

Секция 3. Перинатальная психология

Психологическая готовность к материнству у девушек разного возраста

The psychological readiness for motherhood among girls of different ages

Валитова И. Е.

*доцент кафедры психологии развития Брестского государственного университета им. А.С. Пушкина, Республика Беларусь; кандидат психологических наук, доцент
irvalitova@yandex.ru*

Актуальность изучения психологической готовности к материнству продиктована сохраняющимися негативными тенденциями в сфере семейных отношений, к которым относятся снижение ценности семьи, увеличение числа семей, практикующих сознательно бездетный брак, увеличение возраста первородящих женщин и т.п. Так как современные молодые люди недостаточно ориентированы на выполнение материнских и отцовских ролей, необходимо выявить, в каком возрасте они в наибольшей степени готовы к рождению ребенка.

Психологическая готовность к материнству рассматривается как сложная многокомпонентная структура, а ее формирование осуществляется на протяжении всей жизни женщины [3]. В соответствии с концепцией Э.Эриксона о стадиях психосоциального развития [4] пятая стадия (11-20 лет) является ключевой для приобретения чувства идентичности, а шестая стадия (21-25 лет) знаменует переход к решению уже собственно задач взрослости на базе сформировавшейся психосоциальной идентичности, в частности, девушки решают глобальный вопрос о принципиальном выборе между широким полем установления дружеских и семейных связей с перспективой воспитания нового поколения. Е.Е. Сапогова [2] подчеркивает, что освоение материнской роли – жизненная задача развития женщины в период взросления, однако, освоение женщиной ее роли матери в период взросления осложняется тем, что именно в этом возрасте решается задача развития деловой карьеры.

В нашей работе мы поставили цель выяснить, связан ли возраст девушек с уровнем их мотивационной и личностной готовности к материнству. Мы выбрали только два компонента готовности к материнству, рассматривая их как наиболее значимые для принятия решения о рождении ребенка. Так как в рассматриваемый период девушки могут занимать и разное социальное положение, связанное с получением или завершением образования, необходимо сравнить готовность к материнству у девушек, обучающихся в школе, в университете и начавших профессиональную жизнь.

В исследовании приняли участие девушки в возрасте от 15 до 30 лет, не имеющие детей и не состоящие в браке. Общая выборка исследования составила 90 человек, из них тридцать девушек в возрасте 15-18 лет (группа 1), тридцать девушек 21-24 лет (группа 2), тридцать девушек 25-30 лет (группа 3).

В исследовании использовались три методики. Методика «Кто я?» позволяет выявить представленность разных социальных ролей и качеств в самосознании девушек, определить место и роль материнских качеств в структуре социальных ролей. Рисуночная методика «Мой будущий ребенок» позволяет выявить эмоциональные аспекты отношения к будущему ребенку. Последним испытуемым предлагался разработанный нами опросник, направленный на выявление информированности девушек по вопросам материнства, а также мотивации рождения ребенка. Девушкам предлагалось ответить на 12 вопросов об их отношении к материнству. В первом вопросе опросника испытуемым необходимо провести ранжировку 20 предложенных вариантов ответа, и это позволяет выявить предпочитаемые ими жизненные ориентации.

Результаты методики «Кто я?» М.Куна и Т. Макпартленда позволяют выявить, имеются в образе «Я» исследуемых девушек представления, относящиеся к категории «Я – будущая мать». Оказалось, что в самосознании девушек присутствуют различные представления о себе: «девушка», «дочка», «любимая», «сангвиник», «музыкант», «подруга», «художник», «оптимист», «учитель», «внучка», «спортсменка» а также «будущая мама», «будущая жена», «будущая мать и жена», «в будущем многодетная мать».

Наличие или отсутствие в самосознании образа «Я будущая мать» у девушек трех групп различается. В группе 1 образ «Я будущая мать» в самосознании представлен у

20% девушек, в группе 2 только у 10%, а в группе 3 – у 37%. Мы предполагаем, что это может быть связано с жизненными приоритетами девушек в разном возрасте. По критерию Фишера различия между 2-й и 3-й группами статистически значимы ($\phi^*_{\text{эмфир}} = 2.57$ при $\phi^*_{\text{кр}} = 2.3$, $p=0,01$). Наличие наибольшего числа указаний на образ будущей матери в самосознании девушек 25-30 лет может быть связан с тем, что в этом возрасте создание семьи и родительство являются особенно важными.

Анализ рисунков, полученных с помощью методики «Мой будущий ребенок», показал, что у большинства девушек имеется представление о будущем ребенке. Об этом свидетельствуют изображения детей на рисунках. У девушек всех групп есть рисунки, на которых отсутствует изображение как ребенка, так и матери, они подменяются различными символами: «оберегающие руки», «солнышко», «цветок», «радуга», «коляска», «воздушные шары-сердечки», «зайчик», «котенок». Такая подмена может свидетельствовать о том, что у девушек нет конкретного представления о ребенке, есть только обобщенное представление «ребенок вообще». Предпочтений в половой принадлежности ребенка у испытуемых 2-й и 3-й групп нет, примерно равное соотношение желаний иметь мальчика или девочку, но в 1-й группе предпочтение отдается девочкам. Возраст изображаемого ребенка варьирует от младенчества до взрослости. Девушки всех групп в большинстве изображают младенцев или детей дошкольного возраста. Такое изображение возраста детей соответствует изображению детей в подобных исследованиях беременных женщин (В.И. Брутман [1]). Можно предположить наличие такой же закономерности: чем младше возраст изображаемого ребенка, тем ярче и четче, конкретнее его образ у будущей матери, тем лучше он осознается. Девушки 25-30 лет чаще остальных рисуют беременных матерей. Эмоциональный фон рисунков позитивный.

На рисунках девушек 3-й группы изображение матери присутствует в 9 случаях, во 2-й группе в 3 случаях, а в 1-й группе лишь в одном случае. Связь матери с ребенком отражена на рисунках через расположение: изображены рядом, держатся за руки. Чем ближе друг к другу изображены мать и ребёнок, тем сильнее положительная эмоциональная связь и наоборот. У девушек 1-й группы связь матери с ребенком в рисунках практически не отражена. У девушек 3-й группы эта связь просматривается

более четко. В 3 случаях у девушек 3-й группы и в 2 случаях у девушек 2-й группы есть изображение беременной матери. Из всего выше сказанного можно заключить, что у девушек 3-й группы представления о себе как о будущих матерях более чёткие, осознанные по сравнению с девушками 1-й и 2-й групп. Для определения значимости различий между группами по показателям рисунка был использован критерий Пирсона χ^2 . Различия являются значимыми в изображениях матери и в общем эмоциональном фоне ($p=0.01$). По остальным критериям различия между группами не являются значимыми.

При ранжировании жизненных ценностей у исследуемых всех трех групп наиболее значимой является счастливая семейная жизнь. Для девушек 1-й группы также наиболее значимым является здоровье, самостоятельность, независимость. Для девушек 2-й группы – самообразование, интересная работа, здоровье. Для девушек 3-й группы – реализация родительских функций, духовная и физическая близость с любимым человеком. Наиболее высокий ранг по критерию реализации родительских функций у 3-й группы, затем у 1-й и самый низкий у 2-й группы. Относительно планирования беременности девушками прослеживается следующая закономерность. Большинство девушек 1-й группы планируют родить ребенка в ближайшие 5-10 лет, девушки 2-й группы – в ближайшие 3-5 и 5-10 лет. Девушки 3-й группы планируют рождение ребенка в ближайшее время и в ближайшие 3-5 лет. Чем младше девушка, тем позже она планирует стать матерью. Причиной того, что может заставить отложить решение завести ребенка, для девушек 1-й и 3-й групп является собственное нежелание, чувство неготовности к принятию роли матери. Для девушек 2-й группы это в первую очередь недостаточная материальная обеспеченность, отсутствие собственного жилья.

Проведенное исследование показывает, что именно социальная ситуация развития во многом определяет отношение девушек к родительству на определенном жизненном этапе. Так, возраст 15-18 лет – время становления тесных интимно-личностных отношений, выбора дальнейшего пути, где возможны различные варианты принятия решения, и один из них – создание семьи. Возможно, именно поэтому у некоторых девушек в сознании присутствует образ своего будущего ребенка и себя как будущей матери. Возраст 21-24 лет – это период окончания учёбы, профессионального

самоопределения. Девушки данного возраста менее всего идентифицируют себя с матерью, в их сознании нет четкого образа будущего ребенка. Возраст 25-30 лет – время создания семьи, самореализации в профессиональном плане. Вероятно поэтому девушки данного возраста чаще, чем остальные, видят себя как будущую мать, лучше осознают всю ответственность материнства и хотят в ближайшее время принять на себя новую для них роль – роль матери.

Список литературы

1. Брутман, В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. № 2. С.79-87.
2. Сапогова, Е. Е. Психология развития человека : Учебное пособие. М : Аспект Пресс, 2001.
3. Филиппова Г. Г. Психология материнства. Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.
4. Эриксон, Э. Идентичность : юность и кризис . М.: Прогресс, 1996.

Особенности эмоционального взаимодействия матери с ребенком, зачатие которого наступило с помощью ЭКО

Долгих А.Г., Захарова Е.И.

Кафедра возрастной психологии факультета психологии МГУ имени

М.В. Ломоносова

ag.dolgikh@mail.ru, e-i-z@yandex.ru

В настоящее время работа по преодолению бесплодия стала предметом исследования не только в медицине, но и в психологической науке, так как бесплодный брак приводит к психологической травме всех членов семьи и сопровождается психологическим дискомфортом. Столкнувшись с бесплодием, женщина становится

заложницей собственных переживаний, накладывающих отпечаток не только на ее психологическое состояние, но и на всю семью в целом. Болезненные процедуры диагностики и лечения бесплодия, необходимость следовать расписанию ведения половой жизни, осуждения близких – все это приводит женщину, страдающую бесплодием к ощущению собственной неполноценности, отражаясь на ее самооценке, повышая уровень тревожности и часто приводя к невротическим нарушениям (3). Поэтому, с одной стороны программа ЭКО – это шанс реализовать репродуктивную и воспитательную функции семьи, а с другой стороны, это большой риск для психологического состояния матери и дальнейшего взаимодействия с ребенком, рождение которого связано с многочисленными переживаниями.

Материнство в жизни женщины играет совершенно уникальную роль. Успешно реализованное материнство наполняет жизнь женщины смыслом, придавая ей все больше уверенности и оптимистического взгляда на жизнь. Для того, чтобы суметь испытать счастье материнства, женщина должна пройти длинный путь формирования внутренней материнской позиции, которую Е.И. Захарова определяет как «форму отражения, принятия и освоения женщиной своей социальной позиции матери» (1). А.С. Спиваковская рассматривает материнство с точки зрения родительской позиции, которую она видит как «реальную направленность, в основе которой лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми» (5).

Родительская позиция подразумевает наличие реального взаимодействия матери и ребенка и раскрывается путем овладения способами и представлениями о роли ребенка в жизни женщины.

Мы предполагаем, что сам процесс зачатия с помощью ЭКО может оказать влияние на эмоциональное взаимодействие между матерью и ребенком, формирование особенностей которого начинается уже в период ожидания ребенка.

Целью нашего исследования являлось выявление специфики материнской позиции женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО, в сравнении с материнской позиции женщин, беременность которых произошла естественным путем. В частности

нас интересовали особенности детско-родительских отношений между матерью и ребенком, зачатие которого произошло с помощью ЭКО.

В исследовании приняло участие 51 женщина.

Первая группа включала в себя 36 женщин в возрасте от 26 до 40 лет, родивших ребенка с помощью ЭКО. 35 женщин данной группы на момент исследования состояли в официальном браке, 1 женщина – в гражданском, имея от 1 до 2 детей в возрасте от 2 месяцев до 2 лет.

Вторая группа испытуемых состояла из 15 женщин от 29 до 39 лет, родивших ребенка естественным путем и имеющих бесплодие в анамнезе. Женщины этой группы на момент исследования состояли в браке и имели одного ребенка от 5 месяцев до 2,1 лет.

Для того, чтобы выявить особенности эмоционального взаимодействия с ребенком, зачатие которого наступило с помощью ЭКО, мы провели сравнительный анализ показателей обеих групп с помощью методики ОДРЭВ (2).

Анализ показателей особенностей детско-родительского взаимодействия свидетельствует о том, что в обеих группах балл по всем шкалам, кроме «безусловное принятие» и «стремление к телесному контакту» находится ниже критериальных значений. Мы склонны квалифицировать такие результаты как следствие низкой чувствительности по отношению к ребенку в обеих группах при наличии позитивного к нему отношения.

Что касается сравнительного анализа обеих групп, то можно отметить, что из 11 параметров опросника ОДРЭВ (3) по 6 имеются значимые статистические различия между группой женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО и группой женщин, беременность которых наступила естественным путем, а именно: шкала «понимание причин состояния ребенка» (U Манна–Уитни=94,000, $p=0,000$), шкала «чувства матери при взаимодействии с ребенком» (U Манна–Уитни=138,500, $p=0,005$), шкала «преобладающий эмоциональный фон» (U Манна–Уитни=109,500, $p=0,001$), шкала «эмоциональная поддержка» (U Манна–Уитни=35,000, $p=0,000$), шкала «ориентация на состояние ребенка» (U Манна–Уитни=170,000, $p=0,029$), шкала «умение воздействовать на состояние ребенка» (U Манна–Уитни=152,000, $p=0,014$)

Различия по характеристике «понимание причин состояния ребенка» могут быть обусловлены тем, что у женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО, чувствительность к проявлениям ребенка в целом ниже, чем у женщин, беременность которых наступила естественным путем. Ребенок по-прежнему воспринимается как «чудо», которое появилось вследствие стараний и переживаний матери. Такое отношение к ребенку находит свое отражение также в низких показателях характеристики «чувства при взаимодействии». Взаимодействие с ребенком может вызывать дискомфорт по причине недостаточной родительской компетентности. Женщины, беременность которых наступила с помощью ЭКО, могут уставать от общения с ребенком и не чувствовать его любовь. Зачастую это связано с непониманием эмоциональных и поведенческих проявлений ребенка по отношению к матери. Данный факт также подтверждается низкими показателями по шкале «умение воздействовать на состояние ребенка».

Анализируя значимые различия по шкале «оказание эмоциональной поддержки», можно сказать, что женщины, беременность которых наступила с помощью ЭКО, демонстрируют амбивалентное отношение к успехам, не уверены в необходимости поддерживать своего ребенка (детей). С одной стороны они рады успехам своего ребенка (детей), с другой – опасаются того, что не готовы поощрять таковых вследствие убежденности в том, что чрезмерная похвала может сделать ребенка непослушным, неуправляемым. избаловать и вывести поведение ребенка из-под их контроля. Такая родительская некомпетентность вызывает трудности для матери как воспитателя и для ребенка как субъекта усвоения норм и правил, установленных в семье.

Непонимание причин поведения ребенка, неудовлетворенность взаимодействием приводит к тому, что общее отношение к наступившему материнству характеризуется женщинами, беременность которых наступила с помощью ЭКО, общим недовольством, повышением голоса на ребенка, уставанием от общения и отсутствием гармоничного взаимодействия между матерью и ребенком.

В целом стоит отметить, что в большей степени различия между группами затрагивают такое качество, как чувствительность к ребенку и роли матери.

Несмотря на то, что женщины после ЭКО уже стали матерями, беременность для них по-прежнему остается ярко-окрашенным положительным событием, доставлявшим радость и счастье. Наступившее материнство оказывается для них более трудным и дискомфортным явлением в следствии эйфорического и нереалистического представления будущего. Собранные в ходе проведения исследования данные говорят о том, что забота о физическом состоянии ребенка (детей) доставляет им удовольствие и осуществляется на достаточно высоком уровне.

Дисгармоничность эмоционального взаимодействия выражается в отсутствии ориентация на состояние ребенка и, как следствие, в неумении воздействовать на него.

Список литературы

1. Захарова Е.И. Роль ценностно-смысловой ориентировки в психологической подготовке женщины к родам // Журнал практического психолога.–2002.- № 4–5. С. 53–60.
2. Захарова Е.И. Эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия // Психолог в детском саду, 2002г. №1, С.3-29.
3. Макарова А. А. Влияние тревожности во время беременности на развитие диады «мать–ребенок»: Автореф. дис. канд. наук. – Архангельск, 2006.
4. Петрова А. А. Материнские представления об индивидуально-психологических особенностях ребенка как фактор детско-родительского эмоционального взаимодействия. Дисс...канд. психол. наук. М., 2008.
5. Спиваковская А.С. Как быть родителями: (О психологии родительской любви). – М.: Педагогика, 1986.

Мотивы рождения первого и второго ребенка у женщин
«The motives of the birth of the first and second child»

Завгородняя И. В.

*доцент кафедры общей и социальной психологии ФГБОУ ВПО Воронежский
государственный университет, кандидат психологических наук, доцент
zavgorodnyai@mail.ru*

Современные тенденции общественного развития, связанные с изменениями отношений к семье и внутри самой семьи, с перераспределением традиционных обязанностей мужчины и женщины, их ролевых позиций и семейных установок, а также государственные программы, направленные на повышение рождаемости и численности населения, приводят к увеличению внимания к факторам, влияющим на репродуктивное поведение личности, в частности, к репродуктивной мотивации.

Исследователи оперируют целым рядом понятий, которые отражают различные аспекты репродуктивной мотивации, и в то же время в современной психологии используются как синонимы: репродуктивная мотивация, мотивация рождения ребенка, мотивы зачатия, мотивы сохранения беременности. Это связано со сложностью и многогранностью самого феномена мотивации, а также с трудностями содержательной дифференциации мотивов и их проявлений.

Анализ исследовательских работ позволяет утверждать, что понятия «мотивы зачатия» и «мотивы сохранения беременности» содержательно используются как синонимы. Однако их употребление осуществляется в рамках определенных контекстов.

К исследованию мотивов зачатия авторы обращаются, анализируя ситуацию зачатия, планирование беременности, подготовку к ней. Начало изучению влияния психосоциальных факторов на зачатие и развитие личности будущего ребенка было положено работами Э.Берна, который выделил «зачаточную установку». Мотивы сохранения беременности преимущественно изучаются в контексте решения вопроса о прерывании или отказа от прерывания наступившей беременности, чаще незапланированной. Данные мотивы могут рассматриваться как альтернативные

мотивам аборта. Выявление мотивов сохранения беременности является одной из ведущих задач предабортного психологического консультирования.

Следует отметить, что мотивы зачатия и мотивы сохранения беременности могут соотноситься с потребностью в наступлении беременности, но не обязательно отражать потребность в материнстве и стремление к рождению ребенка. Беременность, а вовсе не рождение ребенка и ее вынашивание, могут стать конечной целью женщины или пары, длительное время лечившейся от бесплодия. При несформированной личностной зрелости беременность может быть средством доказательства собственной фертильности (с возможностью последующего аборта), бегством от внутреннего ощущения одиночества (ни на миг не оставаться одной), уравниванием статуса с собственной матерью. Это приводит к неготовности к принятию ребенка и необходимой перестройке жизни родителей, что создает неблагоприятные условия для психического развития ребенка.

Для того чтобы акцентировать направленность женщины именно на рождение ребенка и реализацию материнства целесообразно обратиться к понятию мотивов рождения ребенка. Мотивы рождения ребенка – психические состояния личности, побуждающие индивида к достижению разного рода целей и личностной реализации через рождение определенного количества детей.

Ведущие мотивы рождения ребенка разнообразны. Как правило, существует несколько мотивов, которыми руководствуются мужчина и женщина, желая родить ребенка, но какой-то из этих мотивов все же станет основным.

Целью исследования является выявление особенностей мотивов рождения первого и второго ребенка у женщин.

В качестве методик исследования выступили: методика «Мотивы зачатия ребенка» (О.А. Урсова), методика исследования мотивов сохранения беременности (Л.Н. Рабовалюк).

Эмпирической базой исследования являются: МБУЗ ГО г. Воронеж, Женская консультация при городской клинической больнице № 16; Перинатальный центр БУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1»; БУЗ ВО «Семилукская РБ им. А.В. Гончарова».

