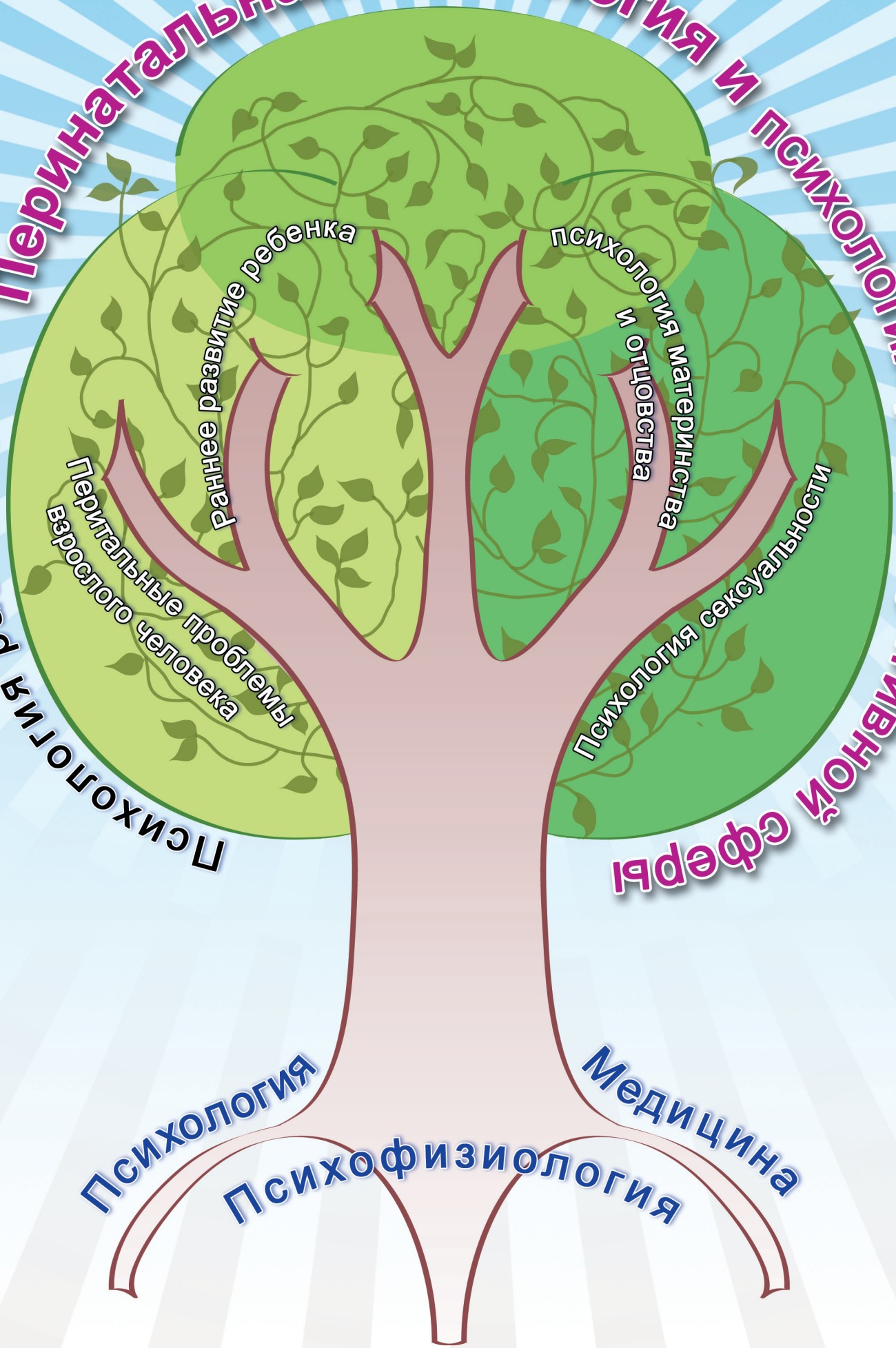
2011 №4 (4)

Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы



ОТ РЕДАКЦИИ

Четвертый, завершающий в 2011 году, выпуск нашего журнала содержит теоретические, экспериментальные и практические работы, освященные разным аспектам перинатальной психологии и психологи репродуктивной сферы.

В статье Грицай Л.А. на основе теоретического анализа современных исследований предлагается научное обоснование социально-психологической модели процесса становления родительства в российском обществе начала XXI века.

Раздел экспериментальных исследований представлен двумя работами. Статья Батуевой А.Н. посвящена изучению беременности – как специфического состояния организма женщины, оказывающего выраженное воздействие на ее соматическое и психическое состояние. В двух эмпирических исследованиях, выполненных под руководством Захаровой Е.И. (Захарова Е.И., Ступак А.В. и Захарова Е.И., Торчинова Ю.А.), изучаются особенности становления материнской идентичности и мотивационной сферы матери в период ожидания, рождении и раннего развития ребенка.

В статье Алексеенко И.Н. обсуждаются результаты анализа мотивации молодых отцов, желающих присутствовать при родах, полученные в практической работе с парами, готовящимися к партнерским родам на базе МУЗ «Одинцовский родильный дом». В работе Плотниковой А.Л. описаны приемы коммуникативного развития младенцев могут быть использованы как специалистами домов ребенка, так и родителями в ходе ежедневного взаимодействия с детьми.

В раздел обзора авторефератов вошли авторефераты докторской и кандидатских диссертационных работ по психологии материнства материнско-детских отношений и нарушений течения беременности, защищенных в 2009 - 2011 годах.

Главный редактор журнала
«Перинатальная психология
и психология
репродуктивной сферы»
Филиппова Г. Г.

2011 №4 (4)

Электронное периодическое издание
«Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы»

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
Эл №ФС77-41796

Издаётся с 2010 года.
Периодичность: 4 раза в год.

УЧРЕДИТЕЛЬ
НОУ «Институт перинатальной психологии и психологии репродуктивной сферы»

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор:
Филиппова Г.Г.
Редколлегия:
Авдеева Н.Н., Агнаева Е.Х-М., Батуев А.С., Брутман В.И., Васягина Н.Н., Добряков И.В., Захарова Е.И., Коваленко Н.П., Ланцбург М.Е., Обухова Л.Ф., Печникова Е.Ю., Скрицкая Т.В., Смирнова Е.О., Суркова Е.Г., Шаграева О.А., Шевченко Ю.С.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
115088, г. Москва,
ул. Шарикоподшипниковская, д. 4,
корп. 1 А, оф. 401

www.perinataljourn.ru
zhurnal@perinatalpsy.ru

Публикация подготовлена при поддержке РГНФ,
проект 10-06-12132в.

©Все права защищены.
Перепечатка материалов журнала и / или использование их в любой форме, включая электронную, возможны только с письменного разрешения издателя.
За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несёт.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
Грицай Л.А.
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОЦЕССА СТАНОВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЬСТВА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ НАЧАЛА XXI ВЕКА 5
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
Батуева А.Г.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ИХ ВОЗРАСТНЫХ И СОЦИАЛЬНО – ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК 18
Захарова Е.И., Ступак А.В.
ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ МАТЕРЕЙ В СВЯЗИ С ВОЗРАСТОМ РЕБЁНКОМ 29
Захарова Е.И., Торчинова Ю.А.
УСЛОВИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ 38
ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА
Алексеенко И.Н.
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА ПО ПОДГОТОВКЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР К ПАРТНЁРСКИМ РОДАМ 49
Плотникова А.Л.
ПРИЕМЫ РАБОТЫ ПО КОММУНИКАТИВНОМУ РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 55
ОБЗОР АВТОРЕФЕРАТОВ
Гацаева Л.Т.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ СМЕШАННЫХ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ 62
Васягина Н.Н.
СУБЪЕКТИВНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ МАТЕРИ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИОКУЛЬТУРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ РОССИИ 74
Меренкова В.С.
ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ МАТЕРИ 87
Миронова Е.С.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ (НА ПРИМЕРЕ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ) 110
CONTENTS 125

Уважаемые коллеги, авторы и читатели нашего журнала!

Мы рады представить Вам электронное периодическое издание, научно-практический журнал «Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы». В настоящее время это единственное периодическое научное издание в России, посвященное проблемам теории и практики перинатальной психологии, психологии родительства и психологии репродуктивного здоровья. Журнал является рецензируемым научным изданием, соответствующим требованиям ВАК РФ, предъявляемым к периодически научным изданиям. Мы приложим все усилия для того, чтобы наш журнал соответствовал высоким научным стандартам и занял достойное место среди ведущих научных периодических изданий России.

В журнале освещаются теоретические и прикладные аспекты перинатальной психологи, психологии раннего развития ребенка, психологии материнства и отцовства, психологии репродуктивного здоровья и его нарушений, психологические аспекты вспомогательных репродуктивных технологий, психофизиологии, психосоматики и психотерапии нарушений раннего развития ребенка и репродуктивной функции женщин и мужчин, медико-психологические исследования в данной области.

Основные рубрики журнала:

Теоретические и прикладные исследования
Экспериментальные исследования
Практическая работа
Обзоры научных исследований
Анонсы новых изданий и рецензии на новые публикации
Обзоры научных мероприятий
Обзоры авторефератов
Студенческие работы
Информация о научных мероприятиях
Информация об образовательных программах

Мы будем рады видеть Вас в числе авторов нашего журнала! Требования к оформлению статей и публикации можно посмотреть на сайте информационного гуманитарного портала PerinatalJourn.ru.

Редколлегия

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Грицай Л.А.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОЦЕССА СТАНОВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЬСТВА В РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ НАЧАЛА XXI ВЕКА

В статье изучается родительство как социокультурный феномен, его значение в системе жизненных ориентаций россиян. Автор обосновывает понятие «социально-психологическая модель развития родительства» как социальную данность и одно из оснований оценки процесса изменения семьи.
Ключевые слова: *родительство, кризис родительства, социально-психологическая модель, социокультурные причины падения рождаемости, ценностное отношение к родительству.*

In the article the parenting as social and cultural phenomenon and its role in the system of values of Russian people are considered. The author proves the concept «parenting development social and psychological model» as a social reality and one of the bases of estimation of family changing process.
Keywords: *parenting, the crisis of parenting, the social and psychological model, social and cultural causes of demographic decrease, valuable attitude towards parenting.*

В последние годы в отечественной научной литературе широко обсуждается вопрос о необходимости укрепления института семьи.

Не для кого не секрет, что в современной России семья переживает острый кризис, проявляющейся, в первую очередь, в сфере детско-родительских отношений. Ослабляются социальные связи между родителями и детьми, снижается значимость родства и родительства.

Как отмечает Н.В. Богачёва, «самоутверждение и автономность как наиболее важные принципы современной жизни ведут к разрушению традиционных устоев семьи; в связи, с чем супружество становится основной линией внутрисемейных отношений, тогда как родительство – второстепенной» [6, с. 3].

Серьезно затронули эти изменения и Россию и, в конечном итоге, привели к малодетности наших семей. Так, согласно исследованиям отечественных социологов, малодетность сегодня становится жизненной нормой: половина российских семей воспитывает только одного ребенка, при этом родители не стремятся к рождению последующих детей, ссылаясь на недостаточность своих средств и времени и сил [9].

Изучая основные причины данных явлений, уместно говорить не только о кризисе семьи, но и о *кризисе родительства*, ярко проявляющем себя в современном мире.

Поэтому сложившаяся ситуация требует внимательного изучения феноменов родительства в российском обществе начала XXI века.

Таким образом, целью данного исследования стало научное обоснование социально-психологической модели процесса становления родительства в российском обществе начала XXI века.

Исходя из этого, мы поставили перед собой следующие задачи:

1. На основе анализа научных источников определить степень разработанности понятия «родительство» в отечественной психолого-социологической литературе.

2.Разработать авторскую модель, отражающую социально-психологические особенности процесса становления родительства в российском социуме начала XXI века.

3.Проанализировать возможные психолого-педагогические условия, способствующие преодолению кризисных явлений в области российского родительства.

Следует отметить, что понятие «родительство» является областью исследования целого ряда наук: философии, социологии, психологии, педагогики, медицины, права, демографии, культурологии, этики, религиоведения и др. С одной стороны, это обстоятельство доказывает значимость данного феномена в жизни как каждого отдельного человека, так и всего человечества, но с другой, – свидетельствует об отсутствии единого подхода, то есть определенной «фрагментарности» исследований родительства.

При этом необходимо учитывать тот факт, что родительство, включая в себя феномены материнства и отцовства, не сводится к их простой совокупности. Отмечая глубинную взаимосвязь данных понятий, невозможно не отметить, что родительство находится на более высоком надличностном уровне определения, когда как отцовство и материнство, в первую очередь, являются качественными характеристиками отдельной человеческой личности.

По мнению Э.Р. Алексеевой, родительство может рассматриваться как «биологический, психологический, а также социокультурный феномен; как социальный институт, включающий в себя два других института: отцовство и материнство; как деятельность родителя по уходу, содержанию, воспитанию и обучению ребенка; как этап в жизни человека, начинающийся с момента зачатия ребенка и не заканчивающийся после смерти ребенка; как отношения кровного родства между родителем и ребенком; как субъективное восприятие человека себя родителем» [1, с. 644].

В отечественной науке на сегодняшний день можно выделить несколько научных подходов, опирающихся на психологическое (М.О. Ермихина, А.А. Леонтьев, Р.В. Овчарова, В.А. Рамих, Г.Г. Филиппова), социологическое (А.И. Антонов, Н.В. Богачёва, О.В. Глезденева, Т.А. Гурко, И.С. Кон) и педагогическое (И.Н. Гребенников, О.Л. Зверева, А.Н.

Ганичева, Л.Ф. Спирин) понимание феномена «родительство». При этом наиболее широко представлены психологическое и социологическое направления.

С точки зрения психологии, родительство рассматривается как «осознание духовного единства с брачным партнером по отношению к своим детям, представляющее собой интегральное психологическое образование личности» [17, с. 464].

Г.Г. Филипповой подчеркивается, что родительство – это не только «часть личностной сферы женщины и мужчины», но и системное образование, «включающее потребности, ценности, мотивы и способы их реализации», а также систему детско-родительский взаимодействий и семейной педагогики [21, с. 350].

Той же научной позиции придерживается Р.В. Овчарова, включающая в компоненты родительства также «родительские установки и ожидания, родительские позиции, родительское отношение, родительские чувства, родительскую ответственность и стили семейного воспитания» [17, с. 464].

Одной из базовых категорий психологического подхода к изучению феномена родительства является понятие «осознанного родительства» (Р.В. Овчарова, М.О. Ермихина, Е.Г. Смирнова), предполагающее высокую степень осознания отцом и матерью семейных ценностей, установок, ожиданий, позиций, чувств, родительского отношения и ответственности; понимание себя, своих реакций, мотивов родительского поведения, родительских мотивов, ценностей; понимание своего супруга, его реакций и мотивов семейного поведения; осознание своего родительского единства [12, с. 18].

Родительство как социологическая категория представляет собой «устойчивое эмоционально насыщенное взаимодействие реальных и потенциальных родителей, связанное с рождением и воспитанием детей и характеризующееся соответствующим поведением мужчины и женщины» [6, с. 13]. По мнению И.С. Кона, данная категория включает в себя: «родительские чувства, любовь, привязанность к детям; специфические социальные роли и нормативные предписания культуры» [10, с. 5]. Н.В. Богачева добавляет к этому также «социальные функции родителей, культурные символы отцовства и материнства, права и обязанности мужчины-отца и женщины-матери по отношению к ребенку» [6, с. 13].

Таким образом, мы видим, что социологическая наука несколько расширяет область изучения родительства как интегрального психологического образования личности, обращая внимания также на социальные аспекты данного феномена.

Подобный – социально-психологический – подход представляется нам наиболее полным, так как он отражает понимание родительства не

только как части личностной сферы человека, включающее потребности, ценности, мотивы, но также и способы реализации родительских позиций в социуме и вопросы социальной готовности к родительству.

Именно на эту социально-психологическую обусловленность родительства указывают часть исследователей (Э. Бадинтер, В.В. Бойко, Ю.В. Борисенко, Л.А. Дубисская, И. Кон, Р.В. Манеров, М. Мид, Р.В. Овчарова, Т.В. Рябова, Н.Л. Пушкарева, С.Г. Фатыхова др.).

В частности, В.В. Бойко выделяет два плана потребности в детях: общественный – установки родителей, соответствующие сложившемуся социально-историческому типу семьи, и индивидуальный – степень любви к детям, свойственная субъекту как носителю усвоенных общественных норм, установки по отношению к детям вообще [7].

Как отмечает Р.В. Овчарова, общественное влияние на становление родительства необходимо рассматривать с двух точек зрения: социального регулирования (формализованная сторона), которая складывается из социального управления процессами деторождения, в том числе и материального и морального стимулирования рождаемости в рамках демографической политики государства; а также с точки зрения опосредованного воздействия (неформализованная сторона), заключающегося в комплексе социальных влияний на личность, передающихся через СМИ, произведения искусства и культуры [17, с. 34-35].

Таким образом, мы можем утверждать, что отношение к родительству в истории человечества зависит от представлений о нем в каждой конкретной культуре. Следовательно, причины кризиса современного родительства нужно искать в социально-психологических механизмах процесса его становления в современном российском обществе.

На основе этого положения, нами была создана структурно-логическая модель, отражающая социально-психологические особенности процесса становления родительства в России начала XXI века.

Модель включает в себя концептуальную основу процесса становления родительства в современном обществе; психологические составляющие, которыми стали мотивационный (родительские мотивы и установки), когнитивный (знания, представления), эмотивный (родительские чувства и переживания), ценностный (ценностные ориентации супругов (семейные ценности)), поведенческий (стратегии родительского поведения, родительская ответственность и стиль семейного воспитания) и сущностный (стремление к сознательному родительству и гармоничному семьетворчеству) компоненты, соответствующие

пониманию родительства как интегрального психологического образования личности.

Также психологический компонент модели дополняет анализ психологического типа семейного устройства (по М. Арутюняну, который в своих работах выделяет 3 варианта семьи: традиционная, детоцентрическая и супружеская) [4, с. 30].

Социальную сторону модели отражают такие компоненты, как формализованное и неформатизированное общественное влияние на становление родительства, образ отца и матери, сложившиеся в конкретной культуре, и особенности процесса социализации ребенка. Также модель отражает взаимодействие идеального и реального типов родительства, характерных для социума в представляемый исторический период.

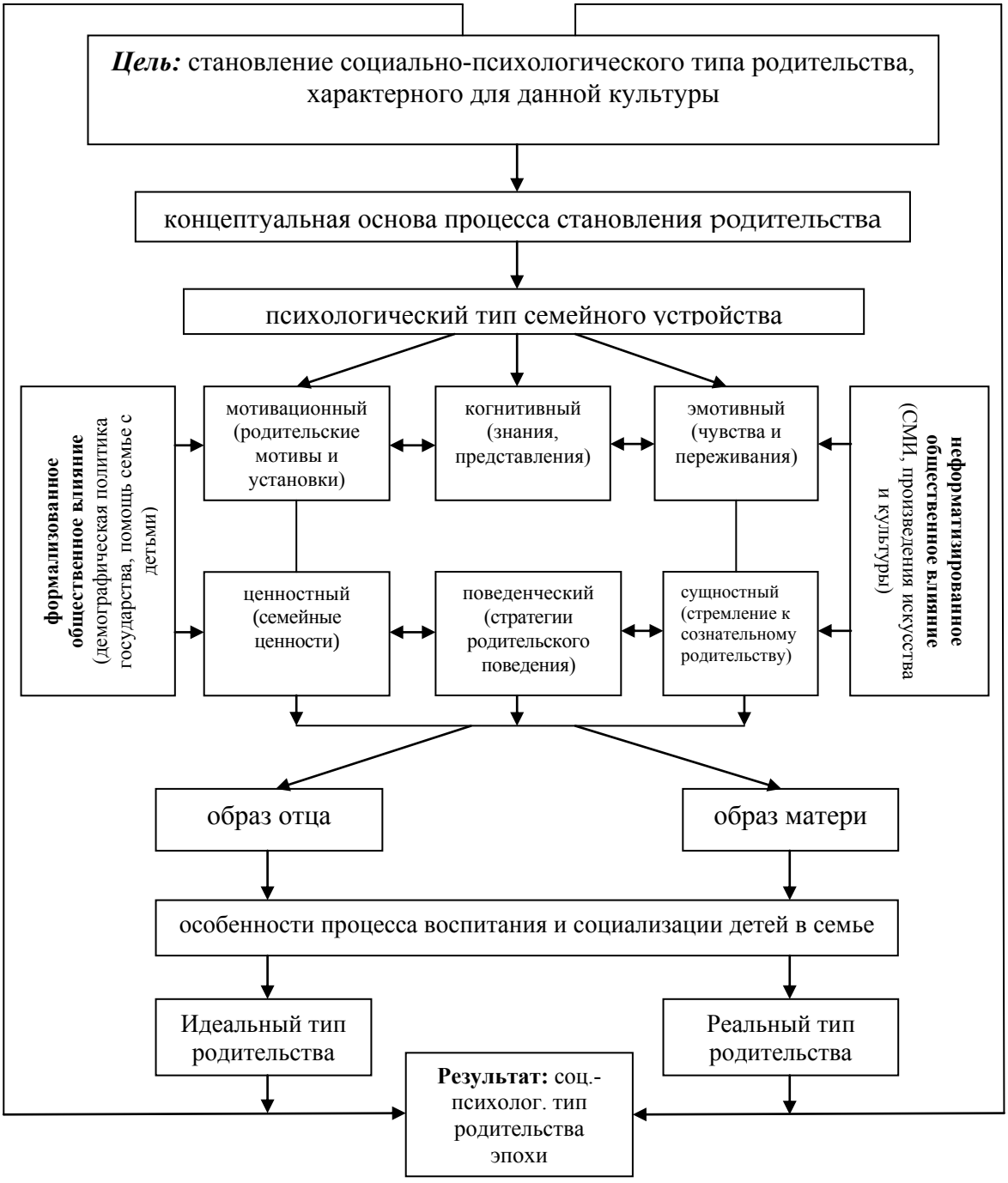
Графическое изображение модели представлено на рисунке 1.

На наш взгляд, на сегодняшний день можно выделить четыре концепции, предлагающие различное понимание сути родительства. Условно эти концепции мы обозначили как народно-бытовую, постсоветскую, глобальную и национально ориентированную.

Содержание народно-бытовой концепции родительского поведения отражено народной педагогике, фольклоре и этнографических исследованиях. Как отмечают исследователи, для Руси искони было характерно «аграрно-мистическое мироощущение», предполагавшее культ Матери-Земли, рода и родительства [11, с. 53]. Исходя из этой особенности мировоззрения, русский человек жил в рамках «родового сознания», которое проявлялось в уважительном отношении, как к старшим членам семьи, так и предкам [8]. Однако в современной России эти народно-бытовые традиции родительства фактически утрачиваются, уступая свое место трем следующим концепциям.

Постсоветская концепция родительства являет собой определенный сплав понимания сути родительства, характерного для советской эпохи, и тех общественных изменений, которые произошли в последние десятилетия. Подобная концепция представляется нам еще до конца не сформировавшейся, однако некоторые ее черты мы можем выделить. Родительство здесь занимает второстепенные позиции в ряду других ценностных ориентаций личности, представляя собой нечто среднее между общественным долгом и реализации личностных потребностей человека. Для такого родительства характерна малодетность и надежда на помощь государства в деле воспитания и материального обеспечения детей.

Рис. 1. Структурно-логическая модель социально-психологических особенностей процесса становления родительства в современных условиях



Глобальная концепция родительства также представляет собой незавершенное явление, формирующееся под воздействием общемировых процессов глобализации и социальной унификации, заключающихся в индивидуализации всего жизненного пути человека. Так, автор теории постиндустриальной цивилизации Д. Белл пишет о том, что в современном обществе утрачиваются традиционные ценности любви, супружеской верности, рождения и воспитания детей, служения ближнему. На смену им приходят ценности личной автономии, профессиональной самореализации и гедонизма [5]. «Институализация индивидуализма» ведет к тому, что каждый член семьи ставит свои интересы на первое место», – отмечает западный социолог У. Бек [25].

Подобная концепция родительства строится на эгалитарных отношениях между супругами (равенство власти), партнерских взаимоотношениях между родителями и детьми, основанных на принципе соблюдения взаимных интересов. Такое родительство предполагает малодетность, определенное отчуждение членов семьи друг от друга, свободное воспитание, характеризующееся предъявлением минимума требований к ребенку, моральной независимостью детей от родителей.

И, наконец, последняя концепция, также набирающая в последние годы свою силу, может быть обозначена как национально ориентированная. В основе ее лежит обращение к национальному опыту семейного воспитания и почитания родительства как важнейшего призвания человека. Данная концепция предполагает не только осознанное отношение родителей к своим обязанностям, эмоциональную готовность к принятию ребенка и родительскую ответственность, но и опору на создание духовно здоровой семьи в традиции ценностей национальной православной культуры.

Как мы видим, три последние концепции представляют собой совершенно противоположные системы. Безусловно, наличие их в современной России приводит к серьезному раздроблению социального понимания сути родительства, что в определенной степени обуславливает кризис в области семьи.

Рассматривая психологические типы семейного устройства в современном социуме, мы можем говорить о наличии всех указанных трех типов: традиционной, детоцентрической и супружеской семьи. Эту же особенность отмечает в своих работах Н.Х. Орлова, в частности, замечая, что «современная российская семья на рубеже веков обладает следующими характеристиками: нуклеарная, малодетная, семьи с элементами патриархальности» [18, с. 12]. Отсутствие четко выраженного преобладающего типа семейного устройства, на наш взгляд, свидетельствует об отсутствии единой концепции понимания семьи.

Изучая психологические составляющие родительства, мы можем заметить, что кризисные явления прослеживаются в каждом из компонентов, начиная от родительских установок, которые у российской молодежи, по мнению ученых, существенно занижены (А.И. Антонов, А.В. Узик) [3; 23], через недостаток знаний о родительстве и снижение эмоциональной составляющей родительской привязанности, которое психологи называют «дефицитом родительской любви» (И.Н. Машкова) [15].

Более того, наблюдается заниженное значение самой ценности родительства. Как отмечает С.П. Акутина, у современных молодых людей изменяется система ценностных ориентаций на создание семьи, так, наблюдается: «низкий престиж материнства и отцовства; направленность выбора супругов на бездетную семью; создание иллюзии «новых» форм семьи («гражданский брак», «гостевая семья» и др.); внебрачное рождение детей и др.» [2, с. 20]. По данным опросов, проведенных Институтом демографических исследований, среди основных жизненных целей молодых респондентов от 14 до 30 лет цель деторождения следует после таких ценностей как хорошая семья, здоровье, хорошие друзья, жизненный успех. При этом в гендерном аспекте ориентация всей массы молодых людей на ценность детей (26,1 % и 26,4 % у юношей и девушек) почти одинакова [22].

Итогом всему этому становится родительское поведение современных молодых россиян, которые характеризуются низким уровнем психолого-педагогической культуры, их неумением, а подчас и нежеланием серьезно и вдумчиво заниматься воспитанием собственных детей.

Что же касается социального регулирования становления родительства, на сегодняшний день мы можем выделить два процесса: с одной стороны, в последние годы государство предприняло ряд шагов по повышению рождаемости, включая крупные выплаты на рождение второго ребенка, так называемый «материнский капитал». В 2007 году была разработана и принята «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», где в числе главных факторов устойчивого развития страны назвалось «укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений» [13]. Однако, с другой стороны, неформализованное общественной влияние массовой культуры продолжает возвеличивать ценность самоутверждения в обществе и гедонизма, ставя ее гораздо выше родительского призвания человека.

Подтверждает данное обстоятельство и изучение текстов песен популярных в молодежной субкультуре эстрадных исполнителей. Как

отмечает М.Н. Симоненко: «Роль родительства особой популярностью не пользуется (упоминается всего в 10–12% текстов). Скорее, наоборот, рождение ребенка представляется шагом весьма рискованным, так как ребенок требует внимания, ухода, заботы, а главное, – ответственности, которую люди все чаще просто не хотят на себя брать» [20, с. 83–84].

Образ родителей (отца и матери) также не представляет собой целостного явления, что еще раз свидетельствует о «размытости» социальных представлений об отцовстве и материнстве в современной российской культуре. Так, в сознании россиян как идеал присутствует традиционный образ отца как «кормильца» и «защитника» семьи, однако этот образ значительно трансформируется под влиянием реалией действительности, когда в результате общественных процессов советской эпохи «мужчина был оттеснен из семейной жизни и утратил свою функцию» [14, с. 275]. На это обстоятельство указывает и А.Р. Михеева, полагая, что равноправие мужа и жены в осуществлении роли «добытчика» существенно «снизило роль мужчины в семье, привело к ослаблению функции социального отцовства, ослаблению чувства ответственности за воспитание, социализацию своих потомков» [16, с. 62].

Поэтому отец может пониматься и как слабое, безвольное существо, подчиненное доминирующей в семье жене и являющееся по отношению к ней своеобразным «старшим сыном».

Образ матери в семье также претерпел значительные изменения: с одной стороны, для русской культуры остается характерным уважительное отношение к материнству, когда в женщине видят нежную и мудрую хранительницу очага, «верную супругу и добродетельную мать». Эту особенность подчеркивает в своих работах Е.В. Шамарина, отмечая, что в мировоззрении русских «женщина предстает, прежде всего, как Мать» [24, с. 22], которой приписывают такие качества, как: забота, жалость, жертвенность, скромность, целомудрие, терпение, сострадание, любовь, вера и красота. С другой стороны, за последнее столетие образ матери приобрел значительные мужские черты: твердость, стремление к лидерству, профессиональному самоутверждению, карьерному росту, что отчасти и привело к доминированию в семье авторитета не мужа, а жены.

Все эти обстоятельства сказываются на особенностях процесса социализации детей, что проявляется в падении уровня их физического и психического здоровья, понижении интеллектуального потенциала и духовно-нравственных ценностей, усложнении процесса адаптации в обществе, социальном сиротстве и т.д.

При этом, изучая особенности представлений об идеальном родительстве, социологии и психологи сходятся во мнении, что в нашей

культуре социальной ценностью и значимостью, несомненно, обладает полная семья с несколькими детьми [17, с. 254]. И это несмотря на то обстоятельство, что реальным типом родительства становится неполная материнская семья (В.А. Рамих) [19, с. 135]. И все-таки в общественном сознании такие неполные послеразводные или изначально одинокие материнские семьи «воспринимаются как отклонение от нормы» [17, с. 254].

Последнее вызывает некоторую надежду на позитивное будущее российского родительства, несмотря на то, что, по мнению В.Н. Дружинина, реальная модель современной российской семьи выглядит достаточно мрачно: «ответственность за семью несет мать, она же доминирует в семье, и она же более близка с ребенком эмоционально. Мужчина «выброшен» за пределы семейных отношений. Для него существует единственный путь реализации себя как мужа и отца: бороться за мужские права, и эмансипацию, как боролись и борются за свои права с мужчинами феминистки» [11, с. 114].

