

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Прикладная
психология»

Направление подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»
Профиль «Психология образования»

Бакалаврская работа
на тему:

«Изучение показателей аффективно-мотивационной сферы женщин на
разных сроках беременности»

Студент


подпись

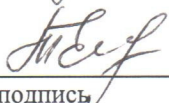
Сяфукова Алсу Рафаиловна

Руководитель


подпись

Тарасова Е.М.

Нормоконтролер


подпись

Тарасова Е.М.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 20.06.2020 № 14)

Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 22.07.20 № 13)

Секретарь ГЭК


подпись

Карманова Т.М.

Пенза 2020

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы изучения аффективно-мотивационной сферы у женщин на разных сроках беременности	
1.1. Основные психологические характеристики периода беременности.....	7
1.2. Некоторые аспекты физиологии и психологии женщин на разных сроках беременности.....	17
1.3. Нервно-психическая устойчивость в период беременности.....	23
1.4. Основные направления работы психолога с женщинами на разных сроках беременности.....	30
Выводы по Главе 1.....	34
Глава 2. Изучение показателей аффективно-мотивационной сферы женщин на разных сроках беременности	
2.1. Описание процедуры и методов исследования.....	36
2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных.....	40
Выводы.....	57
Заключение.....	62
Список используемых источников.....	64
Приложение.....	69

Введение

Вопросы психологической готовности к материнству приобретают в последнее время все большую актуальность в связи с ростом демографических и социальных проблем, таких как снижение рождаемости, рост девиантного материнства, малодетность семей. На фоне интереса к вопросам материнства различных наук - медицины, физиологии, социологии, психологии – сегодня все более популярным является комплексное исследование материнства. Большое число исследований в этой области, интерес разных отраслей знаний к проблеме материнства позволяют говорить о ее актуальности. Проблема материнства выступает как самостоятельная реальность, требующая не только целостного научного подхода для его исследования, но и постоянного пополнения, обновления научных знаний.

Этап беременности знаменует собой вступление в новую фазу личностного развития женщины, изменение ее самосознания. В этот период она готовится к освоению новой роли – родительской, материнской, и принятию ответственности с ней связанной.

Беременность меняет не только физиологическое, но и психологическое состояние женщины. Оба эти состояния зависят от множества факторов. С медицинской точки зрения беременность относится к процессам, идущим на грани с патологией, а значение психологической составляющей этого состояния преуменьшается. Основу ведения беременности составляет применение лекарств, акушерских манипуляций, в то время как психологическая помощь, диагностика и психокоррекция применяются гораздо реже.

Так, например, среди факторов, влияющих на возникновение патологии беременности, далеко не всегда учитывается факторы желанности / нежелательности беременности, наличия у женщины депрессивных состояний, повышенной тревожности и т.п. Есть данные о том, что для женщин с соматическими проблемами, влияющими на репродуктивное

здоровье, характерны такие психологические характеристики, как неуверенность в себе, неадекватно заниженная самооценка, экстернальный локус контроля, искажение полоролевой идентичности, низкий уровень эмоционального контроля, поведенческая дезорганизация.

Не отрицая значимости фактора соматического состояния беременной, а также качества медицинской помощи, мы в данной работе рассматриваем влияние эмоционально-мотивационных свойств женщины на протекание беременности.

В психологических исследованиях протекания беременности наиболее разработанным является изучение влияния тревожности женщины на беременность и ее последующее материнство. В период беременности женщина становится более чувствительной. Чувствительность, сензитивность необходимы для адекватного восприятия будущей матерью сигналов, исходящих от ребенка. Повышение тревожности в этот период отражает и характер адаптации к новому психофизиологическому состоянию. Нормой считается умеренное повышение уровня тревожности, как личностной, так и ситуативной. Тревожность является своего рода индикатором течения беременности, отражает реакцию женщины на изменения и негативные проявления, не соответствующие показателям нормы. Отсутствие умеренной тревоги отражает излишне легкомысленное отношение к состоянию беременности, что может привести к осложнениям.

Однако сниженный фон настроения, постоянно присутствующие негативные эмоции способны вызывать тяжелые патологии течения беременности. Н.П. Коваленко отмечает, что негативные эмоции имеют свои соматические отображения и проявляются через накопление нервного напряжения, ведущего к сбою репродуктивной функции [Коваленко, с. 29]. Есть данные о том, что женщины группы риска по показателям репродуктивного здоровья в сочетании с нарушенной адаптацией организма эмоционально неустойчивы, склонны к переживанию депрессивных состояний. Они отличаются раздражительностью, эмоциональной

лабильностью и восприимчивостью, повышенной утомляемостью и психической истощенностью.

В период беременности эмоциональная, волевая и мотивационная сферы меняются достаточно интенсивно. Однако характер и степень этих изменений на разных сроках беременности остается одним из наименее изученных вопросов.

Целью исследования является изучение показателей аффективно-мотивационной сферы женщин на разных сроках беременности для использования диагностических данных в консультативной деятельности педагога-психолога по вопросам готовности к браку, семейных и детско-родительских отношений.

Объект исследования - аффективно-мотивационная сфера женщин на разных сроках беременности.

Предмет исследования - различия в показателях аффективно-мотивационной сферы женщин на разных сроках беременности

Гипотеза исследования заключается в следующих предположениях:

1. Аффективно-мотивационная сфера беременных женщин характеризуется изменениями психологического компонента гестационной доминанты. В третьем семестре увеличивается количество неблагоприятных вариантов в сравнении с ранними сроками беременности.

2. В течение беременности изменяется влияние разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние женщин.

3. Возраст является фактором, влияющим на оптимальность типа психологического компонента гестационной доминанты беременных и на показатели их психоэмоционального состояния на разных сроках беременности.

Исходя из цели и сформулированной гипотезы, в ходе исследования решались следующие **задачи**:

1. Провести анализ научных данных по вопросам психологического содержания периода беременности; некоторых аспектов физиологии и

психологии женщин на разных сроках беременности; нервно-психической устойчивости в период беременности, а также основных направлений работы психолога с женщинами на разных сроках беременности.

2. Сформировать выборку исследования, подобрать диагностический комплекс для изучения показателей аффективно-мотивационной сферы женщин на разных сроках беременности.

3. Реализовать диагностические процедуры, проанализировать полученные результаты, выявить различия в показателях аффективно-мотивационной сферы женщин двух возрастных групп на разных сроках беременности. Сформулировать выводы, определить возможность использования результатов исследования.

Для проверки выдвинутой гипотезы был подобран диагностический комплекс, включающий такие **методы**, как тестирование, структурированное интервью и наблюдение. В ходе тестирования использовались следующие **методики**:

- Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова;
- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, авторы К.К. Яхин, Д.М. Менделевич.

Для изучения мотивационной сферы беременной женщины была также использована Анкета для получения сведений о влиянии разных стрессогенных факторов психоэмоциональное состояние беременных.

В исследовании приняли участие женщины двух возрастных групп. В первую группу вошли женщины в возрасте 18-25 лет (14 человек), в другую - женщины в возрасте от 26 до 37 лет (9 человек). В соответствии с классификацией, принятой в акушерстве и гинекологии, эти группы при анализе диагностических данных мы обозначили, как «молодые» и «возрастные» беременные. Все женщины, вошедшие в выборку, относятся к первородящим.

Исследование включило в себя два этапа: первый этап проходил в конце первого триместра гестации, второй – в середине третьего триместра.

Глава 1. Теоретические основы изучения аффективно-мотивационной сферы у женщин на разных сроках беременности

1.1. Основные психологические характеристики периода беременности

Беременность определяет глубокие изменения самосознания женщины, ее отношения к окружающим и к миру в целом. В этот период происходит трансформация как собственной идентичности, так и ценностно-смысловых составляющих образа мира. Для многих женщин беременность является этапом формирования подлинной зрелости, возрастания самоуважения. Но для части может быть патологическим разрешением деформированных отношений с миром.

Одним из факторов, влияющих на течение беременности, является мотивация. О.Г. Исупова выделяет такие группы мотивов репродуктивной активности, как: «ради мужчины», «ради ребенка», «ради себя». Каждый из них выполняет как терминальную, так и инструментальную функции [18].

Н.В. Боровикова выделила следующие мотивы сохранения беременности и их распространенность в женской популяции:

1. Беременность ради ребенка - 6%;
2. Беременность от любимого человека - 3%;
3. Беременность как соответствие социальным ожиданиям - 24%;
4. Беременность как протест - 12%;
5. Беременность ради сохранения отношений - 16%;
6. Беременность как отказ от прошлого - 8%;
7. Беременность как уход от настоящего - 5%;
8. Беременность ради сохранения собственного здоровья - 26%.

Первые два мотива проявляются как на бессознательном, так и на сознательном уровнях, другие чаще не осознаются.

«Беременность ради ребенка» - наиболее позитивный мотив, который отражает психологическую готовность женщины к материнству. Этот мотив характерен для социально зрелых женщин, а также одиноких женщин позднего репродуктивного возраста.

Мотив «беременность от любимого человека» свидетельствует о высоком уровне адаптивности женщины к беременности. Образ будущего ребенка является для нее тем символом прошлого или настоящего, который она хочет пронести через всю жизнь.

Мотив «беременность как соответствие социальным ожиданиям» один из наиболее распространенных в нашем обществе. Он обычно присущ молодым женщинам, не имеющим материальных затруднений, рассчитывающих на помощь мужа или родителей.

Мотив «беременность как протест» носит характер вызова, а будущий ребенок используется в качестве объективного аргумента, объясняющего невозможность возврата к прежним отношениям (с мужчиной или родителями).

«Беременность ради сохранения отношений» отражает стремление женщины внести нечто новое в близкие отношения с мужчиной и, тем самым, удержать его рядом.

Мотив «беременность как отказ от прошлого» основан на желании женщины почувствовать себя личностью, обрести женскую индивидуальность, отказаться от прошлого.

Мотив «беременность как уход от настоящего» чаще свойственен одиноким женщинам, потерявшим надежду на личное счастье в отношениях с мужчиной.

«Беременность ради сохранения собственного здоровья» - мотив обусловленный боязнью навредить своему здоровью или утратить репродуктивную функцию в будущем [8].

Чаще всего все эти типы мотивов существуют не изолировано в психике женщины, а дополняют друг друга при доминировании какого-то одного.

Каждая из описанных мотиваций отличается своим особым мотивационным фоном. Выделяют три основных из них:

- Стремление к неизведанному, к новым ощущениям. На этом фоне протекание беременности характеризуется недопониманием степени ответственности, обусловленным личностной незрелостью. Характерен в основном для молодых женщин. Протекание беременности характеризуется инфантильными поведенческими реакциями с преобладанием в них детских паттернов поведения.

- Решение сохранить беременность может быть также продиктовано стремлением «быть не хуже других». Беременность в этом случае имеет положительную эмоциональную окраску, ребенок является желанным, а сама беременность вызывает чувство гордости.

- Самоутверждение через беременность. Такой фон формируется в процессе социализации женщины, усвоения прививаемых ей с детства психологических установок.

Репродуктивное поведение и сам период беременности можно рассматривать как социальное явление, поскольку установки каждой беременной женщины отражают социокультурные характеристики общества, а репродуктивная зависит от культуры разных человеческих ценностей.

Беременность - сложное и, одновременно с тем, психологически очень разнообразное состояние. В этот особый период жизни женщины происходят физические, гормональные и социальные изменения, которые протекают на всех уровнях: физическом, ментальном, психологическом.

Рассмотрим психологический уровень изменений.

Психологические изменения проявляются в так называемом синдроме беременности – появлении особого психогенного состояния, который начинается с момента осознания женщиной своего нового положения и

заканчивается переходом в восприятии матери образа ребенка от фантастического к реальному. Такой переход называют «пигмалионизацией» родившегося ребенка.

Синдром беременности переживается на бессознательном уровне и имеет свои этапы, выделяемые как закономерные:

1. На первом этапе имеет место аффект осознания себя беременной. Это период формирования отношения к своему будущему материнству. Вопросы о смысле деторождения ставятся и решаются женщинами по-разному. На этот процесс влияют такие психосоциальные характеристики, как интеллектуальный уровень, профессиональная успешность, имеющиеся у женщины социальные роли.

2. Второй этап развития синдрома беременности связан с рефлексивным принятием женщиной своего нового образа «Я». На этом этапе происходит признание физиологических изменений в организме.

3. С момента осознания и внутреннего и принятия себя беременной у женщины проявляется противоречивое отношение к беременности. Для этого этапа характерны частые и быстро сменяющиеся колебания настроения, актуализируются прежние тревоги, проявляются аффекты, в которых одновременно присутствуют положительные эмоции, такие, как радость, оптимизм, надежда и негативные, такие, как страх за здоровье будущего ребенка, тревожное ожидание, неуверенность в своей способности родить, неуверенность в своей родительской состоятельности, обеспокоенность по поводу материального положения, переживания своей телесной, сексуальной непривлекательности.

4. Затем происходит психическая перестройка самосознания женщины, связанная с постепенным включением в него образа ребенка. Вместе с формированием отношения к будущему ребенку меняется и отношение женщины к себе, к окружающему миру. По мере созревания плода женщина постигает свое новое предназначение.

Изменения, происходящие в самосознании женщины, обусловлены действием выработанных в ходе эволюции биологических механизмов формирования привязанности матери к ребенку. Важную роль в формировании такого отношения играет парацептивный опыт - опыт, связанный с ощущениями, которая женщина испытывает при движениях плода. Ощущения этих движений, которыми она управлять не может, формируют признание отдельного человеческого существа со своей собственной жизнью. Будущая мать переживает симптом новой жизни в себе. По мере роста плода, чувственный компонент этих ощущений становится более ярким, эмоционально насыщенным. Наделенная смыслом беременность создает позитивный аффективный фон, ощущения вызывают чувство нежности. Отмечено, что в поведении некоторых беременных женщин появляются черты детскости, они становятся более чувствительными, внушаемыми, беспомощными.