В исследовании приняли участие 162 беременные женщины, среди них 83 – беременные первым ребенком (25 человек – 1 триместр, 28 человек – триместр, 30 человек – 3 триместр) и 79 беременных вторым ребенком (25 человек – 1 триместр, 25 человек – второй триместр, 29 человек – 3 триместр).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью критерия U-критерия Манна-Уитни с использованием статистического пакета SPSS 11.0 for Windows.

Полученные результаты позволяют говорить о наличии статистически значимых различий между женщинами, беременными первым и вторым ребенком, по следующим мотивам: мотив сплочения семьи ($U = 260; \alpha < 0,01$), мотив заботы и любви ($U = 242; \alpha < 0,01$) и мотив счастья ($U = 248; \alpha < 0,01$). Обозначенные мотивы больше выражены у женщин, ожидающих второго ребенка. Это свидетельствует о том, что рождение ребенка они связывают с установлением взаимопонимания и близости с мужем, сплочением семьи, решением каких-то семейных проблем, направлены на проявление любви, ласки и заботы по отношению к ребенку, рассматривают его как высшее счастье в жизни, испытывают ощущение счастья, ожидая ребенка.

Обратимся к анализу различий мотивов рождения ребенка у женщин по триместрам беременности. Наибольшее число статистически значимых различий прослеживается у женщин второго триместра, ожидающих второго ребенка. Они обладают более высокими значениями по следующим мотивам:

- мотиву полноты семьи по сравнению с беременными первого триместра, ожидающими первого ребенка ($U = 246; \alpha < 0,01$), т.е. женщины, ожидающие второго ребенка, считают, что без него их семья не является достаточно полной и им не хватает ребенка;

- мотиву заботы и любви по сравнению с женщинами второго триместра, ожидающими первого ребенка ($U = 260; \alpha < 0,01$), следовательно, женщины, ожидающие второго ребенка, хотят выражать ему свою ласку и любовь, считают, что в жизни надо о ком-то заботиться, прежде всего, о ребенке;

- мотиву продолжения рода, мотиву смысла жизни и мотиву счастья по сравнению с беременными третьего триместра, ожидающими первого ребенка ($U = 248;$

$U = 242$; $U = 260$; $\alpha < 0,01$). Это дает основание говорить, что женщинам, беременным вторым ребенком, достаточно важно оставить после себя определенный след в виде потомства, позволяющего продолжить свой род. Они считают, что их жизнь без ребенка не может быть признана состоявшейся, а ребенок является основным смыслом и высшим счастьем в их жизни, без него жизнь тускла и безрадостна.

Наряду с этим установлено, что у женщин, ожидающих первого ребенка, во втором триместре более высокие значения по мотиву ответственности, чем у женщин третьего триместра, ожидающих второго ребенка ($U = 262$; $\alpha < 0,01$). Это проявляется в том, что беременные, ожидающие первого ребенка, готовы воспринимать его как полноценную и самостоятельную личность, а общение с ним как интересный, ответственный и творческий процесс. Можно предположить, что женщины, не имеющие реального опыта общения со своим ребенком, ожидают видеть его более самостоятельным и независимым, чем женщины, уже имеющие ребенка.

У женщин первого триместра, ожидающих второго ребенка, более высокие значения по мотиву заботы и любви и мотиву воплощения нереализованных планов и желаний матери через ребенка по сравнению с женщинами второго триместра, ожидающих первого ребенка ($U = 260$; $U = 246$; $\alpha < 0,01$). Беременные, ожидающие второго ребенка, направлены на проявление любви и заботы по отношению к нему, но в то же время считают, что их жизнь будет продолжаться через детей, беременность и дети позволят им чувствовать себя кому-нибудь нужной, ребенок будет помощником по дому и в старости.

Женщины третьего триместра, ожидающие второго ребенка, обладают более высокими значениями по мотиву смысла жизни, мотиву счастья и одновременно переживаниям тревоги относительно материнства по сравнению с женщинами второго триместра, ожидающими первого ребенка ($U = 248$; $U = 238$; $U = 260$; $\alpha < 0,01$). Следовательно, женщины, ожидающие второго ребенка, с одной стороны, они видят смысл жизни в ребенке и считают его счастьем своей жизни, а с другой стороны, переживают, что не смогут достаточно заботиться и уделять внимания своему ребенку, считают, что дети не позволят проводить время с мужем, доставляют беспокойство и влекут появление новых проблем.

Полученные результаты изучения мотивов рождения первого и второго ребенка у женщин позволяют сформулировать следующие выводы:

1. Второй триместр беременности можно рассматривать как сензитивный для становления репродуктивной мотивации как по отношению к конкретному вынашиваемому ребенку, так и в целом.

2. Женщины, ожидающие первого ребенка, более ориентированы на его самостоятельность и независимость, чем женщины, уже имеющие опыт реального взаимодействия со своим ребенком.

3. Спектр репродуктивных мотивов у женщин, ожидающих второго ребенка, шире, чем у женщин, ожидающих первого ребенка. Это дает основание утверждать, что опыт материнства и взаимодействия с детьми актуализирует и развивает мотивы рождения ребенка.

4. Рассматривая мотивы как устойчивые личностные образования, следует отметить, что женщины, изначально обладающие более развитой репродуктивной мотивацией, более склонны к рождению второго и последующих детей.

Отношение к беременности у женщин как системообразующий компонент материнской позиции

Завгородняя И.В.

ФГБОУ ВПО «Воронежский государственный университет», Воронеж, Россия

zavgorodnyai@mail.ru

Ключевые слова: беременность, отношение к беременности, эмоционально-смысло-телесный комплекс беременности, материнская позиция.

Период беременности играет огромную роль в жизни женщины. Основным выступает решение о вынашивании ребенка, за которым следуют телесные изменения, преобразования в эмоциональной сфере и привычном образе жизни. Меняется

социальная роль женщины, ее ценности и приоритеты, представления о себе, что, несомненно, отражается на отношениях беременной с окружающими, и прежде всего, с членами семьи. Интегральным отражением происходящих преобразований становится отношение женщины к беременности.

Отношение к беременности у женщины складывается на основе интрацептивных ощущений плода и комплекса телесных переживаний, эмоционального реагирования на свое состояние и будущего ребенка, комплекса представлений о беременности и личностного смысла ситуации беременности. С одной стороны, это отношение оказывает влияние на внутриутробное развитие психики ребенка, а с другой – играет важную роль в становлении детско-родительских отношений и стиля воспитания.

Основными аспектами отношений, изучаемых в контексте периода ожидания ребенка, выступают: отношение к беременности, отношение к будущему ребенку и отношение к материнству. Они являются составляющими более общего образования – материнского отношения, основы которого закладываются в период беременности, развитие продолжается при первых контактах с новорожденным ребенком и осуществляется после рождения ребенка.

Анализ существующих на сегодняшний день понятий, отражающих различные психофизиологические аспекты беременности, позволяет говорить об их значительном разнообразии и дает возможность разделить их на три условные группы.

В первую группу можно включить понятия, акцентирующие роль физиологических изменений и телесных ощущений в развитии психологических состояний женщины в период беременности: гестационная доминанта (И.А. Аршавский, 1957); телесно-эмоциональный комплекс беременности (В.И. Брутман, 1996); синдром беременности (Н.В. Боровикова, 1998).

Вторую группу составляют понятия, подчеркивающие изменения психологического состояния (прежде всего эмоционального) в ответ на новые условия существования женщины в материнской позиции: психологический компонент гестационной доминанты (И.В. Добряков, 1996); интрапсихическая картина беременности (Н.А. Марфина, 1997); стиль переживания беременности (Г.Г. Филиппова, 1997); внутренняя картина беременности (В.В. Николаева, Е.Б. Айвазян, Е.Г. Арина,

2002; М.А. Нечаева, 2005); внутренняя материнская позиция (Е.И. Захарова, 2002; Е.Б. Айвазян, 2005).

Понятия третьей группы отражают становление системы «мать-ребенок», начиная с периода беременности: перинатальная психологическая общность (Ю.Б. Шмурак, 1994).

В большинстве определений, раскрывающих содержание указанных понятий, присутствует категория отношения, через которую раскрываются психологические проявления беременности. Это дает основание утверждать, что отношение к беременности выступает системообразующим компонентом становления материнской позиции и поведения, направленных на обеспечение благоприятных условий для развития ребенка.

Основные направления исследований беременности, несмотря на существенные содержательные и понятийные различия, обладают общей линией анализа. Они выделяют эмоциональные переживания беременности, возникающие в ответ на смысловую значимость для женщины ожидания ребенка и происходящие в ее организме телесные изменения. Следовательно, можно говорить о существовании «эмоционально-смысло-телесного комплекса беременности», содержание которого позволяет проследить отношение к беременности.

Основанием для выделения данного комплекса являются работы исследователей, изучающих различные аспекты беременности в контексте отношения женщины к ней. Прежде всего, это выделение и описание стилей переживания беременности (Г.Г. Филиппова) и типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) (И.В. Добряков).

Стиль переживания беременности рассматривается как физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности, динамику переживаний ее симптоматики по триместрам беременности, переживание шевелений и содержание активности женщины по триместрам (6). Типология стилей переживания беременности (адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий) основана на содержании эмоционально-смыслового отношения женщины к своей беременности, но также отражает телесные состояния в период ожидания

ребенка. Прослежена преемственность стилей переживания беременности и материнского отношения.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности и направленных на сохранение беременности, создание условий для развития будущего ребенка и формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы (2). Типология ПКГД представлена оптимальным, тревожным, депрессивным, эйфорическим и гипогестногностическим (игнорирующим) типами. Каждый из них отражает эмоциональные переживания женщины, отношение к своему здоровью и телесным изменениям.

Другой аспект исследований связан изучением и описанием целостных феноменов субъективной картины беременности. Для этого Н.А. Марфиной предложено понятие «интрапсихическая картина беременности» (ИКБ) (3). ИКБ – вся совокупность переживаний и отношений личности в связи с беременностью, интериоризацией материнской роли, трансформацией социальной позиции, обусловленной предстоящим родительством в контексте самоактуализации. Автор предлагает типологию ИКБ, основанную на личностном смысле беременности: гармонический, инфантильно-эгоцентрический, психофизиологическо-самоактуализационный и пассивно-негативный типы. Выделенные типы выступают в качестве социально-психологических факторов, оказывающих влияние на развитие позднего токсикоза. Подчеркивается, что физиологические особенности процесса гестации зависят от содержательной стороны личностных смыслов.

Субъективная картина беременности также изучается в рамках исследований внутренней картины беременности (ВКБер) (4, 5). ВКБер – психологическое новообразование, формирующееся в контексте онтогенеза материнской сферы женщины и проявляющееся развернуто в период беременности. Она характеризуется восприятием, осознанием, переживанием беременности и отношением к этому состоянию.

Третий аспект исследований беременности связан с изучением телесных проявлений во время беременности и отношения к ним женщины. Г.А. Арина (см. 5)

предполагает проявление механизма «когнитивного подтверждения аффективного отношения» у беременных, который заключается в субъективной оценке женщинами размеров собственного живота в соответствии с отношением к беременности. При позитивном отношении наблюдается радость по поводу заметного увеличения живота или разочарование в случае кажущихся недостаточно выраженных размеров фигуры. При негативном отношении к беременности прослеживается отрицательная оценка увеличившегося живота. При амбивалентном отношении присутствует гордость в связи с длительным сохранением стройности.

На восприятие телесных изменений в соответствии с личностным смыслом беременности обратил внимание В.И. Брутман (1). Он описал телесно-эмоциональный комплекс беременности у женщин-отказниц. В случае нежеланной беременности автор выделяет два варианта состояний – атиофориогнозия (игнорировании ее симптомов, «забывании» беременности) и гиперпатия беременности (резко негативные ощущения и переживания, поиск путей плодозгнания, инфантицидные фантазии).

Эмоционально-смысло-телесный комплекс беременности – состояние женщины во время беременности, характеризующееся эмоциональным переживанием симптоматики беременности на фоне ее личностно-смысловой оценки. В его содержании проявляется отношение к беременности.

Отношение к беременности – это личностно значимое эмоционально-образное отражение женщиной состояний беременности, сопровождающееся характерным поведением. Оно является одной из составляющих материнского отношения, наряду с отношением к будущему ребенку и к материнству.

Целью проводимого исследования является выявление отношения к беременности у женщин.

В качестве базы эмпирического исследования выступили МБУЗ ГО г. Воронеж, Женская консультация при городской клинической больнице № 16; БУЗ ВО «Семилукская РБ им. А.В. Гончарова». Объектом эмпирического исследования являются беременные первым ребенком женщины 1-3 триместров в возрасте от 20 до 35 лет, соматически здоровые, с первой неосложненной беременностью, состоящие в первом

браке. Общий объем выборки составил 90 человек (28 беременных 1 триместра, 29 беременных 2 триместра и 33 беременные 3 триместра).

В качестве методик исследования выступили: Тест отношений беременной (ТОБ) (И.В. Добряков); «Цветовой тест отношений» (ЦТО) (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд); Проективная рисуночная методика «Моя беременность» (Г.Г. Филиппова).

Применение методики Теста отношений беременной (ТОБ) (И.В. Добряков) позволило выявить типы психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) у беременных, дающие возможность проследить их отношение к беременности.

Полученные результаты свидетельствуют о преобладании у беременных женщин оптимального ПКГД (среднее значение – 4,5). Это выражается в том, что большинство беременных с радостью, ответственно, без лишней тревоги относятся к беременности, адекватно реагируют на возникающие трудности, стараются конструктивно с ними справиться. Беременность не заставляет женщину существенно менять образ жизни, поскольку рождение ребенка входило в ее жизненные планы, однако при необходимости она идет на требуемые ограничения. Беременной комфортно в обществе родных и близких, отношения с ними благоприятные. Беременность, как правило, желанна обоими супругами. Отношения с мужем теплые и гармоничные. Женщина старается представлять себе ребенка, общается с ним. Отношение к ребенку характеризуется любовью и ответственностью.

Следующим по мере выраженности является эйфорический тип ПКГД (среднее значение – 2,75). Данный тип характеризуется повышенным тоном настроения женщин, выраженной позитивностью и высокой уверенностью в благополучном течение беременности и исходе родов. Однако эйфория приводит к нечувствительности беременных к объективной реальности. При наступлении беременности женщины становятся претенциозными, требующими к себе повышенного внимания и особого отношения. Нередко это создает напряженность в отношениях с окружающими людьми. При этом беременные считают, что они становятся еще привлекательнее в глазах мужа, могут манипулировать им для изменения отношения к себе. Женщины декларируют чрезмерную любовь по отношению к будущему ребенку, любят фантазировать по поводу того, как он выглядит, каким будет после родов. Они уверены, что ребенок будет

самым лучшим, самым умным, самым красивым. Подобное фантазирование может приводить к разочарованию при первой встрече с ребенком после родов. В целом отношение женщины к возможным проблемам беременности и материнства не критично.

Менее выраженным по сравнению с предыдущими типами является тревожный тип ПКГД (среднее значение – 0,8). Он отличается высокой тревожностью беременных как устойчивой личностной характеристикой. Для них наступление беременности связано с возникновением дурных предчувствий, постоянным нервным напряжением. Женщины боятся осложнений беременности, постоянно беспокоятся о будущем ребенке. Им кажется, что муж стал к ним хуже относиться, возникают опасения остаться одной с ребенком. Полагают, что в родах может что-то нехорошее случиться либо с ними, либо с ребенком, либо с обоими. Они относятся к беременности как к соматическому болезненному состоянию.

Близким по выраженности к тревожному типу является гипогестогнозический тип ПКГД (среднее значение – 0,7), который характерен для женщин с явным или скрытым бессознательным неприятием беременности. Женщины с данным типом ПКГД как бы забывают о беременности, стараются не замечать ее проявления, не склонны менять свой образ жизни. Отношение мужчины к наступившей беременности часто не интересует женщину. Родным и близким о беременности либо не сообщается, либо не придается этому особого значения. Ребенка женщина старается не замечать даже после начала шевелений, не предпринимает попыток установить с ним контакт, не представляет себе, каким будет ребенок.

Наименее выраженным является депрессивный тип ПКГД (среднее значение – 0,1), проявляющийся резко сниженным фоном настроения беременной. Женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что не хочет его, не верит в свою способность выносить и вырастить здорового ребенка, боится умереть в родах, стать плохой матерью. Беспокоятся, что их ребенок будет каким-нибудь неполноценным. Часто возникают идеи о собственном уродстве, т.е. дисморфоманические идеи. Женщины считают, что беременность изуродовала их, боятся быть покинутой мужем, часто плачут, если в семье не понимают, что женщина нездорова, это действительно может ухудшить ее отношения

с родными. Это еще больше усугубляет состояние беременной. Такие женщины особенно нуждаются в помощи психотерапевта.

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о преобладании позитивного отношения женщин к своей беременности, готовности преобразовывать свой образ жизни в соответствии с изменившимся состоянием в связи с ожиданием будущего ребенка. Большинство женщин рады наступившей беременности, направлены на установления контакта с будущим ребенком, положительно воспринимают происходящие изменения. Однако наличие эйфорических проявлений отношения к беременности может создавать излишний оптимизм, вызывать переоценку собственных возможностей и приводить к некритичности в отражении своего состояния и жизненной ситуации в целом.

Изучение отношения к беременности у женщин также осуществлялось с помощью методики «Цветовой тест отношений» (ЦТО) (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд). Согласно полученным результатам наиболее часто выбираемыми женщинами цветами являются желтый, зеленый и красный. Желтый цвет выбран большинством беременных для обозначения отношения к ребенку (55,5 %), к беременности (52,3 %), к грудному вскармливанию (36,7 %), к себе во время беременности (30,0 %) и к близким родственникам (26,6 %). Это подчеркивает позитивность отношения женщин к данным категориям. Беременные испытывают радостные надежды, ожидание большого счастья в связи с вынашиванием и рождением ребенка, а также последующим грудным вскармливанием. Принимают себя и свое состояние, готовы к предстоящим изменениям. Женщины направлены в будущее, стремятся к происходящим изменениям, проявляют веселость и общительность при взаимодействии с близкими родственниками. Для беременных свойственна потребность надеяться на будущее, быть эмоционально вовлеченными в жизненные события и защищенными в социальном плане.

Зеленый цвет выбран беременными преимущественно для обозначения здоровья во время беременности (34,6 %) и образа жизни во время беременности (33,4%). Следовательно, в период беременности для женщин актуальна потребность в самоутверждении, в отстаивании собственных позиций, особенно применительно к складывающемуся образу жизни и состоянию здоровья, что может быть связано с

некоторой сопротивляемостью происходящим изменениям. В плане здоровья и образа жизни беременные могут проявлять настойчивость, упрямство, желание привести все в порядок, испытывать самоуважение и производить впечатление.

Красный цвет преимущественно выбран для обозначения родов (35,6 %), что свидетельствует об активном отношении к данному процессу, необходимости проявления силы воли, целенаправленности, высокой поисковой активности, возможно даже агрессивности. Отношение к родам основано на потребности действовать, добиваться успеха. Однако следует отметить, что именно по отношению к родам присутствует наибольшее количество выборов фиолетового цвета (15,5 %). Это может свидетельствовать о затрудненности адаптации к процессу родов, эмоциональной противоречивости, основанной на потребности в уходе от реальной действительности, сглаживанию предстоящих трудностей. Отношение к мужу связано с выбором двух цветов – синего (23,4 %) и красного (22,2 %). Следовательно, с одной стороны, беременные относятся к мужу с позиции потребности в привязанности и удовлетворенности, в том числе и как к возможности достижения внешней защиты, эмоционального комфорта и покоя. Женщины испытывают по отношению к мужу нежность, спокойствие, доверие, сопереживание. С другой стороны, беременными муж воспринимается как источник активности, силы воли, сексуальности, целенаправленности, возможно даже властности, а также потребности действовать, лидировать. Это подчеркивает важность роли мужа, будущего отца ребенка для ощущения социальной защищенности беременной женщины и гармонизации ее психологического состояния во время ожидания и рождения ребенка.