Таким образом, мы видим, что кризисные явления в области российского родительства пронизывают буквально все уровни процесса его становления в современном социуме, поэтому преодолеть их достаточно трудно. Для этого необходимо использовать целый комплекс мер духовно-нравственного, государственно-правового, информационно-просветительского, психолого-педагогического, медико-социального характера, способствующих заложенному в каждой человеке стремлению к родительству реализоваться в полном объеме.

Кратко остановимся на психолого-педагогическом измерении помощи становлению современного родительства.

Психологический и образовательный уровни поддержки родительства предусматривают психотерапевтическую помощь родителям на этапе подготовки к рождению ребенка, консультирование в вопросах воспитания детей и образовательно-воспитательную помощь, включающую в себя широкий спектр деятельности в учебно-воспитательном пространстве школ, колледжей и вузов в рамках обязательного и дополнительных компонентов образования: введение факультативных занятий, курсов по выбору, проведение открытых уроков, занятий и семинаров, посвященных семье, организацию встреч с многодетными родителями, концертов и праздников, проведение специальных психологических тренингов, посвященных гендерным особенностям родительства и т.д.

Данная форма поддержки родительства имеет долгосрочный характер, и основным предполагаемым результатом ее реализации является возрождение национальных традиций ценностного

отношения к отцовству и материнству, а также повышение уровня родительской культуры современной российской молодежи.

Но следует отметить, что даже при определенных действиях государственных и общественных структур по возрождению сознательного родительства традиционно-ценностного типа, эти меры могут остаться лишь декларативными. Так оно и будет, если каждый из нас не осознает сложившийся кризис как свою личную боль и предпримет все усилия по изменению сложившейся ситуации в лучшую сторону.

В заключении проведенного исследования мы можем сделать следующие выводы:

1. Понятие «родительства» является фундаментальной категорией социально-психологического знания, раскрывающего сущность поведения человека в обществе. В отечественной гуманитарной науке сформировался социльно-психологический подход понимания феномена «родительство», базирующейся на изучении материнства и отцовства как интегральных психологических образований личности, включающих в себя специфические социальные родительские роли и нормативные предписания культуры.

2. На основе анализа научных источников нами была создана структурно-логическая модель, отражающая социально-психологические особенности процесса становления родительства в России начала XXI века. Структурными компонентами данной модели стали: цель; концептуальная основа; психологические типы семейного устройства; психологические составляющие родительства: мотивационный, когнитивный, эмотивный, ценностный, поведенческий, сущностный; а также социальные составляющие, включающие формализованное и неформатизированное общественное влияние на становление родительства, образ отца и матери, сложившиеся в конкретной культуре, особенности процесса социализации ребенка и взаимодействие идеального и реального типов родительства, характерных для современного социума.

3. Анализ данной модели свидетельствует о том, что в настоящее время в нашей стране ярко проявляет себя кризис родительства, который характеризуется неготовностью многих взрослых россиян к выполнению родительских обязанностей.

В связи с эти со всей очевидностью встает вопрос о возможных способах преодоления данных кризисных явлений. Одним из таких путей является, на наш взгляд, использование комплекса мер духовно-нравственного, государственно-правового, информационно-просветительского, психолого-педагогического, медико-социального

характера, ведущим из которых должна стать психолого-педагогическая поддержка родительства.

Литература:

1. Алексеева, Э.Р. Анализ семейных форм социального родительства в современной России // Вестник Башкирского университета. 2008. № 3. Сер. Философия, социология, политология и культурология. – С. 644–64.
2. Акутина, С.П. Формирование у старшеклассников семейных духовно-нравственных ценностей в условиях взаимодействия семьи и школы: автореф. … д-ра пед. наук. – Нижний Новгород, 2010.
3. Антонов, А. Почему нельзя надеяться, что рождаемость повысится, когда в брак начнут вступать сегодняшние старшеклассники // Демографические исследования. – № 3 // www.demographia.ru
4. Арутюнян, М. Педагогический потенциал семьи и проблема социального инфантилизма молодежи // Отец в современной семье. – Вильнюс, 1988. – С. 26–33.
5. Белл, Д. Грядущее индустриальное общество. Опыт социального прогнозирования. – М., 1999.
6. Богачёва, Н.В. Родительство как фактор устойчивости семьи в современном российской обществе: автореф. … канд. социол. наук. – Казань, 2005.
7. Бойко, В.В. Репродуктивное поведение семьи и личности: Социально-психологическое изучение рождаемости: дис … д-ра психол. наук. – Л., 1981.
8. Власова, Т. Духовное содержание ценностей семейного воспитания в Древней Руси // http://nansysan.narod.ru/index3021.html
9. Всероссийская перепись населения 2002 года // www.perepis2002.ru
10. Гурко, Т.А. Трансформация института родительства в постсоветской России: автореф. … д-ра социол. наук. – М., 2008.
11. Дружинин, В.Н. Психологические типы семьи в европейской культуре. – М., 1995.
12. Ермихина, М.О. Формирование осознанного родительства на основе субъективно-психологических факторов: автореф. … канд. психол. наук. – Казань, 2004.
13. Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года // Kremlin.RU
14. Лопин, Р.А. Кризис современной российской семьи как фактор отказа от традиционной системы нравственных ценностей // Семья – культура – образование в изменяющейся России. – Саратов, 2009.

15. Машкова, И.Н. Укрепление семьи – общецерковная задача // В начале пути: сб. материалов «Школы православной семьи» при храме Трех Святителей на Кулишках. – М., 2002. – С. 49–106.

16. Михеева, А.Р. Брак, семья, родительство: социологические и демографические аспекты: учеб. пособие. – Новосибирск, 2001.

17. Овчарова, Р.В. Родительство как психологический феномен. – М., 2006.

18. Орлова, Н.Х. Семья как объект социально-философского исследования (Эволюция семейных отношений на рубеже XX-XXI столетий) : автореф. … канд. филос. наук. – СПб., 2000.

19. Рамих, В.А. Материнство как социокультурный феномен: дис … д-ра психол. наук наук. – Ростов-на Дону, 1997.

20. Симоненко, М.Н. Образ «молодой семьи» в средствах массовой информации // Актуальные проблемы обучения и воспитания в образовательных учреждениях и социуме. — Рязань, 2008.

21. Филиппова, Г.Г. Перинатальная психология: история, современное состояние и перспективы развития. – М., 2006.

22. Ценностные и репродуктивные ориентации молодежи // http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=246

23. Узик, А.В Изучение ценностных ориентаций и семейного поведения городского населения современной России // Вестник МГУ. Социология и политология. – 2007. – №4. – С. 60–63.

24. Шамарина, Е.В. Культурный смысл материнства в западноевропейской и отечественной философской мысли: автореф. канд. философ. наук. – Барнаул, 2008.

25. Beck U., Beck-Gernsheim E. Individualization institutionalized individualism and its social and political consequences. – London : Sage, 2002.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Батуева А.Г.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ИХ ВОЗРАСТНЫХ И СОЦИАЛЬНО – ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Статья посвящена изучению специфического состояния организма, оказывающее выраженное воздействие на соматическое и психическое состояние женщины - беременности. Интерес к данному вопросу продиктован тем известным фактом влияния психологического здоровья матери на психологические изменения ребёнка, которые проявляются на дальнейших этапах его развития.

В настоящее время активно исследуются пути повышения уровня психологического здоровья беременных женщин. Для этого изучаются особенности психологии беременных женщин, поэтапные изменения сознания и самосознания в процессе беременности, возможности немедикаментозного воздействия на психику женщины в этот период.

На основе проведённых исследований были получены данные, свидетельствующие о наличии индивидуальных различий в психологических характеристиках беременных женщин в зависимости от состояния здоровья во время беременности, наличия или отсутствия патологии и её степени тяжести, а также от возрастных и социально-демографических характеристик.

Ключевые слова: *пренатальная психология, индивидуальные различия, беременность, гестационная доминанта.*

The article analyzes the specific state of the organism has a pronounced effect to somatic and mental health of women - pregnancy state. The reason for analysing this topic is the fact that the influence of the psychological health of the mother on child psychological changes, which appear in a future phase.

At present goes actively researches to improve psychological health of pregnant women. For this purposes studying character of the psychology of pregnant women, incremental change in consciousness and identity in the process of pregnancy, nonmedical ways impacting on the psyche of women in this period.

As a result of our researches we get information that indicating existence of individual differences in psychological characteristics of women, in dependence of their health state in pregnancy, of pathology presence or absence, woman's age and socio-demographic characteristics.

Keywords: *prenatal psychology, individual differences, pregnancy, gestational dominant.*

В настоящее время активно развивается одна из областей психологической науки – пренатальная психология. Интерес к этой сфере обусловлен такими особенностями современной ситуации в нашей стране как стремление к повышению рождаемости, повышение количества осложненных беременностей и родов, изменение представлений о материнстве у современных женщин.

Пренатальная психология изучает обусловленные взаимодействием с матерью закономерности психологического и психического развития самых ранних этапов жизни человека от зачатия до первых месяцев жизни после рождения. Данный этап онтогенеза оказывает существенное влияние на дальнейшую жизнь человека.

Закономерным является изучение индивидуально-психологических особенностей матери, различных факторов, влияющих на её психическое состояние, на течение беременности и здоровье ребёнка.

Психологические и социальные проблемы материнства и шире – родительства – становятся приорететной областью научных исследований и практической работы. Рождением, воспитанием и обеспечением психического, физического и социального благополучия детей занимаются в первую очередь родители и в этом им необходима квалифицированная и доступная профессиональная помощь.

Зарубежные исследования (Винникотт Д.В., Дик-Рид Г., Оден М., Сатир В., Фанти С.) [3,4,5,9,10,11] в области психологии материнства и смежных проблем отличаются чрезвычайной обширностью, разной направленностью концепций и подходов. В последние годы появился интерес к комплексному, междисциплинарному изучению материнства. Но зарубежные исследования по данной теме, скорее отвечают практическим нуждам европейских стран, и не учитывают своеобразия акушерства в нашей стране.

В отечественной психологии (Батуев А.С., Ковалёва Ю.В., Сергиенко Е.А., Филиппова Г.Г., Швецов М.В.) [1,2,7,8,12,13] в последнее время появляется и развивается ряд работ, связанных с феноменологией, психофизиологией, психологией материнства, психотерапевтическими и психо-педагогическими аспектами беременности и ранних этапов материнства, девиантным материнством.

Одним из приоритетных направлений в этой области является изучение психологических особенностей беременных женщин. В этих исследованиях показано, что беременность – это специфическое состояние организма, оказывающее выраженное воздействие на соматическое и психическое состояние женщины. Это особое состояние женщины, привлекающее внимание специалистов. В настоящее время активно исследуются пути повышения уровня психологического здоровья беременных женщин. Для этого изучаются особенности психологии беременных женщин, поэтапные изменения сознания и самосознания в процессе беременности, возможности немедикаментозного воздействия на психику женщины в этот период.

Отдельную категорию, требующую особого подхода и более пристального изучения, составляют беременные женщины с патологическим протеканием беременности. Именно поэтому ***объектом*** нашего исследования стали 45 беременных женщины в возрасте от 19 до 34 лет, находящиеся в отделении патологи беременности Городской клинической больницы №2 г.Перми.

Предмет исследования: взаимосвязь некоторых характеристик личности беременных женщин и их родительских установок.

Цель нашего исследования заключается в изучении индивидуальных различий и некоторых характеристик личности беременных женщин, их установок на воспитание, в зависимости от возраста, уровня образования, семейного положения, состава семьи, в котором воспитывались женщины, а также от мотивов рождения ребёнка, триместра беременности, количества детей в семье и степени патологии беременности.

Гипотеза исследования: Мы предполагаем, что в зависимости от возрастных и социально-демографических различий, а также мотивов рождения ребёнка существуют индивидуальные различия в личности беременных женщин и их родительских установках.

Практическое значение нашего исследования заключается в возможности оказания помощи в консультативной, диагностической и коррекционной работе будущим матерям.

Для проведения исследования использовались следующие **методики:**

- *шестнадцатифакторный опросник личности Кеттелла* – Опросник предназначен для измерения 16 факторов личности и является реализацией подхода к ее исследованию на основе черт.
- *методика «Измерения родительских установок и реакций» (PARI)* - Опросник отношений, предназначен для изучения отношения родителей (прежде всего матери) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы - американские психологи Е.С. Шефер и Р.К. Белл. В нашей стране адаптирована Т.В. Нещерет.
- *опросник мотивации беременности, в основе которого лежит теория Берна о мотивах рождения ребёнка* - Опросник был составлен нами на основе теории Э.Берна о том, что ситуация зачатия ребёнка, планированность или неожиданность беременности, мотивы рождения ребёнка оказывают существенное влияние на протекание беременности, отношение женщины к своему положению и ребёнку, на дальнейшую судьбу ребёнка [14].
- *опросник Добрякова об отношении женщин к своей беременности для определения типа психологического компонента гестационной доминанты* - Методика построена на изучении личностного отношения к текущей беременности. Личность – это система отношений к себе, к окружающим и к отношению окружающих. В тесте эти отношения представлены в женском варианте как отношение к себе беременной, отношения в системе «мать-дитя», отношение к отношению окружающих [14].

Данные были подвергнуты обработке с помощью средств математической статистики: Т-критериальный анализ Стьюдента.

Результаты исследования:

При анализе полученных результатов и их обработке с помощью Т-критерия Стьюдента были выявлены следующие характристики беременных женщин:

Существуют ***возрастные особенности в психологических характеристиках беременных женщин.***

Так, интересы женщин до 25 лет, более ограничены рамками семьи ($p \leq 0,01$; $t=3,98$), исключительно семейными заботами, они имеют ощущение самопожертвования в роли матери ($p \leq 0,01$; $t=3,78$), более склонны к семейным конфликтам, нежели женщины более зрелого возраста ($p \leq 0,01$; $t=2,36$). В родительских установках они склонны к излишней концентрации на ребёнке ($p \leq 0,05$; $t=2,13$): к подавлению его воли, сексуальности ($p \leq 0,01$; $t=2,67$), имеют тенденцию к чрезвычайному вмешательству в его мир ($p \leq 0,05$; $t=2,08$). При этом ведущей характеристикой их личности является подозрительность. Женщины старше 25 лет имеют более высокие показатели интеллекта ($p \leq 0,01$; $t=-2,46$), эго-сили ($p \leq 0,01$; $t= -2,47$) (то есть более эмоционально устойчивы, трезво оценивающие действительность, активные, зрелые), реалистичны, доверчивы ($p \leq 0,05$; $t=2,20$), проявляются хитрость, проницательность ($p \leq 0,05$; $t= -2,24$).

Выявлены ***различия личностных характеристик беременных женщин с разным уровнем образования***.

Женщины не получившие высшего образования проявляют больший интерес к семейным делам и заботам, готовы к самопожертвованию в роли матери ($p \leq 0,01$; $t= -3,87$), но склонны к семейным конфликтам ($p \leq 0,05$; $t= -2,22$) (выявляется полное совпадение доминирующих критерий относительно отношения к семейной роли с женщинами, относящихся к первой подгруппе в разделении по возрасту (до 25 лет), так как в нашей выборке испытуемых практически все женщины не получившие высшее образование не достигли 25-летнего возраста). Скорее всего, это можно объяснить тем, что женщины с высшем образованием более ориентированы на карьерный рост, то есть на вне семейные отношения (надо отметить, что и занимают они более престижные должности - преподаватель, экономист, налоговый инспектор, управляющий, инженер и т.д.). Имеют навыки дипломатично решать спорные вопросы и разногласия, а потому меньше склонны к семейным конфликтам.

Ковалёва Ю.В. и Сергиенко Е.А. [7] отмечали, что у женщин, когнитивный контроль которых отличается высоким общим уровнем

развития, а также развитыми способностями осознания внешних и внутренних условий, необходимых для достижения цели, создания конкретной программы действий, умений гибко корректироавть модели условий, планов, схем действий при изменении условий, беременность протекает благоприятнее.

По отношению к детям женщины без высшего образования проявляют чрезмерную заботу ($p \leq 0,01$; $t = -2,90$), устанавливают отношения зависимости ($p \leq 0,01$; $t = -2,60$), опасаются обидеть ребёнка ($p \leq 0,05$; $t = -2,17$), стараются создать безопасные условия, что является характеристиками излишней концентрации на ребёнке и приводит к подавлению его воли ($p \leq 0,01$; $t = 2,94$), наблюдается тенденция к подавлению сексуальности ($p \leq 0,05$; $t = -2,01$). Этим женщинам необходимо, что бы в жизни был близкий человек, о котором можно было бы заботиться ($p \leq 0,01$; $t = -2,45$)– это часто и становиться ведущим мотивом рождения ребёнка. Но при этом, женщины склонны считать, что беременность «уродует» их, боятся быть покинутыми мужем, часто находятся в плохом настроении и вообще могут утверждать, что не хотят ребёнка, не верят в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боятся умереть в родах. Этим объясняется и выраженность депрессивного типа ПКГД ($p \leq 0,05$; $t = -2,08$). Что, в свою очередь, можно объяснит составом выборки – женщины, находящиеся в отделении патологии беременности.

От женщин с высшим образованием в личностном плане их отличает более низкий интеллект (менее интеллектуально развиты, мыслят конкретно, меньшая способность к обучению) ($p \leq 0,01$; $t = 2,60$), реалистичность ($p \leq 0,01$; $t = 2,97$), привычка полагаться на себя.

Обозначились ***различия и у женщин с разным семейным положением***: состоящим и не состоящим в браке.

Женщина, не состоящая в браке, испытывает сильную зависимость от семьи ($p \leq 0,01$; $t = -4,07$), родители имеют сверхавторитет ($p \leq 0,01$; $t = -3,29$) Скорее всего, это объясняется тем, что незамужняя женщина живёт в родительской семье, под опекой родителей. Наблюдается доминирование матери ($p \leq 0,01$; $t = -2,60$), то есть мать – глава семьи, отсюда, установка женщины на самопожертвование в роли матери ($p \leq 0,01$; $t = -2,89$), готовность на всё ради ребёнка. Что касается взглядов на воспитание ребёнка, то с одной стороны они склонны к излишней концентрации на ребёнке ($p \leq 0,01$; $t = -4,02$) – отсюда опасение обидеть ($p \leq 0,01$; $t = -3,38$), тенденция к чрезмерной заботе, попытки исключения внутрисемейных влияний ($p \leq 0,05$; $t = -2,19$), подавление воли ($p \leq 0,01$; $t = -3,19$) и сексуальности ($p \leq 0,01$; $t = -4,14$), чрезвычайное вмешательство в мир ребёнка ($p \leq 0,01$; $t = -4,79$); уделяется внимание развитию активности ребёнка ($p \leq 0,01$; $t = -4,64$), с другой стороны –

излишняя эмоциональная дистанция с ребёнком ($p \leq 0,01$; $t = -3,12$), что проявляется в раздражительности, вспыльчивости ($p \leq 0,01$; $t = -2,80$).

В исследовании Коваленко Ю.В. и Сергиенко Е.А. [7] отражено, что благоприятное или неблагоприятное протекание беременности зависит от раннего семейного опыта женщины. Женщины, у которых представление о собственном раннем семейном опыте как принимающем, поддерживающим и не авторитарном беременность переживают легче и лучше. Их исследование подтверждает полученные нами данные, отражающие чрезмерную концентрацию на ребёнке до подавления его, как результат собственной зависимотси женщины от её родительской семьи и невозможность создания своей собственной.

Нахождение под постоянной родительской опекой, завися от их мнения, женщина, решившая родить ребёнка, зачастую руководствуется мотивом появления близкого человека ($p \leq 0,01$; $t = -2,76$), о котором она сама могла бы заботиться, опекать, воспитывать, кроме того, проявляется желание показать своим родителям, что сама уже взрослый и самостоятельный человек ($p \leq 0,05$; $t = -2,14$). Излишнюю концентрацию на ребёнке можно объяснить если обратиться к исследованиям Филипповой Г.Г. [12], которая отмечала, что изменение психологического сотояния женщины во время беременности может отразиться на её социальном окружении, так как не все члены семьи могут принять и понять перемены, происходящие в ней. Соответственно, это может порадить непонимание в семье. А женщине в период беременности необходима поддержака, особенно мужа, который может оказаться наиболее неподготовленным в данной ситуации. Если мужа нет, то женщина с одной стороны - пытается заменить необходимые ей внимание, поддержку и заботу тем, что сама концентрируется на собственном ребёнке, а с другой стороны – раздражается, не получая от него обратной связи, отдачи.

К этим же характеристикам хотелось бы добавить и результаты Т-критериального анализа ***индивидуальных различий в группах беременных замужних женщин, разделённых*** на две подгруппы ***по сроку нахождения в браке***: до двух лет и более двух лет. Здесь выявилось два значимых различия по показателям ТПКГТ ($p \leq 0,01$; $t = 2,65$) и мотиву «выражение благодарности любимому человеку» ($p \leq 0,01$; $t = 2,37$). То есть, женщины, состоящие в браке недавно (до 2-х лет), при принятии решения рождения ребёнка, в первую очередь руководствуются мотивом выражения благодарности любимому человеку. Но при протекании беременности обладают тревожным типом ПКГТ, который характеризуется высоким уровнем тревоги, что влияет на соматическое состояние женщины. Здесь стоит вспомнить французского врача Мишеля Одена [9], который особую роль отводит мужу. Оден отмечает,

что психологическое состояние женщины во многом зависит от её отношений с мужем. Чем лучше их взаимоотношения, тем комфортнее её психологическое состояние, и наоборот. Как известно, первые два года брака – это с одной стороны время эйфории, когда люди «объединяются» для создания семьи – отсюда, выделенный нами мотив рождения ребёнка, как способ выражения благодарности любимому человеку за то, что он рядом; с другой стороны – это время привыкания друг к другу, время «притирки», когда два разных человека со своими особенностями характера, привычками, взглядами становятся составляющей одной системы – семьи. В этот период времени вполне понятны причины возникновения разногласий, обид, конфликтов. Отсюда, вполне объяснимы полученные нами данные о излишней тревожности у беременных женщин, состоящих в браке менее двух лет. Кроме того, такая тревога вполне может быть оправдана тем, что наши испытуемые находятся в отделении патологии беременности, так как эта тревога часто бывает вызвана наличием острых или хронических заболеваний, неблагополучным протеканием беременности.

Став матерями, такие женщины отличаются повышенной моральной ответственностью, но неуверенностью в своих силах и способностях воспитать ребёнка.

Обнаруживаются психологические отличия у беременных женщин, разделенных по тому факту, в какой семье они сами воспитывались, состав их семьи - ***по наличию родителей***: из полных семей с родными родителями или из смешанных семей, то есть имевшие мачеху/отчима, не имевшие одного или обоих родителей, воспитывающиеся в детском доме.

Женщины, выросшие в смешанном типе семьи, концентрируют своё внимание на ребёнке ($p \leq 0,01$; $t = -2,55$), принимают активное участие в его жизни, порой вмешиваются в его мир ($p \leq 0,01$; $t = -3,63$). Уделяют внимание развитию активности ребёнка ($p \leq 0,05$; $t = -2,09$). Но их можно охарактеризовать как раздражительных ($p \leq 0,01$; $t = -2,40$), вспыльчивых натур. В сочетании с боязнью обидеть ребёнка ($p \leq 0,05$; $t = -2,02$) это приводит к чувству вины, тревоге, порой к депрессии ($p \leq 0,05$; $t = -2,04$). Они критичны, склонны к эксперименту ($p \leq 0,01$; $t = -3,32$).

Так же выборка была разделена по **количеству детей** в семье и в данном случае отмечается, что у женщин, ожидающих первенца, наблюдается тенденция к зависимости от семьи ($p \leq 0,05$; $t = 2,25$), ограниченность её интересов семейными заботами, ощущение самопожертвования в роли матери ($p \leq 0,01$; $t = 2,77$). Женщина осознаёт себя в новой роли. Появляется ощущение «полной» семьи, желание сохранить и приумножить самое лучшее, поэтому мать пытается контролировать и подавлять агрессивность ребёнка ($p \leq 0,05$; $t = 2,06$).

Такие женщины более чувствительны, менее эмоционально устойчивы, легко расстраиваются ($p \leq 0,01$; $t = -3,39$), но при этом внешне стараются оставаться сильными, независимыми, реалистичными, полагаться только на себя ($p \leq 0,01$; $t = -2,41$). Тогда как женщины, ожидающие второго ребёнка, меньше проявляют своих эмоций, более сдержаны, но зависимы, слабы, менее самостоятельны. Меньшую эмоциональность можно объяснить тем, что рождение ребёнка им уже «не ново», а беспомощность – необходимостью распределения внимания между двумя детьми.

О таких же различиях говорила Филиппова Г.Г. [12]. Она отмечала, что первородящие женщины повышенно раздражительны, эмоционально ранимы, беспокойны, становятся более чувствительными к негативным переживаниям. У повторно родящих состояние тоже, за исключением того, что они уже знают изменения, которые происходят в организме во время беременности и внутренне пытаются быть к ним готовы. Кроме того, Филиппова говорит о том, что «революционную перестройку» сглаживают проблемы, связанные со старшими детьми, которые продолжают требовать к себе внимание и родительской заботы. Возникают вопросы типа: «Как подготовить старшего ребёнка к появлению в семье ещё одного?», «Будут ли они дружны?» и т.п.

По сроку беременности группа женщин была традиционно разделена на **3 триместра:** I триместр – от 1 до 14 недель, II триместр – от 15 до 27 недель, III триместр – от 28 до 40 недель. С помощью Т-критерия мы сравнили эти подгруппы и выявили, что на протяжении всей беременности значимо выделились и изменялись три критерия: F (озабоченность), Q_3 (самомнение) и «ощущение самопожертвования».

F (озабоченность) – в первом триместре среднее арифметическое (Ср.ар.) = 2,40, а во втором – 4,73. Т-критериальный анализ отметил эту разницу как значимую ($p \leq 0,01$; $t = -2,62$). То есть в первом триместре женщин можно было охарактеризовать как неторопливых, сдержанных, осмотрительных. Ко второму семестру эти характеристики становятся более выраженными, углубляются, насыщаются. Женщины превращаются в осторожных, серьёзных, молчаливых, задумчивых, погружённых в себя, в свои мысли, чувства, переживания. Но к третьему триместру Ср.ар. F = 2,92, то есть практически приближается к показателям первого триместра. По сравнению со вторым триместром – это тоже значимое различие ($p \leq 0,01$; $t = 3,08$) – беременность подходит к концу, женщинам необходимо подготовиться к родам и материнству, времени на самоанализ становиться меньше и они возвращаются к своему прежнему состоянию.

Q_3 (самомнение) – в первом триместре Ср.ар.= 4,10. здесь можно говорить о внутренней недисциплинированности, конфликтности

(низкая интеграция) женщин. Ко второму триместру показатель вырастает до Ср.ар.=5,18, но разрыв ещё не особенно значим. Зато к третьему триместру Ср.фр. Q_3 вырастает до 5,46 ($p \leq 0,05$; $t=-2,05$), что говорит о значительном повышении контроля за собой, о дисциплинированности (высокая интеграция) женщин по сравнению с периодом начала беременности.

«Ощущение самопожертвования» - один из показателей отношения к семейной роли. Ср.ар. I триместра = 13,20; Ср.ар. II = 15,64; Ср.ар. III = 13,71. Как можно заметить, склонность к самопожертвованию женщины в роли матери возрастает ко второму триместру беременности ($p \leq 0,05$; $t= -2,27$), но вновь снижается к третьему почти до начальных показателей (Ср.ар. III триместра = 13,71). Такие колебания можно объяснить, связав показатель «самопожертвования» с F, когда к концу беременности женщинам нужно заботиться о более конкретных, материальных вещах.

Филиппова Г.Г. [12], рассматривая психологическую сторону протекания беременности по триместрам, отмечала, что для I триместра характерно эмоциональное возбуждение, нервозность, конфликтность, раздражительность связанные с перестройкой организма, стремление к поддержке и пониманию. Во II триместре Филиппова Г.Г. делает акцент на погружении женщины в себя, в своё внутреннее Я, когда она начинает прислушиваться к появляющимся в этот период шевелениям ребёнка, начинает общаться с ним, беспокоится о нём и ругает себя если что-то в её поведении или поступках могло повлиять на здоровье ребёнка (алкоголь, табак, лекарства и т.п.). III триместр Филиппова Г.Г. обозначает как погружение в ребёнка. Женщина фиксирует рост, вес, положение, частоту движений, периоды активности ребёнка. Кроме того, приближение родов и появления ребёнка заставляют задуматься о подготовке к тому и другому. О предстоящих родах, как правило, думают с тревогой. А скорое появление младенца стимулирует к обустраиванию детской комнаты, приобретению необходимых для него вещей, предметов, мебели.

Кроме обозначенных трёх показателей, выделился ещё один – мотив рождения ребёнка, когда женщина хочет «быть как все» и ощущает себя как «большинство». Показатели первого и третьего триместров почти равны: Ср.ар. I = 2,80, Ср.ар. III =2,83. Во втором триместре наблюдается спад этого мотива (Ср.ар. = 1,91). Скорее всего, это объясняется тем, что на начальном этапе женщина начинает посещать женские консультации, чаще сталкивать с «себе подобными», видит свои физические изменения и привыкает к своему новому статусу беременной женщины. Во втором триместре она, как мы уже

обозначили выше, углубляется внутрь себя, больше начинают волновать не внешние, а внутренние метаморфозы, женщина ощущает «себя внутри себя», а не в контексте окружающих людей. К концу же беременности, женщина опять «включает» себя в общий, схожий с ней ряд – ряд матерей.

Тем не менее, мы можем лишь предполагать, что изменения в перечисленных критериях (F, Q_3, самопожертвование, мотив «быть как все») с первого по третий триместр протекают именно по такой схеме, так как наше исследование не является лонгитюдным.

Т-критерий **по степени патологии** выявил, что женщины с тяжёлой степенью патологии — более консервативны, более терпимы к трудностям, тогда как женщины с лёгкой степенью патологии – либеральнее, мыслят свободнее, не боятся экспериментировать ($p \leq 0,01$; $t = -3,08$). Ковалёва Ю.В. и Сергиенко Е.А. [7] в своём исследовании так же отмечают более высокий уровень развития эмоциональной регуляции, связанный с благоприятным течением беременности. Кроме того, женщины с тяжёлой степенью патологии, принимая решение родить ребёнка, больше руководствуются конструктивными мотивами. Давая жизнь новому человеку, они тем самым стремятся к бессмертию, к повторению себя в ребёнке ($p \leq 0,05$; $t = -2,08$). Им хотелось бы родить и воспитать такого человека, какого ещё не было ($p \leq 0,05$; $t = -2,00$). Скорее всего, такие мотивы возникают от страха из-за патологического протекания беременности, страха смерти. Дополняя полученные нами данные можно обратиться к исследованию Ковалёвой Ю.В. и Сергиенко Е.А. [7], которые отмечают, что контроль поведения женщин с неблагоприятным протеканием беременность – это более разобщённая система с меньшими компенсаторными возможностями.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные свидетельствую о наличии индивидуальных различий в психологических характеристиках женщин в зависимости от их состояния здоровья во время беременности, от наличия или отсутствия патологии, её степени тяжести в случае обнаружения, а также от возрастных и социально-демографических характеристик, таких, в частности, как ориентация на карьеру, профессиональный рост. Кроме того, эти данные обладают определённой степенью теоретической значимости, так как в дальнейшем могут быть положены в основу коррекционной и реабилитационной работы.