Ощущения новой жизни в себе вызывают у женщин чувство «сродненности» с собственным ребенком. В этот период беременности обычно возникает внутренний диалог матери с ребенком. В самосознание матери включается образ ребенка, который представляет собой вершину синдрома беременности. Он характеризуется переживаниями ответственности за судьбу ребенка, которые проявляются в снах, мечтах и фантазиях о нем [10]. Беременность является этапом в развитии материнской сферы, который готовит женщину к выполнению материнских функций в постнатальном периоде, это кризисная точка в поиске своей женской идентичности, которая подразумевает конец существованию женщины как независимого отдельного существа и начало отношений мать-дитя.

В.И. Брушан дает следующую трактовку основным этапам беременности:

Первая фаза, преднастройки, приходится на период до беременности. Это фаза формирования матрицы материнского отношения в онтогенезе, на

которое влияют опыт взаимодействия женщины со своей матерью, семейные традиции, усвоенные ею культурные ценности.

Вторая фаза приходится на начало беременности. С момента узнавания о своем новом состоянии и до момента шевеления плода начинается формирование Я – концепции матери и концепции ребенка, до конца еще не наделенного качествами «родного».

Третья фаза – период первичного телесного опыта: интрацептивный опыт во время шевеления, результатом которого становится разделение «Я» и «не Я». Это явление знаменует начало будущей амбивалентности отношения к ребенку. Формируются новые смыслы «родной», «свой», «мой (частичка меня)».

Четвертая фаза приходится на период после родов, когда происходит достройка смысла «родного» за счет экстрацептивной стимуляции.

В дальнейшем происходит отделение витального смысла «родной» от социального смысла ребенка, при этом последний постепенно нарастает, а первый, наоборот, становится менее сильным и значимым [2].

Поэтапное, адекватное и своевременное прохождение женщиной всех этапов формирования ее нового «Я» - одно из основных условий формирования у ребенка базового доверия к миру, которое является залогом его будущего развития, его психологического и физического здоровья.

Синдром беременности является типичным для периода беременности у всех женщин. Однако его симптомы могут быть представлены с различной степенью выраженности в каждом конкретном случае. Наиболее ярко вышеуказанные симптомы, усиленные страхом перед неизвестным, проявляются в течение первой сохраненной беременности. Даже если беременность долгожданная, ее наступление женщина не всегда способна осознать сразу. Некоторое время женщине может казаться, что она не очень-то и рада и не совсем готова к этому долгожданному событию. Эти переживания и неустойчивое отношение к беременности со временем проходят.

Большое значение имеет общая жизненная ситуация женщины. Все, что происходит внутри и около нее, требует немалого напряжения сил. Поэтому очень важно качество, своевременность и достаточность поддержки, которую получает женщина от близкого окружения. Иногда востребованной может оказаться профессиональная помощь психолога, медицинского работника. Ценным для многих беременных является опыт общения с женщиной, прошедшей опыт вынашивания и рождения ребенка [5].

Остановимся подробнее на особенностях эмоционального состояния, характерных для беременных женщин. Именно оно меняется особенно сильно. Женщина становится чувствительной к таким мелочам, которых раньше и не замечала. Это является следствием гормональных перемен и изменения обмена веществ. Основной особенностью беременных женщин является возбужденное и тревожное нервно-психическое состояние.

Нередко наступление беременности вызывает множество беспокойств, чаще необоснованных. Это приводит к развитию стрессовой ситуации, на которую организм обычно реагирует учащением сердцебиения, повышением потоотделения, повышением артериального давления и уровня сахара, в то время, как выделительная и пищеварительная системы замедляют свою работу. Если стрессовая для женщины ситуация не разрешается, то возникает стойкая раздражительность и уровень тревоги повышается.

Воздействие беременности на психику женщины столь значительно, что многие авторы рассматривают это явление как кризисную ситуацию [2]. Изменения гормонального фона приводят к частым сменам настроения, чувствительности и утомляемости. Нередко женщины испытывают негативные эмоциональные состояния, проявляющиеся в раздражительности, низкой стрессоустойчивости, сниженной самооценки, мнительности. В целом, для течения беременности это является нормой. Некоторые женщины переживают неясность жизненной перспективы, ощущение одиночества. Исследователи психологического состояния беременных женщин отмечают,

что абсолютно безмятежное переживание беременности, полное отсутствие негативных эмоций может быть симптомом отказа от усилий по преодолению кризиса, что впоследствии негативно сказывается на протекании родов и послеродовой ситуации.

Для всего периода беременности характерным является симптом эмоциональной лабильности. Этот симптом проявляется в эмоциональной дезадаптивности, характеризующейся колебаниями настроения. Колебания настроения выражаются в различной степени внутреннего напряжения: от ощущения скуки, возрастающего недовольства собой до чувства угнетенности. У части женщин нарастает пассивность и появляется ощущение высшей удовлетворенности и наслаждения, а у других проявляется легкая депрессия и усиливается физическая активность.

Все эти изменения носят более интенсивный характер в начале беременности, требуется некоторое время для адаптации к ним. Эмоциональные переживания нередко сопровождаются такими физиологическими проявлениями, как тошнота, рвота, головокружение, головные боли. И.В. Добряков отмечает, что с началом беременности происходят изменения в функционировании центральной нервной системы, снижается возбудимость коры головного мозга и повышается возбудимость подкорковых образований [14, с. 70]. Вследствие изменения тонуса вегетативной нервной системы нередко у беременных наблюдаются сонливость, головокружения, плаксивость, раздражительность. Такие проявления чаще присущи раннему периоду беременности, затем они постепенно проходят. Все подобные изменения в психоэмоциональном состоянии носят адаптивный характер, они приводят к необходимому снижению активности женщины, к ограничению ее контактов с внешней средой.

Следует отметить, что уровень тревоги и прочие симптомы эмоциональной дезадаптивности во многом зависят от личностных особенностей женщины. У каждой женщины свои индивидуально-

психологические характеристики и адаптационные возможности. Среди личностных особенностей важны такие характеристики, как тип совладающего поведения, механизмы психологической защиты. Большую роль также играют внешние факторы, такие, как семейная обстановка, характер общения с окружающими, а также характер семейных отношений в родительской семье, а именно, материнские установки.

Таким образом, беременность является качественно новым состоянием организма и психики женщины, имеющим широкий спектр физических, ментальных и эмоциональных проявлений.

Есть данные о том, что эмоциональное состояние матери влияют на формирование психики ребенка, поскольку эмбрион способен воспринимать эмоциональные импульсы еще до созревания центральной нервной системы, что отражается на показателях внутриутробного развития плода.

Г.Г. Филиппова выделила следующие стили переживания беременности:

- Адекватный стиль. Идентификация беременности происходит без выраженных и продолжительных отрицательных эмоций; соматические ощущения сопровождаются положительными эмоциональными переживаниями.

- Тревожный стиль. Идентификация беременности происходит на фоне беспокойства, даже страхов, которые то отступают, то возобновляются. Соматический компонент имеет болезненные проявления.

- Эйфорический стиль. Этот стиль характеризуется не критичным отношением к возможным проблемам беременности и последующего материнства.

- Игнорирующий стиль. Он связан с поздней идентификацией беременности, нередко сопровождается чувством досады. Соматический компонент, как правило, не выражен, либо отмечается улучшение состояния.

- Амбивалентный стиль. Его общая симптоматика сходна с тревожным стилем. Особенностью являются полярные переживания соматического и эмоционального состояния.

- Отвергающий стиль. В этом случае идентификация беременности сопровождается отрицательными эмоциями, а соматическая симптоматика негативно эмоционально окрашена [39].

Стили переживания беременности имеют устойчивую связь с типом последующего взаимодействия матери с ребенком. По мнению Р.В. Овчаровой, беременность, роды и материнство являются последовательными ступенями формирования зрелой женской идентичности [29]. От характера и полноты проживания предыдущего этапа зависит прохождение следующего и, в целом, психологическая готовность к материнству.

Психологическая готовность к материнству представляет собой личностное образование, в основе которого субъект-объектная ориентация в отношении к будущему ребенку. С.Ю. Мещеряковой были выделены три уровня психологической готовности к материнству.

Для низкого уровня характерны колебания при принятии решения относительно сохранения беременности, негативные ощущения и колебания на протяжении всего периода. Исследования показывают, что у таких женщин в детстве не была сформирована привязанность к матери, в родительской семье преобладало доминантное, авторитарное отношение родителей к детям.

Средний уровень психологической готовности к материнству характеризуется противоречивыми переживаниями женщиной своей беременности, что отражается в амбивалентных установках к материнству, а впоследствии и в отношении к ребенку.

Для высокого уровня готовности к материнству характерно позитивное принятие факта беременности, отсутствие колебаний в принятии решения ее сохранения, позитивный эмоциональный фон во время всего периода беременности [27].

Все рассмотренные нами факторы и психологические преобразования подчеркивают важность периода беременности для удовлетворения потребностей будущего ребенка. Весь период беременности является, с одной стороны, психологической подготовкой женщины к будущему материнству, с другой – отражает готовность к нему.

1.2. Некоторые аспекты физиологии и психологии женщин на разных сроках беременности

Анализ исследований по изучению психологического состояния женщин во время беременности указывает на то, что этому периоду присуща динамика обострения и ослабления психологических проблем.

В первом триместре актуализируются проблемы отношений с ближайшим окружением, с разными объектами привязанности, например, с собственной матерью, с мужем. Во втором триместре эти проблемы ослабевают, появляется мотивация избегания. В третьем триместре актуальным становится страх перед родами, тревожность в отношении своей некомпетентности в роли матери. В начале этого триместра появляется «синдром обустройства гнезда», который реализуется в повышенной активности, стремлении уладить имеющиеся проблемы. Если у беременности благоприятная динамика течения, то активность направлена на подготовку к родам и послеродовой период. Активность, не связанная с ребенком, соотносится с неблагоприятной динамикой вынашивания. К концу беременности снижается страх родов и напряжение всех других проблем. Обратная картина связана с неблагоприятными переживаниями беременности и ценности ребенка [10].

Эмоциональное, нервно-психическое состояние во многом зависит от физиологических процессов. Так, в первые месяцы беременности под воздействием гормональной перестройки организм женщины адаптируется к состоянию беременности и «настраивается» на процесс вынашивания. При

нормально протекающей беременности к 14-16 неделям эмоциональное состояние женщины стабилизируется, уровень тревоги соответствует ее физиологическому состоянию и личностным особенностям. Такое состояние характерно до 34-36 недели беременности.

К концу срока беременности вновь происходит перестройка организма, «подстраивающая» его под роды. Этот механизм представляет собой физиологическую основу тревожности. В центральную нервную систему женщины поступает сигнал о том, что состояние организма не соответствует его обычным нуждам и потребностям. Уровень тревожности является своего рода индикатором адаптивных возможностей организма. Адаптивные возможности организма и психики сугубо индивидуальны у каждой беременной женщины.

Многие авторы, изучающие связь этапа беременности с последующим отношением женщины к ребенку, рассматривают беременность как подготовительную фазу в развитии взаимной привязанности матери и ребенка. Истоки материнской привязанности они связывают с появлением новых ощущений и физиологических изменений в организме женщины в течение срока беременности. В.И. Брутман полагает, что основным в формировании материнской привязанности к ребенку является возникновение первичного интрацептивного ощущения, которое совпадает с началом шевеления плода [10]. Эти движения, ощущаемые матерью, вызывают у нее чувство «сродненности» со своим ребенком. С этого момента у большинства женщин происходит фиксация на своих ощущениях, а центр внимания перемещается с заботы о своем здоровье и благополучии на заботу о благополучии плода, который уже воспринимается как отдельное существо.

Рассмотрим более подробно некоторые физиологические и психологические аспекты на разных сроках беременности.

Анализируя имеющиеся данные по физиологической и психологической картине протекания беременности, мы и структурировали информацию в соответствии с триместрами.

Первый триместр – время кардинальных перемен в физиологии женщины, влекущих психологические изменения, к которым она почти не готова. Начало гормональной «атаки» сопровождается такими неприятными физиологическими состояниями, как тошнота, рвота, повышенное потоотделение, и др. В медицине это состояние называется «ранний токсикоз».

Это период эмоциональной дестабилизации. Основными проявлениями являются повышенная раздражительность, эмоциональная ранимость, склонность к беспокойству, тревожности, чувствительность к негативным переживаниям. Под таким каскадом перемен женщина может начать чувствовать себя очень одинокой. При неизменности окружающего мира она одна находится под тяжестью своего нового состояния.

По-разному переживают этот период первородящие и повторнородящие женщины. Волнения женщины, впервые готовящейся стать матерью, фокусируются на темах: «Как будет складываться моя собственная жизнь?» «К чему быть готовой во время беременности?» «Смогу ли я стать хорошей матерью?» «Что будет с моей карьерой?» и т.п. Для повторнородящих женщин актуальными становятся вопросы: «Как подготовить старшего ребенка к появлению еще одного?» «Хватит ли финансовых ресурсов для расширенного состава семьи?». У повторнородящих женщин есть преимущество в том, что они уже знают изменения, происходящие в организме во время беременности и внутренне более к ним готовы. К тому же у них есть проблемы, связанные со старшими детьми, которые сглаживают эту «революционную перестройку».

Изменение психологического состояния женщины могут отразиться на ее социальном окружении. Не всегда члены семьи готовы принять изменения в поведении будущей мамы. Мужчинам гораздо сложнее включиться в процесс беременности жены. Есть вероятность возникновения проблем на работе, могут быть конфликты с коллегами или начальством, когда женщина находится во власти гормональной перестройки.

В конце первого триместра начинается «коренной перелом» в самочувствии женщины. Ослабевает ранний токсикоз, все понемногу стабилизируется. К началу второго триместра беременности набирает силу ощущение грядущего материнства, которое становится доминантным.