Следует отметить выбор серого цвета (18,9 %) по отношению к грудному вскармливанию как наиболее часто встречающийся из перечня других категорий отношения к беременности. Это указывает на невключенность некоторых женщин в размышления о предстоящем кормлении грудью ребенка, отсутствие таких обязательств в данный период времени, успокоение и пассивность. Однако такое отношение к грудному вскармливанию может олицетворять его низкую значимость для женщины и отсутствие стремления кормить ребенка грудью, что требует внимательного отношения со стороны специалистов. Применение проективной рисуночной методика «Моя

беременность» (Г.Г. Филиппова) позволило дополнить полученные данные по изучению отношения женщин к беременности.

Результаты свидетельствуют о том, что для большинства женщин в отношении к беременности характерны тревога и некоторая неуверенность в себе (54,5 %). Они могут проявляться в связи с изменениями собственного физического и психологического состояния, в связи с отсутствием навыков установления контакта и ухода за ребенком, в связи с материальными и социальными трудностями. Тревога и неуверенность в себе вполне характерны для первой беременности, поскольку непосредственный опыт вынашивания, рождения и последующего взаимодействия с ребенком отсутствует. Соотношение результатов, полученных с помощью рисуночной методики «Моя беременность» и Теста отношений беременной (ТОБ), позволяет предположить, что проявления эйфории на протяжении первой беременности могут служить своеобразной маскировкой тревожного состояния, выявляемого более четко с помощью проективной методики, нежели с помощью опросника. Это свидетельствует о важности обращения внимания специалистов, работающих с беременными, на наличие эйфорических состояний, снижающих критичность и мешающих адекватной подготовке к рождению ребенка. Принятие беременности выявлено у 28,8 % беременных. Это проявляется в позитивном отношении к беременности, принятии ребенка и своего состояния, что связано с осознанием своего состояния, адаптацией, снижением дискомфорта. Принятие беременности может выступать проявлением психологической готовности к материнству, а также основываться на реальном опыте взаимодействия с детьми родственников и близких. Конфликт с беременностью прослеживается у 16,6 % беременных, что проявляется в виде неприятия беременности, переживания дискомфорта от физического состояния, резких отрицательных эмоций при идентификации беременности и начале шевелений, наличия страхов перед родами, что создает риск развития депрессивных состояний.

Таким образом, в качестве основных выводов по результатам изучения отношения к беременности у женщин можно сформулировать следующие:

1. У большинства беременных первым ребенком женщин наблюдается оптимальное, позитивное отношение к беременности и к будущему ребенку. Они

испытывают радостные надежды и ожидания счастья в связи вынашиванием и рождением ребенка, принимают себя и свое состояние, направлены на общение и взаимодействие с близкими родственниками, испытывают потребность в социальной защищенности. Достаточно часто позитивное отношение к беременности окрашивается эйфорией, которая снижает критичность восприятия своего состояния и возможностей и отражается на взаимодействии с окружающими, прежде всего с мужем.

2. Для периода беременности характерно наличие тревожного отношения к своему состоянию и к происходящим изменениям, что связано с неопределенностью ситуации вынашивания и рождения первого ребенка.

3. У беременных прослеживается настойчивое отношение и стремление отстаивать собственные позиции применительно к образу жизни и здоровью, что основывается на некоторой сопротивляемости происходящим изменениям, потребности в самоутверждении в связи с переходом к новой социальной роли.

4. Для большинства беременных характерно активное отношение к родам, проявляющееся целеустремленностью, высокой поисковой активностью, желанием действовать и добиваться успеха при наличии эмоциональной противоречивости, стремлении минимизировать предстоящие трудности.

5. Отношение к мужу у беременных отличается проявлением нежности, спокойствия, доверия, потребности в привязанности, с одной стороны, и видением в нем источника активности, силы воли, потребности действовать, с другой. Это подчеркивает значимость роли мужа и будущего отца для гармонизации психологического состояния беременной женщины и ее ощущения социальной защищенности.

Список литературы

1. Брутман В. И. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности / В. И. Брутман, М. С. Радионова // *Вопр. психологии.* – 1997. – № 6. – С. 38–47.

2. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.

3. Марфина Н.А. Соматопсихологические и психосоматические соотношения при позднем токсикозе с гипертензивными нарушениями у беременных : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Марфина. – Уфа, 1997. – 24 с.

4. Нечаева М.А. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития / М.А. Нечаева, Л.Ф. Рыбалова, А.В. Штрахова. – Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 2005. – 60 с.

5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М. : МГУ, 1987. – 214 с.

6. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие / Г.Г. Филиппова. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

Качество межличностных отношений как условие принятия родительской позиции

Захарова Е.И.

МГУ имени М.В. Ломоносова, факультет психологии, Москва, Россия

E-I-Z@yandex.ru

Появление ребенка в семье становится значимым жизненным событием для любого человека, открывающим для него новый период жизни. Признавая его исключительную значимость, о периоде вступления в родительство приходится говорить как о кризисном для взрослого человека становящегося родителем. Перед ним встает новая задача развития, которая может быть обозначена как освоение новой социальной позиции [1]. Существующая как социо-культурный феномен родительская позиция должна быть не только освоена в ходе осуществления родительской деятельности, но и присвоена. Взрослый человек становится родителем тогда, когда принимает новую для

себя роль в качестве составляющей собственной личности, трансформирует внешнюю социальную позицию во внутреннюю позицию родителя. Успешность этого «превращения» зависит от многих условий.

В данном случае мы хотели сосредоточить свое внимание на одном из них – зрелости личности родителя. С учетом того, что категория «зрелость» определена в психологии далеко не однозначно, приходится говорить о ней как о сложном образовании, в структуре которого можно выделить несколько содержательных компонентов [4]. Выделение видов зрелости обусловлено наличием нескольких линий развития человека, в каждой из которых можно обозначить свои «вершины». Так, представляется возможным наметить такие линии как: развитие межличностных отношений (социальное развитие), совершенствование способности к организации деятельности (познавательное развитие и саморегуляция) и развитие самосознания (личностное развитие).

Целью нашего исследования стал анализ связи успешности становления родительской позиции со зрелостью личности определяющей качество ее межличностных отношений. Традиционно в качестве характеристик зрелости личности в сфере межличностных отношений называют способность любить и заботиться, сочувствие, эмпатия, терпимость, принятие, позитивное самоотношение [2].

В качестве задач исследования выступили:

– анализ связи успешности присвоения родительской позиции с наличием у женщин таких качеств личностной зрелости, как эмпатия, толерантность и близость в межличностных отношениях;

– анализ связи успешности присвоения родительской позиции с наличием у женщин позитивного отношения к себе как качества зрелой личности.

В исследовании приняли участие 40 беременных первым ребенком женщин в возрасте от 21 года до 37 лет, без медицинских проблем в анамнезе. Женщины находились на сроках беременности от 20 до 37 недель.

Средствами реализации задач исследования стали такие методики, как рисуночная методика «Я и мой ребенок», методика незаконченных предложений, направленная на диагностику присвоения родительской позиции в целом и таких параметров

родительской позиции, как зависимость от ребенка; руководство поведением ребенка, ответственность за него; эмоциональная поддержка, удовлетворение потребности ребёнка в любви и уважении. Данные, полученные с помощью указанных средств, отличались высокой степенью согласованности.

С целью определения зрелости в сфере межличностных отношений ожидающих ребенка женщин были использованы такие методики, как методика диагностики уровня эмпатических способностей и методика оценки коммуникативной нетерпимости В.В. Бойко, а также опросник самоотношения В.В. Столина [3].

Анализ качества отношений по группе в целом показал, что для опрошенных характерен низкий уровень эмпатии (ниже среднего), средний уровень коммуникативной нетерпимости, очень высокий уровень глобального самоотношения и почти всех его компонентов. Однако иерархический кластерный анализ показателей позволил разделить выборку на две группы. Первая группа, в которую вошло 80% выборки, отличалась более высоким уровнем таких качеств зрелости личности, как эмпатия, толерантность и позитивное самоотношение. Вторая группа женщин (20% выборки) не обладала указанными качествами, что позволило говорить о низком уровне их зрелости в межличностных отношениях.

Статистический анализ свидетельствует о значимости зафиксированных различий по всем указанным параметрам. Использование критерия Манна-Уитни позволяет с уверенностью говорить том, что женщины первой группы обладают более высоким уровнем идентификации в эмпатии (значение критерия $U = 31,500$ при уровне значимости $p < 0,005$), более высоким уровнем самоуважения (значение критерия $U = 66,000$ при уровне значимости $p < 0,005$) и самопринятия (значение критерия $U = 44,500$ при уровне значимости $p < 0,005$), более высоким уровнем ожидаемого отношения от других (значение критерия $U = 44,000$ при уровне значимости $p < 0,005$), более высоким уровнем саморуководства (значение критерия $U = 62,500$ при уровне значимости $p < 0,005$). Кроме того, женщин из первой группы отличают более низкие значения коммуникативной нетерпимости (различия значимы на уровне $p < 0,001$). Указанные различия свидетельствуют о том, что женщины первой группы обладают способностью понять другого человека на основе сопереживания, поставив себя на его

место. Они в большей степени склонны высоко оценивать себя на основании социально значимых критериев и испытывают более сильное чувство симпатии к себе. Живя в согласии со своими внутренними побуждениями, они в большей степени склонны принимать себя со всеми достоинствами и недостатками. Отношение к себе окружающих людей они видят в большей степени доброжелательным, да и сами они более терпимы во взаимодействии с ними.

Высказанное предположение получило подтверждение при сравнении особенностей присвоения родительской позиции женщинами двух выделенных групп. Анализ результатов рисуночной методики «Я и мой ребенок» показал недостаточную степень присвоения женщинами родительской позиции. В группе женщин с высокой степенью зрелости социальных отношений только в 33% случаев было зафиксировано наличие позитивного отношения к родительской позиции, в то время как принимающие родительскую позицию женщины во второй группе отсутствовали.

Подтверждение зафиксированной тенденции было получено с помощью методики незаконченных предложений. Обладающие высоким уровнем зрелости социальных отношений женщины, в большей степени склонны принимать как отдельные элементы родительской позиции, так и ее в целом.

Среднее количество высказываний, которые относятся к категории «принятие родительской позиции в целом», у зрелых женщин составляет 13,3, у незрелых – 9,6. Эти различия значимы на уровне $p < 0,005$; значение критерия Манна-Уитни составляет $U = 40,500$.

Среднее количество высказываний, которые относятся к категории «принятие ответственности», у зрелых женщин составляет 4,2, у незрелых – 3,1. Эти различия значимы на уровне $p < 0,05$; значение критерия Манна-Уитни составляет $U = 59,000$.

Среднее количество высказываний, которые относятся к категории «принятие эмоциональной поддержки», у зрелых женщин составляет 5,0, у незрелых – 3,5. Эти различия значимы на уровне $p < 0,005$; значение критерия Манна-Уитни составляет $U = 43,500$.

Итак, результаты эмпирического исследования позволяют сделать выводы о том, что:

1. Такие качества зрелой личности, как эмпатия, толерантность и позитивное отношение к себе составляют единый комплекс, наличие которого свидетельствует о зрелости личности в сфере выстраиваемых социальных отношений;

2. Женщины, отличающиеся зрелостью социальных отношений, демонстрируют высокую готовность к принятию родительской позиции. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что:

– Значительный вклад в успешное принятие такого аспекта родительской позиции, как зависимость от ребенка, вносит эмпатия. Наибольшую роль при этом играет развитость у женщины интуитивного канала эмпатии

– Успешность присвоения родительской позиции значимо связана с уровнем таких компонентов самоотношения, как самоуверенность ($p < 0,05$) и отраженное отношение к себе ($p < 0,05$). Данные качества позволяют женщине построить благоприятный прогноз в отношении ее успешности в новой для нее материнской роли. Она более спокойно и уверенно приступает к ее освоению.

– Серьезным препятствием на пути присвоения родительской позиции становится коммуникативная нетерпимость.

Опираясь на результаты исследования можно с уверенностью сказать о том, что успешность овладения родительской ролью подготавливается всем ходом личностного развития.

Список литературы

1. Захарова Е.И. Психология освоения родительства: науч. моногр. М.: ИИУ МГОУ, 2014.
2. Олпорт Г. Структура и развитие личности // Становление личности: Избр. труды. М.: Смысл, 2002.

3. Практическая психодиагностика : методики и тесты / ред. - сост. Д. Я. Райгородский. - Самара : Бахрах-М, 2011.
4. Психология человека от рождения до смерти / Под ред. А.А. Реана. СПб.: Прайм-Еврознак, 2002.

Психологические особенности девушек, имеющих абортированных сиблингов
Psychological characteristics of women with aborted siblings

Козырева В. В.

доцент кафедры социальной и общей психологии Российского государственного социального университета, кандидат психологических наук, Москва, Россия

val_kozyreva@mail.ru

Проблема абортот находится в числе тех, которые можно оценить как острейшие на сегодняшний день, когда социальный заказ общества на жизнь без абортот, на исправление демографической ситуации необычайно вырос.

История изучения этого вопроса в психологии началась с психоаналитиков. Одной из первых психоаналитиков, кто сосредоточился на ранних отношениях ребенка с матерью как главном факторе развития личности, была Мелани Кляйн. Она подчеркивала, что новорожденный страдает от тревоги преследования, которая актуализируется травмой рождения и утратой внутриутробного состояния. Затянувшиеся же или чем-то осложненные роды могут усилить эту тревогу. Помимо этого, есть и другой источник опасности для ребенка – это фрустрирующие внешние условия и поведение матери, особенно если речь идет о нежеланной беременности. Страх преследования и депрессивная тревога – главные факторы психического развития младенца, а если его появление на свет не приносит радости его матери, то уровень их воздействия намного выше, особенно если учитывать, что именно они лежат в основе формирования психических расстройств [1].

Алисон Хантер и Шерли Уорд, опираясь на гипотезу Франка Лейка о том, что через пуповину плоду передается любой травматичный опыт, пережитый матерью во время беременности, обнаружили, что все события внутриутробного периода и процесса родов навсегда отпечатываются в подсознании в виде некоего первичного сценария. Например, если плод перед рождением был перевернут, такие люди впоследствии в жизни ходят кругами, боятся браться за новое дело. Людям, извлеченным с помощью щипцов, свойственна двойственность, а серьезная болезнь матери во время беременности может привести к тому, что ребенок сам будет всю жизнь болеть, неся ее (болезнь) как воспоминание. Они утверждали, что плод, переживший попытку неудачного аборта, помнит о своей нежеланности и о грозящей ему опасности, и это в будущем может негативно влиять на развитие его личности [6].

Перенесенным абортам большое внимание уделяется в краткосрочной системно-семейной психотерапии и феноменологическом подходе Берта Хеллингера. В ходе работы с расстановками часто вскрывается масса проблем, связанных именно с прерванной в прошлом беременностью. Эти проблемы могут касаться всех членов семьи, в том числе и рожденных в такой семье детей. По его мнению, влияние умерших на живущих, как и живущих на умерших, взаимно. Особенно велико это влияние со стороны исключенных умерших, к которым как раз и относятся абортированные дети. Дети, сиблинги которых были абортированы, имеют ослабленную связь с матерью, у них подавлено чувство близости с ней [7]. М. В. Луковникова обосновывает это существованием между абортированными и живыми детьми сильной лояльности. Для живых детей очень важно, чтобы мама любила всех детей одинаково, а иначе из лояльности к умершим они отказываются брать мамину любовь. Это может стать предпосылкой наркомании или алкоголизма [2]. Кроме того, дети испытывают бессознательный страх, что мама поступит с ними точно также [5, с. 39]. В то же время для таких детей характерен самый жутких страх – потерять маму навсегда.

Филипп Дж. Ней и Мари Э. Питерс-Ней в книге «Уцелевшие от аборта» рассматривают так называемый синдром «уцелевшего от аборта», иначе его еще называют «синдром выжившего». Основной чертой синдрома выжившего, по их мнению, является то, что человек ощущает себя не заслуживающим жить и радоваться

жизни. Кроме того, для них свойственна вина (им представляется нечестным то, что их близких абортiroвали, а они остались в живых), экзистенциальная тревога (выражающаяся в чувстве обреченности), тревожная привязанность, недоверие, подозрительность, трудности с налаживанием преданных отношений, неуверенность, нерешительность, страхи. Среди десяти типов «синдрома выжившего» в качестве одного из типов они выделяют уцелевших сиблингов - тех, в чьих семьях были абортiroваны их братья или сестры либо до, либо после их рождения [3]. О.Ю. Сумарин, изучая влияние абортiroванных детей на членов родовой системы, с помощью авторского метода построения ментальной карты также доказал, что исключенные из родовой системы негативно влияют на остальных ее членов, а это, в свою очередь, приводит к тому, что другие ее участники могут идентифицировать себя с ними, жертвуя собой и приобретая определенную симптоматику [4]. Все данные, которые свидетельствуют о том, что все-таки существует взаимосвязь между опытом прерванной беременности матери и особенностями рожденных ею детей, были получены в основном в ходе наблюдения и работы с такими семьями с точки зрения системного семейного подхода последователями Б. Хеллингера и, соответственно, им самим. Поэтому нами было проведено эмпирическое исследование тех, кто оказался в числе «уцелевших от аборта».

Выборку исследования составили две группы девушек в возрасте 20 - 27 лет без детей. Первая группа состояла из тех, которые имели абортiroванных сиблингов до или после их рождения и знали об этом, вторая – из тех, у матерей которых никогда не было опыта прерванной беременности.

С помощью опросника межличностной вины IGQ (L.E. O'Connor, J.W. Berry, J. Weiss, M. Bush и H. Sampson), методики оценки доверия/недоверия личности миру, другим людям, себе (А.Б. Купрейченко), опросника «Анализ семейной тревоги» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис), опросника «Психологическая готовность к материнству» (Ю.Е. Скоромная), опросника интимности отношений (Д.Д. Бернс), опросника «Профиль аттитюдов по отношению к смерти - переработанный (DAP-R)» (П.Т.П. Вонг, Г.Т. Рикер и Дж. Гессер) были получены интересные результаты. Обозначим лишь некоторые из них.

Итак, значимыми оказались различия по таким шкалам, как «сниженная самооценка», «отчаяние», «семейная вина члена семьи», «семейная тревожность члена семьи» и «общая семейная тревожность», причем все эти показатели оказались значимо выше в группе девушек, имеющих абортированных сиблингов (при $p \leq 0,05$). Кроме того, были изучены взаимосвязи между показателями в группе девушек, имеющих абортированных сиблингов. Так, сниженная самооценка (выражающаяся в ощущении собственной незначительности, безнадежность и отчаяние в попытках улучшить свои взаимоотношения) положительно коррелирует с виной выжившего (0,353 при $p \leq 0,05$) и нейтральным отношением к смерти (0,418 при $p \leq 0,05$). Кроме того, сниженная самооценка отрицательно коррелирует с доверием другим людям в умении сотрудничать (-0,445 при $p \leq 0,01$). Отчуждение и изоляция положительно коррелирует с семейной виной члена семьи (0,384 при $p \leq 0,05$), семейной тревожностью члена семьи (0,365 при $p \leq 0,05$), общей семейной тревожностью (0,417 при $p \leq 0,05$), семейной напряженностью (0,343 при $p \leq 0,05$). Бегство от одиночества положительно коррелирует с семейной виной члена семьи (0,502 при $p \leq 0,01$), семейной тревожностью члена семьи (0,616 при $p \leq 0,001$), общей семейной тревожностью (0,627 при $p \leq 0,001$), семейной напряженностью (0,525 при $p \leq 0,001$). Отчаяние положительно коррелирует с семейной виной члена семьи (0,475 при $p \leq 0,05$), общей семейной тревожностью (0,523 при $p \leq 0,001$), семейной напряженностью (0,418 при $p \leq 0,05$) и обратно коррелирует с доверием другим людям в умении сотрудничать (-0,372 при $p \leq 0,05$). Недоверие миру и другим людям как опасным объектам положительно коррелирует со страхом самораскрытия (0,388 при $p \leq 0,05$), неуверенностью (0,460 при $p \leq 0,05$) и избеганием критики (0,405 при $p \leq 0,05$). Страх связи отрицательно коррелирует с доверием себе в умении строить взаимоотношения с окружающим миром и другими людьми (-0,356 при $p \leq 0,05$) и доверием себе в умении давать оценки и делать прогнозы (-0,349 при $p \leq 0,05$). Депрессия положительно коррелирует с семейной виной члена семьи (0,513 при $p \leq 0,01$), виной выжившего (0,401 при $p \leq 0,05$) и семейной напряженностью (0,456 при $p \leq 0,001$). Семейная тревожность члена семьи отрицательно коррелирует с готовностью к материнству (-0,335 при $p \leq 0,05$).