Литература:

1. Батуев А.С. Возникновение психики в дородовой период: краткий обзор современных исследований. // Психологический журнал. 2000. № 6. С. 51-56

2. Батуев А.С. Психологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня. Ежегодник Рос.псих.общества. 1996, т.2. вып.4, с.69-70

3. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. -М., 1998 г

4. Винникотт Д.В. Разговор с родителеми. - М., 1995 г

5. Дик – Рид Г. Роды без страха. - СПб., 1996 г.

6. Добряков И.В., Лазарева И.П. Здоровые роды – счастливый малыш. -СПб., 1998. 267 с

7. Ковалева Ю.В., Сергиенко Е.А. Контроль поведения при различном течении беременности. / Исследования по когнитивной психологии / под ред. Е.А.Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. с.424-464.

8. Коваленко Н.П. Психологические особенности коррекции эмоционального состояния женщины в период беременности и родов. / Автореферат. - СПб., 1998 г

9. Оден М. Возрожденные роды. - М., 1994 г

10. Сатир Вирджиния. Вы и ваша семья. - М., 2000. 320 с

11. Фанти С. Микропсихоанализ. - М., 1995 г.

12. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. - М., 1999 г

13. Швецов М.В. Новые методы психотерапии при невынашивании беременности. - Пермь, 2001

14. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. Л., 1989. 192с.

Захарова Е.И., Ступак А.В.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ МАТЕРЕЙ В СВЯЗИ С ВОЗРАСТОМ РЕБЁНКОМ

В статье представлены результаты исследования содержания мотивационной сферы матерей. Специфической особенностью является лидирование мотивов, связанных с воспитанием ребенка. Самое сильное стремление матерей – достижение счастья ребенка. Однако, соотношение этого мотива с остальными составляющими мотивационной сферы, свидетельствует о различиях в смысловом содержании этого стремления. Прослежена специфика мотивационной сферы матери в связи с возрастом ребенка. Зафиксирована тенденция к обогащению мотивационной сферы матери в связи с возрастанием автономии ребенка.
Ключевые слова: *мотивационная сфера матери, лидирующие мотивы, возраст ребенка.*

This article presents the results of research of mothers' motivation. The first place is taken by motive of child's upbringing. Happiness of the child is the most desirable for mother, but references of this motive within motivational sphere give an evidence of difference in its meaning content. It is observed specific of mother's motivation sphere in different ages of child. There is tendency to enrichment of mother's motivation sphere in connection with increase of child's autonomy.
Keywords: *mother's motivation sphere, leading motives, child's age.*

Появление ребенка существенно преобразует женщину. Круг этих преобразований чрезвычайно широк. Меняется физический облик женщины, характер функционирования ее организма, гормональные изменения влекут за собой нормативные изменение эмоционального состояния, меняющего, в свою очередь, характер восприятия окружающей действительности. Наряду с чисто физиологическими изменениями, которые заданы на генетическом уровне, можно говорить и об изменениях личностной сферы, определяющих, в свою очередь, направление изменениям поведения и образа жизни человека. Именно эти изменения попадают в ноле внимания психолога.

Консультативная практика предоставляет целый веер мотивов, побуждающих человека к родительству. Надо сказать, что в психологической литературе приоритеты отдаются анализу мотивационной сфере матери (Бодалев А.А., Столин В.В., 1989; Карабанова О.А., 2001; Филиппова Г.Г., 1999; Захарова Е.И., Печникова Е.Ю., Филиппова ГГ., 2002). Показано, что адекватными для гармоничного отношения к ребенку мотивами являются удовлетворение потребности любить, заботиться — потребности, которые появляются во взрослости, и наличие которых является признаком зрелости личности. Э.Эриксон видит в родительстве форму удовлетворения изначально присущей человеку потребности поддержания самотождественности — оно дает возможность существовать после завершения собственного жизненного цикла. В этом случае ребенок является самоценностью, что сопровождается

безусловным его принятием — «люблю потому, что ты есть; люблю такого, какой ты есть».

Говоря о рождении ребенка, как важнейшем событии в жизни взрослого человека, важно понять, как связано освоение новой сферы его деятельности со структурой его мотивационно-потребностной сферы. Поскольку мотивационно-потребностная сфера представляет собой иерархическую структуру, появление новой потребности (и нового мотива) влечет за собой ее перестройку. В связи с силой выраженности мотива родительства можно говорить о его положении в мотивационной сфере личности. Какое место он займет? Станет ли одним из вершинных или займет подчиненную позицию? Здесь открывается простор для индивидуальных вариантов развития. Но в любом случае, образовавшийся мотив вступает в сложную систему отношений со сложившимся к данному моменту комплексом побудительных сил конкретного человека.

В эмпирическом исследовании, посвященном анализу мотивационной сферы матерей, мы предприняли попытку дать содержательную характеристику лидирующих мотивов женщин, имеющих детей разного возраста. Были обследованы три выборки: матери младенцев в количестве 178 человек, матери детей раннего возраста в количестве 169 человек и матери дошкольников в количестве 50 человек. (Никулина А.В,2004, Хрипунова А.А, 2005). Женщинам было предложено провести троекратный последовательный отбор высказываний, начинающихся фразой «Я хочу…», «Я стремлюсь…». Три оставшихся высказывания, которые были выбраны, как предпочтительные, необходимо было проранжировать. Высказывания отражали широкий круг стремлений, относящихся к сфере материнской деятельности, сфере супружеских отношений, профессиональной деятельности, сфере общения и удовлетворения личных интересов. В работе анализировалось, какая из указанных сфер преобладает, задавая мотивационную направленность матерей, и какие конкретные мотивы становятся лидирующими.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что мотивы материнства являются ведущими для всех женщин, принявших участие в исследовании, вне зависимости от возраста их ребенка. Появление ребенка, таким образом, кардинально меняет структуру личности женщины. В период вхождения в родительство мы фиксируем не просто появление новых потребностей, которые требуют расширения новой сферы деятельности, но в подавляющем большинстве случаев эти удовлетворение этих потребностей становится «главным делом жизни». При этом, общая тенденция не исключает индивидуальных вариантов - для одних женщин материнские мотивы становятся единственными

смыслообразующими во всей мотивационной сфере, для других – мотивы материнства преобладают, но существуют и другие ведущие мотивы, для третьих – мотивы материнства гармонично сочетаются с мотивами семейной жизни и профессиональной деятельности.

Перейдем к более детальному анализу мотивов, занявших лидирующую позицию у матерей младенцев, детей раннего возраста и матерей дошкольников.

Таблица 1.Частота попадания мотива на лидирующую позицию у матерей детей разного возраста.

№	Мотив	Частота попадания мотива на лидирующие позиции (в %)		
		Матери младенцев	**Матери детей раннего возраста**	**Матери дошкольников**
1	Мотив достижения счастья ребенком	75	89	92
2	Мотив компетентности в материнстве	42	27	43
3	Мотив близости с ребенком	15	18	20,4
4	Мотив супружеского счастья	44	40	55
5	Мотив взаимопонимания с родственниками	8	6	8,2
6	Мотив заботы о близком	14	9,5	18,3
7	Мотив самореализации в деятельности	18,5	21	10,2
8	Мотив достижения поставленных целей	6	12	4,1
9	Мотив дружеского общения	9,5	23	0
10	Мотив собственной значимости в глазах других	11	4,5	8,2
11	Мотив удовлетворения профессиональных интересов	16	8	18,3
12	Мотив удовлетворения личных интересов	7	22	2
13	Мотив профессиональной компетентности	13	9	6,1
14	Мотив материального благополучия	17	13	14,3

Итак, для большинства матерей «мотив достижения счастья ребенка» является ведущим. Ни один из остальных представленных

мотивов не соизмерим с ним по количеству выборов. Причем, мы видим явную тенденцию к упрочению позиции данного мотива. Если матери младенцев обозначили его в качестве лидирующего в 75% случаев, то у матерей детей раннего возраста он выбирается чаще других в 89%, причем возрастание частоты выбора в качестве лидирующего является статистически значимым (p=000, при уровне значимости p – меньше 0,05).У матерей дошкольников мы видим ту же картину - мотив признан самым важным в 92% случаев. С появлением ребенка начинается новый период жизни взрослого человека, в котором больше всего сил и времени будет отдано благополучию другого человека, причем удовлетворяя потребности ребенка, матери действуют в соответствии со своими личными стремлениями, находят в этом высокий уровень удовлетворения.

Важной жизненной задачей молодого родителя становится приобретение компетентности в новой для себя сфере деятельности. Матери младенцев ставят «мотив компетентности в материнстве» на одно из лидирующих мест в 42% осуществляемых выборов. Период вхождения в родительство, вероятно, самый ответственный в этом отношении. Уже через два года матери детей раннего возраста значительно реже выбирают стремление к компетентности в качестве лидирующего мотива (только в 27%, причем эти изменения статистически значимы (p = 000). Интересно, на наш взгляд, что стремление к компетентности в материнстве у матерей дошкольников опять становится достаточно актуальным. Взросление ребенка ставит их перед новыми задачами. Будучи достаточно компетентными в уходе за ребенком, они продолжают совершенствоваться в путях успешной его социализации, подготовки к школьному обучению, осваивают новые формы общения и сотрудничества. Мы видим, что осваивая родительскую деятельность, человек не готовится к решению всех задач сразу, вместе с ребенком он движется от одной его задачи развития к другой. Сопровождая ребенка на пути взросления и совершенствования, он расширяет и сферу своей компетентности.

Дополняет картину лидирующих материнских мотивов стремление к построению близких отношений с ребенком. 15-18% матерей младенцев и детей раннего возраста соответственно выбирают его в качестве лидирующего. Мы видим, что в материнстве женщина стремится удовлетворить одну из базовых социальных потребностей – потребность к общению с близкими людьми, позволяющую полнее раскрыться личностному потенциалу человека, обрести поддержку в сопереживании и сочувствии. В данном случае, взрослый может не столько искать близкого себе по духу человека, а взрастить, воспитать эту близость отношений. Полученные данные свидетельствуют о том,

что и этот материнский мотив набирает свою силу в связи с взрослением ребенка. Его ставят на лидирующие позиции уже 20,4 % опрошенных (пятая часть матерей дошкольников). Мы полагаем, что в этих данных находит свое отражение начинающийся процесс социализации ребенка. Находясь в непосредственной близости с малышом на протяжении первых трех лет его жизни, мать может не осознавать, насколько сильна выраженность данного мотива, поскольку потребность в близком общении достаточно полно удовлетворяется. Только возрастание автономии ребенка, возвращение матери к ситуации, когда далеко не все ее время посвящается общению с ним, актуализация потребности может привести к осознанию силы и значимости данного мотива.

Вторым по силе выраженности мотивов матерей (после мотива «достижения счастья ребенка») оказался мотив «супружеского счастья». На лидирующую позицию его ставят

44% матерей младенцев, 40% матерей детей раннего возраста и 55% матерей дошкольников. Полученные данные свидетельствуют о том, что отношения с ребенком не заменяют, а дополняют сферу супружеских отношений, делая семейную систему более целостной и гармоничной. Стремление к гармонии в супружеских отношениях сохраняет устойчиво высокое значение, так как кроме изначальной личной заинтересованности женщины в отношениях с супругом, они становятся важнейшим условием благополучного развития ребенка. Кроме того, мы видим, что начинающийся процесс автономизации ребенка, ведет к появлению у женщины возможности вернуться к удовлетворению потребностей, которые некоторое время были фрустрированы активным включением женщины в реализацию родительских функций. У матерей дошкольников, как мы видим, значительно возрастает стремление к достижению супружеского счастья, так как в отличие от детско-родительских отношений, супружеские продолжают служить основой семейной системы, которой предстоит пережить взросление и отделение выросших детей. На новый уровень поднимается стремление к «заботе о близких». У матерей дошкольников частота выбора его в качестве лидирующего приближается к значению мотива «достижения близости с ребенком». Можно предположить, что родительство создает условия для развития потребности, которая призвана преобразить потребностную сферу взрослого человека, приближая его к зрелости. Ведь именно потребность в заботе о другом, генеративность, называют в качестве одной из отличительных черт зрелой личности.

В ходе взросления ребенка возвращаются на прежний уровень и стремления, связанные с профессиональной деятельностью.

«Погружение в родительство» не ведет к утрате прежних ведущих мотивов личности. Безраздельная забота о ребенке характеризует лишь первые годы материнства, в связи с абсолютной его беспомощностью. В дальнейшем, сфера родительской деятельности становится не единственной, а одной из значимых сфер деятельности личности. Некоторое ослабление мотивов, связанных с профессиональной компетентностью, самореализацией и достижением значимости в глазах социального окружения, свидетельствует о том, что частично эти социальные потребности удовлетворяются в родительской деятельности. Родительство предоставляет женщине еще одну сферу самореализации, снижая напряженность в связи со стремлением подтверждать свою значимость в профессиональной сфере.

В полученных данных, мы находим подтверждение и широко обсуждаемого факта фрустрации некоторых личных потребностей женщины в период ухода за младенцем и ребенком раннего возраста. Так, значительные изменения произошли в частоте выборов мотивов, связанных с досуговой стороной жизни. Если матери младенцев ставили «мотив дружеского общения» на лидирующие позиции в 9,5% случаев, а «мотив удовлетворения личных интересов» в 7%, то матери детей раннего возраста выбирают эти мотивы в 23% и 22 % случаев соответственно. Во время нахождения в отпуске по уходу за ребенком женщины были ограничены как в своих социальных контактах, так и в возможности удовлетворения собственных интересов,

Как свидетельствуют результаты исследования, мотивационная сфера женщин, представленность в ней разных мотивов связана с возрастом их детей. Так, у матерей младенцев мотивы связанные с реализацией родительской функции занимают лидирующее положение, к достижению ребенком раннего возраста у матерей возрастают потребности в личностной и профессиональной реализации, расширении круга социальных контактов и достижении определенного уровня материального благополучия. У матерей же дошкольников, которые имели время и возможность частичного удовлетворения этих потребностей, снова актуализируются потребности в заботе и взаимопонимании с близкими и достижении более высокой компетентности в роли матери. При этом уровень потребностей в профессиональной реализации не только не снижается, но возрастает, что может свидетельствовать о гармоничном развитии мотивационно-потребностной сферы женщин.

Итак, подводя итог данной части исследования хочется подчеркнуть, что:

- С рождением ребенка, в мотивационной сфере женщины лидирующие позиции занимают мотивы, связанные с материнством. Стремление к достижению счастья для ребенка становится ведущим в ее мотивационной структуре. Взросление ребенка не меняет эту картину – сила выраженности мотива возрастает. Становясь родителем, взрослый человек приобретает доминирующую мотивационную направленность на долгие годы;

- Стремления, связанные с родительством, не угнетают, а дополняют супружеские отношения, которые продолжают составлять базовую сферу семейных отношений, возрождаясь с новой силой по мере автономизации ребенка;

- Ограниченность в возможностях удовлетворения личных и профессиональных потребностей матерей связана не со всем периодом родительства, а с ранним возрастом в развитии ребенка. По мере возрастания его автономии, уже в дошкольном возрасте актуализируются мотивы профессиональной деятельности;

- Материнство создает условия как для гармонизации потребностной сферы женщины, снимая напряженность, возникающую в связи с необходимостью утверждения собственной значимости, так и для дальнейшего ее развития, создавая возможность получить удовлетворение в связи с заботой о близком человеке – ребенке.

Описанные специфические для возраста ребенка (стажа родительства) особенности мотивационной сферы матерей не исключали наличие индивидуальных вариантов личностной структуры. Обращаясь к их анализу, вся выборка матерей была разделена на группы в связи со степенью лидирования материнских мотивов в мотивационной структуре женщин.

1 -ю группу составили женщины, у которых все три ведущих позиции заняли мотивы, связанные с реализацией материнской деятельности. В мотивационно-потребностной сфере женщин этой группы наблюдается абсолютное преобладание мотивов материнства. Данная группа выделяется во всех выборках независимо от возраста ребенка. Среди матерей младенцев эта группа насчитывает 15 женщин, которые составили 8,4% от общего количества испытуемых в данной выборке. Во второй выборке – матерей детей раннего возраста – эта группа состоит из 7 женщин, что составляет 4,1% от выборки. Среди матерей дошкольников эта группа включает 3 женщин, что составляет 6,1% от выборки. В данном случае можно говорить, что материнство является главной деятельностью, и все остальные сферы жизни матерей, вошедших в первую группу, подчинены ей.

2 - ю группу составили матери, которые у которых лидируют уже не только материнские мотивы. На одно из лидирующих мест они ставят другой мотив, в подавляющем большинстве случаев мотив «супружеского счастья». Эту группу среди матерей младенцев составил 17,4% опрошенных в данной выборке, среди матерей детей раннего возраста к этой группе были отнесены 24,4% опрошенных в своей выборке и среди матерей дошкольников 48%. Мы видим, что в данной группе значимость материнства сочетается со значимостью супружества. Обращает на себя внимание то, что такая структура мотивационно-потребностной сферы становится все более распространенной по мере взросления ребенка.

3 - ю группу составили те опрошенные, в ответах которых только одно из лидирующих мест занимал мотив материнства, два другие места были отданы другим мотивам, поэтому можно говорить о соизмеримости мотивов материнства с другими мотивами, входящими в мотивационно-потребностную сферу. Эта группа оказалась самой многочисленной. В нее вошли 127 матерей младенцев (71,3 % от выборки), 111 (65,6%) матерей детей раннего возраста и 25 (50,2%) матерей дошкольников. Материнские мотивы в большинстве случаев представлены мотивом «достижения счастья ребенка». На втором месте по количеству выборов на лидирующие позиции оказался мотив «супружеского счастья» (40% ., 54% ., 60% соответственно в трех возрастных группах). Содержание третьей позиции оказалось специфичным в зависимости от возраста ребенка. Среди матерей младенцев на третьем месте по количеству выборов на лидирующие позиции оказался «мотив компетентности в материнстве». Среди матерей детей раннего возраста - мотив «дружеского общения», а матери дошкольников поставили на третье место «мотив удовлетворения профессиональных интересов». Таким образом, в самой многочисленной группе матерей мы также встретились с зафиксированной ранее тенденцией обогащения мотивационной сферы матерей в связи с взрослением и автономизацией ребенка, появлении у них более широкого социального контекста, возвращение испытуемых к привычному для них до рождения ребенка образу жизни.

Необходимо упомянуть и ещё одну группу матерей. Её составили матери младенцев и детей раннего возраста, в мотивационно-потребностной сфере которых лидируют мотивы, не связанные с материнством. На лидирующие позиции эти женщины поставили мотивам «Самореализации в деятельности» и «Материального благополучия». Как мы видим, есть женщины, для которых рождение ребенка не связано с личностными изменениями. Их приоритеты

продолжают лежать в профессиональной сфере и сфере общения, как и до наступления материнства.

Хотя эта группа оказалась очень малочисленной (3% и1,8% в двух возрастных выборках соответственно), ее наличие свидетельствует о том, что изменение мотивационной структуры в связи с рождением ребенка является ожидаемым, но не гарантированным явлением.

Основным итогом нашего исследования стало выделение специфической особенности мотивационной сферы матерей. Начиная с рождения ребенка и на длительный период времени (определение верхних границ в данном исследовании не предпринималось), в мотивационной сфере женщины лидируют стремления к достижению счастья и благополучия ребенка. У многих женщин эти мотивы отодвигают на второй план сферу супружеских отношений. Однако очевидно, что степень преобладания материнских мотивов разная: для кого-то ребенок – это все, что есть важного в жизни, для кого-то – это главное, но не единственное ее содержание, а кто-то сочетает материнство с удовлетворением других потребностей или даже предпочитает материнству что-то иное.

С учетом указанных индивидуальных особенностей личности матерей необходимо отметить тенденцию к обогащению мотивационной сферы матерей в связи с взрослением ребенка. Возрастание автономии ребенка позволяет женщинам возвращаться к своим личным и профессиональным интересам.

Литература:

1. Бодалев А.А., Столин В.В. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования. — М., 1989.
2. Захарова Е.И., Печникова Е.Ю., Филиппова Г.Г. Новая книга о беременности и не только. — М., 2002.
3. Никулина А.В. Место мотивов материнства в структуре мотивационной сферы матерей дошкольников. Дипломная работа под руководством Захаровой Е.И.,М. 2004.
4. Хрипунова А.А.Динамика мотивационно-потребностной сферы матерей с детьми раннего возраста, Дипломная работа под руководством Захаровой Е.И.,М.,2005.
5. Карабанова О.А. Психология семейных отношений. — Москва-Самара, 2001.
6. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. — М.,1999.

Захарова Е.И., Торчинова Ю.А.

УСЛОВИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

В предложенной статье обсуждаются личностные изменения женщины в период ожидания рождения ребенка. В фокусе внимания оказывается самосознание женщины, осознание ею своей новой социальной позиции. Становление материнской идентичности рассматривается в связи с такими индивидуально-психологическими особенностями женщины, как ценностная направленность, психологический пол. В исследовании подчеркивается связанность изменения личности и сознания, создающее предпосылки для успешного присвоение родительской позиции.
Ключевые слова: *идентичность, родительская позиция, ценностная направленность, беременность.*

In this article we discuss personality changes of a woman while waiting for the birth. The focus of attention is placed on woman's consciousness of the new social position. Formation of a mother's identity is considered in connection with such psychological characteristics of women, as a value orientation, a gender. The study concludes that changes in personality and consciousness are interconnected, which creates prerequisites for a successful assignment of the parent positions
Keywords: *identity, parental position, value orientation, pregnancy.*

Понятие «идентичность» традиционно связывают с именем Э.Эриксона и привлекают в качестве категории, характеризующей самовосприятие и осознание себя личностью (Эриксон, 1996). В соответствии с идеями Э.Эриксона выделяют личностную идентичность (Эго-идентичность) и социальную (групповую идентичность). Личностная идентичность понимаемая как «внутренняя непрерывность и тождественность личности» основана на двух одновременных наблюдениях: восприятие себя как тождественного и осознание непрерывности своего существования во времени и пространстве, с одной стороны, и восприятии того факта , что другие признают мою тождественность – с другой. Обладать идентичностью означает во-первых, ощущать свое бытие личностно неизменным, независимо от изменения ситуации, роли; во-вторых, переживать прошлое, настоящее и будущее как единое целое; в-третьих, ощущать связь между собственной непрерывностью и признанием этой непрерывности другими людьми. Эта конфигурация возникает путем успешного эго-ситеза и ресинтеза в течение детства и объединяет конституционные задатки, базовые потребности. способности, значимые идентификации, эффективные защиты, успешные сублимации и постоянные роли, - пишет Э.Эриксон (Эриксон, 1996). А. Ватерман считает, что личностная идентичность связана с наличием у человека четкого самоопределения, включающего выбор целей, ценностей и убеждений, которым следует человек (И.В.Антонова, 1996). Процесс формирования и существования идентичности связан с идентификацией, оцениванием и выбором ценностей, целей и убеждений, которые впоследствии становятся ее

элементами. Автор выделяет четыре сферы жизни, наиболее значимые для формирования идентичности:

- выбор профессии и профессионального пути;
- принятие религиозных и моральных убеждений;
- выбор политических взглядов;
- принятие набора социальных ролей, включая половые роли и ожидания в отношении супружества и родительства.

Мы видим, что самоопределение в сфере семенной жизни, принятие супружеской и родительской ролей рассматривается в качестве важнейшей составляющей личностного развития.

Идея о наличии двух аспектов идентичности - ориентированного на социальное окружение и на уникальность проявлений человека – наиболее полно воплотилась в теории социальной идентичности Х.Тэджфела и Дж.Тэрнера (Шайгерова Л.А., 2002). Социальная идентичность складывается и отдельных идентификаций, аспектов образа «Я», которые вытекают из восприятия себя индивидом, как члена определенных групп, и определяется принадлежностью человека к различным социальным категориям: расе, национальности, классу, полу. Объектами социальной идентификации могут быть многообразные первичные группы (семья, ближайшее окружение) и вторичные группы, как непосредственного контактного общения, так и символические сообщества («мое поколение», политические сообщества) (В.Я.Ядов, 1999). Таким образом, начиная осваивать социальную позицию родителя, взрослый человек начинает ощущать свою принадлежность к специфической социальной группе, обогащая свою идентичность новым содержанием. Как уже говорилось, согласно Эриксону, человек решает важнейшую задачу своего развития - установление своей идентичности в близких отношениях с другими людьми.

Формирование идентичности - непрекращающийся процесс. Взрослые должны структурировать и переструктурировать свою личную, профессиональную и семейную идентичности по мере того, как меняется их внутренний и внешний мир. Хотя многие грани взрослой идентичности могут сформироваться уже к началу взрослой жизни, другим её граням ещё только предстоит определиться.

Поскольку в данной работе, нас в первую очередь интересует процесс становления материнской идентичности (в виду малого количества исследований отцовской выборки, приходится сузить исследуемое понятие родительской идентичности), необходимо остановиться подробнее на условиях развития идентичности женской. Женская идентичность- биологически и социально обусловленная категоризация себя как представительницы женской социальной

группы и воспроизведение гендерно обусловленных ролей (Уэст, Зиммерман, 1992). По мнению Э.Эриксона, переход от юности к зрелости является решающим моментом в становлении целостной женской идентичности, когда молодая женщина оставляет родительскую семью ипосвящает себя любви к чужому человеку и заботам об их общем ребенке. В этот период все половые различия окончательно поляризуются (Э.Эриксон, 1996). Эриксон описывает «превращение» девушки в настоящую женщину в связи с осознанием обладания неким «Продуктивным внутренним пространством», предназначенном для воспроизводства. Помимо внутреннего пространства на формирование женской идентичности влияет специфический «женский опыт», который создается благодаря особенностям социализации девочек, поощрению родителями гендерно-нораматившого поведения (Ю.Е.Алешина, А.С.Волович, 1989) Таким образом, с позиций психоаналитического подхода, материнская идентичность неразрывно связано с собственно женской идентичностью.

Сензитивным периодом для становления материнской идентичности становится период ожидания ребенка. Для любой женщины беременность является периодом трансформации ее телесной, гендерной, сексуальной, профессиональной, и, наконец, личностной идентичности. Беременность, роды и материнство – это определенные ступени формирования зрелой материнской идентичности, связанные между собой таким образом, что от того, насколько полно и позитивно женщина проживает предыдущий этап, зависит возможность прохождения следующего (М.А.Нечаева, А.В.Штрахова, 2003). Беременность, в особенности первая, становится кризисной точкой в поиске своей женской идентичности. Она подразумевает конец существования женщины как независимого отдельного существа и начало непременных, и бесповоротных отношении мать-дитя (Д.Пайнз, 2005). В психоаналитической традиции материнская идентичность рассматривается в прямой корреляции с отношениями собственной матерью, которая создает базис для формирования у девочки «Образа матери». Образ матери становится тем образцом, с которым женщина будет идентифицировать себя в период подготовки к предстоящему материнству. Идентификация здесь понимается как «…..уподобление Я чужому Я, вследствие чего первое Я в определенных отношениях веден себя как другое, подражает ему, принимает его в известной степени на себя» (Цитировано по Д.Пайнз, 2005). Д.Пайнз пишет о исключительной важности отношений женщины с собственной матерью, поскольку, начиная с периода беременности, женщина должна играть роль матери для собственного

ребенка, оставаясь ребенком для своей матери. Важную роль отношений с матерью в период формирования у девочки образа себя как будущей матери говорит и Т.В.Леус. Внутренний образ матери, по мнению автора, и есть тот образец, с которым женщина будет идентифицировать себя в период подготовки к предстоящему материнству. Говоря о беременности, как кризисно ситуации, подчеркивается важность разрешения амбивалентного отношения женщины к собственной матери, что способствует уверенности в себе, высокой самооценке, отсутствию внутренних конфликтов, связанных с материнством, и, как следствие, формированию правильной внутренней позиции матери (Т.В.Леус, 2002).

С целью изучения особенностей идентичности женщин, ожидающих ребенка, было проведено их обследование на ранних сроках беременности и незадолго до родов . В исследовании приняли участие 35 беременных женщин репродуктивного возраста (от 20 до 36 лет). Особенности идентичности исследовались посредством метода открытого самоописания « 20 утверждений» М.Куна (А.А.Бодалев, В.В.Столин, 2006). Поскольку личностная идентичность человека так или иначе проявляется в любом развернутом самоописании, появляется возможность применить процедуру контент-анализа и качественного анализа высказываний женщин в ответ на вопрос «Кто я такой». Нас интересовали высказывания, каким либо образом указывающие на материнскую идентичность или зреющую материнскую идентичность – «будущая мать». В ходе анализа учитывалось как само упоминание материнской принадлежности, так и позиция в отношении остальных характеристик женщины. Среди названных женщинами характеристик были указания на принадлежность к социальной группе (собственно идентичность) – женщина, девушка, жена, мать; указания на сферу профессиональной деятельности – воспитательница, экономист и т.д.; указание на личностные качества и особенности – веселая, добрая, умная, воспитанная. Как мы и полагали, указания на материнскую идентичность встретились не у всех женщин. Те же, которые ее называли, различались позицией материнской идентичности в отношении остальных. С учетом этих особенностей удалось выделить 4 группы женщин.

1 - я группа, составившая 31,4% выборки, была образована женщинами с **явно выраженной материнской идентичностью**. Женщины этой группы упоминают свою материнскую идентичность одной из первых, часто неоднократно. Факт принадлежности к материнскому статусу подчеркивается эпитетами, характеризующими качество реализации материнской роли - «ответственная мать, любящая мать, заботливая мать и.т.д.».

2 – ю группу (25,7% выборки) составили женщины, указывающие на свою **будущую материнскую принадлежность(зреющая материнская идентичность).** Они еще не называют себя матерью, добавляя к указанным характеристикам эпитет «будущая». В их описаниях будущая материнская идентичность сочеталась с профессиональными характеристиками, множественными семейными ролями – отличная хозяйка, преданная жена, заботливая дочь, лучшая подруга моей лучшей подруги, хороший товарищ. У данной группы женщин зреющая материнская идентичность гармонично сочеталась с принадлежностью к другим социальным группам.

В самостоятельную 3 -ю группу были выделены женщины, в самоописании которых обращала на себя внимание **ярко выраженная женская идентичность.** Небольшая (114%), но своеобразная группа женщин указывала на свою будущую материнскую принадлежность, в то время как большинство характеристик касались супружеской роли и женской привлекательности. Женщины этой группы давали яркие, эмоциональные описания своих гендерных особенностей – «любовница для мужа, любимая и любящая, пантера, счастливая женщина, красивая женщина, добрая, отзывчивая, милая».

В 4 -ю группу вошли женщины, в самоописании которых вообще не встречается упоминания об актуальном или будущем материнстве **– отсутствуют указания на материнскую идентичность.** Женщины описывают свою супружескую роль, профессиональную идентичность, индивидуально-личностные качества. Однако, о материнстве не говорится ни слова, свое актуальное положение и предстоящие изменения игнорируются. К нашему удивлению, эта группа оказалась достаточно большой - составила 31,4% выборки.

