhood. B.Berns, F.Hay edds. N.J., L., 1988

268. *Thomas W.I., Znanecki F.* The Polish Peasant in Europa and America - Boston, 1918-1920

269. Waldenstram U. Early and later discharges after hospital birth: fatigue and emotional reactions in the postpartum period / U. Waldenstram // J. Psychosom. obstet. gynecol. – 2000. – V. 8. - № 2. – P. 127-135.