Выявленные и описанные психологические особенности подтвердили выводы Б. Хеллингера и его последователей относительно того негативного воздействия, который

оказывает опыт прерванной беременности матери на детей. Но, несмотря на это, многие вопросы по-прежнему остаются открытыми. Например, многие противники данного подхода объективно отмечают то, что практически никем не описаны механизмы воздействия абортотерапии матери на ее рожденных детей. Негативные последствия могут быть вызваны и особым отношением самой матери к ее детям, и осведомленностью этих детей об абортах, совершенных в их семье, и, возможно, наличием «генетического следа» в теле матери, как, например, считают волновые генетики. Но экспериментальных доказательств всего этого, к сожалению, пока недостаточно, в связи с чем практическая значимость будущих исследований в этом направлении необычайно высока.

Список литературы

1. Кляйн М. Развитие в психоанализе. М.: Академический проект, 2001.
2. Луковникова М.В. Аборт [Электронный ресурс] // Психологический центр системного семейного и организационного консультирования. URL: <http://расстановки-нн.рф> (дата обращения 22.12.2014).
3. Ней Ф. Выжившие после абортов [Электронный ресурс] // Реалисты. URL: <http://www.realisti.ru> (дата обращения 22.12.2014).
4. Сумарин О.Ю. Влияние наличия абортированных детей (абортов) на членов родовой системы [Электронный ресурс] // Сумарин Олег Юрьевич. URL: <http://sumarin.ru> (дата обращения 22.12.2014).
5. Уиллке Д., Уиллке Б. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы. М.: Православный медико-просветительский центр «Жизнь», 2003.
6. Хантер А., Уорд Ш. Развитие терапии родовых и внутриутробных травм // Пренатальная терапия. М.: МИЦЧ «СанРэй», 1998. С. 113-145.
7. Хеллинггер Б. Порядки любви. Как жизнь и любовь удаются вместе. М.: [Институт консультирования и системных решений](#), 2013.

**О материнских представлениях и ожиданиях по отношению к детям раннего
возраста, зачатым спонтанно и при помощи ЭКО**
**Mother perceptions and expectations to early-aged children, conceived spontaneously and
through IVF**

Ланцбург М. Е., Соловьева Е. В.

*доцент кафедры возрастной психологии факультета психологии образования,
руководитель Научного центра перинатальной психологии, Московский городской
психолого-педагогической университет; кандидат биологических наук, Москва, Россия*

lantsburgme@mgppri.ru

*старший научный сотрудник Научного центра перинатальной психологии, Московский
городской психолого-педагогической университет, Москва, Россия*

solovevaev@mgppri.ru

Взаимодействие ребенка раннего возраста с миром опосредовано близким взрослым. На характер отношения матери к ребенку влияют восприятие ею ребенка и ожидания от него. В последние десятилетия растет число детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, однако до сих пор остается недостаточно изученным характер материнско-детского взаимодействия с такими детьми.

Описание выборки

Выборка была составлена из 170 диад «мать-ребенок»: 80 диад с детьми, зачатыми с помощью ЭКО (группа ЭКО) и 90 диад с детьми от спонтанной беременности (группа СБ). Обследование проводилось в Центре планирования семьи и репродукции г. Москвы и в детских дошкольных учреждениях № 2613, № 1798, № 2336 г. Москвы. Границы возраста детей обеих групп на момент исследования – от 12 до 37 месяцев, средний возраст в группе ЭКО - $20,0 \pm 0,91$ месяца, в группе СБ - $20,6 \pm 0,84$ месяцев. Половозрастные показатели детей, а также основные социально-демографические показатели семей в группах не имеют значимых различий.

Описание методики

Опросник «Родительские оценки детей» (РОД) [1], разработанный М.Е. Ланцбург, является модификацией известной методики диагностики самооценки и уровня притязаний Дембо-Рубинштейн (1970). Наименование шкал было подобрано с учетом психологических характеристик детей раннего возраста и особенностей их восприятия взрослыми. Участницам было предложено дать оценку различным качествам своих детей (актуальная оценка) и указать уровень ожиданий (желаемая оценка) по пяти вертикальным шкалам размером 100 мм: здоровье, сообразительность, характер, самостоятельность, внешность. В соответствии с высотой поставленной отметки ответ получал количественную характеристику в баллах, равную расстоянию в миллиметрах от нижней границы шкалы до соответствующей метки (максимальная оценка, соответственно, равна 100 баллам). По каждой из шкал мы определяли для конкретного ребенка актуальную оценку, уровень ожиданий матери и меру дифференцированности Δ - значение расхождения между уровнем ожиданий и уровнем оценки, и далее рассчитывали среднегрупповые значения по всем трем показателям.

Обработка данных проводилась при помощи программы SPSS Statistics 19. Исследуемые признаки не имеют нормального распределения, поэтому достоверность различий проверялась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни; расчет корреляций производился с использованием корреляций по Спирмену.

Описание результатов

Все актуальные оценки по всем качествам детей оказались выше 75 баллов, а желаемые оценки - выше 90 баллов, что превосходит характерные значения, отмеченные ранее исследователями при изучении самооценки младших школьников, подростков и взрослых [3; 6]. Такое расхождение может быть объяснено тем, что дети раннего возраста сохраняют черты гештальта младенчества [5], вызывающие позитивные эмоции у ухаживающих за ними взрослых.

В обеих группах по всем показателям медианы оказались выше средних арифметических значений, следовательно, большая половина матерей в обеих группах дают оценки своим детям выше среднегрупповых, и также больше половины матерей обозначают свой уровень ожиданий от детей выше средних значений в группе.

Наибольшие ожидания у матерей обеих групп наблюдаются в отношении здоровья своих детей: по этому качеству получены максимальные оценки. Матери, зачавшие при помощи ЭКО, имеют существенно более высокие ($p \leq 0.01$) ожидания от своих детей в отношении их сообразительности, характера и самостоятельности, чем матери, зачавшие спонтанно. Эти данные согласуются с полученными нами ранее результатами опроса матерей [2]: ЭКО-матери чаще, чем зачавшие спонтанно, хотели бы видеть своих детей послушными, огорчаются из-за их капризов, нарушений правил, то есть поведения, не соответствующего их завышенным ожиданиям и требованиям. Что же касается актуальных оценок качеств детей, то здесь существенные различия ($p \leq 0.05$) отмечены по показателям самостоятельности и характера. Таким образом, ЭКО-матери выше оценивают самостоятельность и характер своих детей и хотят от них большей самостоятельности, сообразительности и лучших черт характера, чем матери группы СБ. Для выяснения взаимосвязи между средними значениями материнских оценок и ожиданий был проведен корреляционный анализ, который показал, что в обеих группах существует статистически значимая ($p \leq 0.01$) положительная взаимосвязь между материнскими оценками и уровнем материнских ожиданий. Далее мы изучили дифференцированность оценок – параметр Δ . Качественно Δ означает степень соответствия ребенка идеальным образам и представлениям матери по тому или иному его качеству. Наименьшие значения Δ в группах ЭКО и СБ наблюдаются по качеству «внешность» (4.4 и 2,7 балла соответственно), причем по этому качеству получены одни из самых высоких среднегрупповых оценок (и актуальных, и желаемых). Это позволяет заключить, что наибольшую удовлетворенность у матерей вызывает внешность детей. Максимальные значения Δ в группах ЭКО и СБ достигают по качеству «здоровье» (20.8 и 18.6 баллов соответственно) и «самостоятельность» (16.9 и 19.7 баллов). Мы полагаем, что большие значения Δ соответствуют тем качествам ребенка, развитию которых мать придает большее значение. Таким образом, можно заключить, что матерей обеих групп в большей степени не удовлетворяет и более всего волнует состояние здоровья и развитие самостоятельности детей. Отметим, что значение Δ по качеству «сообразительность» в группе ЭКО существенно ($p \leq 0.05$) превышает соответствующий показатель в группе

СБ, что говорит о том, что первая группа в большей степени не удовлетворена сообразительностью своих детей и ожидания ее завышены.

В заключение выясним, имеется ли взаимосвязь между материнскими оценками и уровнем познавательного развития ребенка (диагностика была проведена по методике Е.А. Стребелевой [4]). Корреляционный анализ выявил, что оценка матерями обеих групп актуальной сообразительности ребенка положительно коррелирует ($p \leq 0.05$) с уровнем его познавательного развития. Это означает, что матери обеих групп в целом адекватно оценивают уровень развития своих детей. Полученные данные позволяют сделать следующие *выводы*.

1. Для матерей детей раннего возраста характерны завышенные актуальные и желаемые оценки своих детей; при этом уровень ожиданий положительно коррелирует с уровнем актуальных оценок качеств ребенка.
2. Наибольшую удовлетворенность у матерей вызывает внешность детей.
3. Имеется положительная корреляция между материнскими оценками актуальной сообразительности ребенка и уровнем познавательного развития ребенка.
4. Матери детей раннего возраста в наибольшей степени не удовлетворены актуальным состоянием здоровья и самостоятельности ребенка и придают наибольшее значение развитию этих качеств.
5. Группа матерей, зачавших при помощи ЭКО, по сравнению с группой матерей, зачавших спонтанно, выше оценивает самостоятельность и характер своих детей и существенно чаще не удовлетворена сообразительностью своих детей. Одновременно эта группа имеет существенно более высокие ожидания от своих детей в отношении самостоятельности, характера и сообразительности.

Список литературы

1. Ланцбург М.Е., Дудина А.А. Оценка матерью уровня развития ребенка раннего возраста // «Дети и общество: социальная реальность и новации». Сб. ст. по материалам Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 2014. С. 914-923.

2. Ланцбург М.Е., Соловьева Е.В. Сравнительное исследование материнского отношения к детям раннего возраста, зачатых при помощи ЭКО и спонтанно // У истоков развития. Сборник тезисов участников Четвертой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития. М.: ГБОУ МГППУ, 2013. С. 41-43.
3. Прихожан А.М. Диагностика личностного развития детей подросткового возраста. М.: АНО «ПЭБ», 2007. 56 с.
4. Стребелева Е.А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2-3 лет): Ранняя диагностика умственного развития // Альманах института коррекционной педагогики РАО. М., 2001. № 4.
5. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.
6. Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности. Учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр. СПб.: Речь, 2007

Особенности восприятия своего материнства

беременными женщинами с ВИЧ-инфекцией по материалам рисуночного теста «Я и мой ребенок»

Peculiarities of motherhood perception in pregnant HIV infected women, carrying out the drawing test «Me and my baby»

Левина М. Ю.

соискатель ученой степени Московского государственного медико-стоматологического университета, Москва, Россия

m.levina@bk.ru

В настоящее время ситуация по ВИЧ/СПИД в России остается сложной, как и во многих странах мира. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, на 1 ноября 2014 г. составило 864 394 человека (44,5 на 100 тысяч населения), что по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. выше на 10,4%. С 2002 года отмечаются

эпидемиологический рост заболеваемости среди девушек и женщин репродуктивного возраста, в 2014 г. впервые было выявлено 16 детей, зараженных ВИЧ от матерей при грудном вскармливании (0,1% от числа новых случаев с установленной причиной заражения) [4]. Активизировался выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. В то же время, использование антиретровирусной (АРВТ) терапии позволило существенно увеличить продолжительность и повысить качество жизни ВИЧ-инфицированных лиц. Современные методы профилактики ВИЧ-инфекции во время беременности снизили риск заражения ребенка до 1-2 % [1], в связи с чем женщины, инфицированные ВИЧ, в последние годы всё чаще планируют беременность и рожают детей. Поэтому проблема психической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к вынашиванию и рождению ребёнка приобретает особую актуальность и практическую значимость. Однако психологические особенности ВИЧ-инфицированных беременных женщин и влияние внутренней картины болезни на их эмоциональное состояние и восприятие своего материнства в настоящее время исследуется недостаточно.

Психологическая готовность к материнству во многом обуславливает поведение женщины во время беременности, настрой на роды, особенности взаимодействия с ребенком до и после его рождения [3, 7]. На формирование готовности женщины к принятию новой роли матери влияет огромное количество сложно взаимодействующих факторов: репродукция родительского опыта; личностные особенности женщин; изменения в эмоциональном состоянии под влиянием эмоциональных стрессоров, и многие другие [3, 6, 7].

Целью данного исследования был анализ особенностей восприятия своего материнства беременными женщинами с ВИЧ-инфекцией. Для выявления у испытуемых особенностей восприятия своего материнства и будущего ребенка использовалась проективная методика Г.Г. Филипповой «Я и мой ребенок». Интерпретация данных проводилась по критериям, предложенным автором методики и принятым в психодиагностике для рисуночных тестов [7].

Выборка беременных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция составила 50 человек, в возрастном диапазоне от 17 до 39 лет, состоящих на амбулаторном учете по беременности в женской консультации МУЗ «Одинцовский родильный дом» и на

стационарном лечении при осложнении течения беременности на базе этого родильного дома. Исследование проводилось при индивидуальной беседе и с информированного согласия беременных женщин.

Социальные характеристики женщин: 36 (72%) женщин находятся в зарегистрированном браке, 13(26%) женщин не замужем, но имеющие постоянного полового партнера и 1 (2%) женщина, имеющая беспорядочные половые связи, при этом брак женщин с мужчинами как «равный-равному» составил 68%, дискордантные пары составили 22%, и пары, в которых мужчины не обследованы на диагноз ВИЧ-инфекция, составили 10%. 27 (54%) женщин с высшим и неоконченным высшим образованием, 20 (40%) женщин со средним специальным и средним образованием и 3 (6%) женщин, имеющих неполное среднее образование. Эпидемиологические данные: 33(66%) женщины, заразившиеся половым путем, 15 (30%) парентеральным путем, имеющие в анамнезе потребление наркотических средств, 2 (4%) – случаи заражения ВИЧ, связанные с оказанием медицинской помощи; 15 (30%) женщин имеют в сопутствующих заболеваниях гепатит «С», 2 (4%) сифилис. Женщины, узнавшие диагноз во время беременности, составили 10 (20%) от всей исследованной группы женщин. Гестационные данные: диагноз «угроза прерывания беременности» регистрировалась у 24 (48%) женщин, диагноз СЗРП у 6 (12%) женщин, диагноз гестоз у 5 (10%) женщин, 1 (2%) женщина не проходила обследование по беременности. Из анализа психологических данных: 25 (50%) женщин имеют страх смерти себя и выраженное беспокойство за свое здоровье, 47 (94%) женщин имеют страх передачи ВИЧ-инфекции ребенку и осложнений его здоровья, 10 (20%) женщин имеют выраженных страх сообщения диагноза родным, включая половых партнеров из-за страха отвержения и осуждения.

При анализе рисунков «Я и мой ребенок» были выделены 3 типа рисунков по критериям переживания беременности и ситуации материнства:

1) «Конфликт с беременностью или с ситуацией материнства» у 28 (56%) женщин. Диагностически значимые особенности рисунков: 1 (2%) женщина грубо отказалась выполнять рисунок; у 1 (2%) женщины в рисунке нет изображения себя; 6 (12%) женщин –использовали в рисунке замену образа себя и ребенка на символ, растение, животное; 14

(28%) женщин в изображениях которых, ребенок «спрятан» в коляске, кроватке, в животе матери, 5 (10%) в рисунках отсутствует образ настоящего вынашиваемого ребенка, он заменен на образ ранее рождавшегося ребенка; для 2 (4%) женщин в рисунках характерна пространственная дистанция между фигурами родителя и ребенка, к концу беременности возраст ребенка не снижается.

2) «Выраженные тревога и неуверенность в себе» у 18 (36%) женщин. Для всей категории этой группы характерно наличие на рисунке себя и ребенка без замены образов, наличие контакта с ребенком.

В изображениях рисунков 1 и 2 группы из формальных признаков отмечается плохое качество линий, слабый, прерывистый нажим, в основном отсутствие линии основания, также наличие зачеркиваний, обилие штриховки. Нарушение пропорций фигуры родителя и ребенка (изображение слишком мелко или слишком крупно). Из содержательных признаков: на рисунках преобладают пустые глаза или глаза «точки» (42%), отсутствие у фигур лица (4%) и тела (2%), нижней части тела (10%), частично отсутствуют изображение рук или ног, или их частей одновременно.

3) «Незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности» только у 4 (8%) женщин. В рисунках этих женщин отмечается наличие на рисунке себя и ребенка без замены образа, прямой контакт с ребенком, фигура ребенка прорисованы, все дети в младенческом возрасте. В содержательных признаках этих рисунков симптомы тревожности и неуверенности выражаются в изображениях 3 (6%) женщин: на рисунке нет нижней части тела, 1 (2%) – материнская фигура не устойчивая, без линии основания, у 1 (2%) женщины в рисунке не прорисовано лицо ребенка, нарушены пропорции материнской фигуры. Из формальных признаков также, как и в предыдущих группах, характерны плохое качество линии, прерывистость, штриховка, неоднократная прорисовка линий, что тоже свидетельствует о тревожности.

Таким образом, анализ данных проективной методики «Я и мой ребенок» и клинико-anamnestических сведений позволяет заключить, что в выборке беременных женщин с диагнозом ВИЧ-инфекция нет благополучного восприятия материнства, а наличие в рисуночном тесте симптомов тревожности, неуверенности в себе, конфликтности является устойчивой характеристикой и отражает неблагополучие

переживания ситуации беременности и будущего материнства. У этих женщин отмечается сниженный фон настроения, аффективная напряженность, разнообразные проявления эмоционального и физического дискомфорта, жалобы на различные боли, особенно головные, а также слабость, утомляемость, депрессивные состояния. В отношении к основному заболеванию выявляется нерациональная оценка как актуального состояния, так и прогноза на будущее, в основном они считают, что болезнь может значительно осложнить им жизнь. Это создает дополнительные трудности психической адаптации к беременности и материнству у ВИЧ-инфицированных женщин, осложняет формирование положительного образа будущего материнства и обуславливает субъективно невысокую значимость ребенка как жизненной ценности.

Список литературы

1. А.И. Загайнова, Л.Ю. Афолина, Е.Е. Воронин, Т.А. Епоян Дети со знаком «плюс». Электронный ресурс: http://arvt.ru/sites/default/files/deti_plus.pdf
2. Жданова Т. Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности: автореф. дис. ... канд. психол. Наук. СПб., 2004.
3. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18 - 27.
4. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Электронный ресурс: ULR <http://spid-vich.info/vich-infekciya-v-rossiyskoj-federacii-na-1-noyabrya-2014-g>.
5. Сухих Г. Т. Репродуктивное здоровье и ВИЧ-инфекция. М.: Триада, 2009.
6. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.
7. Филиппова Г. Г. О нарушениях репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. С. 83-108.
- 8.

Взаимосвязь характеристик семейной системы и отношения к беременности

Музафарова А.Т.

Национальный исследовательский университет Высшая Школа Экономики,

Москва, Россия

muzafarova@gmail.com

Ключевые слова: отношение к беременности, семейная система, гестационная доминанта, структурный подход.