Можно сказать, что треть обследованных женщин обладали достигнутой материнской идентичностью, треть находились в состоянии зреющей материнской идентичности, и у трети женщин ожидающих ребенка пришлось констатировать отсутствие материнской идентичности – они не только не ощущают себя матерью, но и не предвидят освоение данной социальной ролью в ближайшем будущем.

Зафиксировав существенные различия самосознания беременных женщин, мы стремились установить, с какими личностными особенностями связано успешное обретение материнской идентичности. Так, были проанализированы особенности ценностной направленности женщин (Захарова Е.И.,Кукушкина Н.С.,2005), особенности их психологического пола (методика Сандры Бэм (Ижванова Е.М.,2004), успешность присвоения женщинами родительской позиции (Захарова Е.И., Строгалина А.И.,2005) .

Результаты исследования свидетельствуют о наличии связи успешности становления материнской идентичности с характером ценностной направленности женщин.

Таблица 1. Приоритетность ценностной направленности на ребенка у женщин с разной степенью выраженности материнской идентичности.(В %)

	Материнская направленность			
	Ярко выражена	Зреющая	Зреющая на фоне ярко выраженной женской	Не выражена
Ценностная направленность /группа:				
Ребенок	100	88,9	75.0	63,6
Работа				9.1
Общение				
Собственные интересы		11,1	25.0	18,2
Характер ценностного конфликта:				
Отсутствует	90,9	88,9	50	63
Работа/ребенок	9,1	11,1		9.1
Интересы/ребенок			50	18,2

Приведенные результаты свидетельствуют о том, что ярко выраженная материнская идентичность сопровождается ценностной направленностью на ребенка. Высокий процент женщин с ценностной направленностью на интересы ребенка и в группах со зреющей материнской идентичностью, то время как у женщин с невыраженной материнской идентичностью ценностная направленность на ребенка встречается значительно реже.

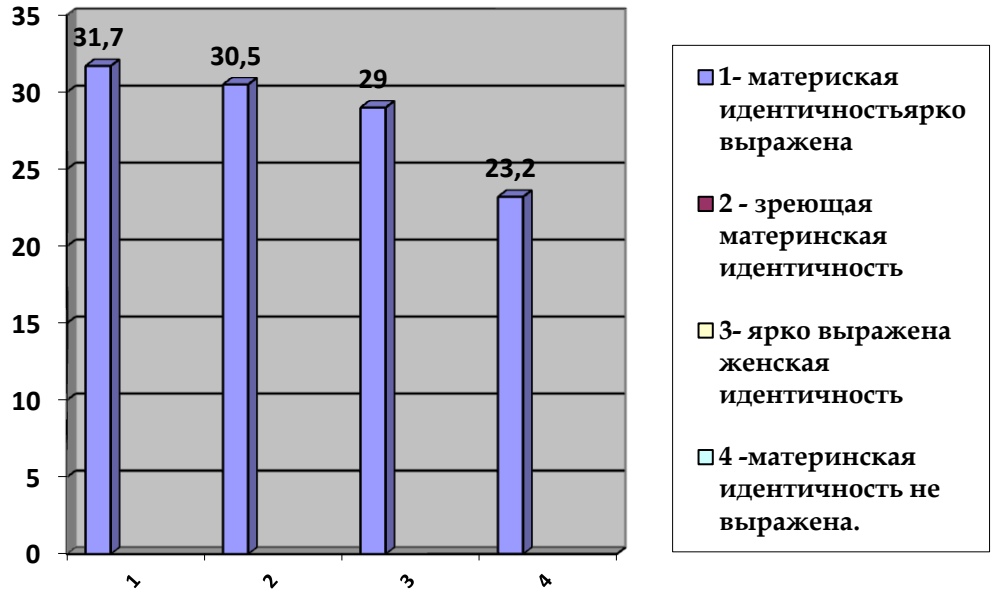
Неблагополучными в связи с наличием ценностного конфликта оказались группа женщин с зреющей идентичностью на фоне ярко выраженной женской идентичности и группа женщин, у которых материнская идентичность вообще не выражена. В отношении женщин, остро ощущающих свою женскую принадлежность, можно сказать, что удовлетворение потребностей, связанных с женской ролью, продолжает быть для них чрезвычайно значимым. Они стремятся поддерживать свою привлекательность, заботятся как о своем гардеробе, так и о собственном психологическом комфорте. Для них материнство

является предельным воплощением их женской сущности. Совершенно другую картину мы видим в группе женщин, не ощущающих себя матерями. В данной группе деятельность, направленная на удовлетворение интересов ребенка вступает в конкурирующие отношения с профессиональной деятельностью, и деятельностью направленной на удовлетворение личных интересов.

Подводя итоги можно сказать, что ценностная направленность женщины на работу, общение, личные интересы, снижает выраженность ощущения своей принадлежности к материнству. Наличие ценностных конфликтов осложняет становление материнской идентичности.

Вполне согласуются с сложившейся картиной особенности принятия женщинами родительской позиции. Степень ее принятия в описанных группах женщин существенно различается.

Диаграмма №1 Степень принятия родительской позиции у женщин с разной степенью выраженности материнской идентичности (среднее по группам)



Представленные на диаграмме различия в степени принятия родительской позиции в группах женщин с ярко выраженной материнской идентичности и женщин, у которых материнская идентичность не выражена оказались статистически значимыми (непараметрический критерий Манна-Уитни, p=0,002). Женщины, у которых материнская идентичность не выражена с трудом принимают родительскую позицию. Не ощущая себя матерью, они не могут смириться с необходимостью заботиться о малыше, поддерживать его, принимать на себя ответственность за его поступки.

Различаются выделенные группы женщин и по принадлежности к психологическому полу. У всех обследованных женщин присутствуют феминные качества, однако степень их выраженности различная. У всех групп, исключая последнюю (материнская идентичность не выражена), можно говорить о яркой выраженности феминных качеств.

Диаграмма№2 Степень фемининности у женщин с разной степенью выраженности материнской идентичности

Подтверждается представление о том, что беременность становится расцветом женственности, наивысшим ее проявлении. Особенно ярко это выступает в группе женщин, материнская идентичность которых зреет на фоне выраженной женской идентичности. Здесь данные, полученные с помощью разных методик, вполне согласуются. Проявившееся в свободном самоописании осознание своей женственности нашло подтверждение в ответах на вопрос относительно принадлежности к психологическому полу (Сандра Бэм). Картина, полученная с помощью опросника, дополняет субъективное восприятие себя беременными женщинами. Различия в степени выраженности феминных качеств между группами оказались статистически значимыми. (критерий Манна – Уитни, значимые различия между 3и1 группами, p= 0,06; значимые различия между 3и 2 группами, p= 0,013; значимые различия между 3 и 4 группами , p=0,004).

Общий индекс психологического пола у женщин, не обнаруживших материнскую идентичность, имеет крайне низкое

значение (1,07). В соответствии с предложенной в методикой интерпретации, данное значение свидетельствует об андрогенности, то есть маскулинные черты у этих женщин выражены с той же силой, что и феминные. О женственности у этих женщин можно говорить только условно. Опять мы находим подтверждение близкой связи женственности и ощущения себя матерью.

После того, как были зафиксированы существенные различия в самосознании женщин исследуемой выборки, было принято решение проследить динамические изменения степени выраженности материнской идентичности. С этой целью женщины были обследованы вторично, незадолго до рождения ребенка. Были зафиксированы существенные изменения, однако, далеко не у всех женщин. В данном случае, нам пришлось вынести за скобки группу женщин, которые уже в начале беременности отличались выраженной материнской идентичностью. Отсутствие положительной динамики в этой группе было обусловлено изначально высоким уровнем выраженности исследуемой характеристики. Интерес для сравнительного анализа представили две группы – группа женщин, у которых была зафиксирована положительная динамика – 34,3% выборки (в данном случае с какого изначального уровня произошел сдвиг уже не имело принципиального значения), и группа женщин, у которых в течение беременности не произошло никаких изменений самосознания - 11,4% выборки. Анализ социо-биографических данных не показал существенных различий в семейном положении, образовании, профессиональной занятости у женщин двух выделенных групп. Зафиксированные различия касались ценностной структуры женщин, характера их отношения с собственной матерью и степени идентификации с ней, особенностями психологического пола.

Из таблицы наглядно видно, что неблагополучие второй группы женщин связано с низкой ценностной направленностью на интересы ребенка – только половина группы имеет такую направленность, наличием ценностных конфликтов – у половины группы ценности, связанные с уходом за ребенком конкурируют с профессиональными и личными интересами. Показательным является сравнение особенностей отношения женщин к собственной матери. Данную особенность мы исследовали с помощью проективной методики «Я и моя мама». Негативное отношение к матери затрудняет идентификацию с ней, что, в свою очередь препятствует становлению материнской идентичности.

Низкий уровень принятия родительской позиции женщинами второй группы подтверждает сделанные ранее выводы о том, что материнская идентичность становится условием успешного принятия

родительской позиции (различия статистически значимы на уровне p=0,01). Присвоение родительской роли делает взрослую женщину матерью.

Таблица 2 Индивидуально-психологические особенности женщин с наличием и отсутствием положительной динамики выраженности материнской идентичности в период беременности.

	Положительная динамика выраженности материнской идентичности (%)	Отсутствие положительной динамики (%)
Ценностная направленность на: Ребенка Работу Общение Личные интересы	 91,7 8,3	 50 25 25
Ценностный конфликт: Работа/ребенок Личные интересы/ребенок	8,3	 25 25
Отношение к матери: Позитивное Амбивалентное Негативное	 75 25	 50 25 25
Идентификация с матерью: Присутствует отсутствует	 50 50	 25 50 25 -отказ
Психологический пол (IS)	2,32	- 0,4

Подводя итоги, можно сказать, что наступление родительства создает условия для существенных изменений самосознания взрослого человека. Оказываясь перед необходимостью реализовывать новую социальную роль, он расширяет границы своей идентичности. Осознание себя родителем («Я-мать», «Я-отец») хоть и происходит в связи с рождением ребенка, но не гарантировано его появлением. Как мы видим, у некоторых женщин беременность не стала поводом изменения идентичности. Эффективность этого процесса связана с такими предпосылками, как наличие женской идентичности, выраженность феминных черт у женщины, особенностей ценностно – смысловой сферы. Ценностная направленность на ребенка способствует формированию материнской идентичности, наличие ценностного

конфликта ослабляет ее выраженность. Мы видим, что изменения личности и изменения структуры сознания имеют глубокую внутреннюю связь. Это по-настоящему системное преобразование, соответствующее пониманию новообразования, данному Л.С.Выготским. Полученные данные свидетельствуют, что такая структурная перестройка подготавливает успешное присвоение родительской позиции.

Литература:

1. Антонова И.В.Проблемы личностной идентичности. Вопросы психологии, 1996, №1.
2. Алешина Ю.Е., Волович А.С. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины. Вопросы психологии. 1989, № 5.
3. Бодалев А.А, Столин В.В. Общая психодиагностика. СПб,2006.
4. Захарова Е.И., Кукушкина Н.С., Диагностика ценностной направленности матери .// Психологическая диагностика, 2005., № 4
5. Захарова Е.И., Строгалина А.И Особенности принятия родительской позиции.//Психологическая диагностика ,2005.
6. Ижванова Е.М. Развитие полоролевой идентичности. Диссертация канд.психол.наук. М.,2004.
7. Леус Т.В. Представление женщины о себе как о матери дои после родов. Диссертация канд. психол. наук, 2002.
8. Нечаева М.А., Штрахова А.В. Беременность как проявление третьего состояния в континууме «Здоровье- болезнь» и внутренняя картина беременности./ Актуальные проблемы медицинской науки. Технологий и профессионального образования. Материалы пятой Уральской научно-практической конференции. Челябинск, 2003, вып.5
9. Пайнз Д. Бессознательное использование женщиной своего тела.СПб, 1997.
10. Уэст К.. и Зиммерман Д. Создание гендера//Хрестоматия феминистских текстов: Переводы (под ред. Е.Здравомысловой и А.Темкиной). — СПб.,1992
11. .Шайгерова Л.А.Психология идентичности личности в ситуации вынужденной миграции. Автореферат…канд.психол. наук. М.2002.
12. В.Я.Ядов, Россия как трансформирующееся общество.//Общество и экономика. - 1999. - №№ 10-11. - 65-72

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Алексеенко И.Н.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА ПО ПОДГОТОВКЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР К ПАРТНЁРСКИМ РОДАМ

Несмотря на высокую популярность партнерских родов в России, оснащенность современных роддомов, подготовленность персонала и самих участников далека от совершенства, а научные исследования, в основном, отражают позитивные моменты присутствия мужа на родах.
В данной работе авторы поделились опытом исследования мотивации молодых отцов, желающих присутствовать при столь важном событии, осветив результаты, полученные на базе МУЗ «Одинцовский родильный дом».
***Ключевые слова**: партнерские роды, мотивация мужа на участие в родах, подготовка к родам.*

Partner labors are rather popular in Russia. Despite of this fact equipment of maternity hospitals and preparedness of the staff are not perfect. And researches have devoted to positive moments of father's present in labor.
This article based on experience of examination of motivation of yang fathers who want to be present at wives labors. This search take place in a maternity hospital «Odincovskiy rodilniy dom» in Moscow region.
***Kewwords**: partner labour, motivation of husband in participation in labour, preparation for labour.*

Уже достаточно долгое время партнерские роды пользуются популярностью в России, за рубежом же такая практика давно налажена.

Согласно закону «Об охране здоровья граждан» введено понятие «партнерские роды», отцам разрешено присутствовать при появлении ребенка на свет. Семейными или партнерскими родами в современном акушерстве принято называть роды, в которых участвуют не только женщина и ребенок, но и близкий им человек. Это может быть мать роженицы или ее близкая подруга, но чаще всего под семейными или совместными родами подразумеваются роды с отцом малыша.

В наше время семейными родами никого не удивишь, многие роддома практикуют семейные роды, а многие курсы подготовки беременных готовят именно к семейным родам. Зачастую эта практика реализуется на базе специализированных (платных) клиник. С сожалением приходится констатировать тот факт, что большинство муниципальных учреждений здравоохранения, предоставляя данную услугу (зачастую платно), не имеют специально оборудованной предродовой или родовой палаты: ни специальных стульчиков, канатов, ванн, ни подготовленного персонала. То есть, в стандартную ситуацию родоразрешения к роженице и медицинскому персоналу

вводят еще одного участника – будущего папу, что зачастую вызывает недовольство медиков.

В рамках государственного или муниципального учреждения здравоохранения для оказания качественного сервиса в данном виде услуг не всегда существуют все условия, а услуга оказывается платно, именно поэтому и руководство учреждения, и специалисты, работающие с парой, и сама семья сталкиваются с рядом проблем.

Постараемся обозначить наиболее часто встречающиеся из них.

1. отсутствие представления, понимания и информации о функциональных обязанностях психолога и полезного эффекта работы с психологом членами супружеской пары. На вопрос, предлагаемый для оценки необходимости работы с психологом, чаще всего отмечается ответ «Не представляю, в чем заключается такого рода помощь». Так же здесь необходимо отметить стереотипные представления о категориях клиентов, с которыми работает психолог. В этом случае в анкете отмечается ответ: «Возможно, подобная консультация и нужна, но только не мне»);
2. неподготовленность (а порой, и неготовность) медицинского персонала к взаимодействию с супружеской парой (с мужем) в ситуации классического родоразрешения: непонимание полезности присутствия на родах мужа (отсутствие информации о ресурсах, которыми можно воспользоваться как вспомогательными в процессе вовлечения супруга в ситуацию, чтобы женщине было комфортнее в родах). При этом возникают раздражение и напряжение, связанные с ожиданием оценки и контроля качества оказания медицинских услуг со стороны мужа пациентки. Здесь так же стоит учитывать личные убеждения врачей, ведущих роды, и их возраст.
3. неоснащенность специальными средствами (а зачастую, и просто отдельным родовым залом) учреждения, предоставляющего услугу участия супруга в совместных родах;
4. отсутствие мотивации предоставления дополнительного сервиса клиентам, заключившим контракт на партнерские роды, со стороны страховых компаний, которые берут на себя финансовую ответственность учреждения, с которым работают.

По всем этим направлениям необходима работа в целях развития культуры партнерских родов. В этой работе возможно выделить основные направления в рамках медицинского учреждения:

А) работа с администрацией учреждения (вопросы престижа, дополнительный заработок (страховые компании), соблюдение рекомендаций ПНП «Здоровье»). Для страховой компании: продемонстрировать полезность занятий с психологом, мотивируя их

тем, что пара снова обратится за данной услугой и посоветует это знакомым.

Б) работа с медицинским персоналом, оказывающим помощь в ситуации партнерских родов (определение положительного эффекта от нахождения супруга на родах (меньший процент эпизиотомии, разрывов и т.п.); разработка рекомендаций для персонала по взаимодействию с пациенткой и ее супругом в ситуации родоразрешения).

В) работа с парой, направленная на формирование чувства уверенности, снятия стресса (зачастую возникающих из-за существующих мифов), возможность дать понять каждому из них, что роды (партнерские в том числе) – это не ужас, страх, кошмар и неопределенность, а серьезная работа, требующая физических и эмоциональных сил, от каждого участника процесса.

Необходимо не просто информировать об этапах и закономерностях родов, о возможных условиях пребывания в стационаре и родовом зале (сдача анализов, наличие чистой одежды), или продемонстрировать техники дыхания и массажа, а, исходя из личностных особенностей каждого члена пары, объяснить их возможности и поставить задачи, обговорить особенности поведения мужа в разных ситуациях (объяснить супругу, что ему не обязательно присутствовать рядом все время, что в определенные моменты можно выйти из родзала).

В большей части исследований партнерских родов акцентируется внимание на позиции женщины, ее отношении к присутствию мужа. Но очевидным и не менее сложным является вопрос о мужчинах-отцах, идущих на этот шаг: причины принятия такого решения, мотивация на участие в родах, стиль их поведения в ситуации родов.

Выяснение этих вопросов явилось целью нашего исследования.

Первой попыткой изучения отцовского отношения к партнерским родам стал анкетный опрос мужчин.

Исследование проводилось на базе МУЗ «Одинцовский родильный дом», в котором за 2010 год было проведено 48 партнерских родов.

Алгоритм проведения партнерских родов в МУЗ «Одинцовский родильный дом»:

1. заключение договора;
2. представление результатов лабораторных исследований;
3. участие в родах.

В данную модель взаимодействия, с разрешения администрации роддома, было введено обязательное занятие с психологом учреждения по подготовке пары. В ходе занятия для пары проводилось лекционное

занятие об этапах родов, практическое занятие о техниках дыхания, массажа, психотехниках работы с болью. Объяснялись особенности родоразрешения в стенах роддома, вплоть до обсуждения местоположения супруга относительно медицинского персонала, мониторов и систем переливания крови.

Работа психолога с парами осуществлялась в два этапа:

1. диагностический (беседа, анкетирование);
2. просветительский (лекции и практические двухчасовые занятия).

Одним из шагов диагностического этапа стало заполнение супружескими парами авторской анкеты, состоящей из десяти пунктов.

Анкета содержит информативные вопросы. Это сведения о фамилии, имени, отчестве, возрасте, образовании, семейном положении, социальном статусе. Данный блок информации необходим для создания социального портрета пары.

Несколько вопросов анкеты были открытыми и служили для определения восприятия членами семьи ситуации планирования беременности, факта предстоящих родов, оценки своих ресурсов, своего нового социального положения («папа», «мама»), его оценки, полноты понимания своего нового социального статуса.

Функциональная ценность остальных вопросов заключалась в раскрытии будущими родителями своих мыслей и ощущений по поводу отношений внутри семьи, определением своих желаний, переживаний. Благодаря разноплановости вопросов, можно было определить степень подготовленности пары, ее отношение к медицинскому персоналу и ситуации нахождения в роддоме.

В анкетировании приняли участие 20 пар.

По результатам анкетирования составлена социальная характеристика пар, планирующих партнерские роды.

Средний возраст мужчин – 29 лет, женщин – 25 лет. Жилищная ситуация современных будущих родителей (по результатам нашего опроса) такова: 20% молодых семей живут вместе с родителями, 70% - обладатели собственных квартир, 10% живут в общежитиях или на съемных квартирах.

Семейное положение: 80% - зарегистрировали свой брак, 20% живут «гражданским» браком.

Образование: высшее образование получили 90% женщин и 70% опрошенных мужчин, средне-специальное – 10% женщин; 30% из опрошенных мужчин не указали сведений.

Социальный статус: работающих женщин в группе – 90 %, 10% указали свой статус «домохозяйка», 100% опрошенных мужчин определили свой статус, как «работающий с полной занятостью».

На основании результатов анкетирования (а так же совместного обсуждения с парой приведенных ответов) предлагается проанализировать проблему различия запросов и ожиданий на партнерские роды у супругов, так же определить стратегию ведения консультации пары, ее подготовки к родам (определение задач и алгоритма поведения каждого из них).

Центральным для исследования стал вопрос выбора стратегий поведения будущих пап в зависимости от особенностей супружеских позиций, которые удивительно схожи с состояниями Я по Э.Берну.

С целью иллюстрации установленной параллели составлена таблица, в которой указаны выявленные стратегии (модели), определяющие желание мужчин присутствовать на родах.

Таблица. Стратегии, определяющие желание мужчин присутствовать на родах.

Отношения мужчина-женщина	**Состояния Я индивида (мужчины) (согласно структурному анализу Э.Берна)**	**Стратегии супружеских отношений**	**Примечание**
Субъект-субъектные отношения	Позиция взрослого	• Сотрудничество • Поддержка • Опека • Патернализм	Яркий пример - пара, в которой мужчина старше и уже имеет опыт отцовства
Субъект-объектные отношения	Позиция родителя	• Отстранение • Пассивность • Бессилие • Страх, опасение • Любопытство • Соперничество • Сверхконтроль	Женщина-объект желаний, какого бы уровня они не были – бытового или сексуального (друг уже был на таких родах, и я буду) (присутствие на родах, даже если жена этого не хочет)
Объект-субъектные отношения	Позиция ребенка	• Подчинение • Безразличие	Мужчина является зависимым, позиция «сына»

Диаграмма

Безусловно, анкетный опрос не дает оснований утверждать истинность декларируемой стратегии. Но на данном этапе наше наблюдение является только лишь определяющим направления работы психолога.

Целесообразно продолжить исследование для разработки эффективных технологий взаимодействия персонала медицинского учреждения с пациентами.

Литература:

1. Банникова С.А.Формирование потребности сопровождения родов с мужем. //Журнал «Перинатальная психология и психология родительства». Тематический выпуск: материалы конференций 2007 года.№4, 2007 год., с.56-58.

2. Елизаров А.Н. Психологическое консультирование семьи: Учебное пособие.- 3-е изд., стер. – М.: «Ось-89», 2008. – 400 с.

3. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство – М: Независимая фирма «Класс», 2007. – 592 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).

4. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М:Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

Плотникова А.Л.

ПРИЕМЫ РАБОТЫ ПО КОММУНИКАТИВНОМУ РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Описываемые в статье приемы коммуникативного развития младенцев могут быть использованы как специалистами домов ребенка, так и родителями в ходе ежедневного взаимодействия с детьми. Разработке этих приемов предшествовало исследование коммуникативного поведения младенцев первого полугода жизни, воспитывающихся в условиях семьи и материнской депривации. Теоретическим основанием исследования явилась Уровневая структура общения, позволяющая изучать коммуникацию на первом году жизни ребенка с социально-психологических позиций.
Ключевые слова: *младенец, контакт, коммуникация, взаимодействие, уровневая структура общения, коммуникативное поведение, материнское поведение, коммуникативное развитие.*

Receptions of communicative development of babies described in article can be used both experts of children's homes, and parents during daily interaction with children. Working out of these receptions was preceded by research of communicative behavior of babies of the first half a year of the life, brought up in the conditions of a family and without parents. The theoretical basis of research was Levels structure of dialogue, allowing to study communications on the first year of life of the child from socially-psychological positions.
Keywords: *the infant, contact, communications, interaction, Levels structure of dialogue, communicative behavior, parent behavior, communicative development.*

На сегодняшний день существует изобилие литературы по младенческому и раннему возрастам, в которой приводятся упражнения по сенсорному, речевому, двигательному, эмоциональному развитию детей на первом году жизни. Составить подборку упражнений по психическому развитию для младенца не представляет трудности, но возникает вопрос о приемах работы.

Бесспорен тот факт, что развитие ребенка происходит в процессе общения со взрослым. Соответственно, работа по сенсорному, эмоциональному, умственному, и даже физическому развитию младенца должна быть опосредована процессом взаимодействия с ним.

Приводимые в статье приемы работы по коммуникативному развитию явились следствием проведенного нами изучения коммуникативного поведения младенцев первого полугода жизни, воспитывающихся в разных условиях. В ходе сложной процедуры эксперимента фиксировались ответные и инициативные реакции младенцев в ходе взаимодействия со взрослым, осуществляемого в различных репрезентативных системах: первая подгруппа – полимодальное взаимодействия в визуальной, аудиальной и тактильной модальностях; вторая и третья подгруппы – бимодальное взаимодействие в визуальной и тактильной; визуальной и аудиальной модальностях. Теоретической основой исследования явилась Уровневая структура общения (Г.В. Акопов, 2003) [1].

В результате исследования мы заключили, что коммуникативное поведение младенца, под которым мы понимаем все поведение человека, которое является носителем информации с точки зрения наблюдателя, различается в зависимости от актуализированных взрослым репрезентативных систем. Это открытие в совокупности с теоретическим обобщением по проблеме исследования позволило нам разработать следующие рекомендации по организации взаимодействия с младенцами, которые могут быть использованы при осуществлении программы по коммуникативному развитию ребенка.

Результаты проведенного нами исследования позволили разработать следующие рекомендации по организации взаимодействия с младенцами, которые могут быть использованы при осуществлении программы по коммуникативному развитию ребенка.

В работе с младенцами первого полугода жизни необходимо учитывать следующие моменты.

1. Поведение взрослого в ситуации взаимодействия с младенцем должно соответствовать материнскому поведению, для которого характерны: использование специфической «детской» речи, преувеличенность мимики, особенности контакта глаз, проксемики общения и др.

Для «детской» речи характерно: упрощение синтаксиса (использование коротких простых фраз); повышение частоты основного тона; расширение диапазона голоса; замедление темпа речи; повторы фраз; удлинение пауз между высказываниями; использование уменьшительно-ласкательных суффиксов; наличие грамматически неправильных конструкций, бессмысленных звуков; интонационное выделение ключевых слов (по форме они представляют собой либо слово – вопрос, либо слово – восклицание); выраженный интонационный контур фраз, предпочтение вопросительных и восклицательных конструкций. Для русскоговорящих матерей, помимо описанных выше особенностей «детской» речи, характерно увеличение длительности гласных и наиболее частое употребление гласного звука [а] в ключевых словах под ударением [5].

В диалоге с младенцем, по сравнению с разговором со взрослым человеком, мимика женщины более выразительная, увеличена длительность представления ребенку определенного выражения лица. Типичная материнская мимика ограничена следующими пятью выражениями лица (Д.Штерн, 1975; 1977): 1) насмешливо-удивленное, сопровождается выразительной речью, используется для выражения положительных эмоций; 2) нахмуривание с возгласами «ООО», «ААА», которые являются преувеличенным выражением отрицательных эмоций; 3) улыбка, используется для поддержания взаимодействия; 4)

выражение симпатии и сочувствия, представляет собой комбинацию элементов насмешливого удивления и нахмуривания; 5) нейтральное выражение лица используется матерью для прекращения или избегания взаимодействия [4].

По сравнению с диалогом взрослых людей, мать смотрит на младенца значительно дольше. Длительность взгляда матери на малыша превышает длительность взгляда ребенка. В процессе взаимодействия мать может и говорить и смотреть на ребенка одновременно, что не совсем характерно для диалога взрослых [3].

Пространственная близость матери к лицу ребенка несравнима с близостью взрослых при общении, которых разделяет большая дистанция. В диалоге с младенцем, по сравнению с разговором взрослых, «сообщения» матери намного короче, а паузы между ними значительно длиннее.

«Материнское» поведение является для младенца знаком того, что собеседник обращается к нему [7].

2. Наиболее благоприятным для взаимодействия со взрослым является состояние спокойного бодрствования младенца. В этом состоянии малыш не спит, но остается пассивным. Его глаза открыты, взгляд ясен; ребенок с интересом смотрит по сторонам. Тело относительно расслаблено. Длительность спокойного бодрствования увеличивается с 20 – 30 минут на первом месяце жизни до 3 – 3,5 часов к году. Состояние младенца можно оценить по положению его рук. Так, согнутые в локтевых суставах руки с расслабленными кистями указывают на состояние спокойного бодрствования; сжатые кулаки и напряженные кисти рук – на состояние тревоги и перенапряжения соответственно [10].

3. Любому взаимодействию с младенцем должен предшествовать этап «настройки», на котором взрослому (матери) целесообразно рефлексировать свое эмоциональное состояние и отношение к ребенку. Рекомендуется инициировать контакт с младенцем, находясь в состоянии внутреннего спокойствия, расслабленности, хорошего настроения. Мы настоятельно не рекомендуем взрослому начинать занятие с ребенком, находясь в выраженном отрицательном психическом состоянии, поскольку маленькие дети чрезвычайно чувствительны к эмоциональному статусу собеседника. Большое значение также имеет конгруэнтность поведения взрослого.

4. Любое занятие с младенцем, независимо от содержания, начинается с установления контакта с ребенком (взгляд в глаза, обращение к младенцу по имени, тактильные воздействия). По поведению ребенка можно определить, вступает он в контакт со взрослым или отказывается от взаимодействия (см. табл. 1) [9].

Целесообразно заниматься с младенцем только в ситуации установления полного контакта с ним независимо от содержания упражнения.

Таблица 1.Возможные реакции младенца первого полугода жизни на уровне контакта (показатели контакта)

Полный контакт	**Частичный контакт**	**Отказ от контакта**
– контакт глаз; – улыбка; – заинтересованное выражение лица; – знаки оживления на лице (глаза расширяются, брови приподнимаются, лицо просветляется); – усиление двигательной активности; – уменьшение двигательной активности; – гуканье, гуление; – смех; – ладонь раскрыта; – протягивание рук ко взрослому (к матери); – раскрытие рук; – беззвучное артикулирование синхронно речи взрослого	– непродолжительный контакт глаз, сопровождаемый изменением в мимике ребенка (знаки оживления на лице, улыбка, мимика интереса), затем отвод взгляда от взрослого; – нейтральное выражение лица; – поворот головы в сторону от взрослого; – соединение рук и поднесение их к голове (к лицу, ко рту, к глазам); – повороты на бок, на живот; – ладони сжаты в кулаки; – усиление двигательной активности; – уменьшение двигательной активности; – гуканье, гуление; – беззвучное движение ртом и языком	– непродолжительный контакт глаз без изменений в мимике ребенка; – отвод взгляда от взрослого; – избегание контакта глаз; – поворот головы в сторону от взрослого; – нейтральное выражение лица; – руки ребенка поднесены к голове (к лицу, ко рту, к глазам); – плач, крик; – повороты на бок, на живот; – усиление двигательной активности; – закрытие глаз; – отталкивание

5. В работе с младенцем можно использовать следующие приемы (см. табл. 2). Взрослый может руководить поведением младенца, актуализируя различные репрезентативные системы. Проведенное нами исследование показало, что исключение из взаимодействия внешней речи повышает значимость тактильно-кинестетической модальности и заставляет младенца сосредоточить внимание на тактильных ощущениях. В то же время в ситуации взаимодействия с молчащим взрослым увеличивается вероятность выхода ребенка из диалога (отказ от общения), так как речь привлекает внимание младенца ко взрослому. Исключение из взаимодействия тактильно-кинестетической репрезентативной системы приводит к

доминированию визуальной модальности, двигательная активность младенца снижается, дети, как правило, демонстрируют зрительное и слуховое сосредоточение на взрослом или на игрушке. Привлечению внимания младенца к объекту способствует указание на нее взглядом – ребенок пытается проследить направление взгляда взрослого.