Во втором триместре изменения в организме продолжают, но женщина уже к ним больше адаптирована. Меняется внешний образ, увеличиваются размеры живота, груди увеличивается, округляются бедра. Развитие плода энергозатратно для организма женщины. Ей чаще хочется отдохнуть, прилечь или подольше посидеть без движений. Именно в этот период женщина начинает ощущать движения плода. Это очень важный момент в течение беременности. Самосознание меняется, формируется новое «Я», которое включает будущего ребенка. Вместе с этим повышается ответственность за его здоровье. Часто беременные с тревогой перебирают все факторы риска, которыми они подвергались с начала беременности, постоянно думают об их последствиях. Здесь и тревожные воспоминания о принятом лекарстве, и размышления о неблагоприятной экологии, о вреде работы за компьютером и т.п.

На этом этапе беременности женщины все чаще думают о предстоящих родах. Практически все испытывают страх перед родами. Первородящие читают специальную литературу, расспрашивают своих мам, подруг. Сегодня довольно часто многие из беременных женщин сталкиваются с проблемой угрозы беременности, что является дополнительной тревогой в это непростое для женщины время.

Вместе с тем, к концу второго триместра психологическое состояние женщины стабилизируется, она осваивается с новым для себя положением, менее тревожно воспринимает изменения, происходящие в организме. К тому же окружение беременной женщины привыкает к её новой роли, осознают ситуацию в полной мере. Обычно в этот период устанавливается нормальное «рабочее» отношение к грядущим переменам в семье.

Последний триместр беременности нередко приносит женщине массу проблем физиологического свойства. Труднее становится дышать, появляется изжога, чаще ощущаются позывы мочеиспускания, нарушается сон. У части женщин проявляется такая патология, как варикозное расширение вен. Но к концу третьего триместра, когда ребенок опускается в область малого таза, и давление на соседние органы уменьшается, женщине становится легче дышать, уменьшается изжога и т.д.

К этому времени будущая мама уже привыкает к периодичным движениям, толчкам ребенка. Они вызывают положительные эмоции. На этом сроке беременности увеличивается тревога женщины за будущего ребенка. Одни из основных вопросов: «Сколько времени осталось до родов?» и «Как пройдут роды?» У первородящих женщин ожидание родов связано с целой серией страхов. Нередко в ожидании приближающихся родов женщина начинает испытывать страх перед смертью. И это страх не только за собственную жизнь, а скорее за ребенка.

Проанализировав данные, касающиеся физиологических и психологических изменений в период беременности, мы систематизировали их и представили в виде следующей таблицы, в которой отражена динамика поэтапного развития беременности.

Динамика физиологических и психологических изменений
в период беременности

Сроки беременности (недели)	Психологические симптомы	Психические проявления	Физиологические проявления
0 – 4	Установка на беременность	Волнение, тревожность, рефлексия происходящего	Усталость, сонливость, снижение аппетита
4 – 8	Осознание беременности	Страх, беспокойство, радость (амбивалентность чувств)	Тошнота, сухость во рту или чрезмерное слюноотделение
8 – 12	Принятие решения	Неустойчивость настроения, эмоциональных состояний. Два полюса - я и беременность. Акцент на себе	Расстройство пищеварения, изжога

Сроки беременности (недели)	Психологические симптомы	Психические проявления	Физиологические проявления
12 – 16	Симптом нового Я	Рефлексивное принятие нового образа «Я в положении». Ощущение внутреннего спокойствия.	Периодические головные боли, усиление аппетита
8 – 16	Симптом противоречивого отношения к беременности	Фрустрация при отсутствии ощущения «Я беременна». Стремление к самоорганизации	Усталость, периодические головные боли, головокружение, возможны обмороки
16 – 20 При первых ощутимых движениях плода	Симптом принятия новой жизни в себе, симптом психологического симбиоза матери и плода	Радость, эйфория, связанные с ощущениями движений плода	Усиление или потеря аппетита
16 – 42 (кульминация – 20 – 25)	Симптом перинатальной дисморфофобии	Частые смены настроения. Переживания о состоянии организма	Учащенное сердцебиение
20 – 25	Симптом завышенных требований и притязаний по отношению к окружающим	Раздражительность, плаксивость	Усиленный аппетит, изжога, усталость, головокружения
25 – 36	Симптом ощущения депривации	Повышенная возбудимость	Спазмы мышц нижних конечностей
20 – 36	Симптом сексуальной неполноценности периода беременности	Нетерпеливость и возбуждение. Желание скорейшего родоразрешения.	Более легкое (или трудное) достижение оргазма
32 – 42	Симптом нетерпения	Беспокойство о будущем. Ощущение усталости от беременности. Усиление боязни материнства.	Обедненное дыхание, бессонница
С 34 до родов	Симптом страха перед родами	Усиление страха перед родами. Желание скорейшего разрешения	Усталость или чрезмерная энергия
Весь период беременности	Симптом эмоциональной лабильности	Эмоциональные колебания, эмоциональная дезадаптивность	Физиологические ощущения, коррелирующие с фоном менструального цикла

Данная форма представленной информации удобна для работы психолога, сопровождающего процесс протекания беременности.

1.3. Нервно-психическая устойчивость в период беременности

Специфику нервно-психических состояний беременных, характер их эмоциональных переживаний следует рассматривать как процесс адаптации организма и личности к новому состоянию.

Характерным для периода беременности является процесс доминантного возбуждения, что оказывает влияние на все регуляторные процессы. На этом фоне формируется особый уровень работы высшей нервной деятельности, который способствующий нормальному течению беременности. При выраженном, надпороговом стрессовом воздействии может произойти срыв защитных механизмов, что приводит к нарушению регуляции гомеостатических процессов. Искажение или подавление развития доминанты влияет на физиологическое течение беременности.

Физиологические изменения, связанные с беременностью, сильно влияют на эмоциональный фон женщины и, одновременно с тем, сами в определенной степени обусловлены переменами в аффективной сфере.

Одной из основных психологических особенностей этого периода является психическая неустойчивость, иногда и противоречивость. С момента осознания и принятия своей беременности у женщины проявляются выраженные в различной степени амбивалентные представления о беременности. Так, с одной стороны, беременная женщина испытывает счастье в связи с предстоящим материнством, с другой - страх осложнений течения беременности, страх родов, сомнения в том, что способна справиться с ролью матери. Возможны страхи за здоровье и благополучие будущего ребенка, обеспокоенность материальными проблемами в связи с возрастающими тратами на обеспечение семьи в новом, разросшемся составе. Переживания могут быть связаны и с ущемлением некоторых потребностей, ограничением личного времени и свободы, а также с изменением образа телесного «Я» и ощущением своей сексуальной непривлекательности.

Особой темой является психоэмоциональное состояние женщин, столкнувшихся с патологическим течением беременности. Осложненная беременность вызывает сильное беспокойство, стресс. В таком состоянии женщины часто ориентированы на неудачи. В случае хронического стресса, вызванного психотравмирующей ситуацией, формируются различные невротические расстройства, наблюдается астенизация организма, механизмы «ухода» или отрицания проблем [25]. Такие проявления чреваты соматизацией, ухудшением физического состояния.

Для изучения психического состояния беременной женщины О.Б. Баженова выделяет следующие показатели:

- наличие депрессивных состояний;
- психопатологические особенности, их обострение на разных этапах беременности;
- родительские установки;
- компетентность в родительской позиции с целью прогноза будущего стиля отношения матери к ребенку [3].

Огромное значение для нервно-психического состояния женщин имеет их отношение к своей беременности.

Одной из наиболее распространенных в психологии является типология различий отношения женщин к своей беременности, включающая адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный и отвергающий типы.

Тревожный тип связан со страхами, беспокойством, возможно депрессивным состоянием, что особенно ярко проявляется в первые месяцы беременности. Чувство тревоги связано с незнанием некоторых моментов протекания беременности, акта рождения ребенка, его последующего развития и воспитания. К возможным причинам возникновения тревоги можно отнести чувство одиночества, переживание недостаточной поддержки со стороны близких, субъективное отсутствие понимания.

Эйфорический тип отличается неадекватно некритическим отношением к возможным проблемам беременности и последующего материнства. Следствием такого отношения могут быть осложнения к концу беременности.

Игнорирующий тип проявляется в поздней идентификации беременности, что нередко вызывает негативные эмоции. Иногда отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса.

Общая симптоматика амбивалентного типа отношения к беременности напоминает тревожный тип. Тревожность усиливается при возникновении болевых ощущений, осложнений.

Для отвергающего типа характерны резкие отрицательные эмоции.

Изменение психофизиологического состояния влияет на все стороны жизни женщины - меняется самосознание, отношение к другим людям, к миру в целом и его ценностно-смысловым составляющим. Интенсивность всех изменений, их глубина определяют важность вопроса о нервно-психической устойчивости беременных женщин.

Нервно-психическую устойчивость как психологическую характеристики многие исследователи трактуют по-разному. Этот факт отмечен Л.М. Аболиным, М.И. Дьяченко, В.А. Пономаренко и др. Так, некоторые авторы рассматривают нервно-психическую устойчивость не как функциональную устойчивость человека к эмоциогенным факторам, а как «устойчивость эмоций». При такой трактовке под «устойчивостью психики» понимается эмоциональная стабильность, устойчивость психических состояний, отсутствие склонности к частой смене эмоций. То есть, в одном понятии объединены разные явления нервно-психического свойства [17].

Для других авторов нервно-психическая устойчивость равнозначна нервно-психической стабильности, т.е. устойчивости определенного эмоционального состояния. Есть мнение и о том, что под эмоциональной устойчивостью следует понимать невосприимчивость к эмоциогенным факторам, проявляющуюся наряду со способностью контролировать и

сдерживать астенические эмоции. Л.С. Славина связывает эмоциональную неустойчивость с «аффектом неадекватности», который имеет выражение повышенной чувствительности, готовности к обиде, замкнутости, негативизме.

На наш взгляд, заслуживает внимания точка зрения Л.П. Баданиной, которая под нервно-психической устойчивостью/неустойчивостью понимает интегративное личностное свойство человека, отражающее его предрасположенность к нарушению эмоционального равновесия. Она включила в число показателей этого свойства повышенную тревожность, низкую фрустрировационную толерантность, легкость возникновения страхов, нейротизм.

Близка к такому пониманию нервно-психической устойчивости/неустойчивости точка Дж. Гилфорда, который рассматривает эмоциональную неустойчивость как легкую возбудимость, озабоченность, колебание настроений, склонность к пессимизму.

Одной из главных характеристик нервно-психической устойчивости/неустойчивости является чувствительностью человека к эмоциогенным ситуациям. Р. Кеттелом введены понятия нервно-психического напряжения и «аффективной устойчивости». Последнее означает отсутствие невротических симптомов, ипохондрических проявлений и устойчивость интересов.

Все перечисленные трактовки нервно-психической устойчивости объединяют такие характеристики, как эмоциональное спокойствие (невозмутимость), низкая впечатлительность, слабое реагирование на эмоциогенные раздражители. Однако некоторые авторы понимают под нервно-психической устойчивостью не эмоциональную невозмутимость, а преобладание положительных эмоций. В.М. Писаренко, например, рассматривает нервно-психическую устойчивость как свойство личности, обеспечивающее стабильность астенических эмоций и эмоционального возбуждения при воздействии стрессогенных факторов [31]. Л.М. Аболин

под нервно-психической устойчивостью понимает устойчивость продуктивности деятельности, осуществляемой в сложных, напряженных условиях [1]. Этот автор дополняет и расширяет понятие нервно-психической устойчивости, отмечая, что это, прежде всего, единство различных эмоциональных характеристик, направленных на достижение поставленной цели [1]. Л.М. Аболин дал следующее уточненное определение нервно-психической устойчивости: это свойство, проявляющееся в процессе напряженной деятельности; его отдельные эмоциональные механизмы, гармонически взаимодействуя между собой, способствуют успешному достижению поставленной цели [1]. Таким образом, нервно-психическая устойчивость, по существу является функциональной системой эмоционального регулирования деятельности человека. Поэтому главным критерием нервно-психической устойчивости следует считать эффективность деятельности человека в эмоционально напряженной ситуации, его способность успешно решать сложные и ответственные задачи в напряженной эмоциогенной обстановке, способность сохранять направленность своих действий, контроль над выражением эмоций, способность подавлять эмоциональные реакции. Такое понимание очень близко понятию «силы воли», проявляемой в настойчивости, самоконтроле, самообладании.

Все определения нервно-психической устойчивости включают показатель тревожности. Тревожность представляет собой определенный уровень эмоционального напряжения, которое субъективно переживается как чувство беспокойства, страха. Слишком высокий уровень тревожности снижает эффективность деятельности и вызывает изменения различных вегетативных функций организма.

Вопрос об этиологии тревожности в современной психологической науке относится к одной из проблем. Преобладает точка зрения, согласно которой, тревожность имеет природную основу, складывается пожизненно под воздействием социальных и личностных факторов.

Выделяют специфическую, частную, парциальную и общую, генерализованную тревожность. Основным вопросом является соотношение общей тревожности и ее частных видов.

Беременная женщина по физиологическим показателям, предрасположена к тревожности. Значительные изменения в ее организме, физиологическая перестройка в центральной нервной системе способствуют развитию и нарастанию тревоги. Тревогу вызывает и ответственность за ребенка, что порождает завышенные требования к себе, стремление стать образцовой мамой. Развитию тревоги способствует оторванность будущей мамы от активной жизни в социуме, отсутствие новых впечатлений, положительных эмоций.

Тревога - это страх, направленный в будущее, ожидание что вот-вот случится что-то плохое, переживание надвигающейся беды. Беременность делает женщину склонной к беспокойству, более чувствительной к негативным переживаниям.

Вместе с тем переживания помогают женщине справиться с критической жизненной ситуацией. Переживание как состояние стремится к достижению психического равновесия.