Семья, ожидающая рождения ребёнка, стоит на пороге структурных изменений. Появление ребёнка создает родительскую и детскую подсистему, что создает необходимость изменения во взаимоотношениях между членами семьи, происходят изменения функциональных ролей, интересы и жизненные приоритеты также трансформируются. Развитие перинатальной психологии и широкое распространение программ сопровождения беременности и родов обуславливается наличием запроса на психологическую поддержку не только от самих беременных женщин, но и от их мужей и семей в целом. Отношение женщины к беременности является частью системы отношений женщины и представляет собой комплекс поведенческих, когнитивных и эмоционально-оценочных компонентов, которые в совокупности проявляются как материнское отношение женщины к ребенку.

Актуальность настоящего исследования обосновывается необходимостью разработки психологической мишени для повышения эффективности психотерапии беременных женщин и их семей. Цель данного исследования состоит в том, чтобы обнаружить и описать взаимосвязи между характеристиками семейной системы и отношением женщины к беременности, для выявления возможности формирования оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты посредством психотерапевтической работы с семьей в рамках системного структурного подхода.

В соответствии с целями исследования было организовано эмпирическое исследование, в котором был проанализирован и обобщен теоретический материал, отражающий взаимосвязь материнского отношения и отношения женщины к беременности, а затем было проведено исследование особенностей взаимосвязи параметров семейной системы и системы материнского отношения. А именно, исследование структуры семейных систем женщин с разным типом отношения к беременности и исследование отношения женщины к беременности в связи с различными типами семейной структуры, а также выявление корреляции между характеристиками семейной системы и отношениями беременной. Основная гипотеза исследования заключалась в том, что семьи с более адаптивными функциональными характеристиками семейной системы демонстрируют более оптимальное отношение женщины к беременности. Методологическую и теоретическую основу исследования составляют: концепция личности как системы отношений В.Н. Мясищева и положения структурной семейной психотерапии С. Минухина, а также психологические концепции материнства (А.С. Батуев, Д.И. Добряков, Г.Г. Филиппова). Методика сбора эмпирических данных - тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добрякова и шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES –III) Д.Олсона.

Процедура исследования строилась следующим образом. В интернете было выбрано популярное в Москве сообщество матерей и беременных, где женщинам, беременным первым ребенком, было предложено пройти тестирование на определение характеристик семейной системы и отношения к беременности, с возможностью получения обратной связи. Выборку исследования составила 101 женщина в возрасте от 22 до 39 лет, срок беременности от 3 до 39 недель, продолжительность брака от 1 года до 14 лет.

В результате исследования эмпирически доказана взаимосвязь, при которой оптимальным отношениям беременной соответствует сбалансированная структура семейной системы с тенденцией к снижению сплоченности и увеличению адаптации системы.

Теоретический обзор современных взглядов на семейную систему отражает необходимость учитывать динамические особенности структуры семьи как живой

системы и невозможность стандартизации и нормализации каких-либо процессов, происходящих в семье – все индивидуально и субъективно. Семьи с разной структурой по-разному преодолевают кризис и используют различные механизмы адаптации к внешним и внутренним изменениям. Эти идеи подтолкнули исследование к дальнейшему анализу на уровне взаимосвязи между характеристиками семейной системы, составляющими в совокупности тип семейной системы, и отношениями беременной, составляющими в совокупности тип отношения к беременности.

В результате исследования выявлено, что показатель сплоченности отрицательно взаимосвязан с отношением женщины к беременности ($r=-0,210$; $p=0,05$). Наиболее значимая характеристика семейной системы находящаяся во взаимосвязи с типом отношения к беременности - семейные границы: оптимальный тип положительно коррелирует ($r=0,202$; $p=0,05$), тревожный ($r=-0,214$; $p=0,05$) и депрессивный ($r=-0,234$; $p=0,05$) тип отношения к беременности коррелируют отрицательно. Это означает, что мишенью психотерапевтической работы в направлении коррекции отношения к беременности будут паттерны семьи связанные с личными границами и взаимодействием системы с внешним миром. Сбалансированные семейные границы отличаются от несбалансированных, прежде всего, разнообразием существующих паттернов. Проницаемость границ, также как и жесткость способствует повышению тревожности беременной, что является подтверждением необходимости нахождения сбалансированного значения данного показателя для каждой семьи. Отношение к себе беременной в результате анализа не обнаружило значимой связи с характеристиками семейной структуры.

Будущие исследования в этой области будут проводиться с использованием психосемантического подхода, так как субъектная парадигма этого подхода является более релевантной для исследования, чем психометрическая, поскольку процедура построения и сравнения субъективных семантических пространств (структур субъективного опыта) испытуемых сможет освободить исследование от влияния систем значений самого исследователя и авторов, используемых в работе, методик.

Теоретическая значимость данного исследования определяется получением новых знаний о структуре, свойствах и закономерностях семейной системы в условиях

перехода на третью стадию семейного цикла, что способствует углублению системного подхода к изучению семьи, с использованием теоретико-методологических принципов перинатальной психологии. Практическая значимость работы заключается в том, что результаты исследования могут применяться в различных областях практической деятельности: консультативная практика для беременных женщин, семейная психотерапия, работа по психологической коррекции женщин, входящих в группу риска, направленную на формирование оптимальных детско-родительских отношений.

**Переживание горя при перинатальных потерях и потерях своих фантазий
относительно реанимированных детей**

**“Passing through the sorrow at perinatal loss and loss of our fantasies about children
resuscitated”**

Мухамедова Е. В.

*педагог- психолог МАОУ Гимназия №3 ГО Балашиха, председатель благотворительного
фонда помощи семьям детей- инвалидов «Благодарение», консультант*

Перинатального центра ГО Балашиха, Москва, Россия

psycho2014@mail.ru

В нашем обществе утеряна культура горевания в случаях перинатальных потерь и чаще всего женщина остается один на один с не проработанной скорбью. Сложность в прорабатывании перинатального горя в том, что этот объект полностью фантазийный, там нет реальных опор. Более того все фантазии очень пролонгированы, они похожи на тень, которая проникла вглубь всей жизни женщины и затронула практически все аспекты жизни семьи, вплоть до самой смерти. Утрата объекта приводит сначала к идентификации с объектом и к отрицанию утраты и реальности. Если невозможно столкнуться с реальностью скорбь не может развиваться и женщина. Она не может вновь обрести те части себя, от которых отреклась. Остается глубокая расщепленность существования в которой приводит к расщеплению семьи и жизни в целом.

Непсихотик способен выдержать реальность утраты и поэтому проработать скорбь и таким образом вернуть спроецированные части самости в Эго. Это значит, что могут возникать сбалансированные проекция и интроекция. Проективная идентификация происходит гибко, с постоянным проецированием в объекты, за которым следует восстановление самости посредством возврата фрагментов от которых ранее избавились.. Бион говорит о том, что обратимая проективная идентификация необходима для развития способности к мышлению.

Утрата объекта приводит сначала к идентификации с объектом и к отрицанию утраты, а далее, как отметил Фрейд столкновение с реальностью для проработки скорби. Тогда при проверке реальностью каждого из воспоминаний об утраченном объекте, необходимо выдержать именно болезненное распознавание того, что принадлежало объекту, а что самости.

Это различие происходит посредством тщательной работы скорби. Если невозможно столкнуться с реальностью скорбь не может развиваться и пациент не может вновь обрести те части своей самости, от которых отсекся.

Потеря фатальна. Случай из практики- Женщина 26 лет пережила вторую потерю ребенка на 25 неделе. Ребенок жил неделю. Первая реакция –эйфория и отрицание действительности, далее ступор и выход в диссоциацию, далее истерика и агрессия и только после этого смирение и принятие действительности. История такова, что первую свою потерю женщина не пережила, она ее вытеснила, хотя это было не более полутора лет назад. Она ощущала это, как далекое прошлое и говорила об этом –«это было так давно». Отщепленное и непроработанное недавнее прошлое оказывается далеко позади в ее действительности. Реальность смещается, события тоже, нагруженные грузом непроработанного горя и несбывшихся долгосрочных ожиданий. Женщины с трудом расстаются со своими фантазиями относительно будущей жизни с ребенком. Очень часто они говорят о разрушении своих планов. Характерны фразы- «я мечтала, как буду водить в школу», «думала, как буду покупать платья и бантики и умиляться этому», «мы уже планировали, как он будет учиться в хорошем ВУЗе, а я его буду встречать» и т.д.

Порой женщина надолго, а иногда навсегда, застревает в фантазии несбывшейся мечты о не родившемся ребенке. Это приводит к нарушениям партнерских отношений и

детско- родительским, если есть старшие дети. В работе с подобными нарушениями, очень важно вернуть как можно больше отщепленных объектов самости, сократить фантазийную тень и оздоровить психику для дальнейшего функционирования женщины.

Если на момент работы психический аппарат достаточно сохранен и возможны внедрения в виде терапевтического взаимодействия, то происходит принятие реальности, становится возможна работа горя и скорби.

Женщина имеет возможности принять целостно себя, свои возможности и планировать свое будущее и будущее своей семьи.

Потеря ожиданий. Случай из практики. Активная молодая женщина, организовала клуб для родителей детей-инвалидов. Она сама мама ребенка- инвалида (ДЦП). Во время разговора, она рассказала, что всегда мечтала о том, что ее ребенок получит хорошее образование, то чего она была лишена. Она не намерена отказываться от своей мечты и сделает все возможное чтобы ее ребенок учился в обычной школе и поступил в ВУЗ. Все свои силы, ресурсы и время она тратит на развитие своего ребенка, у него почти нет свободного времени. Муж покинул семью год назад, с ее слов «не выдержав напряжения», но с ребенком продолжает общаться и помогает материально.

Горе потери фантазии о здоровом ребенке нуждается в публичности. Жизнь исходно травматична, и в ней случаются ситуации, которые невозможно пережить, и тогда приходится учиться быть с ними. Женщины объединяются в сообщества, где поддерживая друг друга стараются обрести новую реальность в которой они оказались. Этот процесс долговременный, который длится порой несколько лет, но иногда женщина остается не в состоянии принять нарушения своего ребенка и включает различные защитные механизмы, оставаясь в своем фантазийном мире, что сказывается на функционировании и межличностной коммуникации с ребенком.

Наблюдая женщин реанимационного отделения первого этапа, где находятся дети с глубокой недоношенностью и проводя с мамами информативно- терапевтические беседы, анкетирование, арт- терапевтическую работу, могу сделать предварительный вывод, что основные защитные механизмы, которыми они пользуются это- расщепление и отрицание. Тенденция к резкой смене настроения от эйфории, до депрессивно- упаднического. Слишком резкая смена настроения довольно отрицательно сказывается

на состоянии малыша в кювезе, поэтому основная моя задача- это стабилизация и вывод в ресурсное состояние.

В зарождающейся психике младенца ничего не происходит отдельно или непоследовательно пункт за пунктом. Смена среды или первичное горе , способы и скорость прохождения - это важнейший этап для развития психического аппарата. Первичное горе это внутриспсихический процесс, посредством которого одновременно начинают определяться элементы психического аппарата субъекта и запускаются его функции, происходит открытие объекта. Помощь матери в этом процессе трудно переоценить и она должна быть способна «соблазнить ребенка жить» и иметь свои пролонгированные фантазии относительно будущего и в то же время иметь достаточно реалистичное представление об этом, чтобы не нагрузить их единое с малышом психическое пространство расщепленными фантазийными объектами.

Что происходит с женщиной реанимационного отделения, где лежит ее малыш с глубокой недоношенностью. Чаще всего она не может вспомнить, какое событие предшествовало тому, что у нее начались преждевременные роды. Происходит тотальная амнезия относительно недавнего прошлого. Желанные дети , конечно обладают преимуществом, материнская фантазия всесильна и даже когда ей говорят, о том, что глубокие нарушения зрения, слуха итд, мамы чаще всего склонны вычитывать в интернете и находить материалы относительно того, какие гениальные недоношенные дети итд. Я склоняюсь к тому, что психика женщины, которой пришлось пережить стресс потери своей фантазии относительно ребенка вступает в определенную конфронтацию с реальностью и держит «оборону» еще долгие годы. Это очень затрудняет работу с такими детьми и их семьями. Фактически происходит такая же работа горя и скорби, как и в случае реальной перинатальной потери, только растянутая во времени, что усугубляет симптоматику ребенка и материнского восприятия действительности.

Принятие реальности - это является довольно сложной задачей для психики роженицы, с нестабильным гормональным фоном, измененным телом и представлением о себе и своем будущем.

Список литературы

1. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Издательство Института Психотерапии, 2002.
2. Фрейд.З. Психология бессознательного. СПб: Питер, 2010.
3. Racamier Paul- Claude Le genie des origins. Paris: Puyot, 1992.
4. Бион.У. Научение через опыт переживания. М.: Когито-центр, 2008.

Трансформация мотивации на психологическую помощь у пациентов с нарушениями репродуктивной функции
Transformation of motivation for psychological care in patients with impaired reproductive function

Печникова Е. Ю.

*генеральный директор медико-психологической клиники «Семья с плюсом», Москва,
Россия*

semiaplus@mail.ru

Бурное развитие психологии как науки в XX веке и в частности такой ее прикладной части, как психологическая помощь психически здоровым людям, через средства массовой информации привело в начале XXI века к принятию широкими массами людей важности психологических знаний. Психически здоровые люди все чаще прибегают к психологической помощи в конфликтах семейных отношений, трудностях детско-родительских отношений, обучении, бизнесе, появились коучи, медиаторы, и т.д. Все чаще психологи обращаются в своей деятельности к помощи соматически больным (психосоматике). Особый интерес представляет такое экзистенциальное бедствие, как бездетность (бесплодие и привычная потеря беременности). Врачи, все чаще

встречаются с пациентами, которые, разочаровавшись в медицинских подходах, обращаются с проблемой бездетности к психологам.

Современные тенденции информированности о роли психологических проблем в расстройстве соматического здоровья коснулись и врачей. Еще 20-15 лет назад было трудно себе представить, что врач может порекомендовать помощь психолога. Пациенты на приеме врача акушера-гинеколога при назначении консультации психолога приходили в состояние крайнего замешательства. В последние же 5-7 лет пациенты с расстройством репродуктивной функции, бесплодием и не вынашиванием беременности могут сами уже на первом приеме врача сказать, что они подозревают у себя наличие психологической проблемы в основе соматического расстройства. Это первое и важнейшее следствие изменения представлений в обществе.

Известно, что «психологическая проработка основных психологических, патогенных, личностных конфликтов проводятся только при готовности и личном запросе пациента» [1]. Основная масса пациентов с бесплодием и не вынашиванием беременности являются, к сожалению, не мотивированной. И крайне важно, когда пациенты выражают готовность к психологической работе.

Однако, и это второе, не всегда осознание возможностей психологических проблем приводит к ускорению динамики терапевтического процесса и уменьшению сопротивления (проработка и изменение психологических защит).

В-третьих, уже отмечалось, что врачи акушеры-гинекологи, репродуктологи не редко понимают необходимость психологической помощи для пациентов, но они не знают, как правильно их мотивировать на специализированную психологическую помощь. Они имеют слабое представление об этой специализированной помощи, к несчастью, нередко пользуются расхожими штампами («ты не беременеешь, потому что не хочешь!»), что может способствовать психогении.

В-четвертых, современный рынок услуг насыщен психологами разного рода. Анализ объявлений частной практики и психологических центров показывает, что сейчас очень многие занимаются проблемами бездетности. Причем, как правило, только в психологическом пространстве без взаимодействия с врачами акушерами-гинекологами. Существуют собственные «авторские» методики. Задача считается

решенной, когда наступает беременность. Однако, в настоящее время известно, что в репродукции важнейшее значение имеет характер протекания беременности, родов и раннего взаимодействия в диаде. Психологи же часто не имеют специальной подготовки в области репродуктивной психологии и ее части – перинатальной психологии. Без специализированных знаний терапия не может быть достаточно хорошей, она становится затянутой и/или мало эффективной, и к сожалению не профилактирует эпигенетических нарушений. По-прежнему, и в государственной и в коммерческой медицине отсутствуют специалисты психологической помощи (психологи, психотерапевты). Соответственно, если в редких случаях такой специалист-энтузиаст и есть, то нет механизма (методики) взаимодействия медиков и психологов, каждый работает «сам по себе». Это тоже снижает эффективность терапевтического процесса.

Таким образом, можно говорить о том, что происходящая трансформация мотивации на психологическую помощь у пациентов с нарушением репродуктивной функции является позитивным явлением, но пока она не решает всех проблем медико-психологического взаимодействия в области психосоматики репродуктивной системы.

Список литературы

1. И. Г. Малкина-Пых. Психосоматика / Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2003.

Динамика супружеских отношений в перинатальный период: по материалам зарубежных исследований

Савенышева С. С.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

owlsveta@mail.ru

Выбор данного периода для анализа не случаен. Исследований динамики супружеских отношений к настоящему времени проведено достаточно. Многие из них

отмечают снижение удовлетворенности браком со стажем. Но многие отмечают, что снижение не является линейным. Так по данным Алешиной Ю.Е. кривая зависимости удовлетворенности от стажа семейной жизни имеет U-образную форму: в течение первых двух десятилетий существования семьи, удовлетворенность браком постепенно понижается, достигая своего минимального значения в парах со стажем семейной жизни от 12 до 18 лет, а затем возрастает, но уже более резко (Алешина Ю.Е., 1999). С. Крадохвил выделяет «стандартное» время наступления таких кризисов в зависимости от стажа брака: в интервалах 3–7 и 17–25 лет стажа (Алешина Ю.Е., 1999). Многие исследователи, рассматривая динамику, этапы развития супружеских отношений связывают их с появлением и воспитанием детей. Чаще всего выделяются 6 стадий динамики семьи: добрачный период, заключение брака и образование новой семейной пары, семья с маленькими детьми, семья с детьми подросткового возраста, период приобретения детьми взрослого статуса и их отделения, период жизни после отделения детей. Переход от стадии подразумевает решение новых задач, ролевую перестройку к новой ситуации, выработку новых способов функционирования. И в связи с этим выделяются нормативные кризисы семьи – трудности, связанные с прохождением семьей основных этапов жизненного цикла (Олиферович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф., 2006).

Одним из наиболее ярких «нормативных» кризисов семьи и является этап развития семьи после рождения ребенка. Это подтверждается современной статистикой разводов, которая показывает, что значительный % распада браков падает на 1-й год после рождения первого и второго ребенка. С чем связан кризис после рождения ребенка? К основным причинам можно отнести: физиологические, психологические и экономические. Психофизиологические: нарастают нагрузки – добавляется уход за ребенком, на переутомление накладывается часто недостаток сна. Экономические – снижение (как правило) уровня материального благосостояния семьи. Психологические: проблема вхождения в родительство, смена образа жизни, ролевая перестройка, снижение количества совместного общения. Так вхождение в родительство сопровождается часто неуверенностью, тревогами, переживаниями за ребенка, конфликтами по воспитанию и уходу за ребенком, что составляет значительную

эмоциональную нагрузку у новоиспеченных родителей. Родительство влечет появление новой функции в супружестве – родительско-воспитательной, что требует ролевой перестройки, которая влечет за собой проблему перераспределения домашних обязанностей. Смена образа жизни подразумевает часто вынужденное отчуждение женщины от сферы самореализации – профессиональной или учебной деятельности, ограничение супругов от привычного образа жизни, досуга. В межличностном общении наблюдается снижение количества времени совместного общения у супругов, для многих женщин характерен так называемый «уход в ребенка», и мужчины чувствуют себя потерянными, не включенными в эти новые отношения; с другой стороны, многие отцы и не стремятся включаться в эти отношения. Молодые матери часто жалуются на перегрузку и недостаток помощи со стороны партнера. Мы решили обратиться к изучению этой проблемы в зарубежных исследованиях в связи с тем, что отечественной психологии этот кризис упоминается многими авторами, но лонгитюдных исследований практически не встречается, тогда как в зарубежных исследованиях тема «transition to parenthood» разрабатывается в последние два десятилетия очень активно.