Таблица 2. Приемы работы с младенцами первого полугода жизни

Задача	**Прием**
Сосредоточить внимание ребенка на объекте (например, игрушке)	– исключение взрослым из взаимодействия с младенцем внешней речи помогает сосредоточить внимание ребенка на собственных тактильных ощущениях; – указание взглядом на объект (взрослый смотрит в глаза ребенку, переводит взгляд на объект, затем восстанавливает контакт глаз, можно одновременно назвать этот предмет и дотронуться до него рукой ребенка) побуждает ребенка проследить направление взгляда взрослого; – младенцев больше привлекают движущиеся объекты, чем неподвижные; – в невербальном поведении взрослого отражается эмоциональное состояние интереса
Вызвать зрительное и слуховое сосредоточение ребенка на взрослом	– устная речь привлекает внимание младенца, а исключение из взаимодействия тактильного контакта приводит к уменьшению двигательной активности ребенка; – в вертикальном положении младенцы более внимательны, чем в положении лежа; – изменение интонации и мимики взрослого привлекают внимание ребенка
Стимулировать коммуникативную активность ребенка	– взрослый общается с младенцем регулярно, выбирая оптимальный уровень стимуляции (и избыток стимуляции, и недостаток снижают активность ребенка); – взрослый подстраивает свое поведение под реакцию ребенка, не подавляя его инициативу; – взрослый всегда идет на контакт с ребенком в ситуации, когда инициатором взаимодействия выступает младенец; – во взаимодействии взрослый использует все репрезентативные системы; – в ходе взаимодействия взрослый хвалит ребенка, указывает его положительные личностные качества; – взрослый повторяет произносимые ребенком звуки, побуждая его к ответной имитации; – соответствие мимики и интонации взрослого значению его речи (конгруэнтное поведение)

Задача	Прием
Стимулировать исследовательскую активность ребенка	- взрослый разговаривает с ребенком от имени того предмета, который необходимо обследовать; - взрослый помогает ребенку обследовать объект в ситуации зрительного сосредоточения ребенка на объекте; - взрослый двигает предметом или его частями перед ребенком на расстоянии вытянутой руки младенца (если ребенок отвлекается и не слушает взрослого, можно поднять этот предмет повыше, чтобы ребенок не мог до него дотянуться – это вызовет зрительное сосредоточение ребенка на объекте или на взрослом)

6. Необходимо помнить, что младенец – это субъект общения, а не объект воздействия взрослого, и признавать за ребенком право на желания, мысли и внутренний мир. Из этого тезиса следует, что в ходе взаимодействия взрослый должен всегда «следовать» за поведением ребенка, выстраивать своё ответное поведение в соответствии с коммуникативным проявлением младенца [8].

Большое значение для коммуникативного развития ребенка имеет поддержка и стимулирование его инициативы. Этому способствует чувствительность взрослого к коммуникативным реакциям малыша и готовность изменять свое поведение в зависимости от поведения младенца. Взрослому рекомендуется персонально подходить к выбору оптимального уровня стимуляции, поскольку недостаток стимуляции так же, как и ее избыток, тормозит развитие инициативы ребенка [6].

Таковы, на наш взгляд, основные моменты, которые рекомендуется учитывать взрослому в ситуации взаимодействия с младенцами первого полугода жизни. Эти рекомендации универсальны и могут быть использованы в работе с младенцами, относящимися к различным социальным группам и группам здоровья.

Литература:

1. Акопов Г.В. Субъектный подход в структурации межличностного общения // Личность и бытие: субъектный подход: Материалы научной конференции, посвященной 75-летию со дня рождения А.В. Брушлин-ского, 15-16 октября 2008г. / Отв. ред. А.Л. Журавлев и др. М., 2008. С. 321-324.

2. Андреева Н.Г., Соколова Л.В. Этот удивительный младенец. СПб., 1999. С. 93.

3. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 1999. С. 62.

4. Исенина Е.И. Дословесный период развития речи у детей. Саратов, 1986. С. 61-62.

5. Ляксо Е.Е. Некоторые характеристики материнской речи, адресованной младенцам первого полугодия жизни // Психологический журнал. 2002. № 2. Том 23. С. 55-64.

6. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб., 2003. С. 156.

7. Мухамедрахимов Р.Ж. Формы взаимодействия матери и младенца // Вопросы психологии. № 6. 1994. С. 16-25.

8. Плотникова А.Л. Младенец как субъект общения // Современные исследования социальных проблем. № 2 (06). Красноярск, 2011. С. 127-129.

9. Плотникова А.Л. Социально-психологическое исследование коммуникативного поведения младенцев первого полугодия жизни: Дис. кандидата психологических наук. Самара, 2006. 152 с.

10. Чемберлен Д. Разум вашего новорожденного ребенка. М., 2003. С. 87.

ОБЗОР АВТОРЕФЕРАТОВ

Гацаева Л.Т.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ СМЕШАННЫХ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

FEATURES OF THE CURRENT OF PREGNANCY, SORTS AND THE POSTNATAL PERIOD AGAINST THE MIXED DISTURBING AND DEPRESSIVE FRUSTRATION IN THE CONDITIONS OF SOCIAL AND ECONOMIC INSTABILITY

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Специальность 14.01.01 – акушерство и гинекология (медицинские науки).

Работа выполнена на кафедре ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России, 2011г.

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Цахилова Светлана Григорьевна;

доктор психологических наук, профессор Филиппова Галина Григорьевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Ляшко Елена Сергеевна;

доктор медицинских наук, профессор Тотчиев Георгий Феликсович.

Ведущая организация:

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Росздрава

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, послеродового периода и совладающего поведения у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности в Чечне.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру аффективных расстройств у беременных женщин в течение беременности, родов, послеродового периода. Выяснить факторы, приводящие к возникновению пограничных

расстройств, а именно смешанных тревожных и депрессивных расстройств.

2. Выявить ведущие копинг-стратегии у беременных женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств.

3. Оценить влияние смешанных тревожных и депрессивных расстройств на течение беременности, родов, послеродового периода.

4. Сравнить влияние смешанных тревожных и депрессивных расстройств на состояние плода во время беременности и в раннем неонатальном периоде.

5. Разработать рекомендации по ведению беременности, родов и послеродового периода у женщин со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами в условиях социально-экономической нестабильности.

Экспериментальная база исследования:

В исследовании приняло участие 209 женщин г. Грозного за период с 2003 по 2008 гг., из них у 121 беременных был диагностирован смешанный тревожно-депрессивный синдром. В контрольную группу вошли 88 (42,1%) условно здоровых беременных женщин, состоящие на учете в женской консультации №26 г. Москвы.

Методы исследования:

Для оценки анамнестических данных, настоящего состояния больных, а также результатов дополнительных исследований применялась специальная карта обследования, включающая анкетные данные, анамнез жизни акушерско-гинекологический анамнез, историю текущей беременности и данные медицинских обследований. Состояние новорожденных при рождении оценивали по шкале Апгар и показателям физического развития (масса тела, рост). Все пациентки консультировались неврологом, терапевтом, окулистом и психиатром.

Для оценки психопатологический проявлений использовался перечень симптомов и синдромов в соответствии с рубриками МКБ-10. С целью изучения особенностей психической патологии, а также имеющихся возможностей ее компенсации, в работе был использован клинико-психологический метод (шкала тревожности и депрессии М.Гамильтона, Опросник «Способы копинга» Р.Лазаруса и клинико-катамнестический метод (оценка динамики клинических особенностей заболевания, закономерностей течения и исхода болезни, результатов проведенного лечения).

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней величины (M) и средней ошибки (m) для каждой группы с оценкой критерия достоверности (p) по

Стьюденту при парных сравнениях. Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ «Stat Graf» и «EXCEL» на персональном компьютере IBM Pentium.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые изучено влияние стресса и смешанных тревожных и депрессивных расстройств на течение беременности, родов и послеродового периода в условиях кризисной обстановки. Рассмотрена структура пограничных психических расстройств, динамика аффективных и тревожных расстройств у беременных женщин в условиях социально-экономической нестабильности. Разработаны методы профилактики и лечения осложнений беременности на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств, которые позволят снизить частоту осложнений беременности (фетоплацентарная недостаточность, гестозы, невынашивание беременности), послеродового периода (лактационная функция) и плода. На основании полученных результатов впервые на большом клиническом материале разработаны рекомендации по ведению беременности и родов у женщин после перенесенных стрессовых ситуаций в условиях социально-экономической нестабильности.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В условиях социально-экономической нестабильности такие стрессовые факторы как: военные действия, неблагоприятные социальные и бытовые условия, отсутствие специализированной медицинской помощи, наличие угрозы жизни, - приводят у беременных женщин к формированию аффективных расстройств, одним из которых является смешанное тревожное и депрессивное расстройство.
2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство в период беременности выступает одним из патогенетических факторов риска повреждающего действия фетоплацентарной системы, что приводит к угрозе прерывания беременности, развитию гестозов, гипоксии плода, аномалии родовой деятельности.
3. Ведущие способы совладания со стрессом у беременных женщин различаются в зависимости от преобладания тревожной или депрессивной симптоматики.

Результаты исследования

В зависимости от клинических проявлений стресса, основная группа была разделена на подгруппы, в результате чего Iа- подгруппу составили 34 (26,4%) беременных с проявлением тревожного синдрома, Iб – 87(72%) с депрессивным синдромом.

Установлено, что все обследованные женщины находились в возрасте от 17 до 38 лет, средний возраст которых составил 25,4±2,3 лет.

Наследственность у 181 (86,7%) рожениц не отягощена, у 1 (0,4%) пациентки отец болел туберкулезом, у 8 (3,9%) обследованных родители страдали сахарным диабетом, у 19 (9,0%) - близкие родственники перенесли злокачественные заболевания различных органов.

Аллергологический анамнез у 186 (89,0%) женщин не был отягощен. У 21 (10,0%) обследованной наблюдались аллергические реакции на различные антибиотики, сульфаниламидные препараты, гормоны, анальгетические средства в виде сыпи на коже и слизистых оболочках, зуда, ринита и насморка, отека Квинке. У 2 (1,0%) пациентки была крапивница, причину которой не удалось выявить.

Анализ анамнестических данных у обследованных беременных показал высокую частота перенесенных экстрагенитальных заболеваний у женщин, перенесших психоэмоциональный стресс.

Наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта в основной группе 22,3%, в контрольной 11,3% соответственно, $p<0,005$. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы выявлены : порок сердца, артериальная гипертензия, которые в основной группе составили 19%, а в контрольной 10% ($p<0,05$). В структуре экстрагенитальных патологий частота заболеваний мочевыводящих путей в основной группе была выше, чем в контрольной (12,3% и 7% соответственно, $p<0,05$). Патология дыхательной системы также чаще встречалась в анамнезе женщин в основной группе 15,7%, в контрольной группе - 8% ($p<0,05$).

Анализ репродуктивной функции обследованных женщин показал, что в обследованных группах средний возраст и количество беременностей достоверно отличались. В среднем женщин с повторной беременностью было в 3 раза больше, чем женщин с первой беременностью. Вместе с тем 90 (53,5%) женщин были первородящими.

При изучении психоэмоционального состояния женщин, перенесших стресс во время военных действиях, происходивших на территории Чеченской республики, выявлено, что беременные женщины в этот период испытывали отрицательные эмоции: 7 (3,3%) пациенток отмечали проявления острой аффективно-шоковой реакции, сопровождавшейся кратковременным сумеречным состоянием сознания; 9 (4,3%) пациенток - остро возникший депрессивный синдром, сопровождавшийся снижением критической оценки происходящего и возможности целенаправленной деятельности.

В основных группах у 53 (25,3%) женщин после начала военных действий возник сильный страх, у 60 (28,8%) – чувство испуга. В 18 (8,7%)

наблюдениях над всеми ощущениями превалировало чувство опасения за близких, особенно, за детей; 13 (6,2%) пациенток говорили о растерянности. При всех этих состояниях, в отличие от острых аффективно-шоковых реакций и острых депрессивных расстройств, сохранялась критическая оценка происходящего и способность к целенаправленной деятельности. 52 (24,9%) беременных женщины, оказываясь недалеко от военных действий, ощущали сердцебиение, холодный пот, головные боли, мышечную дрожь и другие сомато-вегетативные проявления. 70 (33,4%) женщин испытывали легкий испуг или не отмечали никаких психоэмоциональных ощущений.

По шкале Гамильтона у беременных женщин основной группы показатели тревоги как психической, так и соматической в среднем 18.8 балла, а степень выраженности депрессивных расстройств достигала в среднем 18.6 балла, что являлось характерной особенностью этой выборки.

Проанализируем данные исследования женщин основной группы, беременность которых протекала на фоне тревожного синдрома.

В I триместре осложнений беременности не выявлено в 2 (28,6%) наблюдениях при слабо выраженной тревоге и в 4 (44,4%) – при отсутствии тревоги. Угроза прерывания в I триместре наблюдалась у беременных женщин при ярко выраженной тревоге в 8(80,0%) случаях наблюдений, при выраженной тревоге в 7(58,3%), при слабо выраженной тревоге в 5(71,4%) и при отсутствии тревоги в 5(56,0%). Наиболее частым осложнением беременности явился токсикоз - 8(80,0%) при ярко выраженной тревоге, слабо выраженной тревоге - 6 (85,7%), при отсутствии признаков тревожного синдрома - 6(66,6%). Таким образом, ярко выраженная, выраженная и слабо выраженная тревога достоверно влияет на угрозу прерывания беременности в I триместре беременности ($p<0,05$) и токсикоз I половины беременности ($p<0,05$).

Следует указать, что у женщин в данной подгруппе достоверно преобладают такие способы копинга, как поиск социальной поддержки (69,8%; $p<0,05$) и бегство-избегание (61,7%; $p<0,05$), что говорит о склонности пациенток находить преодоление проблемы с помощью усилий в поиске информационной и эмоциональной поддержки социальных сетей, а также говорит об их мысленных стремлениях и поведенческих усилиях, направленных на избегание или бегство от решения проблем. Выраженность тревожности в данной подгруппе положительно коррелирует с копинг-стратегией бегства-избегания ($r=0,33$; $p<0,05$).

Во II триместре беременность на фоне тревожного синдрома без осложнений протекала в 2 (25,0%) наблюдениях при выраженной

тревоге, в 6 (85,2%) – при слабо выраженной и в 8 (88,8%) – при отсутствии тревоги. Наиболее часто встречаемым осложнением во II триместре беременности является гестоз, который отмечен в 4 (40,0%) случаях при ярко выраженной тревоге, в 6 (75,0%) – при выраженной и в 3 (33,3%) – при отсутствии тревоги. Вторым по частоте встречаемости осложнением является угроза прерывания беременности, которая наблюдалась у 2 (20,0%) больных при ярко выраженной тревоге, у 6 (75,0%) – при ярко выраженной, у 5 (71,4%) – при слабо выраженной и у 5 (56,0%) – при отсутствии тревоги. Хроническая внутриутробная гипоксия плода выявлена в 2 (20,0%) наблюдениях при ярко выраженной тревоге, в 6 (75,0%) – при выраженной, в 1 (4,2%) – при слабо выраженной и в 4 (44,4%) – при отсутствии признаков тревожного синдрома. Также выявлена хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая наблюдалась у 2 (20,0%) пациенток при ярко выраженной тревоге, у 3 (37,5%) - при выраженной тревоге, у 3 (42,8%) – при слабо выраженной и у 2 (22,2%) – при отсутствии явлений тревоги. Гипотрофия плода выявлена у 4 (50,0%) женщин при выраженной тревоге, отслойка плаценты (12,5%) и замершая беременность (14,2%) – по 1 наблюдению при выраженной и слабо выраженной тревоге соответственно. Во II триместре беременности ярко выраженная и слабо выраженная тревога достоверно влияет на угрозу прерывания, гестоз и хроническую фетоплацентарную недостаточность ($p<0,05$ соответственно). Выраженных различий в использовании способов копинга у женщин основной I и контрольной группы не обнаружено.

В III триместре на фоне тревожного синдрома беременность протекала без осложнений у 2 (20,0%) пациенток при ярко выраженной тревоге, у 3 (37,5%) – при выраженной и у 6 (67%) – при отсутствии признаков тревожного синдрома. Наиболее часто встречаемым осложнением при этом является гестоз, который выявлен в 4 (40,0%) наблюдениях при ярко выраженной, в 7 случах (87,5%) – при выраженной, в 6 (86,0%) – при слабо выраженной тревоге и в 7 случах (75,0%) – при отсутствии тревоги. Хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 2 пациенток при ярко (20,0%) и слабо выраженной (29,0%) тревоге соответственно и в 3 (33,3%) – при отсутствии тревоги. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечена в 4 (50,0%) случаях при выраженной и в 2 (29,0%) – при слабо выраженной тревоге. Другие осложнения беременности (патологический прелиминарный период, внутриутробная задержка развития плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия, эклампсия) выявлены в единичных случаях при различной выраженности тревожного синдрома. Ярко выраженная и выраженная тревога

достоверно влияет на гестоз в III триместре беременности ($p<0,01$), ярко выраженный тревожный синдром – на гестационную анемию ($p<0,05$) и патологический прелименарный период ($p<0,05$), а выраженная тревога имеет значение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты ($p<0,01$).

Преобладающими копинг-стратегиями у женщин подгруппы Ia является поиск социальной поддержки (69,2%) и бегство-избегание (65,5%). Выраженность тревожности положительно коррелирует с использованием способа копинга бегство-избегание ($r=0,35$; $p<0,05$).

В срок родоразрешены 4 (40,0%) беременных с ярко выраженной тревогой, 5 (62,5%) и 5 (71,4%) – с выраженной и слабовыраженной, и 7 (78,0%) – с отсутствием тревоги. 1 (10,0%) беременная с ярко выраженным тревожным синдромом, 3 (37,5%) – с выраженной тревогой, 4 (57,1%) – со слабо выраженной и 4 (44,4%) – при отсутствии тревоги родоразрешены оперативно. Преждевременные роды наблюдались у 3 (37,5%) рожениц с выраженной, у 4 (57,1%) – со слабо выраженной тревогой и у 4 (44,4%) – с отсутствием тревоги. Стремительные роды наблюдались по 1 случаю при выраженной и слабо выраженной тревоге соответственно. В единичных случаях по медицинским показаниям на фоне тревожного синдрома был произведен медицинский аборт. Антенатальная гибель плода произошла в 2 (20,0%) наблюдениях при ярко выраженной тревоге и по 1 (14,2% и 11,1% соответственно) случаю при слабо выраженной и отсутствии тревоги. У 2 (20,0%) беременных при ярко выраженном тревожном синдроме, у 1 (12,5%) – при выраженной тревоге и у 3 (42,8%) – при слабо выраженной произошел самопроизвольный выкидыш. Ярко выраженная тревога достоверно влияет на исход родов, в частности, на антенатальную гибель плода ($p<0,05$) и самопроизвольный выкидыш ($p<0,05$). Тревожный синдром достоверно влияет на родоразрешение путем операции кесарева сечения ($p<0,05$).

Рассмотрим особенности беременности, родов, послеродового периода, а также совладающего поведения у женщин на фоне депрессивного синдрома.

На фоне депрессивного синдрома в I триместре беременность протекала без осложнений в 3 (4,8%) наблюдениях при депрессии средней и в 3 (12,6%) – при легкой степени тяжести течения. Угроза прерывания в I триместре наблюдалась у 39 (62,0%) беременных женщин при средней тяжести депрессии и у 13 (54,1%) пациенток при легкой тяжести депрессии. Наиболее частым осложнением беременности явился токсикоз, встречаемый в 39 (62,0%) наблюдениях при депрессии средней тяжести и в 13 (54,1%) – легкой степени. Артериальная гипотония наблюдалась у 2 (3,1%) беременных женщин

при депрессии средней тяжести. Гестационная анемия наблюдалась у 6 (9,6%) и у 5 (20,9%) беременных женщин при средней и легкой степени выраженности депрессии соответственно. Пиелонефрит выявлен у 5 (7,2%) пациенток при средней и у 2 (8,3%) – при легкой степени выраженности депрессивного синдрома. Депрессия средней и легкой тяжести достоверно влияет на угрозу прерывания беременности в I триместре ($p<0,01$) и ранний токсикоз ($p<0,05$).

В первом триместре беременности у женщин подгруппы Ib преобладает стратегия дистанцирования (57,5%; $p<0,05$) и поиска социальной поддержки (58,1%; $p<0,05$), что показывает стремление женщин к когнитивным усилиям по отделению от конфликтной ситуации, связанной с социально-экономической нестабильностью и уменьшению ее значимости, а также по преодолению проблемы с помощью усилий в поиске информационной и эмоциональной поддержки социальных сетей. Выраженность депрессии положительно коррелирует с использованием копинг-стратегии дистанцирования ($r=0,34$; $p<0,05$).

Во II триместре беременность на фоне депрессивного синдрома без осложнений протекала в 5 (8,0%) наблюдениях при средней и в 5 (20,9%) – при легкой степени течения. Наиболее часто встречаемым осложнением во II триместре беременности являлся гестоз, который отмечен в 26 (41,2%) случаях при средней степени депрессии и в 8 (33,3%) случаях – при легкой степени депрессии. Вторым по частоте встречаемости осложнением является угроза прерывания беременности, которая наблюдалась у 19 (30,1%) женщин при средней и у 8 (33,3%) – легкой степени выраженности депрессии ($p<0,01$). Анемия беременных во II триместре наблюдалась у 14 (22,2%) женщин с депрессией средней тяжести ($p<0,001$) и только у 2 (8,3%) – легкой тяжести. Хроническая внутриутробная гипоксия плода выявлена в 10 (15,9%) наблюдениях при среднем и в 2 (8,3%) – при легкой степени депрессии. Выявлена хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая наблюдалась у 11 (17,4%) пациенток при депрессии средней тяжести и у 3 (12,6%) – легкой степени. Гипотрофия плода выявлена у 5 (8,0% и 20,9% соответственно) женщин при средней и легкой выраженности депрессии. Также при средней степени депрессии по 1 случаю соответственно наблюдалась отслойка плаценты и неразвивающаяся беременность. Во II триместре беременности депрессия средней и легкой степени тяжести достоверно влияет на угрозу выкидыша ($p<0,05$), гестоз ($p<0,05$) и депрессия средней тяжести – на анемию ($p<0,01$).

Выраженных различий в структуре совладающего поведения между женщинами основной и контрольной группы не обнаружено.

В III триместре на фоне депрессивного синдрома беременность протекала без осложнений только у 1 (4,1%) пациентки. Наиболее часто встречаемым осложнением при этом является гестоз, который выявлен в 24 (38,0%) наблюдениях при средней степени депрессии и в 11 (45,9%) – при легкой степени депрессии, статистически достоверно вероятностью $p<0,05$. Хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 7 (11,1%) беременных при тяжелой степени депрессии и у 2 (8,3%) – при легкой степени депрессии. С достоверностью $p<0,01$ выявлена анемия в III триместре у 13 (20,7%) беременных при депрессии средней и только у 2 (8,3%) – при депрессии легкой тяжести. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечена только при тяжелой степени течения депрессии у 7 (11,1%) беременных. Угроза преждевременных родов наблюдалась в 10 (15,9%) наблюдениях при средней тяжести депрессии и в 2 (8,3%) – при легкой степени депрессии. Хроническая фетоплацентарная недостаточность при депрессии легкой степени у 6 (25,0%) больных ($p<0,001$), в то время как при депрессии средней тяжести у 2 (3,1%) – пациенток ($p<0,001$). Депрессия средней и легкой тяжести достоверно влияет на гестоз в III триместре беременности ($p<0,05$ соответственно), депрессия средней тяжести – на гестационную анемию и угрозу преждевременных родов ($p<0,01$; $p<0,05$), депрессия легкой степени – на хроническую фетоплацентарную недостаточность ($p<0,05$).

В III триместре беременности достоверно значимых различий по копинг-механизмам между выборками выявлено. Выраженность депрессии положительно коррелировала с использованием копинг-стратегии дистанцирования ($r=0,42$; $p<0,05$), что показывает дезадаптивность данной способа совладания с дисфункциональным состоянием. копинг-стратегии. также показывает стремление к когнитивным усилиям по отделению от ситуации и уменьшению ее значимости.

В срок родоразрешены 26 (41,2%) беременных с депрессией средней тяжести и 16 (66,7%) – с легкой депрессией. 10 (15,9%) женщин с депрессией средней тяжести и 16 (66,7%) – с депрессией легкой степени родоразрешены оперативно. Преждевременные роды наблюдались у 9 (14,2%) рожениц средней тяжестью и у 1 (4,1%) пациентки с легкой степенью депрессии. Стремительные роды наблюдались в 2 (3,1%) случаях при средней и в 1 (4,1%) случае при легкой депрессии. У 3 (4,8%) пациенток при депрессивном синдроме средней тяжести по медицинским показаниям была совершено прерывание беременности. Антенатальная гибель плода произошла в 7 (11,1%) наблюдениях при средней депрессии и в 3 наблюдениях (12,6%) – при легкой депрессии. У 3 (4,8%) беременных при депрессии средней тяжести и у 2 (8,3%) – при

депрессии легкой тяжести произошел самопроизвольный выкидыш. Депрессия средней тяжести статистически достоверно оказывает влияние на исход родов, что имело значение при абдоминальном родоразрешении ($p<0,05$) и преждевременных родах ($p<0,05$), а легкая тяжесть депрессии – на самопроизвольный выкидыш ($p<0,01$) и индуцированные роды ($p<0,05$).

Новорожденные от матерей перенесшие стресс в период беременности отмечена хроническая внутриутробная гипоксия плода. При рождении дети оценивались по более низким баллам по шкале Апгар по сравнению с новорожденными контрольной группы. Тяжелое состояние новорожденных обусловлено нарушением процессов ранней постнатальной адаптации. В первую неделю жизни детей достоверных различий в средней массе тела не выявлялось.

Кроме того, 43% новорожденных основной группы нуждались в проведении длительной реабилитационной терапии в детской клинике.

В первой подгруппе Ia здоровыми оказались 21,0% новорожденных, во второй подгруппе Ib группе – всего 3,2% из числа родившихся. Значительно чаще в первой подгруппе Ia определялась физиологическая незрелость новорожденных, гипербилирубинемия, нарушение кровообращения, синдром двигательных нарушений. Кроме того, в основной группе было 30,5% случаев инфицирования плода и новорожденного (ВУИ, постнатальные инфекции). Это свидетельствует об иммунодефицитном состоянии матери, плода, новорожденного, а также о сниженной функции плаценты у женщин. Кардиореспираторный дистресс-синдром развился только у детей от женщин основной группы, более того, в подгруппе Ib 6,2% новорожденных нуждались в респираторной поддержке в виде ИВЛ.

У женщин с первым типом реагирования на стресс рождались дети с недостаточной массой тела почти в два раза чаще, чем в контроле, причем с различными формами гипоксии. При этом имеются в исследуемых группахзначительные отличия. Так, частота гипоксии новорожденных в подгруппе Ia составил 63,6%. В подгруппе Ib основной группы при общем уровне заболеваемости гипоксия отмечена в 70,1%. Тревожные и депрессивные расстройства на фоне социально-экономической нестабильности во время беременности приводят к наиболее серьезным последствиям для новорожденных детей: высокому уровню заболеваемости детей, по сравнению с рожденными от матерей, не подвергавшихся воздействию психотравмирующих факторов.

Выводы:

1. У беременных женщин смешанное тревожное и депрессивное расстройство в условиях социально-экономической нестабильности при отсутствии специализированной помощи приводит к осложненному течению гестационного периода: угроза прерывания беременности в Iтриместре – 66,1%;угроза преждевременных родов – 21,5%; гестозов - 49,3%; гипоксии плода – 63,1%;оперативное родоразрешение в 26% наблюдений вследствии аномалии родовой деятельности. Перенесенные во время беременности стрессовые факторы приводят к формированию пороков развития в 7,5% случаев, аантенатальной гибели плода - в 8,7%.

2. Стрессовые факторы и формирующиеся вследствие них смешанные тревожные и депрессивные расстройства являются одной из причин угрозы прерывания гестационного срока. Наиболее часто угроза прерывания беременности встречалась среди женщин, которые имели психотравмирующую ситуацию на сроках менее 12 недель.

3. Ведущие способы копинга у беременных женщин различаются в зависимости от преобладания тревожной или депрессивной симптоматики в условиях социально-экономической нестабильности. Пациентки с тревожным синдромом более склонны использовать копинг-стратегии поиска социальной поддержки и бегства-избегания. У беременных женщин с депрессивным синдромом доминируют копинг-стратегии поиска социальной поддержки и дистанцирования.

4. У женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств при отсутствии седативной и специализированной психотерапии возрастает частота осложнений беременности: гестоза, фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода – 63,1%, нарушению внутриутробного его развития – 16,8%.Стресс у беременных женщин приводит к серьезным последствиям для новорожденных детей (асфиксия, недостаточность массы тела). Послеродовая дезадаптация встречается у 60,2% родильниц, обусловленная поздним прикладыванием ребенка к груди, ранним прекращением лактации.

Практические рекомендации:

1. Для выявления стрессовых факторов при беременности рекомендуется использовать программу психологического скрининга: на приеме в женской консультации для выявления стрессовых факторов путем клинического интервью или

анкетирования, а также на приеме психолога в женской консультации или в перинатальном центре.

2. У беременных со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами при проведении скрининга наиболее приемлемым является одновременное проведение, как психопрофилактической терапии, так и консультаций психолога с целью обучения адаптивным способам совладания с дисфункциональными эмоциями.

3. При выявлении смешанных тревожно-депрессивных расстройств необходимо проводить углубленное обследование, диагностику и лечение акушерских осложнений в условиях многопрофильной больницы с акушерским стационаром.

4. Необходима госпитализация женщин со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами в сроке доношенной беременности в акушерский стационар для комплексной оценки биологической готовности к родам, проведения дородовой подготовки.

5. В штатную структуру женской консультации, перинатальных центров необходимо ввести медицинского психолога с целью проведения психокоррекционных мероприятий для беременных женщин.

Васягина Н.Н.

СУБЪЕКТИВНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ МАТЕРИ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИОКУЛЬТУРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ РОССИИ

SUBJECTIVE FORMATION OF MOTHER IN MODERN SOTSIO-CULTURAL SPACE OF RUSSIA

Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук.