На эмоциональное состояние беременной женщины влияют гормональные изменения в организме, поэтому ее настроение переменчиво. За короткий период времени оно может меняться несколько раз, причем амплитуда этих перемен значительная: от бодрости, веселья, восторженности до печали и раздражительности. Чем чувствительнее беременная женщина, тем труднее ей справляется со своими состояниями.

А.И. Захаров в своей работе «Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм» систематизировал личностные факторы, способствующие появлению негативных эмоциональных состояний при беременности. Каждый из этих факторов имеет свою эмоциональную модальность.

1. Эгоцентризм и нарциссизм, как нежелание приносить жертвы во имя ребенка, часто сопровождается раздражительностью.

2. Фиксация на социальном успехе и профессиональных интересах, которые вступают в конфликтное отношение с необходимостью временной изоляции и сосредоточения на нуждах ребенка, также могут сопровождаться раздражительностью, ощущением недовольства, переживанием несвоевременности ситуации.

3. Повышенная чувствительность, впечатлительность, ранимость как черты личности в период беременности чреватой стойким переживанием тревоги.

4. Мнительность как личностная характеристика в период беременности приводит к частым сомнениям, неуверенности в себе и положительном исходе.

К стрессогенным факторам относят также:

- отсутствие уверенности женщины в прочности, долговременности брака;
- конфликтные отношения с членами семьи, прежде всего, с супругом;
- финансовая и материальная нестабильность;
- перегрузки на работе или в учебной деятельности;
- сильные испуги;
- страх родов.

Повышенный фон отрицательных эмоций связан с ее утомляемостью, нарушением сна, и может привести к неврастеническому симптомокомплексу. Частые состояния эмоциональной неудовлетворенности формируют антенатальный стрессовый комплекс, включающий повышенную раздражительность, нарушения сна, легкому переходу к негативным переживаниям.

Негативные эмоциональные состояния будущей матери отрицательно сказываются не только на последующем здоровье ребенка, но и на самом течении родов, порождая различные трудности, как со стороны матери, так и

со стороны ребенка. В этой связи, актуальным является вопрос коррекции эмоционального состояния беременных женщин.

1.4. Основные направления работы психолога с женщинами на разных сроках беременности

Работа психолога с беременными направлена на психологическую подготовку к родам и материнству, обеспечению благоприятного психоэмоционального настроения в течение беременности, а также на повышение доверия к врачу.

Психологическая помощь должна быть адекватна переживаемой женщиной ситуации, в связи с чем выделяют разные группы пациенток. При определении группы нужно учитывать семейное положение женщины, мотивацию ее материнства. Важно учитывать будут ли это первые роды или женщина относится к группе повторнородящих. Психологическая помощь может быть оказана, исходя из индивидуальных особенностей личности женщины: социальных, психологических и физиологических факторов, оказывающих влияние на течение беременности и готовность женщины к родам.

Также важным компонентом оказания психологической поддержки беременным является работа с семейным окружением женщины.

При работе с женщинами, собирающимися родить ребенка, задача психолога заключается в том, чтобы:

- а. выявить факторы, вызывающие негативное психоэмоциональное состояние;
- б. помочь женщине осознать всю ответственность и важность предстоящего события, при этом, не усиливая ее тревожность;
- с. оказать женщине эмоциональную поддержку, сообщая при этом ей уверенность в том, что она способна справиться с проблемами, носящими преимущественно временный характер.

Психологическая помощь должна быть обращена к различным уровням беременной женщины – личностному, эмоциональному, когнитивному, операциональному и психофизическому.

Личностный уровень предполагает работу с ценностями, мотивацией, смысловыми образованиями, установками.

Работа с эмоциональным уровнем направлена на снижение отрицательных эмоциональных состояний, стойких негативных переживаний, на научение открытого выражения чувств вербальными и невербальными средствами, что способствует снятию психоэмоционального напряжения.

Когнитивный уровень предполагает передачу и расширение знаний о природе беременности, родах, материнстве, будущих проблемах и направлениях их решений. Как показывает практика, комфортному протеканию беременности способствует информация о развитии плода (по месяцам), об изменениях, происходящих в организме женщины, о проблемах, с которыми она может столкнуться во время беременности и как с ними справляться.

На операциональном уровне происходит формирование навыков и умений поведения женщины в родах, последующего ухода за ребенком.

Работа на психофизическом уровне включает обучение регуляции функциональных и психических состояний средствами аутогенной тренировки, арт-терапии, телесно-ориентированной терапии.

Приведем пример рекомендаций, структурированных по критерию адресата.

I триместр.

Для первого триместра очень важно определиться со своим отношением к беременности. Главной задачей этого периода – максимальное оздоровление организма. Стоит отказаться от всех вредных привычек, бесконтрольного приема лекарств, пролечить все хронические заболевания, свести их в стадию ремиссии. Если есть какая-либо острая патология, то

необходимо приложить максимум усилий для её устранения. Для развития плода особенно опасны инфекционные заболевания матери. Поэтому важно в этот период уделять внимание профилактике этих заболеваний (ОРЗ, гриппа, ангины, краснухи). Следует как можно скорее встать на учет в женскую консультацию.

На этой стадии беременности любые психологические и физические перегрузки могут привести к нежелательным последствиям. Особенно важен сон, во время которого кровоток через матку повышается в несколько раз. Показан дневной отдых, прогулки на свежем воздухе. Режим должен быть спокойным, комфортным. Не желательны интенсивные физические нагрузки, в том числе бассейн. Однако водные процедуры, например, комфортный душ, показаны. Возбудимость и раздражительность лучше снимать чаем из мяты, мелиссы, лаванды, шиповника, боярышника. При грамотном подборе эфирных масел помогает ароматерапия.

II триместр.

Для периода полезно вести активный образ жизни. Показаны занятия бегом, плаванием, дыхательные упражнения, длительные прогулки на свежем воздухе, упражнения-растяжки, суставная гимнастика, упражнение на расслабление. Рекомендуется свободная, легкая, удобная одежда, хлопчатобумажное белье. Причиной плохого самочувствия беременной женщины может быть чрезмерная подвижность плода. Для уменьшения неприятных ощущений следует использовать правильную осанку. Чтобы уменьшить дискомфорт, нужно стараться не прогибать спину, держать ноги немного согнутыми. Женщине необходимо подобрать удобное положение для сна. Показаны упражнения на расслабление, приятная музыка, прогулки на свежем воздухе.

Есть смысл посетить специальные занятия для беременных, на которых специалисты расскажут о том, как должна протекать беременность, какие изменения происходят в это время в организме женщины, как развивается плод.

Повторнородящим женщинам нужно начать готовить старших детей к тому, что в семье вскоре появится пополнение. Необходимо так организовать быт, что если придется лечь в больницу, дети будут под присмотром.

III триместр.

Большое внимание необходимо уделять питанию. Прием пищи должен быть частым, небольшими порциями. При показаниях врача можно посещать бассейн, проводить водные процедуры дома. Больше времени следует проводить на свежем воздухе, выполнять суставную гимнастику, правильно дышать.

Важно заранее определиться с местом родов, составить список необходимого после рождения ребенка, список дел, которые будут выполнять близкие, когда женщина будет находиться в роддоме.

Повторнородящим женщинам нужно продолжать готовить старших детей к скорому появлению малыша. Дать послушать как толкается ребенок в животе, дать попробовать поговорить с ним. Старший ребенок должен обрести уверенность в том, что с рождением младшего, он не станет менее любим.

В течение психокоррекционной помощи психологу необходимо:

- установить доверительные, равноправные отношения с беременной женщиной, основанные на уважительном отношении к ее ценностным ориентациям и взглядам;
- учитывать возраст, образование, профессию, материальный уровень жизни женщины;
- создать отношения сотрудничества, построенные на диалоге, наметить совместный план работы;
- при наличии проблем, личностных или семейных, создать план деятельности по их преодолению.

Итогом работы должна стать стабильная положительная установка женщины на беременность и роды, ее готовность женщины к материнству,

снижение уровня психоэмоционального напряжения, повышение компетентности в вопросах поведения в родах и послеродовом периоде. Важно, чтобы женщина была уверена в том, что ей при необходимости будет оказана квалифицированная психологическая помощь.

Выводы по Главе 1

В теоретической части работы рассмотрены основные психологические характеристики периода беременности, некоторые аспекты физиологии и психологии беременных на разных сроках беременности. Особое внимание уделено вопросу нервно-психической устойчивости в период беременности. Рассмотрены основные направления работы психолога с женщинами на различных сроках беременности.

На основе анализа психологической и медицинской литературы нами были сформулированы следующие выводы:

Беременность представляет собой психологически очень разнообразное состояние. Изменения в организме женщины затрагивают физиологическую, социальную и психологическую сферы. Характерным явлением для этого периода является эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся в раздражительности, высоком уровне личностной тревожности, повышенной чувствительности, мнительности. Многие женщины испытывают снижение личностной активности, снижение самооценки. Физиологические изменения, связанные с беременностью, сильно влияют на эмоциональный фон женщины и, в то же время, частично обусловлены переменами в аффективной сфере.

Для беременности характерно развитие доминантного возбуждения, которое оказывает большое влияние на течение регуляторных процессов. У женщины формируется специфический уровень высшей нервной деятельности. При надпороговом стрессовом воздействии может произойти срыв защитных механизмов, что приводит к нарушению регуляции

гомеостатических процессов, обеспечивающих физиологическое течение беременности.

Специфика нервно-психических реакций беременных и характер их эмоциональных переживаний относится к проявлениям адаптации организма и личности к новому состоянию. Даже практически здоровые женщины на протяжении генеративного периода находятся в состоянии биологического и психологического кризиса.

При изучении особенностей психического состояния женщины во время беременности, исследуются такие показатели, как наличие депрессивных состояний, психопатологические особенности женщины, материнские ожидания, установки, удовлетворенность новой ролью, компетентность женщины в вопросах материнско-детского взаимодействия в постнатальном периоде.

Женщине гораздо легче справляться с трудностями и проблемами, связанными с беременностью, если она готова к материнству, имеет поддержку со стороны близких людей, чувствует опору и уверенность в себе и своих силах. Профессиональная помощь психолога должна быть направлена на формирование стабильной положительной установки женщины на беременность и роды, ее готовность женщины к материнству, снижение уровня психоэмоционального напряжения, повышение компетентности в вопросах поведения в родах и послеродовом периоде. Психологическое сопровождение осуществляется на разных сроках беременности.

Диагностика источников и проявлений психоэмоциональных нарушений, своевременная психокоррекция возникших состояний способствует профилактике соматических и психологических осложнений, возникающих как во время беременности, так и в послеродовой период.

Глава 2. Изучение показателей аффективно-мотивационной сферы женщин на разных сроках беременности

2.1. Описание выборки, процедуры и методов исследования

В исследовании, направленном на изучение показателей аффективно-мотивационной сферы женщин на разных сроках беременности приняли участие женщины двух возрастных групп. В первую группу вошли женщины в возрасте 18-25 лет (14 человек), в другую - женщины в возрасте от 26 до 37 лет (9 человек). В соответствии с классификацией, принятой в акушерстве и гинекологии, эти группы при анализе диагностических данных мы обозначили, как «молодые» и «возрастные» беременные. Все женщины, вошедшие в выборку, относятся к первородящим.

Для проверки выдвинутой гипотезы был подобран диагностический комплекс, включающий такие методы, как тестирование, структурированное интервью и наблюдение. В ходе тестирования были использованы такие методики, как:

- Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова;
- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, авторы К.К. Яхин, Д.М. Менделевич.

Для изучения мотивационной сферы беременной женщины были использованы «Тест отношений беременной» и разработанная нами анкета для получения сведений о влиянии разных стрессогенных факторов. Анкета применялась в ходе структурированного интервью. В результате анкетирования были собраны сведения о влиянии разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние беременных.

Методика «Тест отношений беременной» основан на теории психологии отношений, что позволяет рассматривать беременность через призму единства организма и личности. Данная методика включает три раздела, в которых рассматриваются различные понятия. Эти понятия

представлены в утверждениях, отражающих различные типы психологического компонента гестационной доминанты («гестация» - беременность). Психологический компонент гестационной доминанты - ПКГД - это совокупность механизмов психической саморегуляции, который включающихся у женщин с момента возникновения беременности, направленных на ее сохранение и создание условий для развития будущего ребенка. Гестационная доминанта обуславливает направленность реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона и, затем, плода. Под влиянием внешних и внутренних факторов происходит формирование стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе. Именно он обладает повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности, и способен тормозить влияние на другие нервные центры. Гестационная доминанта формирует отношение женщины к своей беременности и ее поведенческие стереотипы.

Стимульный материал представлен в трех блоках – А, Б, С.

Блок А (отношение к беременности) включает такие показатели, как отношение женщины к себе беременной; отношение к образу жизни во время беременности; отношение к предстоящим родам.

Блок Б (отношение женщины к формирующейся системе «мать-дитя») включает следующие показатели: отношение к себе, как к матери; отношение к ребёнку; отношение к вскармливанию грудью.

Блок В (отношение женщины к отношениям с ней окружающих во время беременности) включает такие сферы отношений, как отношение мужа; отношение родственников и близких; отношение посторонних людей.

Женщинам предлагается в каждом блоке выбрать только одно утверждение, наиболее соответствующий её состоянию.

Если в результате тестирования набрано 7 и более (до 9) баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, именно он считается основным. Всего выделено пять типов: оптимальный, гипогестогнозический (недостаточная сконцентрированность на беременности), эйфорический (со

склонностью к манипулированию беременностью), тревожный и депрессивный (с заметно сниженным фоном настроения, ипохондрическими идеями и т.п.).

На основе результатов данной методики беременную женщину можно отнести к одной из трёх групп:

- оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты;
- тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты;
- депрессивный тип психологического компонента гестационной доминанты.

Два последних типа относятся к группе риска. Каждый из типов требует соответствующей тактики проведения дородовой психологической подготовки.

Результаты от шести баллов и более соответствуют одному из вариантов ПКГД, который является определяющим.