Наиболее распространенный подход к исследованию динамики супружеских в зарубежных исследованиях – проведение лонгитюдных исследований с этапа беременности до этапа достижения ребенком 1-2-х лет (Belsky J, Rovine M, 1990; Belsky J., Lang M., & Rovine M 1985; Clements M., Markman H.J, 1986; Cowan C., Cowan P, 1995). Все эти исследования показывают снижение в удовлетворенности отношениями с момента рождения ребенка от 20-59% до 70% супружеских пар. Исследования также продемонстрировали, что наблюдается снижение позитивных событий в отношениях, время совместного отдыха, социальной поддержки и увеличение супружеских конфликтов. Однако, у этих исследований есть ограничение, связанное с тем, что в них не исследуется уровень удовлетворенности отношениями до беременности, и многие исследователи объясняют наблюдаемое снижение удовлетворенности просто возвращением к начальному уровню, который был до беременности, когда супруги испытывали подъем в своих отношениях. Другое объяснение снижения – то, что в первые годы брака идет постепенное снижение удовлетворенности отношениями, и это снижение можно перепутать с влиянием только фактора рождения ребенка. Включение

изучение супружеских пар, не имеющих детей, показало, что и те, и другие демонстрируют сходное снижение в качестве отношений [Clements M., Markman H.J, 1986; Kurdek L, 1993; White L.K., Booth A.V., 1985), хотя есть и исключения (Crohan S, 1996; Lawrence E., Nylen K., Cobb RJ, 2007). Однако, супружеские пары, имеющие детей показывают более резкое ухудшение в отношениях, по сравнению с супружескими парами не имеющими детей (Doss B.D., Rhoades G.K., Stanley S.M., Markman H.J, 2009).

К наиболее интересным исследованиям можно отнести исследование Lawrence E., Nylen K., Cobb R.J. в котором было проведено лонгитюдное исследование супружеских пар (молодоженов) до беременности, в период беременности и после рождения ребенка. Исследование показало, что снижение удовлетворенности браком после рождения ребенка было более сильным, чем снижение от момента брака до беременности (Lawrence E., Nylen K., Cobb RJ, 2007). Сходные результаты были получены и в 3-годовалом лонгитюдном исследовании молодоженов Crohan S. она обнаружила, что удовлетворенность браком снизилась с момента заключения брака и у пар с детьми и без детей, но более выраженное снижение отмечалось у пар с детьми (Crohan S, 1996). В 4-х-летнем исследовании Kurdek также отмечается снижение в обеих группах, различие проявилось только во времени и совместной активности проводимой супругами (Kurdek L, 1993). Однако не все супружеские пары демонстрируют ухудшение качества отношений с рождением ребенка. Как было описано выше, от одной трети до половины супружеских пар демонстрируют стабильность или улучшение отношения и любовь после рождения ребенка. В связи с чем, необходимо важно изучить факторы вариабельности в изменениях супружеских отношений после рождения ребенка. К таким факторам чаще всего относят: отношения с супругом(ой) до рождения ребенка (Crohan S, 1996; Doss B.D., Rhoades G.K., Stanley S.M., Markman H.J, 2009; Lawrence E., Rothman A.D., Cobb R.J., Rothman M.T., Bradbury T.N, 2008; Moller K., C. Hwang P. and Wickberg V.2006), супружеский стаж (Belsky J, Rovine M, 1990), тип привязанности сформированный в (Cowan C., Cowan P, 1995); социальная поддержка во время беременности и после рождения ребенка (Doss B.D., Rhoades G.K., Stanley S.M., Markman H.J, 2009; Lawrence E., Rothman A.D., Cobb R.J., Rothman M.T., Bradbury T.N, 2008), не запланированность беременности, участие супруга работе по дому и в заботе о

ребенке (Moller K., C. Hwang P. and Wickberg B.2006), рождение последующего ребенка (Belsky J., Lang M., & Rovine M 1985)., пол родителя (матери демонстрируют более резкое снижение удовлетворенности отношениями после рождения ребенка, чем отцы) (Belsky J., Lang M., & Rovine M 1985).

Таким образом, можно резюмировать, что период после рождения ребенка характеризуется резким снижением удовлетворенности отношениями у супругов, по сравнению с более постепенным снижением удовлетворенности у супругов, не имеющих детей. Но снижение наблюдается не у всех и зависит от целого комплекса социально-психологических факторов.

Исследование поддержано грантом РГНФ «Семья как ресурс психического развития детей в стабильные и критические периоды онтогенеза» №13-06-00480, 2014-2016 гг.

Список литературы

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., «Класс», 1999.
2. Олиферович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А, Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2006
3. Belsky J, Rovine M. Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*. 1990; 52: 5–19.
4. Belsky J., Lang M., & Rovine M. Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of marriage and the family*, 1985, 47: 855–866.
5. Clements M., Markman H.J. The transition to parenthood: Is having children hazardous to marriage? In: Vanzetti N, Duck S, editors. *A lifetime of relationships*. Brooks Cole; Pacific Grove, CA: 1996. 290–310.
6. Cowan C., Cowan P. Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do // *Family relations*, 1995, 44(4): 412–424.

7. Crohan S. Marital quality and conflict across the transition to parenthood in African American and White couples //Journal of marriage and the family, 1996? 58(4): 933–944.
8. Doss B.D., Rhoades G.K., Stanley S.M., Markman H.J. The Effect of the Transition to Parenthood on Relationship Quality: 8-Year Prospective Study //Journal of Personality and Social Psychology, 2009, 96(3): 601–619.
9. Kurdek L. Nature and prediction of changes in marital quality for first-time parent and nonparent husbands and wives. Journal of family psychology, 1993, 6(3): 255–265.
10. Lawrence E., Nylen K., Cobb R.J. Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. Journal of Family Psychology. 2007, 21: 155–164.
11. Lawrence E., Rothman A.D., Cobb R.J., Rothman M.T., Bradbury T.N. Marital Satisfaction Across the Transition to Parenthood //Journal of Family Psychology, 2008, 22(1): 41-50.
12. Moller K., C. Hwang P. and Wickberg B. Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? //Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2006, 26(1): 57–68.
13. White L.K., Booth A.V. The transition to parenthood and marital quality. //Journal of Family Issues, 1985, 6: 435–449.

**Социально-психологическая помощь семье,
ожидающей рождения ребенка**

Савицкая Е.М., Петрова Л.П., Егунькина А.Н.

*ГБУ Самарской области «Областной центр диагностики и консультирования», Самара,
Россия*

lampasha90@mail.ru

В течение целого ряда лет одним из важнейших направлений деятельности Областного центра диагностики и консультирования Самарской области является работа по обеспечению психолого-социальной подготовки женщин к будущему материнству. В

ходе данной деятельности ставится и решаются целый ряд задач: углубление социально-психологических знаний будущих родителей о предстоящих родах, формирование эмоциональной привязанности к будущему ребенку, адекватной материнской идентичности во всех ее компонентах, повышение уровня психологической готовности к материнству и отцовству, подведение к осознанному родительству.

В нашем понимании осознанное родительство – это, прежде всего, принятие будущими родителями ответственности за физическое и психическое здоровье ребенка именно во время беременности и родов, а также в весь период детства, начиная с периода новорожденности. На наш взгляд, осознанное родительство включает в себя такие характеристики, как саморазвитие, получение необходимых знаний, умений, установок, эмоций; активная жизненная позиция; бережное отношение к себе и своей семье; стремление к счастливой и здоровой беременности; посещение курсов по подготовке к родам; отношение к родам как к естественному процессу; осознанный подход к физическому уходу и развитию ребенка; формирование благоприятной и гармоничной среды для вынашивания и рождения ребенка.

В данном контексте психологическое сопровождение беременности, осуществляемое на базе нашего центра, способствует раскрытию черт материнства и отцовства, заложенных природой в будущих родителях.

В нашем центре оказание помощи женщинам и семьям в период ожидания рождения ребенка проводится более 10 лет. Организована психо-физиологическая подготовка беременных к родам на программно- аппаратном комплексе БОС. Проводится коррекционно-оздоровительный курс для беременных: укрепление здоровья беременных, создание у них сознательного отношения к беременности, родам, положительной родовой доминанты, умения правильно вести себя во время родов с тем, чтобы по возможности максимально предупредить нежелательные осложнения и обеспечить оптимальный исход родов для матери и плода.

Основными формами работы являются индивидуальная и групповая диагностико-коррекционно-развивающая и консультативно-коррекционная работа, тренинги с беременными женщинами, индивидуальные занятия с психологом и неврологом. По запросу или по результатам анкетирования и психодиагностики перинатальные

психологи проводят индивидуальное и групповое тестирование. Кроме того, организовано он-лайн общение психолога с беременными.

Информация о возможности получения психологической поддержки и помощи вывешена на сайте ОЦДК и на сайте «Самарские родители», а также в поликлиниках и женских консультациях. Специалисты центра уделяют особое внимание работе с первородящими женщинами.

За 2013-2014 гг. в наш центр обратилось более 30 пар, ожидающих рождения первого ребенка. Большинство обратившихся женщин находились на больших сроках беременности, что потребовало, прежде всего, индивидуального подхода. Для каждой пары была составлена индивидуальная программа психологического сопровождения беременности по результатам диагностики готовности к родительству, выявления проблем, связанных с готовностью к вынашиванию, рождению и воспитанию ребенка, анализа супружеских отношений. При психодиагностике использовалась анкета, разработанная психологами центра совместно с членами кафедры возрастной психологии ПГСГА. Эта анкета позволяет увидеть основные характеристики беременности и особенности личности беременной (отношения с матерью, отношения с партнером и др.). Кроме того, использовался тест отношений беременной (И.В. Добрякова), позволяющий определить тип гестационной доминанты и определить направления консультирования (страхи, тревожность, депрессивные настроения, проявляющиеся в различных сферах жизни и др.). В отдельных случаях в работе использовалась методика «Шкала антенатальной материнской привязанности» (Дж. Т. Кондон), позволяющая выявить индивидуальные особенности материнской сферы беременной женщины. После диагностирования проводились индивидуальные консультации. С учетом больших сроков беременности обратившихся было проведено от двух до пяти занятий продолжительностью до полутора часов каждое.

В работе с беременными использовались также проективные методики: рисуночный тест «Я и мой ребенок», арт-терапевтическая техника «Письмо будущему ребенку». На занятиях письмо прочитывалось беременной под тихую, спокойную музыку, что благотворно влияло на эмоциональное состояние будущих матерей. Диалог родителей с пренейтом способствует благополучному родоразрешению. После

подобного общения дородовый опыт пренейта пополняется большим багажом положительных эмоций.

Написание писем благоприятно влияет и на будущих родителей, так как они пробуют проявлять свои родительские чувства и проявляют их, развивая свой эмоциональный опыт, готовясь к родительским ролям. Наблюдения показывают, что эти родители более адекватно и организованно ведут себя после рождения ребенка, более умело с ним обращаются, быстрее адаптируются к новым обстоятельствам жизни вместе с ребенком.

Наибольшей популярностью у женщин во время индивидуальных занятий пользуются следующие темы: физиология и психология родов; психологические установки успешного течения родов; способы взаимодействия с болью и страхом во время родов; способы взаимодействия с ребенком во время беременности и родов; особенности переживания предстоящего кесарева сечения и особенности детей, рожденных этим путем; страхи, связанные с беременностью и родами; профилактика послеродовой депрессии; взаимодействие с мужем во время беременности и при уходе за ребенком; роль мужчины при участии в партнерских родах; особенности послеродового периода; организация грудного вскармливания; развитие ребенка первого года жизни.

Особое внимание уделялось эмоциональному состоянию беременной женщины. К основным методам улучшения эмоционального состояния беременных женщин, используемым в нашем центре помимо посещения курсов дородовой подготовки (групповые тренинги, индивидуальные консультации с психологом, тренировка дыхания во время родов и т.д.), можно отнести чтение специальной литературы для будущих мам (книги, журналы, электронные издания); посещение бассейна / специальной аква-аэробики для беременных (при отсутствии противопоказаний); занятия одним или несколькими хобби (рисованием, вязанием, фотографией и др.); посещение музеев, выставок по интересующей их тематике.

Судя по данным практического опыта индивидуальных консультаций, многие первородящие беременные хотели бы посещать групповые занятия. Это обусловлено такой особенностью женщины во время ожидания рождения ребенка, как «чувство одиночества беременной» (страхи, тревожность, чувство того что окружающим и

близким не понятно состояние беременной женщины). Это послужило причиной того, что в программу по психологическому сопровождению беременности были включены обязательные творческие занятия, помогающие женщинам раскрыться и осознать свои изменения (пение колыбельных, чтение сказок и т.д.)

Имеющиеся на данный момент программы по дородовой подготовке к осознанному родительству, как правило, состоят из большого количества лекционных занятий, растянутых во времени. Чаще всего в этих программах предлагается посещение занятий, начиная с планирования беременности. Несомненно, подобные программы имеют много достоинств. Но, как показывает практика, свыше 70% женщин, обратившихся в центр, имеют возраст старше 30 лет, а более 50% работают даже после ухода в декретный отпуск. На посещение занятий отводится мало времени.

Поэтому, на наш взгляд, экспресс-программа стала бы востребованной. В связи с этим в нашем центре в стадии разработки находится экспресс-программа психологического сопровождения беременности, позволяющая в короткие сроки в сжатом виде давать основную информацию, касающуюся беременности, родов и послеродового периода и дающую возможность подготовиться к предстоящим переменам, в том числе тем женщинам, которые находятся на больших сроках беременности (после 36 недель).

Анализ результатов деятельности нашего центра по оказанию социально-психологической помощи семье, ожидающей рождения ребенка, показал, что наблюдается существенное повышение адекватности психологической адаптации женщин к беременности, снижение уровня тревожности, изменения психоэмоционального состояния и понимание необходимости получать психологическую помощь после рождения детей.

Плавное вхождение в родительство, осознание будущими родителями новых ролей сможет способствовать нормальным родам и гармоничному воспитанию ребенка, который сможет вырасти полноценной, независимой личностью и в дальнейшем создаст крепкую и здоровую семью.

Основными задачами на ближайшее будущее являются следующие: обеспечение будущих родителей методическими материалами – книгой развития ребенка, дневником

родителей, памяткой для беременной (приемы саморегуляции); разработка рекомендаций психологов и врачей (поведенческий аспект и конкретные действия); создание горячей линии для беременных и семей, ожидающих рождения ребенка; организация выпуска Самарского информационного листа психологической поддержки беременной (карта, справочник и т.д.); внедрение в женские консультации бланков «Самодиагностики» для самостоятельной диагностики, доступной обработки и желательных действенных шагов для беременных женщин (бланк ТОБ, САТ, самостоятельная обработка и рекомендации); организация в каждом районе на базе женской консультации курсов родительской компетенции для беременных с выдачей сертификатов «Грамотный родитель»: взаимодействие с внутриутробным ребенком, общение с младенцем, культура родительства (беседы, упражнения, игры); введение психологического патронажа в послеродовой период. Решение вышеперечисленных задач будет способствовать повышению эффективности работы центра.

Пренатальный стресс: усиление риска при современных технологиях ведения беременности и лечения бесплодия

Филиппова Г.Г.

*НОУ ДО «Институт перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы», Москва, Россия
filippova_galina@mail.ru*

В современном обществе проблемы репродуктивного здоровья семьи приобретают парадоксальный характер. С одной стороны резко увеличивается количество женщин и мужчин, имеющих нарушения репродуктивного здоровья. С другой стороны, остается большим количество аборт, увеличивается число социальных сирот, явлений девиантного родительства и даже появились сообщества молодых людей, сознательно отказывающихся от рождения детей – причем в этих случаях нет физиологических нарушений репродуктивной функции. В последние

десятилетия катастрофически растет количество искусственных зачатий. Первый в мире ребенок, зачатый методом ЭКО, родился в 1978 году, в России – в 1986 году. В 1995 году таких детей было 5 000, а в 2010 году людей, рожденных методами ВРТ, уже 5 000 000. В высокоразвитых странах все чаще возникают проблемы, связанные с наступлением и вынашиванием беременности (в некоторых европейских странах ЭКО составляет от 5 до 10% зачатий). В России в настоящее время более 130 клиник ВРТ. На медицинских конгрессах обсуждается проблема здоровья детей, рожденных в результате различных методов ВРТ.

Проблемами рождения и раннего развития ребенка занимается перинатальная психология. За последние четверть века перинатальная психология прошла ряд этапов своего развития от работы с беременными и диадой до системного подхода к психологическим проблемам репродуктивной функции. Развитие этого направления связано с актуальными запросами практики в области нарушений раннего развития ребенка, детско-родительских отношений, психологической неготовности к родительству, нарушений репродуктивного здоровья женщин и мужчин и использования вспомогательных репродуктивных технологий. На современном этапе произошла интеграция этих областей в единое направление, которое занимается разными этапами репродуктивного цикла и разными психологическими аспектами репродуктивной функции. Проблема репродукции стала общим профессиональным полем для психологов, а репродуктивный цикл – общим для этой области объектом науки и практики. В результате в современной психологии выделилось самостоятельное направление, которое можно обозначить как репродуктивная психология. Репродуктивная психология объединяет психологические аспекты осуществления репродуктивной функции и раннего развития человека, включая проблемы нарушения репродуктивного здоровья (5). Связь перинатальной психологии и проблем, возникающих на разных этапах репродуктивного цикла, можно проиллюстрировать на примере влияния пренатального стресса на систему стресс реагирования и репродуктивную систему взрослого человека (7). Пренатальный стресс (ПС) возникает в ситуации физиологических и психических проблем в период беременности. Он связан с повышением стрессовых гормонов у матери и выражается в гипоксии плода и изменении

его метаболизма. Это в свою очередь ведет к изменению системы стресс реагирования в сторону общей астенизации нервной системы и формирования повышенной сензитивности к стрессовым факторам в постнатальном периоде. Одновременно ПС оказывает повреждающее влияние на развитие репродуктивной системы (4). Это связано с тем, что существует эволюционно обусловленная биологическая взаимосвязь системы стресс реагирования с системой размножения. Эффективное размножение возможно только в условиях безопасности. Если условия среды не соответствуют ресурсам родительских особей (в первую очередь материнской), то размножение не целесообразно. Контролирует безопасность стресс система, главным органом которой является надпочечник. Онтогенетически надпочечник закладывается фактически одновременно с гонадами (органами репродуктивной системы) на 3-й неделе внутриутробного развития. В регуляции репродуктивной функции и системы стресс реагирования единой центральной частью является гипоталамо-гипофизарная система. Через нее пересекаются две оси, регулирующие физиологические процессы размножения и психические механизмы, участвующие в регуляции эмоционального реагирования. Это гипоталамо-гипофизарно-гонадная ось и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось.

Таким образом, еще внутриутробно закладывается связь систем размножения и систем эмоциональной регуляции. Исследования конца XX – начала XXI веков показали влияние ПС на репродуктивную функцию. У женщин это влияние проявляется в нарушениях овуляторного цикла, способности к зачатию, вынашиванию беременности, нарушениях в родовой деятельности, лактации, а также в возникновении послеродовой депрессии, которая нарушает диадические отношения. У мужчин ПС связан с феминизацией и нарушением сперматогенеза. Кроме того, ПС связан с нарушением общего метаболизма, является предиктором астенизации нервной системы, формирования психосоматического статуса, он является причиной возникновения симптомов психического диатеза и возможно оказывает влияние на появление расстройств аутистического спектра (1, 2, 3). Все эти проявления усиливаются в последние десять лет, несмотря на повышение медицинских технологий, мер профилактики и реабилитации различных заболеваний. На основании этого

пренатальный стресс можно расценивать как явление, оказывающее системное воздействие на все аспекты развития человека. Таким образом ПС является реальным «узлом», в котором пересекаются проблемы перинатального периода и раннего постнатального развития с последствиями на психику, общее и репродуктивное здоровье человека. В репродуктивной психологии показана связь ПС с нарушениями репродуктивного здоровья у женщин и мужчин. Исследования в течении 10 лет на базе клиники Семья+ и в частном консультировании по вопросам репродуктивного здоровья женщин и мужчин свидетельствуют о том, что при нарушениях репродуктивного здоровья в подавляющей большинстве случаев обнаруживается ПС в раннем периоде беременности матери. По семейной истории у пациентов выявляется стресс у матери (особенно в период узнавания о беременности и адаптации к ней), у самих пациентов (у женщин и мужчин) наличие ПС выявляется по проективным методикам, переживанию жизненных ситуаций, функциональной диагностике методами кинезеологии и по Фоллю (7). Главными причинами возникновения ПС является стресс матери, особенно в первом триместре беременности. Опыт нашей работы позволяет описать различные проявления последствий ПС у женщин и мужчин с нарушениями репродуктивного здоровья.