Специальность 19.00.07 – педагогическая психология

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет», Екатеринбург, 2011

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор Шабельников В.К. доктор психологических наук, профессор Филиппова Г.Г., доктор психологических наук, профессор Шнейдер Л.Б.

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Уральский государственный университет им. А.М. Горького»

Проблема исследования состоит в необходимости обоснования сущности, детерминант и механизмов субъектного становления матери как научных основ психолого-педагогического сопровождения матери в современном социокультурном пространстве России.

Цель исследования: теоретико-методологическое обоснование, разработка и эмпирическая проверка концепции субъектного становления матери.

Гипотезы исследования:

Общая гипотеза исследования: В современном социокультурном пространстве России актуализируется потребность в женщине-матери, осознающей свою миссию, готовой к осуществлению социально значимой воспитательной деятельности, обладающей самостным потенциалом, обеспечивающим ее способность к самоопределению, самопреобразованию, самореализации в материнстве. Субъектное становление есть психологическое явление высокой степени сложности, раскрывающее связь личностного и деятельностного самоосуществления женщины-матери в социокультурном пространстве. Их соотношение выступает фундаментальным условием, благодаря которому обеспечивается высший уровень организации и синтеза сложно взаимосвязанных в системное целое субъектных характеристик, выявляется субъектность существования матери.

Общая гипотеза конкретизируется в следующих положениях:

1. Субъектное становление матери в социокультурном пространстве имеет триадную *детерминацию* и опосредовано динамической организацией и непрерывным взаимодействием общественной и индивидуальной плоскостей социокультурного пространства в единстве с воспитательной деятельностью матери.

2. Процессы рефлексии и антиципации образуют психологический *механизм* субъектного становления матери. Суть данного механизма состоит в том, он связывает воедино актуальную и потенциальные педагогические ситуации материнства: рефлексия обусловливает осознание матерью себя в пространстве социокультурной реальности, позволяет отобрать из социокультурного пространства значения и смыслы культуры, а антиципация – построить обобщенный образ себя и диады «Мать-Ребенок» как части мира в будущем, спрогнозировать необходимые самоизменения для достижения целей воспитательной деятельности.

3. Характеристики субъектности матери отражены в ее самосознании, которому принадлежит смыслообразующая роль в процессе построения матерью социокультурного пространства и себя как части этого пространства, а также при реализации социально значимой воспитательной деятельности. Исследование самосознания позволяет описать общие тенденции, раскрывающие субъектную сущность матерей (уровень субъектности, типы субъектности) и вариативность субъектного становления, опосредованного личностными и деятельностными переменными, в которых раскрывается системная организация матери как субъекта.

4. При организации психолого-педагогического сопровождения матери следует учитывать концептуальные положения, раскрывающую сущность, детерминанты и механизмы субъектного становления матери. Обучение матерей является важной составляющей системы их психолого-педагогического сопровождения в том случае, если оно выступает как основа самоизменения в целях последующей осознанной самореализации в социально значимой воспитательной деятельности. Разработанная нами обучающая программа позволяет объективировать значимые составляющие субъектного становления матери в современном социокультурном пространстве.

Экспериментальная база исследования: Общее число участников исследования составило 1470 человек. В опытно-поисковой работе по исследованию представлений о материнстве и роли матери в современном социокультурном пространстве России приняли участие 300 респондентов разного пола и возраста, 320 женщин-матерей были

задействованы при изучении особенностей ценностно-смысловой сферы и специфики воспитания, детерминированных макро- и микро-уровнями социокультурного пространства.

В основном эмпирическом исследовании приняли участие 850 женщин-матерей, отобранные методом случайной выборки в Московской, Ленинградской, Свердловской и Костромской областях. В апробации обучающей программы «Я – мама» участвовали 100 матерей. Реализация программы осуществлялась на базе социального отдела Уральского государственного педагогического университета, муниципального дошкольного образовательного учреждения №468 (г. Екатеринбург), дошкольного образовательного учреждения №1 (г. Артемовский Свердловской области), муниципального образовательного учреждения гимназия № 7 (г. Березовский Свердловской области), Центра психологической помощи семье и детям (г. Екатеринбург).

Методы исследования: *Эмпирические:* методы сбора эмпирических данных (методика ОСМ «Особенности самосознания матери» Н. Н. Васягиной, методика «Я – мама» Н. Н. Васягиной, техника репертуарных решеток Д. Келли, опросник исследования самоотношения личности С. Р. Пантилеева, методика PARI (parental attitude research instrument) Е. С. Шеффера и Р. К. Белла, адаптированная Т. В. Нещерет, в модификации Т. В. Архиреевой, опросник для исследования эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия Е. И. Захаровой, опросник «Взаимодействие родитель–ребенок» И. М. Марковской, методика исследования ролевых паттернов отношения к Другому взрослого человека (МИРП) Ю. В. Александровой, опросник Плутчика – Келлермана – Конте, опросник терминальных ценностей (ОТЕЦ) И. Г. Сенина, стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Л. Н. Собчик), формирующий эксперимент; *обработки и интерпретации результатов*: методы математической статистики (выявление различий, оценка достоверности изменений, корреляционный, факторный и кластерный анализ с использованием пакета прикладных программ Statistika 6,0 for Windows), метод экспертных оценок, сравнительный анализ, графические методы представления полученных данных.

Научная новизна исследования заключается в том, что в нем разработана совокупность положений и выводов, содержащих решение важной научной проблемы – субъектного становления матери, а именно:

1. Впервые в педагогической психологии женщина-мать рассматривается как субъект, имеющий преимущество перед иными субъектами современного социокультурного пространства по силе и

продолжительности педагогического воздействия на формирование личности ребенка.

2. Разработана концепция субъектного становления матери, раскрывающая взаимосвязь ее личностного и деятельностного самоосуществления в современном социокультурном пространстве, соотношение которых выступает фундаментальным условием, обеспечивающим высший уровень организации и синтеза сложно взаимосвязанных в системное целое субъектных характеристик матери.

3. Определены теоретико-методологические основания, принципы изучения *субъектного становления матери* как ее самоизменения, определяющего момент перехода к себе как к иному, новому уровню целостности посредством актуализации самостных процессов, потенциал которых обеспечивает освоение матерью своего нового субъектного состояния и задает возможные траектории изменения себя как открытой саморазвивающейся системы, задавая тем самым изменения ребенка и социокультурного пространства.

4. Предложена модель, раскрывающая сущность, детерминанты, механизмы и основания субъектного становления матери в социокультурном пространстве:

- обоснована *триадная детерминация* субъектного становления матери, раскрывающая взаимосвязи между общественной и индивидуальной плоскостями социокультурного пространства и воспитательной деятельностью матери. Выявлен и описан психологический феномен влияния на самосознание, психику и поведение матери *социокультурного пространства общества,* которое согласовывает конкретную женщину-мать и общество как совокупного субъекта в едином со-бытийном пространстве и опосредует содержание ее *индивидуального социокультурного пространства*, сложившегося на данный момент в психике матери образа мира, определяющего для нее значение и смысл восприятия, понимания и преобразования социокультурной реальности. Раскрыта специфика воспитательной деятельности матери как преобразовательной активности, направленной на формирование у ребенка смысловых образований, в которых записаны эффекты воспитательного воздействия, вклады матери;

- описан психологический *механизм* субъектного становления матери, представленный единством процессов рефлексии и антиципации. Действие данного механизма состоит, во-первых, в придании личностного смысла воспринимаемой социокультурной реальности, в построении субъективного образа мира, себя и диады «Мать-Ребенок» как части этого мира; во-вторых, в актуализации самостных процессов, посредством которых мать созидает себя, достигает высшего уровня личностной зрелости; в-третьих, обеспечивает матери выход на

уровень устойчивой самореализации посредством изменения себя и, как следствие, ребенка и социокультурного пространства в целом;

- обосновано, что в условиях выраженной неопределенности современного социокультурного пространства России сущность матери-субъекта обнаруживается через проблемное поле ее самостного потенциала; теоретически доказано и эмпирически подтверждено, что достижение субъектной целостности матери обеспечивается самосознанием как фундаментальным *основанием* ее субъектного становления;

- дано определение *самосознания матери* как сущностной (смыслообразующей) составляющей субъектности матери в социокультурном пространстве, представленной диалектическим единством образа мира и развертыванием субъективного опыта женщины; как сложного, синтетического, психологически значимого образования, присущего матери, которое выступает внутренним фактором рефлексии ее самопостижения и самоотношения и антиципирует перспективы самореализации в социокультурном пространстве;

- определены критерии субъектности матери, в качестве которых рассматриваются результирующие характеристики ее самосознания: дифференцированность образа «Я –мать», наличие в образе «Я – мать» характеристик, отражающих собственную позицию матери, открытость новому опыту, ценностное отношение к материнству, принятие себя в роли матери, отношение к ребенку как субъекту, воспитательная компетентность, самопроектирование будущего, целостность самосознания матери.

5. Изучены общие особенности, раскрывающие субъектную сущность матерей в современном социокультурном пространстве России и вариативность субъектного становления, опосредованная личностными и деятельностными переменными, в которых раскрывается системная организация матери как субъекта:

- охарактеризовано актуальное субъектное состояние матерей в современном социокультурном пространстве России;

- теоретически обоснованы и эмпирически выделены уровни субъектности матерей (высокий, средний, низкий), эмпирически зафиксировано преобладание *низкого уровня субъектности*;

- на основе содержательного анализа комбинации элементов в структуре самосознания выявлены и описаны типы субъектности матерей, отличающиеся сформированностью психологического механизма субъектного становления матери: субъектно-жертвенные, субъектно-противоречивые, субъектно-нормативные, субъектно-

неуверенные, субъектно-деятельные, субъектно-благополучные, субъектно-зрелые;

- доказано, что увеличение стажа материнства не приводит к совершенствованию матери как субъекта, определяя возникновение новых качеств по горизонтали, когда медленное изменение состояния матери как субъекта приводит лишь к содержательной перестройке структуры ее самосознания;

-теоретически обосновано и эмпирически подтверждено, что качественное своеобразие субъектности матери связано с ее личностными особенностями, среди которых ведущая роль принадлежит смыслам и ценностям женщины, а также таким личностным качествам, как оптимистичность, ригидность, пессимистичность, мужественность – женственность, импульсивность, невротический сверхконтроль. Установлено, что вариант субъектного становления матери сопряжен с наличием оптимистичности в сочетании с ценностями развития себя, собственного престижа в сфере общественной жизни. Предложена система психолого-педагогического сопровождения матери, ядро которой составляет обучение. Установлено, что психологическим основанием обучения матерей, обеспечивающего их личностное самосовершенствование и эффективность воспитательной деятельности, является развитие самосознания посредством формирования навыков рефлексии и антиципации как единого психологического механизма, определяющего процесс субъектного становления матери в ходе обучения. Разработана и апробирована обучающая программа, позволяющая объективировать значимые составляющие субъектного становления матери в современном социокультурном пространстве.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Кардинальные изменения в российском социокультурном пространстве, модернизация образовательной политики обусловили особую значимость матери в формировании личности ребенка. Являясь первым педагогом, проводником ребенка в мир социокультурной реальности, посредником между ребенком и социокультурным пространством, по силе педагогического воздействия мать имеет преимущество по сравнению с иными субъектами образования. В связи с этим назрела необходимость определения теоретико-методологических основ субъектного становления матери, осознающей свою миссию, готовой к осуществлению социально значимой воспитательной деятельности, обладающей самостным потенциалом, обеспечивающим ее способность к самоопределению, самопреобразованию, самореализации в материнстве, и разработки системы психолого-педагогического сопровождения матери в современном социокультурном пространстве.

Поэтому детальное исследование личности матери становится актуальной задачей современной педагогической психологии.

2. *Концепция субъектного становления матери в социокульурном пространстве* представлена содержательно-целевым, критериально-оценочным и операциональным блоками. *Содержательно-целевой блок* включает обоснование подходов к исследованию субъектного становления матери в социокультурном пространстве, описание категориально-понятийного аппарата, разработку модели становления матери как субъекта. *Критериально-оценочный блок* представлен критериями субъектности матери, в качестве которых рассматриваются результирующие характеристики ее самосознания (дифференцированность образа «Я – мать», наличие в образе «Я – мать» характеристик, отражающих собственную позицию, открытость новому опыту, ценностное отношение к материнству, принятие себя в роли матери, отношение к ребенку как субъекту, воспитательная компетентность, самопроектирование будущего, целостность самосознания матери), и сравнительно-оценочными показателями субъектного становления матери (общие особенности, раскрывающие субъектную сущность матерей и вариативность субъектного становления, опосредованного личностными и деятельностными переменными). *Операциональный блок* содержит обоснование и разработку психодиагностического инструментария и обучающей программы, составляющей ядро системы психолого-педагогического сопровождения матери в современном социокультурном пространстве России.

3. *Модель становления матери как субъекта* раскрывает сущность, детерминанты, основания и механизмы субъектного становления матери в *социокультурном пространстве*.

Сущность *матери-субъекта* раскрывается через проблемное поле ее самостного потенциала, с помощью которого мать изменяет себя и тем самым изменяет социокультурное пространство.

Субъектное становление матери в социокультурном пространстве имеет триадную *детерминацию* и опосредовано динамической организацией и непрерывным взаимодействием общественной и индивидуальной плоскостей социокультурного пространства в единстве с воспитательной деятельностью матери.

Процессы рефлексии и антиципации образуют единый психологический *механизм* субъектного становления матери. Действие данного механизма состоит в придании личностного смыла воспринимаемой социокультурной реальности и формировании потенциальностей, порождающих психологические новообразования, посредством которых мать созидает себя, прогнозирует и реализует воспитательную деятельность.

Психологическим *основанием* субъектного становления матери в социокультурном пространстве является ее самосознание. Самосознанию принадлежит смыслообразующая роль в процессе построения матерью социокультурного пространства и себя как части этого пространства, осознания ценностно-смысловых оснований материнства, а также при реализации социально значимой воспитательной деятельности.

4. Детальное рассмотрение понятия «*субъектное становление матери*» *проведено* с учетом содержательной характеристики данного понятия с опорой на изучение актуального субъектного состояния матери и его процессуальной характеристики.

Содержательная характеристика понятия: субъектное становление матери определяется как ее самоизменение, определяющее момент перехода к себе как к иному, новому уровню целостности посредством актуализации самостных процессов, потенциал которых обеспечивает освоение матерью своего нового субъектного состояния и задает возможные траектории изменения матерью себя как открытой саморазвивающейся системы и тем самым изменения социокультурного пространства. Психологическая сущность субъектного становления матери заключается в том, что оно обусловлено ее самостным (внутренним) потенциалом.

Характеристика актуального субъектного состояния матери отражает качественное своеобразие субъектности матери в конкретный момент времени и предстает как единство индивидного, личностного и субъектно-деятельностного начал, образующих ее целостность. Актуальное состояние субъектности матери отражено в ее самосознании. Исследование самосознания матери позволило описать общие особенности, раскрывающие субъектную сущность, выявить уровни, типы субъектности матерей в современном социокультурном пространстве России и изучить вариативность их субъектного становления (на примере респондентов с разными индивидуально-личностными особенностями, разным стажем материнства).

Процессуальная характеристика: субъектное становление матери происходит в проблемных ситуациях, где заостряются противоречия между той или иной плоскостью социокультурного пространства, необходимостью реализации воспитательной деятельности и возможностями матери. Субъектное разрешение таких ситуаций сопровождается сознательным поиском путей преодоления психологического дискомфорта, совладание с которым открывает перед матерью новые вариативные траектории самоизменения.

5. *Обучение матерей является* важной *составляющей системы их психолого-педагогического сопровождения* в том случае, если оно выступает основой самоизменения в целях последующей самореализации в

социально значимой воспитательной деятельности. При этом психологическим основанием обучения матерей, обеспечивающего их личностное самосовершенствование и эффективность воспитательной деятельности, является развитие самосознания через формирование навыков рефлексии и антиципации как единого психологического механизма, определяющего процесс субъектного становления матери в ходе обучения. Разработанная на основе концепции субъектного становления матери обучающая программа позволяет объективировать значимые составляющие субъектного становления матери в современном социокультурном пространстве России.

Результаты исследования.

1. В современном социокультурном пространстве России мать воспринимается как активный и самостоятельный субъект, который задает смысло-жизненные основания становления ребенка как самостоятельного субъекта, а следовательно, и перспективы развития социокультурного пространства в целом, в силу чего особую актуальность приобретает проблема осознанного материнства, требующего от матери большей зрелости, готовности к самореализации, личностному развитию, активному изменению «мира» и «себя в мире». В связи с этим назрела необходимость восполнения недостаточности теоретического и практического знания о субъектном становлении матери, о его механизмах, об особенностях присвоения матерью выработанного обществом содержания социокультурного пространства и материнства как особой в своем значении ценности, разработки научных основ психолого-педагогического сопровождения матери в современном социокультурном пространстве.

2. В настоящей работе предложена концепция субъектного становления матери, раскрывающая взаимосвязь личностного и деятельностного самоосуществления женщины-матери в современном социокультурном пространстве, соотношение которых выступает фундаментальным условием, обеспечивающим высший уровень организации и синтеза сложно взаимосвязанных в системное целое субъектных характеристик матери. Концепция представлена содержательно-целевым (обоснование подходов к исследованию субъектного становления матери в социокультурном пространстве, описание категориально-понятийного аппарата, модель становления матери как субъекта), критериально-оценочным (критерии субъектности матери, сравнительно-оценочные показатели субъектного становления матери) и операциональным (психодиагностический инструментарий, обучающая программа) блоками.

3. Субъектное становление матери – ключевое понятие концепции – рассмотрено в контексте основных положений системно-эволюционного, субъектно-деятельностного и личностно-ориентированного подходов как ее самоизменение, определяющее момент перехода к себе как к иному, новому уровню целостности посредством актуализации самостных процессов, потенциал которых обеспечивает освоение матерью своего нового субъектного состояния и задает возможные траектории изменения себя как открытой саморазвивающейся системы, задавая тем самым изменения социокультурного пространства.

4. Разработана модель, раскрывающая сущность, детерминанты, механизмы и основания субъектного становления матери в социокультурном пространстве:

- обоснована *триадная детерминация* субъектного становления матери, раскрывающая взаимосвязи между общественной и индивидуальной плоскостями социокультурного пространства и воспитательной деятельностью матери. Выявлен и описан психологический феномен влияния на самосознание, психику и поведение матери *социокультурного пространства общества,* которое согласовывает конкретную женщину-мать и общество как совокупного субъекта в едином со-бытийном пространстве и опосредует содержание ее *индивидуального социокультурного пространства*, сложившегося на данный момент в психике матери образа мира, определяющего для нее значение и смысл восприятия, понимания и преобразования социокультурной реальности. Раскрыта специфика воспитательной деятельности матери как преобразовательной активности, направленной на формирование у ребенка смысловых образований, в которых записаны эффекты воспитательного воздействия, вклады матери;

- описан психологический *механизм* субъектного становления матери, представленный единством процессов рефлексии и антиципации. Действие данного механизма состоит, во-первых, в придании личностного смыла воспринимаемой социокультурной реальности, в построении субъективного образа мира, себя и диады «Мать-Ребенок» как части этого мира; во-вторых, в актуализации самостных процессов, посредством которых мать созидает себя, достигает высшего уровня личностной зрелости; в-третьих, обеспечивает матери выход на уровень устойчивой самореализации посредством изменения себя и как следствие, ребенка и социокультурного пространства в целом;

- обосновано, что в условиях выраженной неопределенности современного социокультурного пространства России сущность матери-субъекта обнаруживается через проблемное поле ее самостного потенциала.

5. Теоретически доказано и эмпирически подтверждено, что достижение субъектной целостности матери обеспечивается самосознанием как фундаментальным *основанием* ее субъектного становления:

- дано определение *самосознания матери* как сущностной (смыслообразующей) составляющей субъектности матери в социокультурном пространстве, представленной диалектическим единством образа мира и развертыванием субъективного опыта женщины; как сложного синтетического, психологически значимого образования, присущего матери, которое выступает внутренним фактором рефлексии ее самопостижения и самоотношения и антиципирует перспективы самореализации в социокультурном пространстве;

- определены критерии субъектности матери, в качестве которых рассматриваются результирующие характеристики ее самосознания: дифференцированность образа «Я – мать», наличие в образе «Я – мать» характеристик, отражающих собственную позицию матери, открытость новому опыту, ценностное отношение к материнству, принятие себя в роли матери, отношение к ребенку как субъекту, воспитательная компетентность, самопроектирование будущего, целостность самосознания матери;

- разработана программа эмпирического исследования субъектности матери через изучение смыслового содержания, структурной организации, особенностей ее самосознания.

6. Получены эмпирические данные, отражающие актуальное субъектное состояние матери в современном социокультурном пространстве России:

- обнаружено, что наряду с выраженностью отдельных компонентов субъектности у матерей отсутствует целостная и связная выраженность этого свойства, в самосознании выявлены существенные деформации, препятствующие субъектному становлению матери;

- определены уровни субъектности матерей (высокий, средний, низкий), зафиксировано преобладание *низкого уровня субъектности* (63,12% от общей выборки), который характеризуется недостаточной дифференцированностью образа «Я – мать», что не позволяет респондентам понять сложность и многообразие своего внутреннего мира, блокирует возможности познания мира, сравнения себя с ним и изменение мира и себя, закрытостью по отношению к новому опыту, отсутствием в образе «Я – мать» характеристик, отражающих собственную позицию матери, обесцениванием себя в роли матери, недостаточной воспитательной компетентностью, отсутствием навыков самопроектирования будущего;

- на основе комбинации элементов самосознания выделены и описаны типы субъектности при разной степени сформированности психологического механизма, определяющего процесс субъектного становления матери: субъектно-жертвенные, субъектно-противоречивые, субъектно-нормативные, субъектно-неуверенные, субъектно-деятельные, субъектно-благополучные, субъектно-зрелые.

7. Изучена вариативность субъектного становления матерей, заданная личностными (на примере личностных особенностей матери) и деятельностными (на примере стажа материнства) переменными:

- эмпирически доказано, что увеличение стажа материнства не приводит к совершенствованию матери как субъекта, определяя возникновение новых качеств по горизонтали, когда медленное изменение субъектного состояния матери приводит лишь к содержательной перестройке структуры ее самосознания;

- теоретически обосновано и эмпирически подтверждено, что качественное своеобразие субъектности матери связано с ее личностными особенностями, среди которых ведущая роль принадлежит смыслам и ценностям женщины, а также таким личностным качествам, как оптимистичность, ригидность, пессимистичность, мужественность – женственность, импульсивность, невротический сверхконтроль. Установлено, что вариант субъектного становления матери сопряжен с наличием оптимистичности в сочетании с ценностями развития себя, собственного престижа в сфере общественной жизни.

8. Теоретически обоснованные и эмпирически подтвержденные концептуальные положения, раскрывающие сущность, детерминанты, механизмы и особенности субъектного становления матери являются теоретико-методологическим основанием организации психолого-педагогического сопровождения матери в современном социокультурном пространстве. Ядро психолого-педагогического сопровождения матери в современном социокультурном пространстве составляет обучение. Психологическим основанием обучения матерей, обеспечивающего их личностное самосовершенствование и эффективность воспитательной деятельности, является развитие самосознания посредством формирования навыков рефлексии и антиципации как единого психологического механизма, определяющего процесс субъектного становления матери в ходе обучения.

9. Разработанная на основе концепции субъектного становления матери обучающая программа «Я – мама» позволяет объективировать значимые составляющие ее субъектного становления в современном социокультурном пространстве, создавая условия для формирования ценностно-смысловых оснований материнства, направляя на осознание

целей, мотивов, ценностей материнства, ориентируя на самоосуществление в материнстве, благодаря чему матери удается обрести субъектность существования.

Меренкова В.С.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ МАТЕРИ

FEATURES OF CHILD FIRST AND SECOND YEAR OF LIFE AS A FUNCTION OF EMOTIONAL RESPONSE OF MOTHER

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В настоящее время задача сохранения и укрепления здоровья населения приобретает особую актуальность. За последнее десятилетие произошли демографические сдвиги, характеризующиеся сокращением количества детей и ухудшением качества их здоровья (А.А. Баранов, 1999, 2001).

Эта проблема становится центральной не только для нашей страны. Есть два подхода, оценивающие состояние человека. Первый основан на поиске в каждом человеке проявлений здоровья, а второй – патологии (M. Bertini, 2009). Слишком долго в психологии бытовал второй подход, что привело к достаточно полному описанию патологических процессов и отсутствию чётких критериев здоровья. Однако в последнее время произошли существенные изменения в соотношении этих подходов, что привело к появлению обществ и журналов, направленных на поиск психологических основ здоровой части человеческой натуры.

В этих условиях особое значение приобретает качество здоровья новорожденных, зависящее от здоровья родителей – соматического, психического, репродуктивного (О.В. Шарапова, 2003).

Состояние психологического здоровья детей является одной из серьезнейших проблем детской психологии (И.В. Дубровина, 2000), поскольку психофизиологическое состояние в этом возрасте предопределяет эффективность функционирования всех когнитивных и эмоциональных процессов, лежащих в основе формирования личности (Л.Ф. Обухова, 1996; В.С. Мухина, 2003; М.М. Безруких и др., 2005; С.В. Зверева, 2005; Е.А. Сергиенко, 2006; В.Г. Каменская, Л.В. Томанов, 2008). В ряде работ медицинского и психологического характера (С.М. Громбах, 1973, 1981; Д.Р. Исаев, 1982; В.Ю. Альбицкий, 1988-1989, 1994; А.И. Захаров, 2000; Н.Б. Серова, 2000; Э.Г. Эйдмиллер, В.В. Юстицкий, 2009) рассматриваются причины нарушения здоровья, факторы, ведущие к ухудшению здоровья детей, проявления симптомов болезни. Среди выделенных факторов наиболее важными и достаточно изученным являются изменения психофизиологического

состояния матери в период беременности, непосредственно влияющие на здоровье ребёнка в постнатальный период.

После рождения большая часть детей получает тот или иной диагноз еще в роддоме, который может дополниться или быть снятым после посещения врача поликлиники. При этом к концу первого и весьма часто к концу второго года жизни диагнозы у детей, поставленные ранее, снимаются специалистами (А.А. Баранов, 1999). В значительной мере изменение состояния ребенка предопределяется эффективными действиями ухаживающих за ним людей, в основном, матери. Именно мать в большинстве семей относит ребенка к врачу и выполняет необходимые инструкции по реабилитации. В этом случае ее вовлеченность в процесс восстановления здоровья ребенка будет существенно влиять на благоприятный прогноз его выздоровления в тех случаях, когда болезнь не является наследственной, а определяется особенностями внутриутробного развития и родов.

Согласно современным представлениям, эмоциональная связь между ребенком первых лет жизни и матерью является ведущим фактором его здорового развития (Л.С. Выготский, 1982-1984; Р.Ж. Мухамедрахимов, 2003; Дж. Боулби, 2006). И тогда встает вопрос, каковы особенности эмоционального реагирования матери, которые способствуют эффективной реабилитации ребенка? Влияние эмоционального реагирования матери на здоровье ребенка первых лет жизни изучено недостаточно. Есть множество работ о влиянии отдельных психологических проблем матери, например, послеродовой депрессии, на здоровье ребёнка. Доказано, что чем ранее возникает эта патология, тем более негативное влияние оказывает она на интеллект ребенка (S.M, Petterson, A.B. Albers, 2001), особенно мальчика (D.R Offord, 1989).

При этом нет данных о связи особенностей эмоционального реагирования матери и эффективности выздоровления ребенка в первые годы его жизни. Остаётся неизученным влияние составляющих этого эмоционального реагирования – уровня привязанности, уровня тревожности, эмоционального интеллекта и особенностей вегетативной регуляции при переживании эмоций – на эффективность купирования тех или иных болезненных состояний, возникающих у ребёнка в возрастной период от рождения до двух лет.

В связи с вышеизложенным, **цель настоящего исследования** состоит в описании особенностей здоровья детей первого и второго года жизни в зависимости от эмоционального реагирования матери.

Объект исследования: 50 диад «мать-ребенок первого года жизни» и 50 диад «мать-ребенок второго года жизни» (всего 200 человек).

Предмет исследования: особенности здоровья детей первых двух лет жизни в зависимости от эмоционального реагирования матери.

Гипотезы исследования:

- Состояние здоровья мальчиков и девочек при рождении различным образом зависит от психофизиологического состояния матери в перинатальный период.
- Вероятность благоприятного прогноза в отношении здоровья ребенка первых двух лет жизни зависит от эмоционального реагирования матери.
- Чем старше ребенок, тем в большей мере его здоровье зависит от эмоционального реагирования матери.

Цель, объект, предмет и гипотеза исследования определили **задачи исследования:**

1. Проанализировать теоретическое состояние проблемы связи здоровья ребенка первых лет жизни с эмоциональным реагированием его матери.
2. Исследовать изменение здоровья детей первых двух лет жизни.
3. Описать зависимость здоровья мальчиков и девочек при рождении от особенностей психофизиологического состояния матери в перинатальный период.
4. Выявить параметры эмоционального реагирования матери, являющиеся прогностическими факторами эффективного выздоровления ребенка в течение первых двух лет жизни.
5. Определить вклад типологических особенностей, обусловленных спецификой вариабельности ритма сердца матерей при припоминании и вербальном воспроизведении эмоциональных событий, в улучшение здоровья их детей.
6. Изучить изменение влияния эмоционального реагирования матери на здоровье ребенка в зависимости от его возраста и пола.

Методологической основой диссертационного исследования являются: принципы саморегуляции состояний головного мозга и организма во взаимодействии со средой обитания А.А. Ухтомского (2002), теория системной динамической мозговой локализации высших психических функций, разработанная в трудах А.Р. Лурия (2002); культурно-историческая концепция Л.С. Выготского (2005, 2008), согласно которой развитие ребенка напрямую зависит от ближайшего окружения; теория привязанности Дж. Боулби (2006), в соответствии с которой способы взаимодействия ребенка с матерью, закладывающиеся в первые годы жизни, предопределяют дальнейшее взаимодействие человека с миром; учение о здоровье как психофизиологической адаптации к условиям среды (Ф.З. Меерсон, 1986; Р.М. Баевский, 1976);

теоретические представления о системных психофизиологических механизмах эмоционального реагирования (П.К. Анохин, 1975; Н.П. Бехтерева, 1978; Н.Н. Василевский, 1982; А.С. Батуев, 1991; В.И. Медведев, 2003).

Для решения поставленных в исследовании цели и задач, а также в соответствии с гипотезой и объектом использовались следующие **методы исследования**.

Первый блок методов связан с описанием особенностей здоровья детей первого и второго года жизни. Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась на основе шести основных показателей (критериев) здоровья (Л.Г. Голубева, 2002), сведения относительно которых были получены из индивидуальных медицинских карт детей в возрасте до двух лет. На использование этой информации было получено разрешение родителей детей.