Женщины, имеющие оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты, находятся в состоянии психологического комфорта. Женщины второй группы имеют либо эйфорический, либо гипогестогнозический, либо тревожный типы психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств. К третьей группе относятся женщины с яркой выраженностью клинических проявлений гипогестогнозического и тревожного типов психологического компонента гестационной доминанты.

В ходе структурированного интервью применялась анкета для получения сведений о влиянии разных стрессогенных факторов. Были выделены такие стрессогенные факторы, как тревога за малыша, страх перед родами, изменение самочувствия, госпитализация в больницу, изменение

фигуры, супружеские отношения. Каждый из стрессогенных факторов нужно было оценить по пятибалльной шкале.

Для изучения особенностей эмоциональной сферы беременных был использован клинический опросник по выявлению и оценке невротических состояний (авторы К.К. Яхин и Д.М. Менделевич). Данный опросник содержит шесть шкал, с помощью которых можно оценить уровень тревоги испытуемых, показатели невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, невротической депрессии, а также вегетативных нарушений.

Испытуемым предлагается стимульный материал, состоящий из 68 вопросов. Им предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе, где 5 баллов отражает полное отсутствие определенного состояния, 1 балл – его постоянной присутствии.

Проставленные испытуемыми баллы переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты. Для каждой диагностируемой шкалы своя таблица коэффициентов. Оценка производится в соответствии со шкалой, в которой показатель больше +1,28 балла свидетельствует о норме; показатель меньше -1,28 указывает на болезненный характер выявляемых расстройств.

В качестве методов математической статистики были использованы критерий Фишера и Т-критерий Стьюдента.

С помощью критерия Фишера мы оценивали достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован исследуемый эффект, а Т-критерий Стьюдента применялся для проверки значимости различий средних значений в двух выборках.

Все диагностические процедуры проводились дважды: к концу первого триместра беременности и в середине третьего триместра. Сравнение данных первой и повторной диагностики позволило выявить тенденции в изменении показателей аффективно-мотивационной сферы на разных сроках беременности у женщин двух возрастных групп.

2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных

На первом диагностическом этапе (конец первого триместра гестации) была использована методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова.

В результате тестирования не обнаружено чистых типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). В этой связи все испытуемые были разделены на две группы по предполагаемому прогнозу течения беременности: благополучные и неблагополучные. Такое деление мы посчитали возможным на основании данных других исследований, в которых деление на группы по результатам тестирования осуществлялось по количеству преобладания утверждений, характеризующих преимущественно те или иные признаки типа ПКГД (оптимального, гипогестогнозического, эйфорического, тревожного или депрессивного) [42].

К благополучным вариантам психологического компонента гестационной доминанты относятся следующие:

1. Преобладание оптимального типа (не менее 7 баллов по этой шкале) при отсутствии тревожного и депрессивного компонентов;
2. Оптимально-эйфорический тип ПКГД (5-6 баллов по оптимальному типу и 3-4 балла по эйфорическому типу);
3. Оптимальный с преобладанием эйфорического компонента (5-6 баллов по эйфорическому типу и 3-4 по оптимальному типу);
4. Оптимально-гипогестогнозический тип (5-6 баллов по оптимальному типу и 3-4 по гипогестогнозическому типу).

К неблагополучным вариантам психологического компонента гестационной доминанты относятся такие, как:

1. Оптимально-тревожный (от 5 баллов по оптимальному типу и 3-4 балла по тревожному типу);
2. Тревожно-оптимальный тип ПКГД (3-4 балла по оптимальному типу и 5-6 баллов по тревожному типу);

3. Смешанные типы ПКГД с преобладанием оптимального (5–6 баллов по оптимальному типу, 2-3 балла по эйфорическому типу и не менее одного балла по тревожному типу);

4. Смешанные типы ПКГД с преобладанием эйфорического типа (2-3 балла по оптимальному типу, не менее 5 баллов по эйфорическому типу не менее одного балла по тревожному типу);

5. Депрессивный тип (1-2 балла по депрессивной шкале с разными сочетаниями по другим шкалам) [42].

Индивидуальные диагностические данные по методике «Тест отношений беременной» представлены в табл. 1-2 Приложения.

Ниже приведены результаты испытуемых двух возрастных групп.

Таблица 1

Результаты диагностики психологического
компонента гестационной доминанты
(методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова)
(первый триместр)

Психологический компонент гестационной доминанты	Группа 1 (18-25 лет)	Группа 2 (26-37)
Преобладание оптимального типа	1 (7%)	3 (33%)
Оптимально-эйфорический тип	4 (29%)	-
Оптимально-гипогестогнозический тип	3 (21,5%)	-
Оптимально-тревожный тип	2 (14%)	2 (22%)
Тревожно-оптимальный тип	-	3 (33%)
Смешанный тип с преобладанием оптимального	3 (21,5%)	1 (11%)
Депрессивный тип	1 (7%)	-

Рассмотрим полученные результаты.

В первой группе, в которую вошли испытуемые до 26 лет, наиболее выраженным оказался показатель оптимально-эйфорического типа. Он продиагностирован почти у трети «молодых» беременных. Этот тип входит в структуру благополучных вариантов. Для него характерно переживание психологического комфорта со склонностью к манипулированию беременностью, с ожиданием и требованиями повышенного внимания со

стороны окружающих. У беременных с этим типом гестационной доминанты преобладает повышенный фон настроения, уверенность в благополучном родоразрешении, недостаточное понимание своей новой роли и ближайшего будущего. Беременность для этих женщин желанна, однако, отношение к ней достаточно беспечное. В случае каких-либо осложнений их тяжесть преувеличивается, а женщина находится в состоянии дезориентации.

В группе беременных более старшего возраста этот тип гестационной доминанты не обнаружен.

Достаточно распространены в группе «молодых» беременных такие варианты ПКГД, как оптимально-гипогестогнозический тип и смешанный тип с преобладанием оптимального.

Оптимально-гипогестогнозический. Гипогестогнозия характеризуется недооцениванием важности и серьезности нового положения, наличием других доминант, не связанных с беременностью (учеба, работа, карьера и т.п.). Отметим, что этот тип ПКГД не встречается в группе «возрастных» беременных нашей выборки.

Смешанный тип с преобладанием оптимального включает высокие показатели по шкале оптимального типа (5-6 баллов), с одновременным проявлением эйфорического (2-3 балла) и тревожного (не менее одного балла) типов. Если оптимально-гипогестогнозический тип относится к благополучным вариантам прогноза течения беременности, то смешанный тип - к неблагоприятным. Сочетание и сменяемость эйфорического и тревожного состояний свидетельствует об эмоциональной и мотивационной нестабильности, что делает женщину особенно уязвимой в стрессовых ситуациях, в том числе и при возникновении каких-либо осложнений в течение беременности. В исследуемой нами выборке этот тип гестационной доминанты обнаружен в обеих возрастных группах, но более выражен у «молодых» беременных - 21,5% (у «возрастных» 11%).

У 14% беременных первой группы продиагностирован оптимально-тревожный тип гестационной доминанты, при котором высокие значения по

оптимальному типу сочетаются с высокой тревожностью. Этот тип гестационной доминанты также относится к неблагоприятным вариантам. В исследованиях ряда авторов установлено, что, с одной стороны, преобладание оптимального компонента создает благоприятные условия для течения беременности, но, с другой стороны, наличие тревожного компонента может негативно повлиять как на течение беременности, так и на родоразрешение [42]. Оптимально-тревожный тип ПКГД продиагностирован у беременных обеих возрастных групп, но более выражен у «возрастных» беременных - 22%.

К основным различиям в показателях психологического компонента гестационной доминанты испытуемых двух групп нашей выборки можно отнести такие результаты, как:

- более свойственное женщинам старше 25 лет преобладание оптимального типа ПКГД;
- отсутствие в группе «возрастных» беременных депрессивного типа ПКГД.

Преобладание оптимального типа (не менее 7 баллов по этой шкале) диагностируется при отсутствии тревожного и депрессивного компонентов. Оптимальный тип гестационной доминанты характеризуется адекватным отношением беременных к своему новому положению, к происходящим психофизиологическим изменениям, ответственным отношением к течению беременности и предстоящим родам, а также высокой готовностью к выполнению роли матери.

Депрессивный тип характеризуется максимально выраженной тревогой, невротическими состояниями, переживаниями по поводу изменения своей внешности, фигуры, боязнью быть покинутой мужем. В исследуемой выборке этот тип ПКГД продиагностирован у одной испытуемой группы «молодых» беременных.

Таким образом, из девяти типов психологического компонента гестационной доминанты нами были продиагностированы семь, три из

которых относятся к благополучным вариантам прогнозу течения беременности - преобладание оптимального типа; оптимально-эйфорический и оптимально-гипогестогнозический типы.

К неблагоприятным вариантам психологического компонента гестационной доминанты относятся выявленные в исследуемой выборке оптимально-тревожный и тревожно-оптимальный типы; смешанный тип с преобладанием оптимального и депрессивный тип.

Мы рассмотрели соотношение благоприятных и неблагоприятных вариантов в двух разновозрастных группах и установили, что первые в большей степени характерны для «молодых» беременных (57%). В группе испытуемых старше 25 лет благоприятные варианты ПКГД обнаружены у 33%.

Анализ диагностических данных показывает, что уровень «психологического благополучия» в группе «молодых» испытуемых обусловлен большей представленностью типов ПКГД, в структуру которых входит оптимальный тип. В группе «возрастных» испытуемых прирост неблагоприятных типов связан с показателем тревожности. Для этой группы беременных характерными являются оптимально-тревожный и тревожно-оптимальный типы гестационной доминанты.

С помощью углового преобразования Фишера мы проверили значимость различий по показателю благоприятных вариантов гестационной доминанты.

Группы	Показатели благоприятных вариантов ПКГД		Σ
	Количество типов	%	
1	8	57	14
2	3	33	9
$\varphi^*_{\text{эмп}}$	1.13		
$\varphi^*_{\text{кр}}$	$p \leq 0.05 = 1.64$ $p \leq 0.01 = 2.31$		

Результаты расчета показали, что полученное эмпирическое значение φ^* находится в зоне незначимости. Это означает отсутствие значимых

различий по показателю благоприятных вариантов гестационной доминанты у испытуемых, относящихся к разным возрастным группам.

На основании всех полученных по методике И.В. Добрякова данных мы сделали вывод о том, к концу первого триместра гестации для женщин, относящихся к группе «молодых» беременных свойственны такие психологические показатели, как состояние психологического комфорта с элементами эйфорического или гипогестогнозического (беспечного) отношения к беременности. Для женщин более старшего возраста характерно переживание психологического комфорта со склонностью к тревожному отношению к беременности. Отметим также, что среди неблагоприятных вариантов ПКГД в целом по выборке преимущественно встречаются смешанные типы с преобладанием оптимального компонента отношения к беременности.

Для изучения мотивационной сферы испытуемых была также использована анкета для получения сведений о влиянии разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние беременных. Были выделены такие стрессогенные факторы, как тревога за малыша, страх перед родами, изменение самочувствия, госпитализация в больницу, изменение фигуры, супружеские отношения. Каждый из стрессогенных факторов оценивался по пятибалльной шкале. Индивидуальные диагностические данные представлены в табл. 3-4 Приложения.

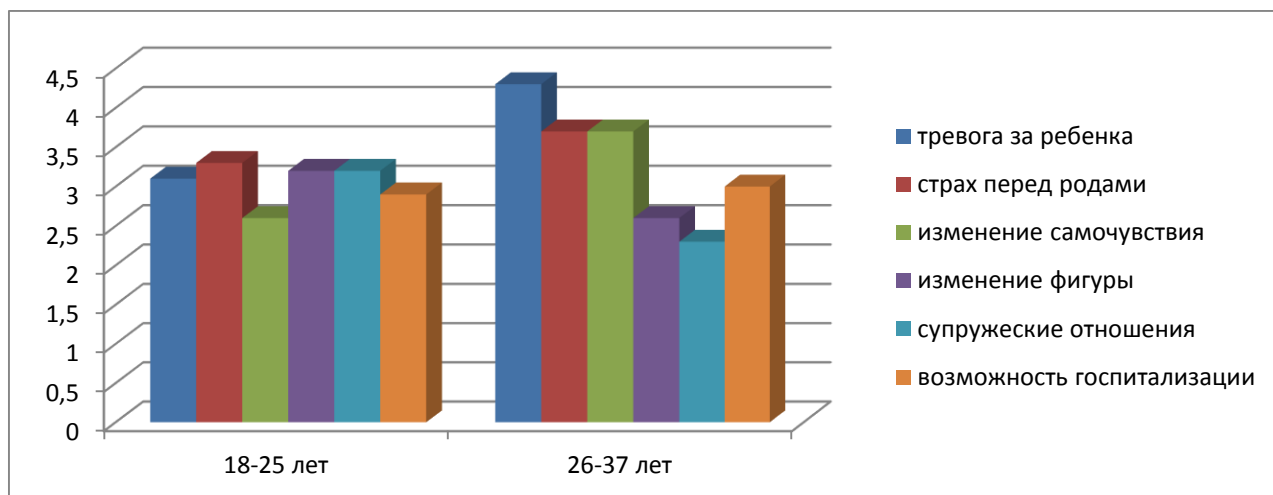
Таблица 2

Результаты анкетирования по выявлению стрессогенных факторов
(средние значения)

Стрессогенные факторы	Группа 1 (18-25 лет)	Группа 2 (26-37 лет)	T _{эмп.}
Тревога за ребенка	3.07	4.33	3.1
Страх перед родами	3.29	3.67	1.2
Изменение самочувствия	2.57	3.67	2.8
Изменение фигуры	3.2	2.56	1.6
Супружеские отношения	3.21	2.33	1.9
Возможность госпитализации	2.93	3.0	0.2

Критические значения

Т _{кр}	
p≤0.05	p≤0.01
2.08	2.83



Результаты анкетирования отражают более ровную и менее напряженную картину страхов и тревожности испытуемых первой группы. Женщины, относящиеся к группе «молодых» беременных, менее всего беспокоятся по поводу своего самочувствия, что, возможно, связано с их хорошим физиологическим состоянием, отсутствием резких негативных реакций со стороны организма. Наиболее выраженными у них является страх перед родами, тревожность по поводу изменения своей внешности, фигуры, а также боязнь охлаждения отношений с мужем.