Проявление ПС у беременных и их партнеров:

- «Страх внедрения» на первых неделях беременности: чувство чужеродности, паники, ночные кошмары с угрозой своей целостности, панические атаки
- Угроза невынашивания, замершие беременности, тревожные состояния и соматизация на тех же сроках, когда был стресс у матери
- Немотивированная агрессия или избегающее поведение у партнера

Проявление ПС при бесплодии у женщин:

- «Страх внедрения», напряжение в области матки при представлении о беременности
- Представления об угрозе своему здоровью или здоровью ребенка во время беременности
- Неосознаваемое избегание зачатия

Проявление ПС при бесплодии у мужчин:

- Нарушение сперматогенеза по типу астеноспермии и олигоспермии

- Чувство иррациональной тревоги, связанной с темой беременности

Эти проявления сами по себе провоцируют стресс в беременности и соответственно ПС у плода, что ведет к трансляции этих проблем в следующее поколение. В современном обществе ПС усиливается в результате целого ряда факторов, причем ряд из них являются следствиями стремления к улучшению родительства и здоровья ребенка как со стороны медицинской, так и психологической. Причем такое усугубление явлений ПС связано не с общим ухудшением жизни – скорее наоборот, чем благополучнее социальный статус семьи, тем больше оснований появляется для возникновения стрессового состояния женщины в период беременности, особенно на ранних сроках. Можно выделить следующие группы факторов:

Общие негативные факторы:

- Общее увеличение неготовности к родительству, в результате чего наступление беременности переживается как кризис
- Представление о беременности как «тяжелой болезни»
- Затягивание возраста рождения первого ребенка, что ведет к повышенной тревожности при наступлении беременности
- Нестабильность семейной ситуации и готовности «буфера» (поддерживающего окружения близких людей)
- Конфликт базовых ценностей у мужчин и женщин, что провоцирует амбивалентное отношение к беременности
- Выбор партнеров без учета их репродуктивного статуса
- Страх рождения ребенка с нарушениями в развитии
- Накопление в популяции женщин и мужчин, имеющих осложнения (в том числе ПС) в анамнезе
- Увеличение нарушений репродуктивного здоровья, что провоцирует тревогу за вынашивание беременности

«Парадоксальные» факторы:

Медицинские факторы:

- Ранний контроль за зачатием и наступлением беременности, в результате чего извращается природное состояние «тайны» наступления беременности: в

естественных условиях женщина узнает о беременности на 4-5 неделе, когда эмбрион уже успешно имплантировался и взаимная адаптация материнского организма и эмбриона уже в целом произошла

- Гипердиагностика угроз бесплодия и невынашивания беременности, что ведет к повышенной тревожности женщины, «сканированию» своих телесных симптомов с усиленной фиксацией на негативных проявлениях

- Скрининговая диагностика нарушений развития плода, которая резко усиливает тревогу беременных и провоцирует опасения по поводу возможных нарушений развития ребенка и страх оказаться перед выбором решения о прерывании беременности

- Сохранение беременностей и выращивание детей, рожденных на ранних сроках гестации с последующим «запуском» их в репродукцию, что способствует трансляции патологического паттерна ПС в следующие поколения

- Развитие репродуктивных технологий, позволяющих иметь потомство людям с нарушениями репродуктивной функции, в результате чего возникает страх за вынашивание беременности и здоровье свое и ребенка, что резко усиливает стресс матери в период беременности, особенно на ранних сроках

- Гиперконтроль за процессом зачатия и ранними сроками беременности, что создает сильное психическое и физическое напряжение женщины, а нередко и мужчины

Психологические факторы:

- Культивирование ценности и сверхценности ребенка, что ведет к повышенной тревоге в период беременности и ощущению невозможности обеспечить для ребенка «идеальные условия»

- Осознанная подготовка к родительству, в ряде случаев провоцирующая перфекционизм и повышенную тревожность в период зачатия и ожидания беременности

- Повышение субъектного отношения к ребенку и привязанности матери к ребенку в период беременности, что резко повышает тревогу матери, часто стимулирует неадекватные представления о необходимости «погружаться» в контакт с ребенком с самых ранних сроков беременности, страх за возможный вред для ребенка малейших отклонений от «идеального» вынашивания беременности

- Культивирование переживания репродуктивных потерь, в том числе беременности на ранних сроках, что провоцирует страх потери и длительное усиленное страдание по этому поводу, часто требующее продолжительной психотерапевтической реабилитации

- Культивирование представлений о стресснеустойчивости беременных, что провоцирует нестабильность их нервно-психического состояния.

Если обратиться к народной практике, то можно обнаружить целый ряд «профилактических» мер, снижающих риск ПС в период беременности матери (6):

- Повышение стрессоустойчивости у женщин в целом, так как жизнь вообще была более тяжелой физически, люди чаще сталкивались с болезнями и смертями близких и другими негативными явлениями

- Естественный отбор, в результате чего выживали дети с гораздо более крепким здоровьем

- Искусственный отбор – приоритет выбора супругов с крепким здоровьем и хорошим репродуктивным статусом

- Психологическая готовность женщин и семьи к рождению ребенка, как результат основных жизненных ценностей и целенаправленного формирования готовности к родительству в онтогенезе

- Организация микросоциума – буфера, с наличием жестких правил поведения беременной и отношения к ней ее близких

- Невозможность контроля зачатия и начального периода беременности, о беременности узнавали только тогда, когда она уже достаточно прочно закрепилась

- «Замалчивание» раннего периода беременности: с женщиной на ранних сроках не принято было говорить о беременности, тем более с посторонними; в результате при ранних потерях не надо было «оправдываться» и вступать в травмирующие женщину объяснения

- Толерантность к перинатальным потерям и рождению детей с нарушениями в развитии

- Наличие ритуалов, регламентирующих формы и сроки переживания перинатальных потерь

- Не культивирование субъектного отношения и привязанности к ребенку до его рождения: ребенок считался не полностью принадлежащим миру живых до 40 дня после рождения, и тем более не было правил и рекомендаций по взаимодействию с ребенком до его рождения, даже называть ребенка следовало только при крещении.

Все это облегчало переживание матери и близких при частых перинатальных и ранних постнатальных потерях. Конечно, слепо переносить народные традиции в современное общество нецелесообразно. Изменилось общество, изменилось и наше отношение к детям и родительству. Однако это серьезный повод задуматься над последствиями «высоких технологий» и позицией специалистов, работающих с будущими родителями при подготовке к беременности и во время беременности. Может быть, увлеченно устремляясь к высоким целям и светлым идеалам, мы невольно «проскакиваем» золотую середину и теряем адекватные ориентиры здравого смысла? Кроме того, даже с позиции психофизиологической теории доминанты, сверхценная мотивация создает патологический очаг напряжения, мешающий рациональной работе функциональной системы не меньше, чем негативные факторы, питающие альтернативную репродуктивной доминанте доминанту тревоги.

Видимо, следует одновременно снижать действие негативных факторов, провоцирующих ПС, и оптимизировать факторы, поддерживающие и усиливающие репродуктивную доминанту.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко – М.: Изд-во Института Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. – 320 с.
2. Колоскова М.В. Психическое развитие младенцев с повышенным риском заболевания шизофренией. Дисс. канд. пс. Наук /М.В. Колоскова - М., 1989. – 26 с.
3. Пауэр М.Л., Шулькин Дж. Рождение ребенка, дистресс и риск болезней / М.Л. Пауэр, Дж. Шулькин – М.: «Триада-Х», 2010. – 264 с.
4. Резников А.Г., Пишак В.П., Носенко Н.Д. и др. Пренатальный стресс и

нейроэндокринная патология / А.Г. Резников, В.П. Пищак, Н.Д. Носенко и др. – Черновцы: Медакадемия, 2004. – 351с.

5. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий /Г.Г. Филиппова // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – №3 (5). – URL: <http://medpsy.ru/climp>

6. Филиппова Г. Г., Василенко Е. В. Представления о возрастной периодизации детства в средневековой Руси/ Г.Г. Филиппова, Е.В. Василенко // Знание. Понимание. Умение. - 2014. - № 3. - С. 277–286.

7. Филиппова Г.Г. Печникова Е.Ю., Перинатальная психотерапия и репродуктивное здоровье семьи: интеграция подходов и расширение границ науки и практики /Г.Г. Филиппова, Е.Ю. Печникова // Психотерапия. – 2013. - №11 (131). Материалы Объединенного Евроазиатского Конгресса по психотерапии «Психотерапия без границ: прошлое настоящее будущее» 5-7 июля 2013г., Москва. – Выпуск № 5. - С. 92.

Репродуктивная психология: современный этап развития перинатальной психологии в России

Reproductive psychology: the current stage of development of perinatal psychology in Russia

Филиппова Г. Г.

*профессор кафедры общей психологии и истории психологии АНО ВПО «Московский гуманитарный университет», доктор психологических наук, профессор,
Москва, Россия*

filippova_galina@mail.ru

Секция перинатальной психологии была организована при Российском Психологическом Обществе, и одновременно при Московском отделении РПО, в 2003 году. Создание секции стало результатом объединения целого ряда направлений

отечественной психологии: психологии раннего развития, психологии родительства (материнства и отцовства), психологии детско-родительских отношений, психологии беременности. В психологической практике основанием для такого объединения стал опыт ведения курсов для будущих родителей по подготовке к родам и родительству, консультирование детско-родительских отношений, тренинги для родителей и др. Все эти научные и практические направления объединились в единое профессиональное поле под общим названием «перинатальная психология». В этот период в профессиональном и даже в бытовом лексиконе появилось словосочетание «перинатальный психолог» - как описательное название, характеризующее профессиональную ориентацию специалиста.

В последнее десятилетие в развитии этого направления произошел ряд изменений, связанных как с развитием науки, так и с изменением запроса практики. Эти изменения в первую очередь связаны с тем, что в начале нашего столетия во всем мире и в России началась эпоха демографических проблем, проявлением которых стало нарастающее нарушение репродуктивного здоровья населения. Как результат - появился запрос на психологическую помощь при нарушениях течения беременности, бесплодии и невынашивании беременности, а несколько позже и при нарушениях репродуктивной функции у мужчин. Активное развитие вспомогательных репродуктивных технологий в медицине также способствовало обращению психологов к вопросам нарушений репродуктивного здоровья и к возможности оказания психологической помощи пациентам репродуктивных клиник [4]. Развитие теоретических подходов в перинатальной психологии, психологии родительства и других смежных областях психологии позволило выделить и обосновать новый предмет науки и практики – психологию репродуктивной сферы человека [2]. Репродуктивная сфера определяется как организация всех систем жизнедеятельности человека для осуществления репродуктивной функции. В репродуктивной сфере выделяются психологическая и физиологическая составляющие, обосновывается их взаимосвязь. В этом подходе физиологические нарушения репродуктивного здоровья стали рассматриваться как психосоматическое проявление нарушений в репродуктивной сфере женщин и мужчин. Теоретической основой этого подхода является теория функциональных систем и учение

о доминанте, в сочетании с классическими и современными подходами в психоанализе и перинатальной психологии [2].

Поиск причин нарушений в реализации репродуктивной функции позволил разработать представление о психологической неготовности к родительству и ее связи с проблемами в диадических отношениях. Сравнение психологических особенностей женщин с диагнозом «бесплодие», «невынашивание беременности», женщин, оттягивающих рождение детей до позднего репродуктивного возраста, а также тех, кто сознательно отказывается от рождения детей, выявило сходство в их психологической неготовности к родительству [1, 2]. Это положение находит свое подтверждение при изучении нарушений раннего развития ребенка, которое в ряде случаев также связано с разными формами искажений детско-родительских отношений. Эти искажения возникают в результате психологической неготовности родителей к рождению и воспитанию детей. Таким образом была обоснована теоретическая и практическая связь проблематики перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы. Еще одним достижением этого периода стало понимание психосоматической природы нарушений репродуктивного здоровья как женщин, так и мужчин, что привело к появлению термина «репродуктивная психосоматика» [3].

Эти явления в современной науке и практике послужили основанием для нового этапа интеграции всех направлений, которые занимаются разными аспектами рождения и развития человека с одной стороны – и тем, как это рождение и развитие обеспечивается женщинами и мужчинами, родителями ребенка – с другой стороны. Сформировалась устойчивая связь нескольких областей психологии и смежных наук, ориентированных на проблемы воспроизводства – рождения и воспитания детей, и репродуктивной функции женщин и мужчин – как способности к рождению и воспитанию детей. Это три основных области, плотно пересекающиеся между собой: перинатальная психология, объединяющая в себе вопросы раннего развития ребенка и родительского (материнского и отцовского) отношения и поведения; психология родительства, изучающая материнство и отцовство как часть личностной сферы взрослого человека; психология репродуктивной сферы, охватывающая психологические и психосоматические вопросы реализации репродуктивной функции.

В результате пересечения означенных проблем в современной психологии появилось новое направление – **репродуктивная психология**, в которую включены все психологические аспекты репродуктивного здоровья. В этом направлении выделяется две взаимосвязанные составляющие репродуктивного здоровья: физиологическая - как способность зачать, выносить и родить здорового ребенка, и психологическая – как способность вырастить и воспитать здорового физически и психически ребенка и подготовить его к реализации репродуктивной функции в будущем. При таком подходе репродуктивная функция рассматривается как рождение и воспитание детей, которые сами смогут продолжить род – то есть смогут сами родить и воспитать здоровое потомство.

В результате произошло логичное объединение тех направлений психологии, которые с одной стороны занимались разными этапами реализации репродуктивной функции (то есть разными этапами репродуктивного цикла - от онтогенеза репродуктивной функции до ее реализации у взрослых женщин и мужчин), а с другой стороны - разными психологическими аспектами репродуктивной функции: психофизиологическими, ценностно-смысловыми, гендерными, поведенческими, психосоматическими и т.п.

Можно заключить, что появился **новый объект** изучения и практического приложения в современной психологической науке – это **психологические аспекты репродуктивной функции человека** – в котором каждое направление выделяет **свой предмет**, но для полноты его понимания стремится к интеграции со смежными направлениями, также выделяющими в этом объекте свои **частные предметы**.

Это означает, что **проблема репродукции** стала общим профессиональным полем для психологов, а **репродуктивный цикл** – как все, что связано с воспроизводством в широком смысле – общим для этой области **объектом** науки и практики. В таком случае для этой области психологии общим **предметом** становятся **психологические аспекты реализации репродуктивной функции**, и каждое направление выделяет в качестве конкретно-научного предмета один из этих аспектов. Это позволяет говорить о выделении нового междисциплинарного (объединяющего разные области психологии) направления в современной психологии, пересекающегося

также со смежными науками - медициной, психосоматикой, философией, педагогикой.

Таким образом за прошедшие четверть века перинатальная психология прошла ряд этапов своего развития от работы с беременными и диадой - до системного подхода к психологическим проблемам репродуктивной функции семьи. Данная область психологии может быть обозначена как **репродуктивная психология**. Она объединяет все психологические аспекты репродуктивной функции – от общего онтогенеза, включающего онтогенез репродуктивной сферы – до реализации репродуктивной функции и нарушений физиологической и психологической составляющих репродуктивного здоровья. Это направление охватывает все этапы репродуктивного цикла, в нем объединяется проблематика перинатальной психологии, психологии материнства и отцовства, психологии репродуктивной сферы и психологии нарушений репродуктивного здоровья. В настоящее время в репродуктивной психологии разработаны теоретико-методологические основы представлений о психологической составляющей репродуктивной функции человека, опирающиеся на эволюционно-системный подход, учение о функциональных системах, психосоматический подход, классические и современные теории раннего развития [2, 3]. В этой области уже сложился свой категориальный аппарат, ориентированный на комплексность знаний, междисциплинарные связи и применение интегративного подхода в практической психологической работе.

Список литературы

1. Захарова Е.И. Ценность материнства у современных женщин и практика осуществления родительской деятельности / Современная российская семья: психологические проблемы и пути их решения: монография. Астрахань: Астраханский государственный университет, Издательский дом «Астраханский университет», 2013. С.73-86.
2. Филиппова Г.Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

3. Филиппова Г.Г. Печникова Е.Ю. От перинатальной психотерапии - к репродуктивной психологии: современные тенденции развития модальности // Психотерапия. №9 (141), 2014г. Материалы Международного Конгресса «Отечественные традиции и новации в психотерапии, практической и консультативной психологии» 17-19 октября 2014г., Москва. Выпуск №1. С. 36-41.
4. Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология для репродуктивной медицины: психологическая помощь пациентам в программах ВРТ // Материалы XXIV Ежегодной Международной конференции «Репродуктивные технологии сегодня и завтра» 3-6 сентября 2104г., Ярославль. С. 135-137.

**Содержание и структура психологического консультирования в ситуации
перинатальных потерь**

Content and Composition of Psychological Support in Case of Perinatal Death

Чижова М. А.

*первый проректор НОУ «Институт перинатальной психологии и психологии
репродуктивной сферы», репродуктивный психолог, Москва, Россия*

marina-chizhova@yandex.ru

В ситуации перинатальной потери женщина и члены её семьи остро нуждаются в специализированной психологической помощи. Оказание данной помощи особенно эффективно, если психолог прошел соответствующую подготовку не только в области работы с травмой, но и узконаправленное обучение оказанию психологической помощи в ситуации перинатальной потери. Данная ситуация имеет ряд особенностей, недостаточное внимание к которым может приводить к формированию ятрогенных страхов в отношении будущей беременности или родов и осложнению горевания.

Вместе с тем, в современной психологической литературе фактически нет обоснованных и адекватных реалиям нашей страны практических рекомендаций для психологов, работающих с данной темой. Восполнению этого пробела и посвящена эта

статья. В данной статье приводятся практические рекомендации по структуре и содержанию психологического консультирования в ситуации перинатальной потери, актуальные как в случае работы в остром периоде переживания горя, так и в более отдаленном периоде.

Предлагаемая система работы была предложена и реализуется автором данной статьи, а также практикующими психологами, прошедшими обучение в рамках авторского курса «Работа с перинатальными потерями. Психологическая помощь при переживании горя» (30 академических часов) и доказала свою эффективность и практическую значимость.

Отличие состояния клиента в ситуации перинатальной потери от стандартного психологического консультирования и психологического консультирования в ситуации горевания.

Так как структура и содержание консультирования в ситуации перинатальной потери обусловлены особым состоянием клиента необходимо описать специфические черты этого состояния.

В ситуации перинатальной потери клиент может не иметь сознательного запроса на психотерапию, не иметь сил разговаривать с посторонним человеком на болезненную для себя тему, и даже агрессивно реагировать на психолога или других людей, но при этом остро нуждаться в помощи. Это приводит к тому, что терапевтический контракт, явно или имплицитно присутствующий в психологическом консультировании, должен быть адекватным состоянию клиента и направлен в первую очередь на восстановление психического равновесия клиента и его способности войти в свое ресурсное состояние. Апелляция психолога только к сознательной позиции клиента и просьба сформулировать запрос зачастую приводят к потере контакта. Психолог как профессионал, осознающий закономерности процесса переживания горя, обладает ведущей ролью в этой ситуации, объективирует состояние клиента и осознанно направляет клиента к следующему этапу переживания [1].

Общепсихологические закономерности переживания горя актуальны и в ситуации перинатальной потери, и имеют свое специфическое содержание. Психологу необходимо учитывать этап переживания, на котором актуально находится клиент для

построения адекватной стратегии работы [2]. Особенностью переживания перинатальной потери в отличие от других ситуаций горевания, является ощущение уникальности происходящего и полного отсутствия «социально понятных» механизмов действия в этой ситуации. В связи с этим у клиентов присутствует яркий выраженный запрос на формирование адекватной ситуации стратегии поведения. Вместе с тем, горевание зачастую связано с яркими телесными ощущениями и усиливается нестабильным физиологическим состоянием клиента (например, в случае если это беременная или недавно родившая женщина), что вызывает большую субъективную остроту переживания и большую предрасположенность к возникновению психосоматических расстройств.