Второй блок методов направлен на исследование эмоционального реагирования матерей, имеющих детей до двух лет, и включал в себя следующие методы: оценка вариабельности сердечного ритма матерей с помощью компьютерной программы «Омега-М» в процессе припоминания и вербального воспроизведения ими эмоционально значимых событий; опросник Спилбергера-Ханина; тест-опросник, оценивающий отношение матери к ребенку первых двух лет жизни (Н.В. Верещагина, Е.И. Николаева, 2009); опросник ЭмИн, направленный на оценку эмоционального интеллекта (Д. В. Люсин, 2004).

Эксперимент проводился в течение трёх лет с 2006 по 2008 гг. В исследовании принимали участие две возрастные группы раннего возраста и их матери, проживающие в г. Ельце и Елецком районе Липецкой области.

Достоверность результатов исследования обеспечена изучением и анализом научных источников по проблеме исследования; репрезентативностью выборки; использованием методов диагностики, адекватных предмету исследования; условиями процедуры обследования испытуемых; применением необходимых методов статистической обработки данных.

Положения, выносимые на защиту:

- Состояние здоровья детей при рождении зависит от числа факторов перинатальной патологии их матерей. Влияние факторов перинатальной патологии матерей на здоровье детей второго года жизни снижается, причем здоровье мальчиков в большей мере независимо от них, чем здоровье девочек. Здоровье детей значимо улучшается в первые два года жизни.

- Прогностическими факторами в отношении улучшения здоровья ребенка первого года жизни являются средний или выше среднего уровни привязанности матери к ребенку, средний или выше среднего уровни понимания ею чужих эмоций, а также значительная вариабельность ритма сердца при припоминании и вербальном воспроизведении эмоциональных ситуаций, связанных с ребенком (вне зависимости от их знака). Отсутствие ригидности ритма, способность к быстрой его перестройке при припоминании и вербальном воспроизведении эмоциональных ситуаций разного знака свидетельствуют о гибком поведении матери, что предопределяет эффективность ее ухода за ребенком.
- Здоровье ребенка второго года жизни в большей мере связано с эмоциональным реагированием матери, чем здоровье ребенка первого года жизни. Взаимосвязь здоровья ребенка второго года жизни с особенностями эмоционального реагирования матери определяется ее типологическими особенностями. У матерей, демонстрирующих большую вариабельность кардиоритма в спокойном состоянии, здоровье ребенка связано с уровнем привязанности. У матерей, обнаруживающих меньшую вариабельность кардиоритма в фоне, здоровье детей зависит как от уровня привязанности, так и от способности матери понимать и контролировать свои и чужие эмоции.

Научная новизна исследования

Впервые показана разная связь здоровья мальчиков и девочек первого и второго года жизни с психофизиологическим состоянием матери в перинатальный период и ее эмоциональным реагированием после рождения ребенка. Создана экспериментальная модель, позволяющая оценить специфику эмоционального реагирования матери. Описаны особенности эмоционального реагирования матери, способствующие улучшению здоровья ребенка первых лет жизни. Выявлено, что улучшение здоровья ребенка первого года жизни связано с отсутствием напряжения матери, что проявляется в специфике вариабельности кардиоритма при припоминании и вербальном воспроизведении матерями приятных и неприятных ситуаций, связанных с ребенком. Доказано, что взаимосвязь здоровья ребенка второго года жизни с особенностями эмоционального реагирования матери обусловлена типологическими особенностями матери. Продемонстрирована взаимосвязь уровня привязанности с эмоциональным интеллектом.

Теоретическая значимость исследования

Расширены научные представления о дифференцированном влиянии эмоционального реагирования матерей на здоровье детей первых лет жизни. Углублено представление о связи уровней привязанности и эмоционального интеллекта матери с особенностями вариабельности ее кардиоритма в эмоциональных ситуациях, связанных с ребенком. Описаны типологические особенности матерей, обусловленные спецификой вариаций кардиоритма при припоминании и вербальном воспроизведении эмоциональных ситуаций, влияющие на улучшение здоровья ребенка в первый и второй год жизни.

Практическая значимость исследования

Впервые предложен набор методов, позволяющих прогнозировать вероятность улучшения здоровья у детей первых лет жизни на основе анализа эмоционального реагирования их матерей при припоминании и вербальном воспроизведении эмоциональных ситуаций, связанных с детьми. Описаны психофизиологические особенности матерей, способствующие улучшению здоровья их детей в первые два года жизни.

Область применения результатов исследования

Данные могут быть использованы в поликлиниках при подготовке будущих матерей к родам и воспитанию ребенка, в рамках чтения лекций по дисциплинам «Психология человека» и «Детская практическая психология», «Перинатальная психология». Они могут войти в состав психологических дисциплин, предлагаемых на курсах, посвященных организации раннего вмешательства для психологов.

Апробация и внедрение результатов исследования

Результаты были представлены на конференциях: Научно-практическая конференция докторантов и аспирантов (Елец, 2006); Всероссийская научно-практическая конференция «Диагностика и профилактика школьной дезадаптации» (Санкт-Петербург, 2006); конференция, посвященная 20-летию кафедры психологии и психофизиологии ребенка РГПУ им. А.И. Герцена «Здоровье подрастающего поколения мегаполиса» (Санкт-Петербург, 2007); Международная научно-практическая конференция «Инновационные технологии в обучении и воспитании» (Елец, 2008); Научно-практический семинар «Диагностика, коррекция и профилактика аддиктивных форм поведения и развития» (Санкт-Петербург, 2008); Межрегиональная научно-практическая конференция «Воспитательный потенциал семьи в развитии современного гражданского общества» (Липецк, 2008); Межвузовская научно-практическая конференция «Социальная психология сегодня: наука и

практика» (Санкт-Петербург, 2009), XVI Международная конференция «Ребёнок в современном мире. Детство и социокультурная прогностика» (Санкт-Петербург, 2009).

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, списка литературы и приложений. Основной текст диссертации занимает 149 страниц, общий объем диссертации 221 страница. Список литературы включает 208 наименований, из них 180 работы отечественных авторов и 28 иностранных. Основной текст диссертации содержит 21 таблицу и 8 рисунков, а также 7 приложений.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Во **введении** обоснована актуальность исследования, его теоретическая и практическая значимость, научная новизна, определены цель и задачи, гипотеза, предмет и объект исследования, методы, положения, выносимые на защиту, приведена информация об апробации и внедрении результатов исследования.

В **первой главе** проведен аналитический обзор теоретических и экспериментальных работ, связанных с темой диссертации.

В **параграфе 1.1. «Особенности психофизического развития и здоровье детей от рождения до двух лет»** рассматриваются особенности психофизического развития детей в раннем возрасте. Отмечается, что в это время структуры мозга дифференцируются и интенсивно растут. В них происходят количественные и качественные изменения. Качественные обнаруживаются в возникновении новых взаимоотношений между структурами. Сами же структуры в этот момент отличаются высокой пластичностью и чувствительностью (сенситивностью) к специфическим внешним воздействиям (М.М. Безруких и др., 2005; В.Г. Каменская, 2005; Е.И. Николаева, 2008).

По мнению ряда исследователей, для детей раннего возраста характерна взаимосвязь физического, нервно-психического и соматического здоровья (С.Я. Долецкий, 1983; А.В. Запорожец, 1986; Р.В. Тонкова-Ямпольская и др., 1987). Приводятся данные о том, что здоровье – это не сиюминутное состояние организма, а детерминированное совокупностью факторов (генетических, эмбриологических, постнатальных, социальных и других), сочетание показателей, таких как, физическое и нервно-психическое развитие, функциональное состояние и резистентность, заболеваемость, формирующих определённый его уровень: здоров, пограничное состояние – группа риска, или не здоров. Именно это и обеспечивает

жизнедеятельность детского организма соответственно периода роста и развития (Т.Я. Черток, 1987).

В параграфе 1.2. «Эмоциональное реагирование и способы его измерения» раскрывается содержание понятия «эмоциональное реагирование», которое характеризуется знаком (положительные или отрицательные переживания), влиянием на поведение и деятельность (стимулирующее или тормозящее), интенсивностью (глубина переживаний и величина физиологических сдвигов), длительностью протекания (кратковременные или длительные), предметностью (степень осознанности и связи с конкретным объектом) (Е.П. Ильин, 2001).

Эмоциональное реагирование человека представляет сложную реакцию, в которой задействованы разные системы организма и личности. Следовательно, эмоциональное реагирование можно понимать как возникновение психофизиологического (эмоционального) состояния (Е.П. Ильин, 2001).

Среди психофизиологических методов, в которых адекватно отражается эмоциональная реакция человека, одним из наиболее точных считается регистрация вариабельности ритма сердца, в которой отражается взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (Р.М. Баевский, 1997).

Любые факторы внешней и внутренней среды организма служат источником эмоциональных сдвигов, которые дают общую качественную характеристику поступившему сигналу нередко раньше, чем воздействующий фактор полностью детализирован (П.К. Анохин, 1975). Распознавание эмоций других людей основывается на разнообразной информации об их внутреннем состоянии, которая носит как прямой, так и косвенный характер. Большинство отечественных исследователей данного феномена придерживаются взглядов на эмоциональный интеллект, сформулированных и подробно описанных Р.Д. Робертсом с соавторами (2004), которые предлагают трактовать эмоциональный интеллект как способность к пониманию и управлению своими и чужими эмоциями (Д.В. Люсин, 2004; Л.Г. Матвеева, Д.В. Горшенин, 2007).

Одним из показателей эмоциональной приспособленности человека к тем или иным социальным условиям является тревожность. Тревожность – переживание эмоционального неблагополучия, связанное с предчувствием опасности или неудачи; тенденция к реакции избегания в ожидании травмирующей ситуации (С.Ю. Головин, 2003). В психологии различают тревожность как эмоциональное состояние (ситуативная тревожность) и как устойчивую черту (личностная тревожность), индивидуальную и психологическую

особенность, проявляющуюся в повышенной склонности к переживаниям тревоги и беспокойства без достаточных оснований.

Следует отметить, что выше рассмотренные параметры мы не можем изучать отдельно от привязанности матери к ребёнку, поскольку всё, что связано с ребёнком в период от рождения до трёх лет выступает той «средой», к которой должна адаптироваться женщина (Г.Г. Филиппова, 2002).

В **параграфе 1.3. «Проблема влияния психофизиологического состояния матери на здоровье ребёнка первых двух лет жизни»** рассмотрена перинатальная патология матери как фактор, предопределяющий здоровье ребёнка и раскрыто содержание наиболее распространенных факторов перинатальной патологии (Н.М. Камилова, 2006): экстрагенитальная патология, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, осложнения течения беременности и её исхода.

Описано эмоциональное реагирование матери как способ влияния на здоровье ребенка. Внимание многих ученых привлекает проблема повышения тревожности беременных (А.Е. Волков, 1995; В.В. Абрамченко, 2001; В.И. Горемыкина, 2001; О.Ю. Ефремова и др., 2005). Как описано в работе В. В. Васильевой, В. В. Авруцкой (2008) у всех беременных данные ситуативной тревожности существенно превышают норму. Согласно данным О.А. Соколовой (2006), стрессоустойчивость является важным компонентом в структуре психического здоровья будущей матери и ее ребенка.

На сегодняшний день установлено, что нормальное психическое развитие закладывается еще до рождения ребенка, о чем могут свидетельствовать многие факты, среди которых и появление отклонений в психическом развитии у «нежеланных» детей. Поскольку средой развития ребенка в этом возрасте является мать, то она и обеспечивает эффективный путь развития. Ее задача – соответствовать особенностям ребенка. Д. Винникот (1998) отразил это в понятии «достаточно хорошая мать» (мать, предоставляющая заботу, соответствующую потребностям и особенностям данного ребенка). Это возможно только тогда, когда ребенок и материнство являются желаемыми, а не фрустрирующими, факторами для женщины (Г.Г. Филиппова, 2004).

После родов происходит существенная смена факторов, изменяющих функциональное состояние бывшей беременной. Роды и послеродовое состояние являются периодом, когда физиологическая и психическая сферы женщины испытывают максимальную нагрузку (Л.Н. Станкевич, А.С. Батуев, 2002). Болезни матери (особенно если они выпадают на период до 5 лет) могут в значительной степени изменить

развитие ребенка. Одним из наиболее изученных заболеваний, влияющих на формирование детей, является послеродовая депрессия. Мать в депрессивном состоянии не отвечает в должной мере на сигналы, исходящие от ребенка.

В последние годы все большие усилия направлены на понимание природы раннего взаимодействия родителя и младенца. Большинство исследований в этой области касалось взаимодействия ребенка и матери (Р.Ж. Мухамедрахимов, 1994; K.E. Barnard e.a., 1990). Это отражает тенденцию наблюдения за взаимодействием с наиболее близким и доступным для ребенка партнером, которым обычно является мать, но не отвергает важность роли отца или другого близкого, ухаживающего за ребенком человека.

Большинство современных концепций об эффективном взаимодействии ребёнка и матери после рождения сформировалось на основе изучения патологии, например, теория привязанности (attachment theory), предложенная Дж. Боулби (2006). Согласно теории привязанности, качество сформированной привязанности напрямую зависит от родителя ребенка, который может различным образом проявлять свою заботу о нем. Важным моментом является то, что из детей с безопасным типом привязанности вырастают взрослые, которые будут заботиться о своем здоровье и нести за него ответственность (A. Welsh, 1992).

Появление термина «эмоциональный интеллект» (Д.В. Люсин, 2004; Р.Д. Робертс и др., 2004; И.Н. Андреева, 2006, 2007; R. Bar-On, 1997; J.D. Mayer e.a., 2001; D.R. Caruso e.a., 2002; T. Bradberry e.a., 2005) требует пересмотра представлений о ряде других понятий, описывающих эмоциональную сферу человека. Способность осознавать и рассуждать по поводу своих и чужих эмоций, безусловно, предполагает многочисленные последствия, прежде всего, в поведении человека. В связи с этим безусловный интерес представляет взаимосвязь эмоционального интеллекта и уровня привязанности (Л.С. Выготский, 1991; Дж. Боулби, 2006; M. Ainsworth, 1983; C. Booth-Laforce e.a., 2006). Это особенно значимо, поскольку привязанность включает в себя явления, которые в обычной ситуации человек редко вербализует.

Таким образом, одним из важнейших параметров, влияющих на здоровье ребёнка, является уровень эмоциональной зрелости матери, проявляющийся в особенностях эмоционального реагирования (Л.Г. Голубева, 2002).

Во **второй главе** описаны организация и методы исследования.

В параграфе 2.1. приводится характеристика выборки исследования, состоящая из диад «мать-ребенок».

В исследовании принимали участие две возрастные группы детей. Всего обследовано 100 детей, из них 48 девочек и 52 мальчика:

- Дети 0 – 1 года: 50 детей (27 мальчиков и 23 девочки).
- Дети 1- 2 лет: 50 детей (25 мальчиков и 25 девочек).

Были обследованы матери детей первого и второго года жизни в количественном составе 100 человек (из них 50 женщин являются матерями детей до года и 50 – матерями детей от года до двух лет).

В параграфе 2.2. описаны методы и методики, используемые в работе. Дано обоснование и описание применявшихся в исследовании диагностических методик. Описана процедура записи вариабельности сердечного ритма матерей с помощью компьютерной программы «Омега-М». Программно-аппаратный комплекс «Омега-М» предназначен для анализа вариабельности кардиоритма в широкой полосе частот с использованием отведения рука-рука. Изготовитель программно-аппаратного комплекса – научно-производственная фирма «Динамика».

Особенность исследования состояла в том, что проводился спектральный анализ сердечного ритма матери при припоминании и вербальном воспроизведении ситуаций, относящихся к ребенку и имеющих разную эмоциональную окраску. Параметры спектрального анализа позволили описать взаимодействие разных звеньев вегетативной нервной системы, уровень напряжения систем регуляции. Для регистрации вариабельности кардиоритмов электроды накладывали на руки матерей в области запястий, контактной площадкой с внутренней стороны. Матери находились в состоянии покоя, в положении «сидя».

Исследование состояло из трех частей, каждая из которых равнялась длительности 300 R-R интервалов (что является достаточным для вычисления волн высокой и низкой частот при спектральном анализе). В первой (фоновой) части производилась запись 300 R-R интервалов у матерей в состоянии спокойного бодрствования. Во второй части матерям предлагалось припомнить приятные ситуации, связанные с детьми. В третьей они припоминали неприятные ситуации, связанные с детьми. Такая последовательность соблюдалась при обследовании 50 матерей. Для оставшихся 50 матерей последовательность двух последних частей исследования менялась. Вариационный анализ ритмов сердца матерей производился отдельно для фоновой записи, приятных и неприятных ситуаций.

В параграфе 2.3. описана организация сбора эмпирических данных исследования.

Испытуемым (матерям детей первых лет жизни) перед обследованием раздавались буклеты, в которых была представлена

информация относительно цели исследования. Далее они принимали решение об участии в эксперименте, либо отказе от него. По всем методикам испытуемые были обследованы индивидуально в той поликлинике, которую они посещали для консультации с участковым врачом.

В параграфе 2.4. описаны статистические методы обработки данных: качественный анализ данных с расчетом средних величин и стандартного отклонения, корреляционный анализ r-Спирмена; дисперсионный анализ (ANOVA), факторный анализ. При оценке значимости различий применялся Т-критерий Стьюдента, и возможность его использования оценивалась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова для данной выборки.

Третья глава диссертации посвящена анализу и обсуждению полученных результатов.

В параграфе 3.1. представлены данные относительно здоровья детей первых двух лет. Здоровье детей оценивалось на основе анализа их медицинских карт (Табл. 1).

Из таблицы 1 видно, что в роддоме дети, которые на момент обследования были на первом и втором году жизни, получили примерно одно и то же число диагнозов. В течение первого года жизни число диагнозов сократилось и у детей второго года жизни составило в среднем 1 диагноз на 2 человека. Это падение заболеваемости статистически значимо. При этом отсутствуют значимые различия по этим параметрам для мальчиков и девочек.

Таблица 1 Основные показатели заболеваемости детей первого и второго года жизни

Параметры, по которым осуществлялся анализ медицинских карт	**Дети первого года жизни**			**Дети второго года жизни**		
	Все дети	Девочки	Мальчики	Все дети	Девочки	Мальчики
Число диагнозов, поставленных детям в роддоме	2,0±1,1	2,0±1,1	2,2±1,0	2,4±1,5	2,6±1,7	2,2±1,3
Число диагнозов, поставленных участковым врачом	1,2±1,1	1,2±1,1	1,2±1,2	0,6±0,9**	0,8±0,9	0,7±1,0
Группа здоровья	1,5±0,7	1,5±0,7	1,5±0,7	1,2±0,8	1,4±0,8	1,0±0,8

Примечание: *– различия между группами детей первого и второго года жизни с уровнем значимости p=0,95, **– p=0,99 (здесь и далее Т-критерий Стьюдента).

Несмотря на падение заболеваемости, достоверных различий по числу детей в разных группах здоровья в первый и второй год жизни не обнаружено. Это объясняется тем, что многим из детей второго года жизни определена группа 2А (группа, в которую входят дети, имеющие отклонения только по критерию, описывающему особенности онтогенеза). Следовательно, дети, у которых нет заболеваний на данный момент, они практически здоровы, но имеют те или иные особенности анамнеза, получают группу здоровья 2А. Поскольку у подавляющего большинства обследованных детей в анамнезе отмечены проблемы перинатального развития, у них нет изменений в группе здоровья.

В параграфе 3.2 описано влияние психофизиологического состояния матери на здоровье ребенка до двух лет.

В параграфе 3.2.1. сопоставлены биологический анамнез матери и особенности здоровья ребенка первых лет жизни (Табл. 2).

Из таблицы 2 видно, что существует положительная связь между числом диагнозов, поставленных детям первого и второго года жизни во время их пребывания в родильном отделении, и факторами перинатальной патологии матери ($r=0,336$, $p\leq0,001$ для детей первого года жизни; $r=0,226$, $p\leq0,05$ для детей второго года жизни). Кроме того, наблюдается взаимосвязь между числом факторов перинатальной патологии матери и группой здоровья детей первого и второго года жизни ($r=0,243$, $p\leq0,02$ для детей первого года жизни; $r=0,281$, $p\leq0,01$ для детей второго года жизни).

Число диагнозов детей первого года жизни, поставленных им участковым врачом, достоверно ($r=0,478$, $p\leq0,001$) связано с количеством факторов перинатальной патологии, выявленных во время беременности их матерей.

Выявлена положительная взаимосвязь между группой здоровья детей второго года жизни и наличием ранее сделанных абортов их матерями ($r=0,213$, $p\leq0,05$). Следует отметить, что подобной зависимости не было выявлено у детей первого года жизни. Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии абортов на здоровье детей, которое проявляется и обнаруживается только спустя некоторое время.

Таблица 2 Корреляционные связи между показателями здоровья детей и параметрами биологического анамнеза матери

Показатели детей	**Факторы перинатальной патологии матерей**	
	детей первого года жизни	детей второго года жизни
Число диагнозов, поставленных в роддоме	r=0,336, p≤0,001	r=0,226, p≤0,05
Группа здоровья	r=0,243, p≤0,02	r=0,281, p≤0,01
Число диагнозов, поставленных участковым врачом	r=0,478, p≤0,001	p>0,05

Примечание: оценка значимости корреляционных связей производилась с помощью критерия Фишера

Анализ здоровья матерей на момент вынашивания ребенка обнаружил, что только 8 % матерей детей первого и 14 % матерей детей второго года жизни были практически здоровы, 74 % и 62 % соответственно имели различные экстрагенитальные заболевания.

Представляло интерес изучить влияние проблем перинатального развития на здоровье детей первых двух лет жизни – отдельно мальчиков и девочек. Обнаружена тесная положительная взаимосвязь между числом диагнозов, поставленных участковым врачом девочкам до года, и заболеваниями у матери сердечно-сосудистой системы (r = 0,581, p≤ 0,01), железодефицитной анемией и заболеваниями почек (r = 0,529, p≤ 0,02; r = 0,463, p≤ 0,05), а также фетоплацентарной недостаточностью (r= 0,489, p≤ 0,05). Для мальчиков первого года жизни выявлена положительная взаимосвязь между числом диагнозов, поставленных им участковым врачом, и наличием гестоза у матери во время беременности (r = 0,400, p≤ 0,001), угрозой преждевременных родов (r = 0,374, p≤ 0,05), иммунологической несовместимостью крови матери и плода (r = 0,457, p≤ 0,01) и заболеваниями почек (r = 0,391, p≤ 0,01).

Выявлена положительная взаимосвязь между числом диагнозов, поставленных участковым врачом девочкам второго года жизни, и факторами перинатальной патологии, действующими в антенатальный период: наличием железодефицитной анемии и отёков у матери в период беременности (r = 0,509, p≤ 0,02; r = 0,780, p≤ 0,001 соответственно). Следует отметить, что выявлена тесная положительная взаимосвязь между числом диагнозов, поставленных участковым врачом мальчикам от года до двух лет, и заболеваниями почек матери (r = 0,484 при p≤0,01). Кроме того, обнаружена значимая положительная

взаимосвязь между числом диагнозов, поставленных участковым врачом мальчикам второго года жизни, и отрицательным резус-фактором матери (r = 0,508, p≤ 0,001), а также наличием железодефицитной анемии (r = 0,494, p≤ 0,01).

Обнаружена тесная положительная связь между числом диагнозов, поставленных участковым врачом девочкам первого года жизни, и эпизиотомией (r = 0,552, p≤ 0,01), а также преждевременным отхождением вод у матери (r = 0,586, p≤ 0,01). Выявлена взаимосвязь числа диагнозов мальчиков до года и слабостью родовой деятельности матери (r = 0,457, p≤ 0,01).

Анализ результатов, касающихся взаимосвязи числа диагнозов у девочек второго года жизни с факторами перинатальной патологии матери, действующими в период родов, обнаружил значимую зависимость с наличием дефекта последа (r = 0,780, p≤ 0,001), а также ручным контролем матки (r = 0,453, p≤ 0,05). Не обнаружено значимости подобных связей у мальчиков от года до двух лет.

В параграфе 3.2.2. рассмотрено влияние эмоционального реагирования матери на здоровье детей первых двух лет жизни.

Был проведен спектральный анализ ритма сердца матерей при припоминании и вербальном воспроизведении ими приятных и неприятных ситуаций, связанных с детьми. Мы исходили из предположения, что особенности психофизиологического реагирования матери в этих условиях будут отражать особенности эмоциональной атмосферы, в которой происходит развитие ребенка, а потому они могут быть прогностическим фактором здоровья ребенка в первые годы его жизни.

Таблица 3 Результаты дисперсионного анализа, показывающие влияние независимой переменной «диагноз снят или не снят у ребенка первого года жизни» на зависимые переменные вариабельности кардиоритма у матери при припоминании эмоциональных ситуаций

Зависимые переменные	**F**	**P**
1.Мода R-R интервалов при припоминании приятных ситуаций, связанных с ребенком	6,737	0,003
2.Средняя величина R-R интервалов при припоминании приятных ситуаций, связанных с ребенком	5,955	0,005
3. Мода R-R интервалов при припоминании неприятных ситуаций, связанных с ребенком	9,182	0,000
4. Средняя величина R-R интервалов при припоминании неприятных ситуаций, связанных с ребенком	6,829	0,003

С целью выявления прогностических факторов был введен параметр «диагноз снят или не снят у ребенка», который фиксировал факт снятия участковым врачом ранее поставленного диагноза. Затем был проведен дисперсионный однофакторный анализ влияния этой переменной на зависимые переменные, отражающие вариабельность ритма сердца при припоминании эмоциональных событий (Табл. 3).

Значимые результаты, представленные в данной таблице, были получены только для детей первого года жизни. Независимая переменная «диагноз снят или не снят у ребенка» значимо влияет на такие параметры, описывающие вариабельность сердечного ритма, как мода и средняя величина R-R интервала, при припоминании как приятных, так и неприятных ситуаций, связанных с детьми. Чем больше величина R-R интервала, чем менее ригиден ритм и менее выражено симпатическое влияние на синусовый узел сердца, тем более спокойна мать, тем более взвешенные решения она принимает при заботе о его здоровье.

Однако известно, что вариабельность ритма сердца человека в той или иной ситуации зависит от фонового состояния, поэтому по результатам анализа фоновых записей матери были разделены на три группы. Первую составили те, у кого средняя величина R-R интервалов в фоне не отличалась от среднегрупповых значений этого параметра. Было выявлено с такими значениями средней величины R-R интервалов в фоне 4 матери детей первого года жизни и 3 матери детей второго года жизни. Вторую группу составили матери, у которых средняя величина R-R интервалов в фоне была меньше среднегрупповых значений (23 матери детей первого года жизни и 27 матерей детей второго года жизни). Третью группу составили матери, у которых средняя величина R-R интервалов была больше среднегрупповых значений (23 матери детей первого года жизни и 20 матерей детей второго года жизни). Были сопоставлены диагнозы детей матерей, относящихся к разным группам, выделенным на основе анализа вариабельности кардиоритма.

Анализ данных показывает, что у матерей второй группы (средняя величина R-R интервалов в фоне меньше среднегрупповой), имеющих детей первого года жизни, выявлены значимые различия по параметрам «число диагнозов, поставленных ребенку участковым врачом» и «диагноз снят или не снят у ребенка» по отношению к матерям третьей группы (при p=0,95, Т-критерий Стьюдента). Эти данные демонстрируют тот факт, что у детей до года матерей третьей группы (средняя величина R-R интервалов в фоне больше среднегрупповой) выявлено достоверно меньшее число диагнозов, поставленных участковым врачом, нежели у детей первого года жизни

матерей второй группы. И именно у детей до года матерей третьей группы достоверно чаще снимаются диагнозы участковым врачом в течение первого года жизни, по сравнению с детьми матерей второй группы. Следовательно, чем менее напряжена мать, тем более вероятно лучшее здоровье ее ребенка в первый год жизни. Подобных различий в результатах между матерями детей второго года жизни не наблюдается.

В параграфе 3.2.3. рассмотрено влияние уровня привязанности матери к ребенку первых двух лет жизни на ее реакцию в эмоциональной ситуации и здоровье ребенка.

Анализ уровня привязанности показал, что нет различий между матерями детей первого и второго года жизни по уровням привязанности. В каждой группе большинство (54%) имеют низкий уровень привязанности к ребенку. 44% матерей детей до года и 42 % матерей детей от года до двух лет – средний уровень. Лишь 2% и 4% матерей детей первого и второго года жизни соответственно имеют высокий уровень привязанности. Не выявлено испытуемых с материнской депривацией.

Оценка вариабельности ритма сердца матерей детей в разных эмоциональных ситуациях позволила выявить, что матери детей первого и второго года жизни различаются способом реагирования в эмоционально окрашенной ситуации. В реакциях матерей детей первого года жизни в большей мере проявляются парасимпатические влияния как при припоминании приятных ситуаций, связанных с ребенком, так и при припоминании неприятных. Это проявляется, в том числе, в большей величине отношения волн высокой частоты к волнам низкой частоты у матерей детей первого года жизни по сравнению с матерями детей второго года жизни. Такой результат можно объяснить тем, что дети второго года жизни начинают самостоятельно передвигаться и требуют от родителей повышенной бдительности.

Данные свидетельствуют о том, что у матерей детей первого года жизни более интенсивные эмоции на любые эмоциональные ситуации, поскольку у них повышенное число и волн высокой частоты (HF), и низкой (LF), по сравнению с матерями детей второго года жизни. Но у всех матерей при припоминании приятных ситуаций обнаруживается большая симпатическая активация по сравнению с припоминанием неприятных ситуаций (LF/HF). Различий между матерями мальчиков и девочек для детей этого возраста обнаружено не было.

Было показано, что более половины матерей имеет низкий уровень привязанности, а потому особенности вариабельности их ритма сердца при припоминании эмоциональных ситуаций в большей мере представлены в средних показателях. Именно поэтому мы

выделили группы матерей с высокой, средней и низкой привязанностью и сравнили вариабельность их ритма сердца при припоминании и вербальном воспроизведении приятных и неприятных ситуаций, связанных с ребенком (Табл. 4).

В связи с небольшим числом матерей, имеющих высокий уровень привязанности, их данные нельзя сравнить, получив статистически значимые результаты, поэтому больший интерес представляет сравнение матерей со средним и низким уровнем привязанности. Эти данные демонстрируют тот факт, что именно матери с низким уровнем привязанности обнаруживают обратную реакцию сердечного ритма при припоминании эмоциональных ситуаций: соотношение LF/HF (соотношение волн низкой частоты к волнам высокой частоты) при припоминании приятных ситуаций, связанных с детьми, у них значимо выше, чем у матерей со средним уровнем привязанности. Именно у них преобладают симпатические влияния при воспоминании о приятных ситуациях и парасимпатические – при припоминании неприятных.

Таблица 4 Особенности эмоциональных реакций матерей с высоким, средним и низким уровнем привязанности

Параметры анализа	**Высокий уровень**		**Средний уровень**		**Низкий уровень**	
	1	**2**	**1**	**2**	**1**	**2**
Вариационный размах при приятных воспоминаниях	222,00	274,00	287,96	245,82	255,61	246,38
Вариационный размах при неприятных воспоминаниях	187,00	268,00	258,68	266,05	241,78	225,00
LF/HF при приятных воспоминаниях	7,53	5,87	5,21±2,52	8,02±4,95	8,51±4,89*	7,15±4,34
LF/HF при неприятных воспоминаниях	4,48	10,77	4,59±2,79	7,12±4,74	5,92±3,56	6,54±4,33

Примечание: цифрой 1 обозначены данные матерей детей первого года жизни, 2 – второго года жизни. *– различия внутри группы матерей детей первого года жизни со средним и низким уровнем привязанности с уровнем значимости p=0,95 (Т-критерий Стьюдента). LF/HF – соотношение волн высокой и низкой частот кардиоритма.