У «возрастных» беременных в ряду стрессогенных факторов доминирует тревога за состояние ребенка. У них также как и у женщин первой группы, выражен страх перед родами. Отметим, что все женщины, вошедшие в выборку, готовятся к первым родам. Менее всего у женщин старше 25 лет выражена тревога, связанная с супружескими отношениями, что может отражать их стабильность, устойчивость. Это также может указывать на смещение эмоциональной доминанты женщин в сторону своей беременности, ожидания рождения ребенка.

Мы проверили значимость различий по показателям стрессогенных факторов у испытуемых двух групп с помощью Т-критерия Стьюдента. Диагностической значимости достигают различия по таким показателям, как «тревога за ребенка» и «беспокойство по поводу своего самочувствия». Оба этих показателя выше в группе «возрастных» беременных». Для молодых женщин в период беременности свойственна определенная легковесность в отношении своего здоровья и состояния ребенка.

Для изучения особенностей эмоциональной сферы беременных был использован клинический опросник по выявлению и оценке невротических состояний (авторы К.К. Яхин и Д.М. Менделевич). Данный опросник содержит шесть шкал, с помощью которых можно оценить уровень тревоги испытуемых, показатели невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, невротической депрессии, а также вегетативных нарушений.

Индивидуальные диагностические данные испытуемых двух групп представлены в табл. 5 и 6 Приложения. Ниже в таблицах и на диаграмме приведены результаты диагностики невротических состояний в первом триместре беременности женщин двух возрастных групп.

Таблица 3

Результаты диагностики невротических состояний испытуемых
в первом триместре беременности
(выраженность в %)

Шкалы невротических состояний						
Групп	тревоги	невротичес кой депрессии	астении	истеричес кого типа реагиро вания	обсессивно фобичес ких нарушений	вегетатив ных нарушений
1	21	14	21	28.5	21	14
2	44	33	33	11	33	44

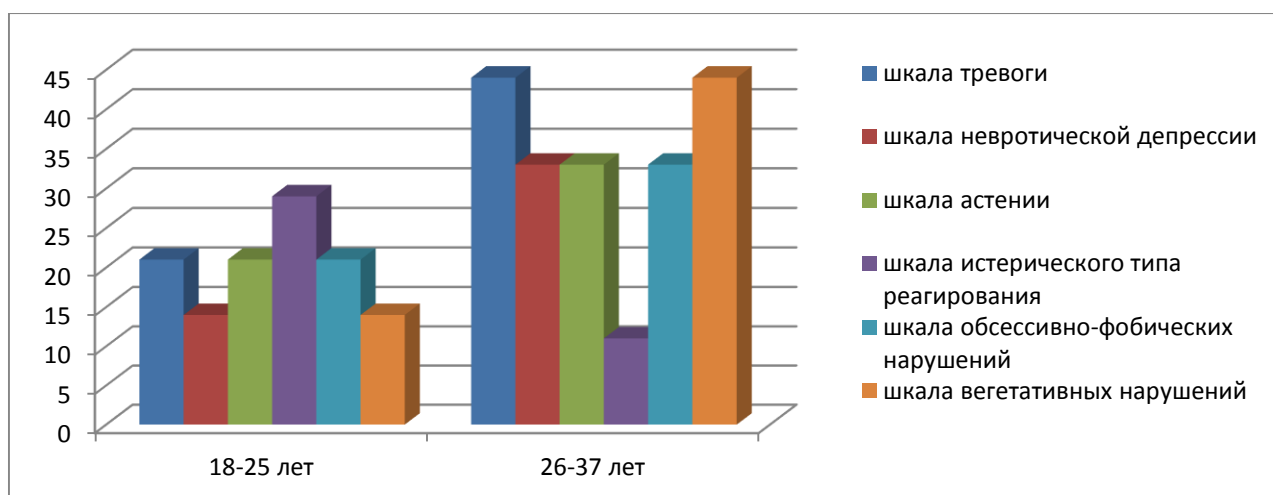


Рис. 2. Выраженность невротических состояний в первом триместре беременности испытуемых двух возрастных групп

Полученные данные, представленные в таблице и на диаграмме, указывают на преобладание невротических состояний по всем исследуемым шкалам в группе испытуемых беременных женщин старше 25 лет. Наиболее заметны различия по шкалам тревоги и вегетативных нарушений.

Значимость различий диагностических показателей мы проверили с помощью метода математической статистики Т-критерия Стьюдента.

Таблица 4

Различия диагностических данных по показателям невротических состояний испытуемых двух возрастных групп

Группы	Шкалы невротических состояний (ср. диагностические значения)					
	1	2	3	4	5	6
1	1.36	1.74	1.57	1.21	2.23	1.78
2	0.28	0.55	0.92	1.18	1.09	0.15
T _{эмп.}	1.3	1.5	0.8	0.1	1.1	1.8

Критические значения

T _{кр}	
p≤0.05	p≤0.01
2.08	2.83

Расчет Т-критерия Стьюдента не выявил значимых различий ни по одной из шкал. Вместе с тем, отметим, что средние диагностические значения выше у «возрастных» испытуемых по таким шкалам, как «Шкала тревоги», «Шкала невротической депрессии», «Шкала астении», «Шкала обсессивно-фобических нарушений», «Шкала вегетативных нарушений». У испытуемых более молодой возрастной выборки средние диагностические значения выше по шкале истерического типа реагирования.

Показатель тревоги отражает свойство индивида приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и другие отрицательные эмоции в особых, незнакомых ситуациях. Чувство тревоги подавляет другие эмоции, блокирует способность трезво оценивать ситуацию. Высокотревожные индивиды более эмоционально воспринимают изменение обстоятельств, что может отрицательно сказаться на результатах адаптации к новым условиям жизнедеятельности.

Показатель тревоги несколько выше у испытуемых второй группы (старше 25 лет), однако, значимых различий по этому показателю между группами не обнаружено.

Не выявлено значимых различий и по шкале невротической депрессии. Индивидуальные диагностические данные свидетельствуют о том, что у испытуемых с показателем меньше -1,28 по этой шкале характер расстройства относится к типичной форме депрессии, и является депрессивным эпизодом. В первой группе таких испытуемых двое (14%), во второй – трое (33%). Различия между группами по данному показателю не достигают уровня диагностической значимости.

Также не обнаружено различий по шкале истерического типа реагирования.

Истерический тип реагирования проявляется в выраженных аффективных реакциях, ярких отрицательных эмоциях и является отражением внутреннего конфликта между «надо» и «не могу», «хочу» и «не могу». Истерический тип реагирования является более характерным для

испытуемых «молодой» выборки.

По шкале астении средние диагностические значения выше у «возрастных» испытуемых. Астенизация относится к числу одного из наиболее распространенных симптомов многих соматических и психических проблем. При этом она отличается от физиологической усталости, которая является нормой, возникает у практически здоровых людей после физической или умственной нагрузки, а после полноценного отдыха исчезает. При астении ощущение слабости и утомляемости, снижение работоспособности не связаны с какой-либо нагрузкой, возникает даже в покое, и не исчезает после отдыха. Для обозначения астенических расстройств используют два основных термина - «астенический синдром» и «синдром хронической усталости». Астения сочетается с такими симптомами, как внутреннее напряжение, тревога, снижение настроения, раздражительность.

Обсессивно-фобические нарушения проявляются в двух основных формах: образной и отвлеченной. При образной форме характерными признаками являются навязчивые картины прошлых событий, которые сопровождаются сомнениями, тревогой. К отвлеченной форме обсессивно-фобического невроза относят настойчивые попытки возвращения к одной и той же мысли, выполнение повторных действий с целью перепроверить сделанное, что приводит к переутомлению. Средние диагностические значения по шкале обсессивно-фобических нарушений выше у испытуемых второй, «возрастной» группы. У них также выше показатели по шкале вегетативных нарушений.

Термин вегетативная дистония включает в себя любое патологическое изменение деятельности вегетативной нервной системы, которая регулирует основные физиологические процессы организма. Самым распространенным заболеванием вегетативной нервной системы является вегетативная дистония. Вегетативные нарушения могут быть разделены на три отдельных клинических синдрома:

- Синдром периферической (прогрессирующей) вегетативной недостаточности, который проявляется патологией со стороны внутренних органов. В этом случае чаще всего наблюдаются снижение артериального давления, нарушения сердечных ритмов.

- Психовегетативный синдром - полисистемные вегетативные расстройства, возникающие при психогенных заболеваниях, например, как психофизиологическая реакция на стресс, расстройство адаптации, посттравматическое расстройство, невротические заболевания, но может развиваться при соматических болезнях, физиологических гормональных перестройках и т.п. При всех вегетативных нарушениях человек испытывает чувство беспокойства, раздражительность.

На основании полученных диагностических данных мы можем заключить, что возрастной фактор может усилить субъективный дискомфорт, испытываемый женщинами в первом триместре беременности, что сопряжено с нарастанием тревоги, астенических расстройств, навязчивых фобических состояний, а также с вегетативными нарушениями.

Второй этап диагностики проводился с теми же испытуемыми в середине третьего триместра беременности. В ходе этого этапа мы повторно использовали методику И.В. Добрякова «Тест отношений беременной» для определения изменений в психологическом компоненте гестационной доминанты и Анкету о влиянии разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние беременных с целью выявления изменений отношения к ним испытуемых в течение беременности.

Индивидуальные диагностические данные повторной диагностики по методике И.В. Добрякова представлены в табл. 7-8 Приложения.

Ниже, в табл. 5 и 6, приведены сравнительные данные результатов диагностики психологического компонента гестационной доминанты испытуемых двух возрастных групп на разных сроках беременности. Табличные данные позволяют увидеть динамику тех изменений, которые

произошли в системе отношений женщин «к себе беременной» и «к формирующейся системе “мать - ребенок”».

Таблица 5

Сравнительные данные результатов диагностики психологического компонента гестационной доминанты испытуемых Группы 1 (18-25 лет) (методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова)

Психологический компонент гестационной доминанты	первый триместр	третий триместр
Преобладание оптимального типа	1 (7%)	-
Оптимально-эйфорический тип	4 (29%)	-
Оптимально-гипогестогнозический тип	3 (21,5%)	1 (7%)
Гипогестогнозически-тревожный тип	-	2 (14%)
Оптимально-тревожный тип	2 (14%)	-
Тревожно-оптимальный тип	-	2 (14%)
Смешанный тип с преобладанием оптимального	3 (21,5%)	8 (57%)
Депрессивный тип	1 (7%)	1 (7%)

Анализ диагностических данных в группе «молодых» беременных показывает, что в третьем триместре беременности увеличивается число неблагоприятных вариантов ПКГД. Так, преобладание оптимального типа сменяется на смешанный тип с преобладанием оптимального, который, в отличие от первого, включает в себя показатель по тревожному типу. Достаточно представленный в первом триместре оптимально-эйфорический тип 4 (29%) сменяется на смешанный с преобладанием оптимального, что также связано с появлением показателя тревожности. В целом в ходе повторной диагностики эйфорические ответы беременные давали реже. Смешанный тип с преобладанием оптимального является наиболее характерным для этой группы беременных в третьем триместре гестации. Отметим также снижение гипогестогнозического показателя. Оптимально-гипогестогнозический тип сменяется в двух случаях из трех на гипогестогнозически-тревожный. И, наконец, оптимально-тревожный тип сменяется на тревожно-оптимальный, что также связано с усилением тревожного компонента.

Такая картина изменений гестационной доминанты в группе «молодых» беременных отличается от изменений, произошедших к третьему триместру в группе «возрастных» беременных.

Таблица 6

Сравнительные данные результатов диагностики психологического компонента гестационной доминанты испытуемых Группы 2 (26-37) (методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова)

Психологический компонент гестационной доминанты	первый триместр	третий триместр
Преобладание оптимального типа	3 (33%)	-
Оптимально-тревожный тип	2 (22%)	5 (55%)
Тревожно-оптимальный тип	3 (33%)	-
Смешанный тип с преобладанием оптимального	1 (11%)	4 (44%)

В группе «возрастных» испытуемых, не смотря на преобладание в целом неблагоприятных вариантов ПКГД, происходят положительные изменения, связанные с тем, что снижается присутствие тревожного компонента и увеличивается количество баллов по оптимальному компоненту. Так, тревожно-оптимальный тип сменяется на оптимально-тревожный. Повышается число присутствия смешанного типа с преобладанием оптимального, прежде всего за счет усиления эйфорического компонента, при котором характерно переживание психологического комфорта, повышенный фон настроения и уверенность в благополучном родоразрешении.

Таким образом, на основании сравнения диагностических данных, полученных в первом и третьем триместрах беременности, мы можем сделать следующие выводы:

- В обеих возрастных группах формирование психологического компонента гестационной доминанты в третьем триместре изменяется, преобладают неблагоприятные варианты в сравнении с ранними сроками беременности.

- В группе испытуемых до 25 лет увеличивается число тревожных состояний и уменьшение эйфорических реакций на беременность.

- В группе испытуемых старше 25 лет, напротив, снижается присутствие тревожного компонента и увеличивается количество баллов по оптимальному компоненту. Также у «возрастных» беременных повышается выраженность эйфорического компонента, при котором характерно переживание психологического комфорта и уверенность в благополучном родоразрешении.

Анализ ответов испытуемых показывает, что утверждение «отношение к своему ребенку» становится тревожным чаще в третьем триместре беременности, что характерно для женщин обеих возрастных групп. Тревожное отношение к предстоящим родам усиливается в группе «молодых» беременных и снижается у женщин старше 25 лет.