Условия, необходимые для психологического консультирования в ситуации перинатальной потери.

Для психологического консультирования в ситуации перинатальной потери желательны особые временные и материальные условия:

1. Желательная продолжительность первичной консультации - 1,5 часа и более. Это связано с тем, что клиенту в ситуации перинатальной потери требуется больше времени на установление контакта с психологом и требуется выделение отдельного времени на обсуждение неотложных действий. В идеальной ситуации продолжительность первичной консультации определяется самим клиентом.
2. Необходимый инвентарь (желательно в такой упаковке, которая легко транспортируется в любое место оказания психологической помощи):
 - а) Салфетки бумажные.
 - б) Успокоительные средства (валериана, Успокоительный сбор) и вода.
 - в) Цветные карандаши (для выполнения проективных тестов), ручки (для записи), бумага. Планшет, в случае, если консультация осуществляется прямо в палате.

Структура первичной консультации:

1. Приветствие. Указание места для работы, временного регламента (при необходимости).

2. Выражение соболезнования. Рекомендуемые фразы психолога: «Я Вам очень сочувствую», «Я выражаю Вам своё соболезнование», «Мне очень жаль».
3. Выяснение обстоятельств произошедшего и развития событий до сегодняшнего момента. Побуждающая фраза психолога: «Расскажите мне, что произошло».
4. Информирование об этапах переживания горя и общепсихологических закономерностях переживания. Рассказ иллюстрируется чувствами и мыслями самих горюющих, даются ссылки на те слова, которые клиент(ы) говорили в своем рассказе. Это информирование имеет важнейшее значение для установления контакта, так как клиенту важно чувствовать, что психолог понимает его переживания, обладает знанием о том, что переживания не бесконечны и может помочь пережить.
5. Диагностика. Рекомендуется использовать не более 1-2 коротких методик. Мы рекомендуем использовать модифицированный проективный рисунок «Человек под дождем» с целью выявления актуального эмоционального и телесного состояния и адаптированный опросник «Копинг-механизмы» Е. Хайма для выявления актуальных копинг-стратегий.
6. Психологическая коррекция или психотерапия. Содержание консультирования выстраивается в зависимости от актуального для клиента этапа переживания горя и характерных для ситуации перинатальной потери тем [1, 3]. Могут быть использованы любые терапевтические направления или техники, которыми владеет психолог для коррекции эмоционального состояния клиента. Содержательное наполнение консультирование описано ниже.
7. Подведение итогов консультации, возможно запись основных выводов или необходимых действий.
8. Договоренность о дальнейших действиях и доступности для контакта. На этом этапе очень важно, чтобы психолог сохранялся доступным для контакта в случае появления у клиента неотложных вопросов. Это обеспечивается, например, указанием времени, в которое возможно обращение, или обеспечением дистанционной поддержки по телефону.

Содержание консультирования.

Консультирование в ситуации перинатальной потери включает в себя три сферы работы: эмоциональную, когнитивную и поведенческую.

Цель работы в эмоциональной сфере – поиск ресурсного состояния и помощь в проживании всех этапов горевания. Коррекция состояния осуществляется как целенаправленно, так и в результате работы со смыслами [3].

Работа в когнитивной сфере имеет своей целью осмысление происходящих изменений и выстраивание осознаваемых механизмов реагирования на ситуацию потери. На разных этапах работы выбираются наиболее значимые для клиента темы, обсуждаются наиболее частые вопросы клиентов в этой ситуации [2, 3].

Поведенческая сфера консультирования создает для клиента среду, в которой выстраивается адекватное немедленное реагирование (особенно в ситуации актуальной агрессии или чувства вины) и помогает выработать стратегию действий в различных предстоящих ситуациях (роды; похороны; общение с родными, знакомыми, врачом; возвращение на работу и т.д.).

Наш опыт применения вышеописанной структуры и содержания психологического консультирования показывает, что стойкого улучшения состояния клиента можно добиться в рамках 1,5-3 часовой консультации. Дальнейшее консультирование осуществляется по запросу клиента.

Список литературы

1. Чижова М.А. Особенности позиции психолога при консультировании в случае переживания горя в ситуации перинатальных потерь. // Профессиональная психотерапевтическая газета. № 10 (119) октябрь 2012. Материалы международного конгресса «Психотерапия, практическая и консультативная психология – сплетение судеб». 2012 г., г. Киев, Украина. С. 97.
2. Чижова М.А. Этапы переживания горя у матерей при перинатальной смерти ребенка и их лингвистические маркеры // Перинатальная психология и психология родительства. 2009. №4. С. 113-119.

3. Чижова М.А. Перевод переживания в смысл в психологическом консультировании по поводу перинатальной потери. // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. 2012. №3. С. 9-18.
4. Чижова М.А. Психологическая помощь при перинатальных потерях // Психотерапия. 2010. №10. Материалы Всемирного конгресса русскоязычных психотерапевтов «Языки психотерапии». 2010 г., г. Москва. С. 49.

Анализ личностного потенциала родителей, перенесших потерю ребенка
Evaluating of personal potential in parents who have survived the loss of a child

Шлягина Е. И., Гольденберг Т. С.

*ведущий научный сотрудник факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова,
кандидат психологических наук, Москва, Россия*

e.shliagina@gmail.com

*психолог, выпускница факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва,
Россия*

tatyanagoldenberg@yandex.ru

Проблематика переживания горя от потери ребенка, использование личностных ресурсов, влияние диадического копинга в системе семейных отношений на принятие потери у родителей, стали основными реперными точками нашего исследования. Именно понимание возможностей личностного потенциала родителей и их семейного уклада, рассматриваются как отправные точки для совладания с такой трудной жизненной ситуацией как потеря ребенка.

В отечественной психологии практически нет научных исследований, обращающихся к анализу проблематики переживания ситуации потери ребенка. Хотя потребность в психологическом сопровождении семей, потерявших ребенка – очень высока. Свидетельством тому является появление первого в России информационного ресурса о преждевременных родах и недоношенных детях: www.prematurebaby.ru в 2010

году. Психологическая травма, связанная с потерей ребенка в результате преждевременных родов или в период беременности, одна из самых тяжелых ситуаций в жизни любой семьи.

В зарубежной психологической науке, интерес по отношению к проблематике переживания утраты ребенка родителями, достаточно высок.

Как показывают зарубежные исследования, горюющие родители представляют собой крайне уязвимую группу. Среди них наблюдается высокий риск возникновения аффективных расстройств [3], более высокой смертности, чем среди родителей, не потерявших детей [3], более выраженный эмоциональный дистресс [2, 6].

М. Штребе, предложила модель двойного совладания с тяжелой утратой [4]. По мнению исследователей, изучение феномена утраты предполагает использование людьми двух вариантов копинга: 1) копинг, ориентированный на потерю; 2) копинг, направленный на восстановление. Данное обстоятельство указывает на два вида стрессоров, каждый из которых требует определенных копинг-усилий в процессе совладания с утратой. Копинг, ориентированный на потерю связан с «работой горя» - с воспоминаниями, размышлениями об умершем человеке, об обстоятельствах и событиях, окружающих смерть близкого. Копинг, направленный на восстановление представляет собой источник совладания со стрессом.

Смерть ребенка вызывает не только тяжелейшее чувство утраты, горя, депрессии; это также вызов семейному благополучию, семье как целостности. По данным зарубежных исследований - стресс, возникший вследствие потери ребенка может разрушить супружеские взаимоотношения и приводит к высоким показателям разводов [1].

Разница в родительском опыте отцов и матерей, способствует порождению различий в переживании опыта утраты родителями, тем самым приводя к разному воздействию стресса на супружескую пару [цит. по 6].

Мужчины и женщины выражают горе и справляются с потерей разными способами, мужчины чаще, чем женщины подавляют свои негативные эмоции, а в качестве копинг-стратегии используют избегание [5].

Эмоциональная поддержка внутри семейной пары может оказывать благотворное влияние на психическое и физическое здоровье, и стать буфером от негативных воздействий, вызываемых переживанием утраты.

В 2013-2014 году, нами была предпринята попытка подойти к пониманию того, как в семье, потерявшей ребенка «страдание переплавляется в мудрость» совладания и может становиться источником посттравматического личностного роста.

Наше исследование было проведено на выборке матерей и отцов, перенесших утрату ребенка, как в результате преждевременных родов, так и в случаях неудачно завершившейся беременности. В исследовании приняли участие 10 женщин и 3 супружеские пары (28-40 лет), активные участники форума сайта, посвященного проблематике преждевременных родов и недоношенных детей: www.prematurebaby.ru.

Специально для целей исследования нами была разработана «Анкета»; для диагностики личностного потенциала семейных пар, были использованы проективные и опросные методики.

Мы использовали следующие проективные методики:

1. Методика «Незаконченные предложения» Д.М. Сакса и С. Леви (Сакс Дж. Н., Леви С., 2000) Мы использовали модификацию методики «Незаконченные предложения», направленную на выявление отношения испытуемых к семье и семейным ценностям.

Среди опросных методик, в исследовании были использованы:

1. Опросник «Способы совладающего поведения» Р.Лазаруса, в адаптации Л.И.Вассермана (Вассерман Л.И., 2008)
2. Опросник жизнестойкости С. Мадди, в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006)
3. Тест смысложизненных ориентаций Дж.Крамбо и Л. Махолика, в адаптации Д.А. Леонтьева (Леонтьев Д.А., 2006)
4. Методика исследования самоотношения С.Р. Панталева (Панталева С.Р., 1993)
5. Методика ролевые ожидания и притязания в браке А.Н.Волковой (Волкова А.Н., 1990)

Большой массив полученных результатов, позволяет нам выдвигать гипотезу о предикторах совладания с ситуацией потери ребенка. Этими предикторами могут выступать такие факторы как: наличие значимой супружеской поддержки; такие составляющие личностного потенциала как высокий уровень жизнестойкости, наличие таких смысложизненных ориентаций как аутосимпатия, самоуважение; наличие эффективных стратегий совладания; согласованность неосознаваемых установок супругов по отношению к семейным ценностям, взаимопомощи. Главной опорой для женщины в совладании с горем явилось страдающее участие супруга. В тех случаях, когда испытуемые сообщают об отсутствии поддержки со стороны мужа, принятие потери не произошло.

Мы полагаем важным, продолжение изучения проблематики вопросов, связанных с личностными особенностями семейных пар – матерей и отцов, переживших смерть ребенка. Многостороннее широкое изучение личностных ресурсов и особенностей таких людей, может способствовать разработке программ психологической помощи и поддержки; программ подготовки, направленных на увеличение психологической компетенции медицинских специалистов в родильных домах, перинатальных центрах. Исследование родителей, переживших потерю ребенка продолжается.

Список литературы

1. Buchi, S. Shared on discordant grief in couples 2-6 years after the death of their premature baby: Effects of suffering and posttraumatic growth // *Psychosomatics*. 50 (2). 2009. P.123-130.
2. Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS, and accidents. // *Death Stud*. 27. 2003. P. 143-165.
3. Li, J., Laursen, T.M. Precht, D.H.,Olsen, J.,&Mortensen, P.B. Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child // *New England Journal of Medicine*, 352, 2005. P. 1190-1196.
4. Stroebe, M., Schut, H. The dual process of coping with bereavement: Rationale and Description, *Death Stud*. 1999. 23. P.197-224.

5. Song, Jieun, Floyd, Frank J., Seltzer, Marsha Mailick. Long-term effects of child death on parents health related quality of life: A dyadic analysis // Family Relations. Vol.59. July 2010. P. 269.
6. Wingaards-de Meij, M. Stroebe, W. Stroebe, W. Schut, H. Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping// British journal of clinical psychology. 47. 2008. P. 31-42.

Особенности переживания беременности при ЭКО
Features of pregnancy experience in IVF

Якупова В. А. Захарова Е. И.

аспирантка факультета психологии МГУ им. Ломоносова, Москва, Россия

vera.a.romanova@gmail.com

доцент, к.психол.н., доцент кафедры возрастной психологии факультета психологии

МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

E-I-Z@yandex.ru

В настоящее время процедура экстракорпорального оплодотворения получила широкое распространение. Благодаря совершенствованию медицинских технологий, родительство стало возможным для пар, которые были обречены на бездетность. Появился и практический запрос на психологическое сопровождение пар, решивших принять участие в программе ЭКО. Формирование внутренней материнской позиции при ЭКО происходит в особенных психологических условиях. Процедуре ЭКО предшествует период бесплодия, сама процедура нередко является последней возможностью самостоятельно родить ребенка. Беременность с использованием ЭКО является стрессовой по многим параметрам, как финансовым, так и эмоциональным. Специалисты во всем мире активно исследуют особенности психического состояния участниц программы ЭКО во время беременности. Остро стоит вопрос о

психологическом сопровождении пар, как готовящихся к ЭКО, так и получивших беременность с помощью ЭКО.

Целью нашего исследования является изучение особенностей переживания женщинами беременности при использовании процедуры ЭКО, а именно, эмоциональное состояние женщин, получивших беременность с помощью ЭКО, их отношение к беременности, будущему ребенку и выполнению родительских функций – к элементам, составляющим материнскую позицию. Для изучения материнской позиции нами был использован опросник Г.Г. Филипповой «Стиль переживания беременности», проективная методика «Рисунок «Я и мой ребенок»», для оценки эмоционального состояния был использован опросник Айзенка «Самооценка психического состояния». В исследовании приняло участие 224 беременных женщины второго и третьего триместра: 62 женщины, получившие беременность с помощью ЭКО, и 162 женщины с физиологической беременностью. Все участницы исследования столкнулись с соматическими осложнениями во время беременности. Исследование проводилось на базе ФГБУ Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова.

Отношение к беременности респонденток как в группе ЭКО можно охарактеризовать как амбивалентно-игнорирующее. Несмотря на возникновение осложнений во время беременности, женщины не демонстрируют выраженной тревоги. Напротив, в группе ЭКО присутствует ярко выраженное игнорирование возникающих сложностей – достаточно большой процент женщин (около 20%) отрицают возникновение каких-либо изменений в своем эмоциональном состоянии. В группе физиологической беременности (ФБ) отношение к беременности и уровень тревоги обладают сходными характеристиками. Женщины с физиологической беременностью, находящиеся в стационаре, также склонны игнорировать возникающие соматические осложнения и изменения с своим эмоциональным и физическим состоянием. В целом по выборке выявлена связь тревоги с наличием репродуктивных потерь в анамнезе. Среди женщин, которые не сталкивались с репродуктивными потерями, уровень тревоги значимо ниже, чем среди женщин, имеющих в анамнезе репродуктивные потери.

Респондентки обеих групп (ФБ и ЭКО) положительно относятся к шевелениям ребенка, к проявлениям его активности, однако в группе ЭКО значимо чаще испытывают амбивалентные чувства и эмоциональное отвержение по отношению к ребенку, чем женщины с физиологической беременностью (критерий фишера 1.78 на уровне значимости 0,05). Что касается образа будущего ребенка, в группе ЭКО преобладает эйфорическое представление о нем. Т.е. четкого представления о ребенке мамы не имеют, склонны его идеализировать, им сложно выделить особенности темперамента ребенка, динамику его шевелений. Когнитивный образ ребенка не является адекватным примерно у 40% респонденток в группе ЭКО (ребенок представляется им старше своего возраста). В группе ФБ также наблюдается тенденция к идеализации и искажению образа ребенка. При этом первородящие женщины, вне зависимости от участия в программе ЭКО, склонны к большей идеализации ребенка, чаще испытывают к нему амбивалентные чувства, чем женщины, имеющие опыт материнства (критерий фишера 2,626).

На фоне идеализации ребенка в группе ЭКО преобладает эйфорическое представление о себе как о матери. Важно отметить, что с возрастом усиливается склонность к идеализации себя в роли матери. В группе ЭКО среди женщин старше 36 лет значимо больше эйфорических ответов, чем среди женщин до 36 лет (критерий Фишера 2.66). Также на представление о себе в роли матери влияет время ожидания беременности, вне зависимости от участия в программе ЭКО: по выборке в целом среди женщин, ожидавших беременности более 5 лет, значимо больше эйфорических ответов (критерий Фишера 2,24 на уровне значимости 0,05).

На ряду с искаженным представлением о ребенке, у большинства женщин в обеих группах наблюдается неадекватная позиция по отношению к ребенку (75% в группе ФБ и 82,5% в группе ЭКО). Хотя в обеих группах преобладает неадекватная позиция по отношению к ребенку, в группе ФБ значимо большее количество женщин демонстрируют готовность и интерес к выполнению родительских функций, чем среди участниц программы ЭКО (хи-квадрат = ,029 на уровне 0,05).

На основе анализа полученных данных можно сделать следующие выводы.

1. Эмоциональное состояние беременной женщины и отношение к связанным с ней физиологическим изменениям определяется не столько способом наступления беременности, сколько картиной реального благополучия протекания беременности, сроком ожидания наступления беременности и возрастом будущей матери.
2. Основным источником тревожных переживаний женщин становится не столько факт зачатия с помощью ЭКО, сколько сопутствующие этому соматические проблемы, что подтверждается сходным эмоциональным состоянием группы женщин соматически осложненной физиологической беременности. Психическое состояние женщин, имеющих соматические проблемы во время беременности, значимо не различается.
3. Наличие опыта репродуктивных потерь способствует интенсификации тревожных переживаний во время беременности.
4. Участницы программы ЭКО склонны игнорировать возникающие и возможные трудности, идеализировать беременность и материнство.
3. Участницы программы ЭКО на фоне ярко выраженного стремления к наступлению материнства не видят себя в роли матери, не готовы принять на себя выполнение родительских функций. Их представления о будущем ребенке и о себе в роли матери далеки от реальности и носят эйфорический характер.

Список литературы

1. Захарова Е.И. Развитие личности в ходе освоения родительской позиции. Культурно-историческая психология. 2008. №2. с.24- 29.
2. Захарова Е.И., Чуваева А.С. Психологические аспекты привычного невынашивания беременности: (тезисы). Журнал акушерства и женских болезней. том LX. Специальный выпуск. Национальный конгресс "Дискуссионные вопросы современного акушерства" Санкт-Петербург, 1-4 июня 2011. С. 41-42.
3. Лебедько А.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с экстракорпоральным оплодотворением: автореферат дис. кандидат мед. наук [Белорусский гос. мед. универс.], Минск, 2013.

4. Сидельникова В.М., Ходжаева З.С., Стрельченко М.Б. и др. Особенности течения и тактика ведения беременности после ЭКО и ПЭ. //Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. /Под ред. Кулакова В.И., Леонова Б. В., Кузьмичева Л.Н., М.: Русское информационное агентство. 2005. С. 479-487

5. Филиппова Г.Г. Психология материнства, М.: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002

6. Judith C. Daniluk "If We had it to Do Over Again...": Couples' Reflections on their Experiences of Infertility Treatments// The Family Journal 2001 9: 122 DOI: 10.1177/1066480701092006

Секция 4. Психология супружеских отношений

Детерминанты удовлетворенности браком в молодых семьях

Адушкина К.В

УрГПУ, Екатеринбург, Россия

korkva@yandex.ru

Кризисное состояние современной семьи, обусловленное как социокультурными и экономическими причинами, ярко проявляется в бракоразводной статистике. По данным Роскомстата в современной России на 100 заключенных браков приходится в среднем 57 разводов (2011-2015 г.г.), при этом чаще всего (34%) распадаются молодые семьи, прожившие вместе от 1 до 4 лет и еще не имеющие детей.

Супруги только что заключившие брак, сталкиваются с множеством не только бытовых, но и психологических проблем: им необходимо установить оптимальный для себя баланс близости или отдаленности, решить вопросы семейной иерархии и сфер ответственности, 13% пар в качестве причины развода указывают отсутствие общих взглядов на жизнь. На этом этапе могут возникать и сексуальные проблемы - как