Полученные результаты можно дополнить данными других исследований, в которых установлено, что беременные женщины в возрасте младше 20 лет чаще входят в группу умеренного риска. Выраженность оптимального компонента гестационной доминанты растет пропорционально возрасту женщины, достигая своего максимума у женщин в возрасте от 30 до 35 лет. Этот факт можно объяснить тем, что именно в этот период многие женщины имеют образование, профессию, они лучше социально адаптированы, их личностные конструкты сформированы, система ценностных ориентаций более устойчива. С возрастом увеличивается желание иметь ребенка, во многом определяющее оптимальность психологического компонента гестационной доминанты. Возраст старше 36 лет характеризуется преобладанием высокой угрозы риска. Помимо физиологических осложнений у женщин данной возрастной категории значительный риск осложнений обусловлен повышенным уровнем тревожности [42, 43].

Таким образом, на основании полученных нами результатов и соотнесения их с данными других исследований, мы можем заключить, что

возраст является значимым фактором, определяющим оптимальность психологического компонента гестационной доминанты. Выраженность оптимального варианта ПКГД растет пропорционально возрасту женщины, достигая своего максимума в период от 30 до 36 лет.

По данным других исследований, у женщин более старшего возраста снижается оптимальность типа ПКГД, повышается уровень тревожности. Усиливающаяся тревожность влияет на психологический компонент гестационной доминанты, связанный с физиологическим компонентом, что формирует отрицательное психосоматическое состояние [42, 43]. В нашем исследовании женщины этой возрастной категории не принимали участие.

И, в заключение, рассмотрим сравнительные данные анкетирования, позволяющие сделать выводы о влиянии разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние женщин на разных сроках беременности.

Индивидуальные диагностические данные повторного анкетирования представлены в табл. 9-10 Приложения. Ниже приведены сравнительные данные результатов анкетирования испытуемых двух возрастных групп на разных сроках беременности.

Таблица 7

Сравнительные данные результатов анкетирования испытуемых
Группы 1 (18-25 лет) (средние значения)

Стрессогенные факторы	Первый триместр	Третий триместр	$T_{\text{эмп.}}$
Тревога за ребенка	3.07	3.36	0.9
Страх перед родами	3.29	3.93	2.4
Изменение самочувствия	2.57	2.86	0.9
Изменение фигуры	3.2	3.07	0.5
Супружеские отношения	3.21	3.36	0.4
Возможность госпитализации	2.93	3.14	0.6

Критические значения

$T_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2.06	2.78

Сравнительные данные результатов анкетирования испытуемых
Группы 2 (26-37 лет) (средние значения)

Стрессогенные факторы	Первый триместр	Третий триместр	$T_{\text{эмп.}}$
Тревога за ребенка	4.33	4.56	0.8
Страх перед родами	3.67	2.89	2.2
Изменение самочувствия	3.67	3.33	1.2
Изменение фигуры	2.56	1.89	1.5
Супружеские отношения	2.33	2.67	0.8
Возможность госпитализации	3.0	2.44	1.7

Критические значения

$T_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2.12	2.92

Сравнение результатов анкетирования испытуемых двух разновозрастных групп указывает на некоторые изменения в картине влияния разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние женщин на разных сроках беременности.

Значимость различий между результатами первого и повторного анкетирования проверялась с помощью Т-критерия Стьюдента для зависимых выборок.

В группе испытуемых в возрасте до 26 лет диагностической значимости достигают различия только по показателю «страх перед родами». В третьем триместре беременности это показатель становится явно стрессогенным. Отметим также и повышение диагностических значений и по таким показателям, как «тревога за ребенка» и «изменение самочувствия».

Для более старшей выборки, напротив, характерным является снижение страха перед родами. Тревога за ребенка усиливается, но незначительно, а изменение самочувствия становится менее тревожащим фактором.

Выводы

Проведенное исследование было направлено на изучение показателей аффективно-мотивационной сферы женщин на разных сроках беременности.

В исследовании приняли участие женщины двух возрастных групп. В первую группу вошли женщины в возрасте 18-25 лет (14 человек), в другую - женщины в возрасте от 26 до 37 лет (9 человек).

В ходе исследования был использован диагностический комплекс, включающий такие методы, как тестирование, структурированное интервью и наблюдение. В ходе тестирования использовались следующие методики:

- Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова;
- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, авторы К.К. Яхин, Д.М. Менделевич.

Для изучения мотивационной сферы беременной женщины была также использована Анкета для получения сведений о влиянии разных стрессогенных факторов психоэмоциональное состояние беременных.

Исследование включило в себя два этапа: первый этап проходил в конце первого триместра гестации, второй – в середине третьего триместра.

Исследование было направлено на проверку следующих предположений:

- Аффективно-мотивационная сфера беременных женщин характеризуется изменениями психологического компонента гестационной доминанты. В третьем семестре увеличивается количество неблагоприятных вариантов в сравнении с ранними сроками беременности.
- Изменяется влияние разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние беременных.
- Возраст беременных является фактором, влияющим на оптимальность типа психологического компонента гестационной доминанты беременных и на показатели их психоэмоционального состояния.

В ходе исследования были получены следующие результаты:

1. Диагностика психологического компонента гестационной доминанты в первом триместре беременности показала, что в группе испытуемых в возрасте до 26 лет наиболее выражен показатель оптимально-эйфорического типа, который входит в структуру благополучных вариантов. Достаточно распространены в группе «молодых» беременных такие варианты ПКГД, как оптимально-гипогестогнозический тип и смешанный тип с преобладанием оптимального.

Для беременных старше 25 лет характерными являются оптимально-тревожный, тревожно-оптимальный типы гестационной доминанты и преобладание оптимального типа ПКГД.

К основным различиям в показателях психологического компонента гестационной доминанты испытуемых двух возрастных групп можно отнести такие как:

- отсутствие в группе «возрастных» беременных депрессивного типа ПКГД;
- более свойственное женщинам старше 25 лет преобладание оптимального типа ПКГД. Вместе с тем, значимых различий по показателю благоприятных вариантов гестационной доминанты у испытуемых, относящихся к разным возрастным группам, не обнаружено.

К концу первого триместра гестации для женщин, относящихся к группе «молодых» беременных свойственны такие психологические показатели, как состояние психологического комфорта с элементами эйфорического или гипогестогнозического (беспечного) отношения к беременности. Для женщин более старшего возраста характерно переживание психологического комфорта со склонностью к тревожному отношению к беременности. Отметим также, что среди неблагоприятных вариантов ПКГД в целом по выборке преимущественно встречаются смешанные типы с преобладанием оптимального компонента отношения к беременности.

2. Результаты анкетирования в первом триместре беременности отражают более ровную и менее напряженную картину страхов и тревожности испытуемых первой группы. Женщины, относящиеся к группе «молодых» беременных, менее всего беспокоятся по поводу своего самочувствия. Наиболее выраженными у них является страх перед родами, тревожность по поводу изменения своей внешности, фигуры, а также боязнь охлаждения отношений с мужем.

У «возрастных» беременных в ряду стрессогенных факторов доминирует тревога за состояние ребенка. У них также как и у женщин первой группы, выражен страх перед родами. Менее всего у женщин старше 25 лет выражена тревога, связанная с супружескими отношениями.

Диагностической значимости достигают различия по таким показателям, как «тревога за ребенка» и «беспокойство по поводу своего самочувствия». Оба этих показателя выше в группе «возрастных» беременных».

3. Результаты диагностики невротических состояний испытуемых указывают на преобладание невротических состояний по всем исследуемым шкалам в группе испытуемых беременных женщин старше 25 лет. Наиболее заметны различия по шкалам тревоги и вегетативных нарушений. Однако значимых различий не выявлено ни по одной из шкал.

4. Диагностические данные повторной диагностики, проведенной в середине третьего триместра беременности, показывают, что в группе «молодых» беременных увеличивается число неблагоприятных вариантов гестационной доминанты. Преобладание оптимального типа сменяется на смешанный тип с преобладанием оптимального, который, в отличие от первого, включает в себя показатель по тревожному типу. Оптимально-эйфорический тип сменяется на смешанный с преобладанием оптимального, что также связано с появлением показателя тревожности. Отмечено снижение в этой группе гипогестогнозического показателя. Оптимально-гипогестогнозический тип сменяется на гипогестогнозически-тревожный, а

оптимально-тревожный - на тревожно-оптимальный, что также связано с усилением тревожного компонента.

В группе «возрастных» испытуемых, не смотря на преобладание в целом неблагополучных вариантов ПКГД, происходят положительные изменения, связанные с тем, что снижается присутствие тревожного компонента и увеличивается количество баллов по оптимальному компоненту. Тревножно-оптимальный тип сменяется на оптимально-тревожный. Повышается число присутствия смешанного типа с преобладанием оптимального, прежде всего за счет усиления эйфорического компонента, при котором характерно переживание психологического комфорта, повышенный фон настроения и уверенность в благополучном родоразрешении.

На основании сравнения диагностических данных, полученных в первом и третьем триместрах беременности, мы сделали следующие выводы:

- В обеих возрастных группах формирование психологического компонента гестационной доминанты в третьем триместре изменяется, преобладают неблагополучные варианты в сравнении с ранними сроками беременности.

- В группе испытуемых до 26 лет увеличивается число тревожных состояний и уменьшение эйфорических реакций на беременность.

- В группе испытуемых старше 25 лет, напротив, снижается присутствие тревожного компонента и увеличивается количество баллов по оптимальному компоненту. Также у «возрастных» беременных повышается выраженность эйфорического компонента, при котором характерно переживание психологического комфорта и уверенность в благополучном родоразрешении.

5. Сравнение данных анкетирования указывает на некоторые изменения в картине влияния разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние женщин на разных сроках беременности.

В третьем триместре беременности в группе испытуемых в возрасте до 26 лет увеличивается показатель «страх перед родами». Этот показатель становится явно стрессогенным. Повысились диагностические значения и по таким показателям, как «тревога за ребенка» и «изменение самочувствия».

У женщин старше 25 лет, напротив, снижается страх перед родами. Тревога за ребенка усиливается, но незначительно, а изменение самочувствия становится менее тревожащим фактором.

Заключение

Даже нормально протекающая беременность - это не стандартная ситуация. Она связана с амбивалентными психологическими переживаниями беременной женщины, на которые могут накладываться еще и психотравмирующие события.

Возрастающее внимание к изучению особенностей психоэмоционального состояния беременных женщин и увеличение роли психогенных факторов на течение гестации требует выработки диагностического инструментария, позволяющих своевременно определять проблемы. Диагностика источников и проявлений психологических нарушений необходима для своевременной психокоррекции возникших состояний и профилактики психологических, соматических и акушерских осложнений.

В проведенном нами исследовании, направленном на изучение показателей аффективно-мотивационной сферы женщин на разных сроках беременности, были изучены такие показатели, как психологический компонент гестационной доминанты и типы невротических состояний. Было также рассмотрено влияние разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние беременных.

Результаты поведенной диагностики соотносятся с данными других исследований, свидетельствующих об изменениях в аффективно-мотивационной сфере женщин на разных этапах беременности.

Были обнаружены изменения в психологическом компоненте гестационной доминанты, установлена разная степень влияния разных стрессогенных факторов на психоэмоциональное состояние беременных.

Исследование проводилось на выборке, состоящей из двух разновозрастных групп – моложе 26 и старше 25 лет.

К наиболее важным выводам, сделанным на основе сравнения диагностических данных испытуемых двух групп, мы отнесли следующие:

- В обеих возрастных группах формирование психологического компонента гестационной доминанты в третьем триместре изменяется, преобладают неблагоприятные варианты в сравнении с ранними сроками беременности.

- В группе испытуемых до 26 лет увеличивается число тревожных состояний и уменьшение эйфорических реакций на беременность.

- В группе испытуемых старше 25 лет, напротив, снижается присутствие тревожного компонента и увеличивается количество баллов по оптимальному компоненту. Также у «возрастных» беременных повышается выраженность эйфорического компонента, при котором характерно переживание психологического комфорта и уверенность в благополучном родоразрешении.

- Отношение к ребенку становится тревожным чаще в третьем триместре беременности, что характерно для женщин обеих возрастных групп.

- Тревожное отношение к предстоящим родам усиливается в группе «молодых» беременных и снижается у женщин старше 25 лет.

В результате исследования мы пришли к выводу о том, что возраст беременных является фактором, влияющим на оптимальность типа психологического компонента гестационной доминанты беременных и на показатели их психоэмоционального состояния в течение всего периода гестации.

Полученные диагностические данные могут быть использованы в консультативной деятельности педагога-психолога по вопросам готовности к браку, семейных и детско-родительских отношений, а также в процессе психологического сопровождения беременных на разных этапах гестации.

Список используемых источников

1. Аболин Л.М. Эмоциональная устойчивость в напряженной деятельности, ее психологические механизмы и пути повышения: автореф. дис. ... докт. психол. наук / Л.М. Аболин. - Москва: изд-во Института общей и педагогической психологии АПН СССР, 1989. - 43 с.
2. Анисимова К.А. - Психологические особенности отношения к будущему ребенку у женщин во время беременности. // Психолог. - 2014. - №1. - С. 1-24. DOI: 10.7256/2306-0425.2014.1.11689 URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=11689
3. Баженова О.Б. Готовность к материнству // Синапс. - 1993. - № 4. - С. 10–12.
4. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства. // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва. - Т.2. вып. 4. -2009. - С. 69 - 70.
5. Белогай К.Н. Современные подходы к психологическому исследованию беременности // Материалы научно-практической конференции. - М.: РГУ, 2008. - 498 с.
6. Биосоциальная природа материнства и раннего детства // Батуев А.С., Безрукова О.Н., Кощавцев А.Г. и др. / Под ред. А.С. Батуева. СПб.: Изд-во С.-Петерб. Ун-та, 2007. - 374 с.
7. Блох М.Е. Использование психотерапии у женщин с невынашиванием беременности // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. - С. 199-207.
8. Боровикова Н.В. Эволюция невербального восприятия беременной женщиной своего будущего ребенка / Н.В. Боровикова, С.А. Федоренко // Сб. научных статей молодых ученых Орловской области. Орел: ОГТУ, 1998. - С. 54-59.

9. Брехман Г.И. Пути многоуровневого взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка // Перинатальная психология и медицина. Ч.1. - Иваново, 2011. - С. 164 - 179.
10. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопр. психол. - 2009. - №3. С. 38 - 47.
11. Васильева В.В., Авруцкая В.В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 3. - С. 110 -119.
12. Герасимова Т.Г. Психические состояния беременных женщин и их коррекция в условиях специально организованного обучения. Автореферат дис. на соиск. уч. степени пс. наук. Иркутск, 2003. - 18 с.
13. Григорьева Е.С. Роль личностных особенностей женщины в возникновении патологии беременности (обзор современных исследований) // Психология телесности: теоретические и практические исследования. Портал психологических изданий URL: [PsyJournals.ru](http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40831_full.shtml) - http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40831_full.shtml
14. Добряков И.В. Перинатальная психология. - СПб.: Питер, 2015. - 234 с.
15. Завьялова Ж.В. Психологическая готовность к родам и методы ее формирования: Автореф. дис...к. психол. н. - М.: БЕК, 2009. - 23 с.
16. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм - СПб.: Союз, 1998. - 144 с.
17. Захарова Г.А. Психологическая готовность женщин к материнству // Перинатальная психология и психология родительства. - 2007. - № 3. - С. 19-29.
18. Исупова О.Г. Материнская карьера: дети и трудовые стратегии // Социологические исследования. 2015. № 10. - С. 185-194.

19. Ковалева Ю.В., Сергиенко Е.А. Контроль поведения при различном течении беременности // Психологический журнал. 2007. Т.28. № 1. - С. 70-82.
20. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов. Дисс. канд. психол. наук. - СПб., 2008 - 150 с.
21. Коваленко Н.П. Психосоматические основы невынашивания беременности // Перинатальная психология и медицина (Психофизиология и патология беременности и родов; психотерапевтическая коррекция пре-, пери- и постнатального развития). Сборник научных трудов членов Российской Ассоциации Перинатальной Психологии и Медицины. СПб: Изд-во ИПТП, 2004-2005 гг. - С. 26-30.
22. Копьев А.Ф. Диалогический подход в консультировании и вопросы психологической клиники // Психологическое консультирование и психотерапия: Хрестоматия / Под ред. А.Б. Фенько. - М.: Психол. ин-т им. Л.Г. Щукиной; Моск. город. психолого-пед. ин-т, 2009. - 544 с.
23. Королева Н.Н. Беременность и материнство как ситуация адаптации// Молодой ученый. - 2010. - № 9. - С. 254–257.
24. Крикуненко Л.Ю., Куташов В. А., Хабарова Т. Ю. Исследование и формирование уровня психологической готовности к материнству у беременных в период наблюдения в женской районной консультации // Молодой ученый. - 2016. - № 6. - С. 698-701.
25. Лустин С.И. Психологические особенности беременных женщин. // Царскосельские чтения. - 2016. - № 3. - С. 241–244.
26. Менделевич В.Д. Клиническая психология. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 587 с.
27. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству URL: [http://psychlib.ru/mgppu/periodica/VP052000/MPG-018.HTM#\\$p18](http://psychlib.ru/mgppu/periodica/VP052000/MPG-018.HTM#$p18)
28. Минюрова С.А., Тетерлева Е.А. Диалогический подход к анализу смыслового переживания материнства // Вопр. психол. - 2008. - №4. - С. 3-75.

29. Овчарова Р.В. Психология родительства: Учебное пособие для студентов вузов. - М.: Изд. центр «Академия», 2005. - 368 с.
30. Перинатальная психология в родовспоможении // Сб. материалов конференции. - СПб.: Медицина, 2007. - 336 с.
31. Писаренко В.М. Роль психики в обеспечении эмоциональной устойчивости человека / В.М. Писаренко // Психологический журнал / Ред. Б.Ф. Ломов, В.С. Шустиков, Л.И. Анцыферова. - Т.7. №1 1986. - С. 62-73.
32. Русалов В.М., Рудина Л.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 6. - С. 16-26.
33. Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека. Дисс.докт.пс.н. - М., 2007. – 142 с.
34. Скрицкая Т.В. Ценностные ориентации и уровень удовлетворенности жизнью как показатель личностного роста женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. 2006. № 1. - С. 76-82.
35. Строкова Н.В., Латкина Ю.А. Изучение динамики взаимосвязи уровня тревожности и отношения матери к будущему ребенку // Материалы научно-практической конференции. - М.: РГУ, 2008. - 498 с.
36. Филиппова Г.Г. Нарушения репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. - С. 83-108.
37. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопр. психол. - 2009. - №2. - С. 22 - 36.
38. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 240 с.
39. Филиппова Г.Г., Черткова И.Н., Сапарова И.М., Антонов М.В., Соколова О.А., Рябухина А.В., Пашкова Ю.В., Николаева Ю.А. Исследование психологических особенностей переживания беременности у

женщин с патологией беременности // Журнал практического психолога. 2003. № 4-5. - С. 64-82.

40. Шевцова И.В. Диалоги с внутренним ребенком // Психол. газета. - 2009. - № 10. - С. 11.

41. Шмурак Ю.И. Пренатальная общность // Человек. - 2008. - № 6. - С. 24-37.

42. <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=9058> Лохина Е.В. Особенности психоэмоционального состояния беременных и формирование психологического компонента гестационной доминанты в третьем триместре беременности

43. https://pglu.ru/upload/iblock/bf1/ch_08_sim_2_sektsii_3_4-s.a.-nikulina-10.pdf Никулина С.А. Исследование психологических особенностей отношения женщины к собственной беременности

Приложение

Таблица 1

Индивидуальные диагностические данные по определению типа
психологического компонента гестационной доминанты
испытуемых Группы 1
(первый триместр)

Испытуемые в возрасте от 18 до 25 лет					
№ п/п	оптимальный	гипогестогнози ческий	эйфорический	тревожный	депрессивный
1	5	0	3	0	0
2	6	3	0	0	0
3	5	0	2	2	0
4	7	1	2	0	0
5	6	0	2	3	0
6	5	0	4	0	0
7	5	0	3	1	0
8	5	3	0	0	0
9	6	0	3	1	0
10	5	0	4	0	0
11	2	1	0	2	2
12	6	4	0	0	0
13	5	0	1	3	0
14	6	0	3	1	0

Таблица 2

Индивидуальные диагностические данные по определению типа
психологического компонента гестационной доминанты
испытуемых Группы 2
(первый триместр)

Испытуемые в возрасте от 26 до 37 лет					
№ п/п	оптимальный	гипогестогнози ческий	эйфорический	тревожный	депрессивный
1	7	0	2	0	0
2	6	0	1	4	0
3	4	0	1	5	0
4	7	0	1	0	0
5	8	0	1	0	0
6	6	0	3	2	0
7	3	0	2	6	0
8	6	0	1	3	0
9	4	0	1	5	0

Таблица 3

Индивидуальные диагностические данные испытуемых Группы 1
по данным Анкеты о влиянии разных стрессогенных факторов
(первый триместр)

Испытуемые в возрасте от 18 до 25 лет						
№ п/п	Тревога за ребенка	Страх перед родами	Изменение самочув-вия	Изменение фигуры	Супруж-кие отношения	Возмож-сть госпит-ции
1	3	4	4	3	5	3
2	2	2	1	3	2	2
3	3	4	2	2	4	4
4	4	3	2	3	1	3
5	5	4	3	3	3	2
6	4	3	3	4	4	3
7	3	4	2	2	3	4
8	2	2	2	3	3	3
9	3	3	2	4	3	2
10	4	3	3	3	3	3
11	1	3	4	4	5	4
12	2	4	1	3	2	2
13	4	4	3	3	2	3
14	3	3	4	5	5	3

Таблица 4

Индивидуальные диагностические данные испытуемых Группы 2
по данным Анкеты о влиянии разных стрессогенных факторов
(первый триместр)

Испытуемые в возрасте от 26 до 37 лет						
№ п/п	Тревога за ребенка	Страх перед родами	Изменение самочув-вия	Изменение фигуры	Супруж-кие отношения	Возмож-сть госпит-ции
1	4	3	3	3	2	4
2	5	3	3	2	3	2
3	5	4	5	2	2	4
4	4	4	3	1	1	3
5	4	3	3	3	2	2
6	3	4	4	5	3	3
7	5	5	4	2	3	4
8	4	3	4	2	2	2
9	5	4	4	3	3	3

Таблица 5

Индивидуальные диагностические данные испытуемых Группы 1
по клиническому опроснику выявления и оценки невротических состояний
(первый триместр)

№ п/п	Шкалы невротических состояний					
	1	2	3	4	5	6
1	2.42	3.46	2.98	2.14	4.55	2.75
2	2.35	2.27	2.34	2.45	2.12	3.14
3	-1.28	-1.41	1.31	-1.41	-1.35	-1.16
4	2.45	1.97	1.78	1.96	2.28	2.24
5	1.75	1.98	2.13	1.78	3.42	2.34
6	3.14	3.56	3.67	2.98	4.25	2.31
7	1.98	2.13	3.14	2.91	2.95	4.16
8	2.35	3.46	2.98	2.14	4.55	2.75
9	2.32	2.31	1.98	2.32	2.43	1.98
10	2.45	2.48	2.79	3.16	4.56	3.12
11	-3.12	-2.87	-3.13	-3.62	-2.41	-3.19
12	2.32	2.14	2.78	3.14	3.56	3.61
13	1.30	1.56	-1.32	-1.46	1.53	2.31
14	-1.41	1.32	-1.41	-1.53	-1.28	-1.45

Таблица 6

Индивидуальные диагностические данные испытуемых Группы 2
по клиническому опроснику выявления и оценки невротических состояний
(первый триместр)

№ п/п	Шкалы невротических состояний*					
	1	2	3	4	5	6
1	2.32	2.31	1.98	2.32	2.43	1.98
2	1.42	1.14	1.98	1.37	1.47	1.64
3	-2.17	-1.34	2.31	1.32	1.31	-1.72
4	2.78	2.41	1.67	2.63	4.31	1.98
5	2.14	2.35	3.14	2.56	3.97	2.18
6	-2.13	-3.12	-1.97	-1.18	-2.42	-3.42
7	-1.41	1.32	-1.41	1.53	-1.28	-1.45
8	1.22	1.14	1.98	1.37	1.47	1.64
9	-1.65	-1.29	-1.36	-1.34	-1.42	-1.48

*

1	Шкала тревоги	4	Шкала истерического типа реагирования
2	Шкала невротической депрессии	5	Шкала обсессивно-фобических нарушений
3	Шкала астении	6	Шкала вегетативных нарушений

Таблица 7

Индивидуальные диагностические данные по определению типа
психологического компонента гестационной доминанты
испытуемых Группы 1
(третий триместр)

Испытуемые в возрасте от 18 до 25 лет					
№ п/п	оптимальный	гипогестогнози ческий	эйфорический	тревожный	депрессивный
1	5	0	3	2	0
2	4	2	0	3	0
3	5	0	2	2	0
4	7	0	1	2	0
5	4	0	1	5	0
6	5	0	2	2	0
7	5	0	3	1	0
8	3	1	0	2	0
9	6	0	2	3	0
10	5	0	3	2	0
11	3	0	0	3	1
12	6	2	0	0	0
13	4	0	1	5	0
14	6	0	3	2	0

Таблица 8

Индивидуальные диагностические данные по определению типа
психологического компонента гестационной доминанты
испытуемых Группы 2
(третий триместр)

Испытуемые в возрасте от 26 до 37 лет					
№ п/п	оптимальный	гипогестогнози ческий	эйфорический	тревожный	депрессивный
1	7	0	1	1	0
2	6	0	1	4	0
3	5	0	1	4	0
4	7	0	1	2	0
5	7	0	1	1	0
6	6	0	2	3	0
7	5	0	2	4	0
8	7	0	1	3	0
9	6	0	1	4	0

Таблица 9

Индивидуальные диагностические данные испытуемых Группы 1
по данным Анкеты о влиянии разных стрессогенных факторов
(третий триместр)

Испытуемые в возрасте от 18 до 25 лет						
№ п/п	Тревога за ребенка	Страх перед родами	Изменение самочув-вия	Изменение фигуры	Супруж-кие отношения	Возмож-сть госпит-ции
1	3	4	3	2	5	3
2	3	3	2	3	3	2
3	3	4	2	2	3	4
4	4	5	3	3	2	3
5	4	4	3	3	3	2
6	4	4	3	3	3	3
7	3	4	2	2	3	4
8	3	3	3	3	3	3
9	4	5	2	5	3	2
10	4	3	3	3	3	3
11	2	4	4	4	4	5
12	3	4	3	3	3	2
13	4	5	3	3	4	3
14	3	3	4	4	5	5

Таблица 10

Индивидуальные диагностические данные испытуемых Группы 2
по данным Анкеты о влиянии разных стрессогенных факторов
(третий триместр)

Испытуемые в возрасте от 26 до 37 лет						
№ п/п	Тревога за ребенка	Страх перед родами	Изменение самочув-вия	Изменение фигуры	Супруж-кие отношения	Возмож-сть госпит-ции
1	4	2	3	2	2	2
2	5	3	3	2	2	2
3	5	2	4	1	2	3
4	4	3	3	1	2	3
5	5	3	3	3	2	2
6	4	4	4	3	5	3
7	5	3	3	2	3	3
8	4	2	3	1	2	2
9	5	4	4	2	4	2