В параграфе 3.2.4. описана связь эмоционального интеллекта матери с эмоциональным реагированием, уровнем привязанности, тревожности и здоровьем ребенка.

В связи с малым числом матерей с высоким уровнем привязанности, нет возможности статистического сравнения их результатов с данными других матерей. Именно поэтому мы не приводим эти данные. Однако это возможно для матерей со средним и низким уровнями привязанности. Из таблицы 5 видно, что самые низкие значения тревожности отмечены у матерей детей второго года жизни со средним уровнем привязанности.

Самые большие значения и личностной, и ситуативной тревожности обнаружены у матерей с низким уровнем привязанности. У них же выявлена низкая способность понимания любых эмоций (Табл. 5). Однако причинные механизмы и обусловленность одного параметра другим наши данные показать не могут.

Таблица 5 Особенности тревожности и эмоционального интеллекта матерей с различными уровнями привязанности

Параметры анализа	**Средний уровень привязанности**		**Низкий уровень привязанности**	
	1	**2**	**1**	**2**
Уровень ситуативной тревожности	40,73±7,11	37,27±6,33*	40,33±11,14	44,51±11,61
Уровень личностной тревожности	47,01±10,41	41,73±7,25*	43,89±9,03	46,44±7,47
Понимание чужих эмоций	13,77±3,89	15,91±4,31**	13,72±3,11	12,69±3,36
Управление чужими эмоциями	13,23±3,72	13,36±2,59	11,94±2,01	13,81±2,61
Понимание своих эмоций	13,09±4,68	13,77±3,44	13,61±2,79	12,81±2,97
Управление своими эмоциями	8,77±1,99	8,82±1,87	7,94±2,26	8,63±1,75
Контроль экспрессии	8,36±3,17	9,55±2,87	8,11±2,78	10,06±2,69
Межличностный эмоциональный интеллект	27,01±6,11	29,27±6,44	25,67±3,96	26,51±3,46
Внутриличностный эмоциональный интеллект	30,23±7,58	32,14±6,24	29,67±5,26	31,51±4,44
Способность к пониманию своих и чужих эмоций	26,86±7,69	29,68±6,86*	27,33±5,05	25,51±4,65
Способность к управлению своими и чужими эмоциями	30,36±6,72	31,73±5,42	28,01±4,49	32,51±4,62
Общий эмоциональный интеллект	57,23±12,92	61,41±11,68	55,33±7,72	58,01±6,81

Примечание: номерами 1 и 2 обозначены данные матерей детей первого и второго года жизни соответственно. Звездочками обозначены

различия внутри групп матерей детей одного и того же года жизни со средним и низким уровнем привязанности (*– уровень значимости p=0,95, **– p=0,99, Т-критерий Стьюдента).

Были выявлены различия между матерями детей первого года жизни второй группы (имеющих среднее значение R-R интервалов ниже среднегрупповых значений) и матерями третьей группы (имеющих среднее значение R-R интервалов выше среднегрупповых значений) по шкале «принятие-отвержение» (при p=0,95, Т-критерий Стьюдента). Следовательно, чем больше вариабельность кардиоритма в фоне (мать принадлежит третьей группе), тем выше уровень принятия детей первого года жизни.

Для матерей детей второго года жизни выявлены другие закономерности. Уровень ситуативной тревожности матерей третьей группы ниже, чем у матерей второй группы. Выявлены достоверные различия между этими группами матерей по шкале «оперативность-вмешательство» и «понимание чужих эмоций» (при p=0,95, Т-критерий Стьюдента). Для матерей третьей группы (с большей вариабельностью ритма сердца в фоне) характерен более высокий уровень оперативности и уровень понимания чужих эмоций.

Наши данные свидетельствуют о том, что у матерей детей первого года жизни вне зависимости от особенностей их эмоционального реагирования здоровье детей в значительной мере зависит от проблем перинатального развития. У матерей детей второго года жизни здоровье напрямую зависит от эмоционального реагирования матери, и эта зависимость различна у матерей с разной вариабельностью кардиоритма в спокойном состоянии. Если здоровье детей матерей с большей вариабельностью ритма связано только с уровнем привязанности матери к ребенку, то здоровье детей матерей с меньшей вариабельностью кардиоритма имеет многочисленные взаимосвязи как с уровнем привязанности, так и со способностями матери контролировать и понимать свои и чужие эмоции.

В четвертой главе полученные результаты обсуждаются с точки зрения их соответствия имеющимся в научной литературе данным. На основании проанализированных материалов экспериментального исследования и сопоставления их с литературными данными, сформулированы выводы:

1. Практически все дети, участвующие в исследовании, при рождении имели тот или иной диагноз (дети первого года жизни – 90%, второго года жизни – 96 %). К концу первого года жизни диагнозы были сняты участковым врачом у 40% детей, а на втором году жизни – у 60% детей. Наиболее распространенными диагнозами ребенка при

рождении являлись перинатальная энцефалопатия и синдром двигательных расстройств.

2. Только 8 % матерей детей первого и 14 % матерей детей второго года жизни были практически здоровы. Чем меньше факторов перинатальной патологии у матери, тем более положителен прогноз в отношении здоровья ребенка в первые два года жизни. Связь заболеваемости детей с факторами перинатальной патологии матери наиболее выражена в первый год жизни. На втором году жизни здоровье мальчиков менее зависимо от этих факторов, чем здоровье девочек.

3. Улучшение здоровья ребенка первого года жизни связано с отсутствием ригидности и напряжения в регуляции кардиоритма при припоминании и вербальном воспроизведении матерями приятных и неприятных ситуаций, связанных с ребенком. Чем более вариабелен ритм сердца в спокойном состоянии матери, тем лучше прогноз в отношении здоровья у ребенка первого года жизни. Нет подобной связи для детей второго года жизни.

4. Нет различий между матерями детей первого и второго года жизни по уровням привязанности: 54% матерей каждой группы имеет низкий уровень привязанности; 44% и 42 % соответственно имеют средний уровень. Лишь 2% и 4% матерей детей первого и второго года жизни имеют высокий уровень привязанности. Не выявлено матерей с материнской депривацией. Положительный прогноз в отношении здоровья детей первого года жизни зависит от уровня принятия ребенка матерью: чем выше значения по шкале принятие-непринятие, тем лучше здоровье ребенка. Выявлена значимая корреляционная связь уровня привязанности матери с показателями вариабельности кардиоритма при припоминании и вербальном воспроизведении приятных ситуаций, связанных с ребенком.

5. У матерей детей второго года жизни в большей мере выражена ригидность ритма сердца и меньше его вариабельность по сравнению с матерями детей первого года жизни. Вероятность улучшения здоровья детей первого года жизни выше у матерей с более выраженной вариабельностью ритма сердца на любые эмоциональные ситуации, связанные с детьми.

6. Чем ниже способность к управлению своими и чужими эмоциями и понимание их у матерей детей первых лет жизни, тем выше у них уровень тревожности и тем ниже уровень привязанности.

7. Чем выше вариабельность ритма сердца в спокойном состоянии матери ребенка второго года жизни, тем лучше понимание ею чужих эмоций и выше значения по шкале оперативность-вмешательство теста-опросника, направленного на оценку отношения матери к ребенку.

8. Обнаружено дифференцированное влияние на прогноз улучшения здоровья ребенка второго года жизни типологических особенностей матери, связанных с различной вариабельностью кардиоритма в спокойном состоянии.

Материалы диссертационного исследования отражены в 10 публикациях:

1. Меренкова В.С. Характеристика особенностей индивидуального развития детей в возрасте до двух лет в провинциальном городе // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. –2009. –№ 98. –С. 283-286. – 4,0 стр./ 0,25 п.л.

2. Краковская В.С. Зависимость психофизиологического статуса ребёнка первого года жизни от психологического здоровья матери и её соматического состояния // Материалы научно-практической конференции докторантов и аспирантов / Под ред. Е.Н. Герасимовой. – Елец: ЕГУ им. И.А. Бунина, 2007. – С. 200-203. – 4,0 стр./ 0,25 п.л.

3. Краковская В.С. Новые подходы к оценке влияния психофизиологического статуса матери на здоровье детей первого и второго года жизни // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Диагностика и профилактика школьной дезадаптации» / Под ред. В.Г. Каменской. – СПб: Милена, 2007. – С.138-142. – 5,0 стр./ 0,3 п.л.

4. Краковская В.С., Николаева Е.И. Характеристика состояния здоровья детей в возрасте до двух лет в провинциальном городе // Здоровье подрастающего поколения мегаполиса: Сборник трудов к 20-летию кафедры. / Под ред. В.Г. Каменской. – СПб: Милена, 2007. – С. 140-144. – 5,0 стр./ 0,3 п.л.

5. Меренкова В.С. Особенности онтогенеза детей первых двух лет как необходимый аспект в организации воспитания ребёнка // Материалы международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в обучении и воспитании». – Елец: ЕГУ им. И.А. Бунина, 2008. – Т. II. – С. 466-471. – 6,0 стр./ 0,3 п.л.

6. Меренкова В.С. Влияние факторов перинатальной патологии на здоровье детей первого и второго года жизни // Сборник материалов научно-практического семинара «Диагностика, коррекция и профилактика аддиктивных форм поведения и развития» / Под ред. В.Г. Каменской. – СПб: 7 СТУДИЯ РИК, 2008. – С. 163-173. – 11 стр./ 0,6 п.л.

7. Меренкова В.С. Оценка влияния психофизиологического статуса матери на здоровье детей первых двух лет как условие успешной социализации последних // Материалы Межрегиональной научно-практической конференции «Воспитательный потенциал семьи

в развитии современного гражданского общества». – Липецк: ЛИРО, 2008. – С. 126-129. – 4,0 стр./ 0,25 п.л.

8. Меренкова В.С., Васильева Л.Н. Изучение анамнеза детей первых двух лет жизни как важный показатель при комплексной оценке состояния здоровья последних // Психология образования в поликультурном пространстве: научно-практический журнал. – 2009. – Т.2, №3-4. – С. 65-71. – 7,0 стр./ 0,4 п.л.

9. Меренкова В.С. Особенности взаимодействия матерей с детьми первых двух лет в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах // Материалы IV межвузовской научно-практической конференции «Социальная психология сегодня: наука и практика». – СПб: Изд-во СПбГУП, 2009. – С. 115-117. – 3,0 стр./ 0,1 п.л.

10. Меренкова В.С. Оценка привязанности матерей к детям до двух лет для прогноза их социального развития // Материалы XVI Международной конференции «Ребёнок в современном мире. Детство и социокультурная прогностика». – СПб: Изд-во Политехн. ун-та, 2009.– С. 288-290. – 3,0 стр./ 0,1 п.л.

Миронова Е.С.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НЕГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ (НА ПРИМЕРЕ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ)

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF UNPREPAREDNESS FOR MOTHERHOOD (DEMONSTRATION WITH AN EXEMPLE OF WOMEN WITH THREAT OF MISCARRIAGE)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук.

Специальность 19.00.01 – общая психология, психология личности и истории я психологии

Работа выполнена на кафедре практической психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы», 2011г.

Научный руководитель: кандидат психологических наук, доцент Чуйкова Т.С.

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор Филиппова Г.Г., кандидат психологических наук, доцент Авдеева Н.Н.

Ведущая организация: Психологический институт РАО

Цель исследования: выявление психологических особенностей женщин с угрозой прерывания беременности, характеризующих их неготовность к материнству, исследование их взаимосвязи с социальными и соматическими характеристиками этих женщин в сравнении с женщинами с нормально протекающей беременностью.

Гипотезы исследования:

1. Женщины с угрозой прерывания беременности, в отличие от женщин с нормально протекающей беременностью, имеют ряд психологических, социальных и соматических особенностей, сочетание которых может рассматриваться как комплекс факторов, определяющих неготовность этих женщин к материнству.
2. Психологическими факторами неготовности к материнству у женщин с угрозой прерывания беременности являются: актуальная неготовность женщины к рождению ребенка, особенности формирования ее материнской сферы в онтогенезе и личностные особенности беременной женщины.
3. Материнская сфера женщин с угрозой прерывания беременности в отличие от женщин с нормально протекающей

беременностью характеризуется наличием внутреннего конфликта между стремлением к рождению ребенка и актуальной неготовностью к материнству, что проявляется в особенностях восприятия ребенка, своего материнства, беременности и родов.

Экспериментальная база исследования:

Общее количество всех исследуемых беременных женщин составило 152 человека, из которых в основном исследовании приняло участие 96 женщин. Все исследуемые беременные женщины были распределены по двум группам: I группу составили 55 беременных женщин с угрозой прерывания беременности, во II группу (сравнительную) были отнесены 41 беременная женщина без угрозы прерывания беременности, имеющие в акушерском анамнезе статус «здорова».

Методы исследования:

Использовались методы опроса и анкетирования, контент-анализа высказываний обследуемых беременных женщин, статистического анализа эмпирических данных, содержательный анализ выявленных факторов риска. Применялись следующие методики: «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова), методика «Онтогенез материнской сферы» (Г.Г. Филиппова), опросник Life Style Index (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х.Р. Конте), методика исследования тревожности (Ч. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин), методика «Анализ сновидений» (В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко, 2004), методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации (Холмс, Рэй), ассоциативный тест (К. Юнг), методика «Определение типа психологического компонента гестационной доминанты» (И.В. Добряков). Была разработана и применялась авторская анкета для оценки социального и физиологического статуса беременных женщин. Для сбора дополнительных данных применялся метод наблюдения и диагностической беседы с каждой беременной женщиной, подробно изучался медицинский статус, амбулаторные карты и анамнез всех обследуемых беременных женщин.

Статистическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде Windows с использованием программы «Statistica 5».

Научная новизна исследования заключается в комплексном подходе к изучению психологических, социальных и соматических особенностей женщин с угрозой прерывания беременности, выделении таких их психологических характеристик, которые являются факторами неготовности этих женщин к материнству и связаны с возникновением угрозы прерывания беременности. Выделена и описана структура

психологических факторов неготовности к материнству у женщин с угрозой прерывания беременности, выявлена их взаимосвязь с социальными и соматическими особенностями этих женщин.

Проведен сравнительный анализ психологических, социальных и соматических особенностей, характерных для женщин с угрозой прерывания беременности и выявлена специфика этих их особенностей в сравнении с женщинами с нормально протекающей беременностью.

Разработан алгоритм ранней диагностики психологических, социальных и соматических особенностей беременных женщин, характеризующих их неготовность к материнству и приводящих к неблагоприятному течению беременности и угрозе ее прерывания.

Для выявления социальных и соматических особенностей исследуемых беременных женщин была разработана авторская анкета социального и соматического статуса беременных женщин.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. На основании современных исследований в области психологии материнства, психологии и психосоматики беременности можно выделить три группы факторов, определяющих неготовность женщин к материнству и влияющих на нарушение течения беременности: психологические, социальные и соматические. У женщин с угрозой прерывания беременности, в отличие от женщин с нормально протекающей беременностью, выявляется определенное сочетание этих факторов, характеризующих их неготовность к материнству.
2. Психологические факторы неготовности к материнству у женщин с угрозой прерывания беременности имеют свою структуру, в которую входят: личностные особенности беременных женщин, особенности их материнской сферы, нарушение онтогенеза материнской сферы и актуальная неготовность женщины к рождению ребенка.
3. У женщин с угрозой прерывания беременности имеются нарушения психологической составляющей материнской сферы, которые провоцируют возникновение напряженного внутреннего конфликта и нарушение течения беременности. Внутренний конфликт в материнской сфере этих женщин возникает вследствие неадекватного формирования онтогенеза материнской сферы: нарушений ранних диадических отношений, искажений формирования материнства в игровом периоде и дефицитарности опыта взаимодействия с младенцами, что ведет к искажению образа ребенка и себя в роли матери, психологической неготовности к беременности и родам.
4. У беременных женщин с угрозой прерывания беременности

выявляется актуальная неготовность к материнству, которая выражается в незапланированности беременности, неадекватной организации жизненного пространства беременной, деструктивном типе гестационной доминанты, негативных переживаниях беременности и ситуации материнства.

5. Нарушения в материнской сфере женщин с угрозой прерывания беременности, обуславливающие актуальную неготовность этих женщин к беременности и материнству, провоцирует повышенный уровень тревожности и актуализацию неэффективных видов психологических защит, что в свою очередь усугубляет риск угрозы прерывания беременности.

Результаты исследования.

В исследовании психологические, социальные и соматические особенности женщин с угрозой прерывания беременности были рассмотрены как факторы неготовности женщины к материнству. В случае неготовности беременной женщины к материнству у нее возникает внутренний конфликт, который может проявляться в соматической форме и приводить к угрозе прерывания беременности. В исследованиях, посвященных этой проблеме, показано, что угроза прерывания беременности представляет собой интегральный и в некотором роде универсальный показатель реакции организма на любое выраженное неблагополучие в организме матери, плода, неблагоприятное воздействие факторов окружающей экологической среды, профессионально-производственных факторов, психологических проблем, и таким образом отражает системную неготовность к материнству как самой женщины, так и актуальных условий ее жизни (В.Н. Серов, 1997). Проанализированные психологические, социальные и соматические факторы, определяющие неготовность к материнству женщин с угрозой прерывания беременности, разделены на три группы, внутри которых были выделены и описаны отдельные составляющие их подфакторы: психологические факторы, социальные факторы и соматические факторы. На основании проведенного теоретического анализа была предложена структура психологических факторов неготовности к материнству женщин с угрозой прерывания беременности, в которой выделено три компонента (или подфактора): личностные особенности беременной женщины (особенности психологических защит, стрессоустойчивость, тревожность и др.), актуальная неготовность к рождению ребенка (которая выражается в наличии неадекватного образа ребенка и себя в роли матери, неготовности к материнству и родам, незапланированности беременности и др.) и особенности

формирования онтогенеза материнской сферы. Выявление значимости психологических факторов неготовности к материнству женщин с угрозой прерывания беременности в сравнении с социальными и соматическими факторами и выявление их взаимосвязи определило задачи нашего эмпирического исследования.

На основе проведенного исследования было выявлено, что наиболее значимыми психологическими факторами неготовности к материнству женщин с угрозой прерывания беременности являются: 1) особенности формирования онтогенеза материнской сферы, 2) наличие актуальной неготовности к рождению ребенка, 3) личностные особенности беременной женщины.

1) Изучение **онтогенеза материнской сферы** беременных женщин, характера взаимоотношений беременной с собственной матерью и особенностей формирования ее материнской сферы на этапе игровой деятельности и этапе няньчания (по методике «Онтогенез материнской сферы» Г.Г. Филипповой), показало, что в группе женщин с угрозой прерывания беременности онтогенез материнской сферы формировался менее благополучно, чем в группе матерей без угрозы прерывания беременности.

У 40 (73%) исследуемых женщин с угрозой прерывания беременности было выявлено наличие неадекватных взаимоотношений с собственной матерью. Это проявлялось в наличии дисгармоничных взаимоотношений с матерью в детстве и в настоящем времени (женщины отмечали напряженные, холодные, неустойчивые отношения с матерью), наличии разлук с матерью в детстве, отсутствии эмоционального и тактильного контакта матери с дочерью. Во II группе женщин без угрозы прерывания беременности неадекватное взаимодействие с собственной матерью было обнаружено лишь у 3 (7,3%) исследуемых.

У 36,4% женщин с угрозой прерывания беременности развитие материнской сферы в игровой деятельности имело искаженный и дефицитарный характер. Это проявлялось в отсутствии игровой деятельности в детстве, либо в неадекватном протекании игровой деятельности (предпочтение мужских игрушек, нежелании играть и др.), отсутствии любимой куклы, отрицательном отношении взрослых к играм ребенка. Во II группе женщин без угрозы прерывания беременности развитие материнской сферы в игровой деятельности имело искаженный и дефицитарный характер только у 2,4% женщин. Почти все женщины этой группы отметили, что очень любили играть в куклы, домики, дочки-матери. Имелась любимая кукла, похожая на младенца. Как правило, мама игры поощряла, помогала и показывала,

как играть. Все эти признаки свидетельствуют о том, что развитие материнской сферы в игровой деятельности проходило успешно.

У 41% женщин с угрозой прерывания беременности развитие материнской сферы в няньчании имело искаженный и дефицитарный характер. Это проявлялось в отсутствии опыта няньчания у будущей матери, либо в неадекватном протекании этого этапа (в более позднем возрасте, с ребенком не взаимодействовала, только смотрела), переживании при контакте с младенцем неприятных эмоций (страх, неприязнь, брезгливость, отвращение непонимание и др.), отрицательном отношении взрослых к процессу взаимодействия с ребенком (испуг, запрещение прикасаться к ребенку и др.).

В сравнении с группой женщин с угрозой прерывания беременности, в группе женщин без угрозы прерывания беременности развитие материнской сферы в няньчании имело искаженный и дефицитарный характер только у 7,3% женщин. Большинство женщин этой группы (93%) отметили, что очень любили взаимодействовать с младенцем (чаще всего это были собственные браться и сестры), испытывали при этом положительные эмоции (приятные впечатления, желание иметь собственного ребенка, умиление, интерес). Взрослые при этом помогали во взаимодействии с ребенком, поддерживали, сопереживали. Все эти признаки свидетельствуют о том, что развитие материнской сферы в няньчании проходило успешно.

Таким образом, изучение онтогенеза материнства показало, что образ ребенка и себя как матери складывается поэтапно в течение всей жизни женщины и основную роль в этом процессе играют отношения с собственной матерью. К беременности женщина подходит с уже сложившимся представлением о будущем материнстве. При деструктивном образе материнства формируется внутренний конфликт между острым желанием стать матерью (причины этого желания многообразны и чаще всего носят компенсаторный характер) и неготовностью к принятию материнской роли. В случае разрешения конфликта по типу соматизации появляются нарушения в течение беременности. Медицинская помощь, не решает психологических проблем, лежащих в основе нарушений в материнской сфере, поэтому необходима психологическая помощь, целью которой является психокоррекция и психотерапия источников внутреннего конфликта, являющихся причиной формирования деструктивного образа материнства у женщин.

2. При изучении **психологических особенностей переживания беременности и материнства** с помощью методики «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова), были выявлено, что у женщин с нарушением репродуктивной функции имеются нарушения психологической

составляющей материнской сферы, которые выражаются в деструктивном восприятии своего материнства и образа ребенка. Эти нарушения проявляются в наличии у беременной женщины симптомов тревоги, неуверенности в себе, наличии конфликта с беременностью или с ситуацией материнства.

У большинства женщин (49%) с угрозой прерывания беременности выявлено наличие конфликта с беременностью или с ситуацией материнства, что говорит о неготовности женщин к беременности и родам, неадекватном представлении образа себя и ребенка, высокой тревожности. Кроме того, в группе беременных женщин с угрозой прерывания беременности были выявлены незначительные симптомы тревоги, неуверенности, конфликтности (29%) и тревога и неуверенность в себе как в матери (22%). Следует особо отметить, что в данной группе женщин с угрозой прерывания беременности не выявлено ни одной женщины, которую можно отнести к группе с благоприятной ситуацией материнства (0%), что говорит о том, что все женщины данной группы имеют отклонения в переживании беременности и ситуации материнства.

В группе женщин без угрозы прерывания беременности большинство обследуемых (54%) относятся к группе с благоприятной ситуацией материнства, что говорит о готовности женщин к беременности и родам, адекватном представлении себя и ребенка, позитивном эмоциональном принятии своей роли. Незначительные симптомы тревоги, неуверенности и конфликтности выявлены у 27% женщин без угрозы прерывания беременности, тревога и неуверенность отмечена у 5% женщин этой группы. Самая малочисленная группа женщин (14%) имеют конфликт с беременностью или с ситуацией материнства, однако выделяются значительные различия между рисунками женщин с угрозой прерывания беременности и без угрозы прерывания беременности.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать выводы о том, что существуют достоверно значимые различия особенностей переживания беременности и ситуации материнства у беременных женщин с разным соматическим статусом. У большинства беременных женщин без угрозы прерывания беременности (54%) выявлена благоприятная ситуация материнства, что говорит о готовности женщин к беременности и родам, адекватном представлении образа себя и ребенка, позитивном эмоциональном принятии своей роли. У большинства женщин с угрозой прерывания беременности (49%) выявлено наличие конфликта с беременностью или с ситуацией материнства, что говорит о неготовности женщин к беременности и

родам, неадекватном представлении образа себя и ребенка, высокой тревожности.

Анализируя **тип психологического компонента гестационной доминанты** (ПКГД) беременной женщины с помощью методики «Определение типа психологического компонента гестационной доминанты» (Добряков И.В.) было выявлено, что наиболее неадекватными типами ПКГД являются гипогестогнозический, тревожный и депрессивный типы ПКГД. Гипогестогнозический тип ПКГД, был выявлен у 10% женщин с угрозой прерывания беременности, и у 9,2% женщин без угрозы прерывания беременности, он нередко встречается у женщин, не желающих менять привычный образ жизни в связи с наступлением беременности. Тревожный тип ПКГД, был выявлен у 11,5% женщин с угрозой прерывания беременности, и у 7,3 % женщин без угрозы прерывания беременности. Депрессивный тип ПКГД, был выявлен у 2,5% женщин с угрозой прерывания беременности, и у 1% женщин без угрозы прерывания беременности, проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Важно отметить, что наиболее значимым фактором риска в угрозе прерывания беременности является наличие у беременной женщины показателей нескольких неблагоприятных типов ПКГД, которые в сочетании могут привести к нарушениям в течении беременности, или уже в послеродовом периоде (отказ от кормления грудью, наличие постнатальной депрессии и др.).

Как показало исследование сочетаний типов ПКГД, у большинства беременных женщин с угрозой прерывания беременности (95%) имелась повышенная вероятность наличия нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств. Женщина, мечтавшая о ребёнке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить её отношения с родственниками, объясняющих всё капризами, не понимающими, что женщина нездорова. Это ещё больше усугубляет состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничижения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Формирование стиля семейного воспитания проходило у таких женщин в неблагоприятных условиях. Среди типов семейного воспитания встречаются эмоциональное отвержение, жестокое обращение. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющей её состояние. И только 5% женщин с угрозой прерывания беременности

находились во время беременности в состоянии психологического комфорта.

Большинство исследуемых беременных женщин без угрозы прерывания беременности (51%) находились во время беременности в состоянии психологического комфорта. Формирование стиля семейного воспитания у большинства женщин без угрозы прерывания беременности проходило в благоприятных условиях. У 39% женщин без угрозы прерывания беременности может отмечаться повышенная вероятность наличия нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств. Формирование стиля семейного воспитания проходило у них в менее благоприятных условиях. И только 10% женщин без угрозы прерывания беременности имели высокую вероятность возникновения нервно-психических нарушений и соматических заболеваний.

Таким образом, в результате проведенного исследования у беременных женщин с нарушением репродуктивной функции была выявлена **актуальная неготовность к материнству,** которая проявлялась в: а) негативных особенностях переживания беременности и ситуации материнства. б) деструктивном типе гестационной доминанты беременности; в) психологической неготовности к материнству и родам; г) в незапланированности беременности; д) неадекватной организации жизненного пространства беременной.

На основании **анализа сновидений** беременных женщин по методике В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко нами было выявлено, что в I группе женщин с угрозой прерывания беременности у 33 (60 %) женщин была выявлена неготовность к материнству и у 38 (69%) - неготовность к родам. Во II группе женщин без угрозы прерывания беременности неготовность к материнству проявилась всего у одной (2,4%) женщины, а неготовность к родам – у 6 (14,6%) женщин. Данные математической статистики позволяют судить о достоверных различиях в показателях готовность/ неготовность к родам, готовность/ неготовность к материнству в обеих группах, что говорит о том, что большинство беременных женщин I группы с угрозой прерывания беременности не готовы к материнству и родам.

г) У большинства (69,09%) беременных женщин I группы беременность была **незапланирована**, в сравнении с беременными женщинами II группы без угрозы прерывания беременности, у которых беременность являлась запланированной (75,61%).

Под понятием «**адекватной организации жизненного пространства** беременной» нами имелась в виду организация жизни беременной женщины таким образом, при которой создавались

необходимые охранительные условия для развития ребенка, подготовлены и изменены условия жизни в связи с беременностью. Данный комплекс мероприятий, по нашему мнению, включал подготовку беременной женщиной своего социального и физиологического статуса к беременности. Однако, в ходе проведенного исследования были выявлены существенные различия между беременными женщинами с разным репродуктивным статусом. Как показало исследование, наличие эмоциональных нагрузок отмечено у 47 (85,45%) беременных женщин I группы, и только у 13 (31,71%) беременных женщин II группы без угрозы прерывания беременности. У большинства (67,27%) беременных женщин I группы собственного жилья не имеется, у большинства беременных женщин II группы без угрозы прерывания беременности (58,54%) имеется собственное жилье. Большинство беременных женщин I группы (74,55%) оценили свое материальное состояние как среднее. Во II группе женщин без угрозы прерывания беременности большинство беременных женщин (53,66%) оценили свое материальное состояние как хорошее. Необходимо отметить, что плохим свое материальное состояние оценило 7,27% женщин I группы с угрозой прерывания беременности, во II группе таких низких показателей не было отмечено ни одной женщиной (0%). Наличие профессиональной вредности отмечено у 13 (23,64%) беременных женщин I группы, и только у 3 (7,32%) беременных женщин II группы без угрозы прерывания беременности.

Наличие физических нагрузок отмечено у 22 (40%) беременных женщин I группы, и только у 2 (4,88%) беременных женщин II группы без угрозы прерывания беременности.

Курение у исследуемых беременных женщин было отмечено у 2 (3,64%) матерей I группы, во II группе курящих беременных матерей не было выявлено. Курение обоих родителей было отмечено у 4 (7,27%) семей I группы, и у 1 (2,44%) семьи II группы. Все беременные женщины I группы (100%) принимали лекарства во время беременности, в отличии от II группы женщин без угрозы прерывания беременности, в которой большинство беременных женщин (97,56%) лекарственные средства не употребляли.

Таким образом, как показало исследование, психологическая неготовность к материнству (психологический фактор) обуславливает формирование некоторых компонентов социального и физиологического факторов, приводящих к возникновению угрозы прерывания беременности.

3. Нами были исследованы **личностные особенности** беременных женщин с угрозой прерывания беременности в сравнении с

женщинами без угрозы прерывания беременности, по показателям стрессоустойчивости, тревожности и особенностям ассоциаций и защитных механизмов.

В результате исследования **стрессоустойчивости** по методике «Определение стрессоустойчивости и социальной адаптации» (Холмс, Рэй), у большинства беременных женщин с угрозой прерывания беременности (54,5%) была выявлена высокая степень сопротивляемости стрессу, что говорит о том, что наличие актуального состояния невынашивания беременности не является для беременных женщин данной группы стрессовым фактором. Пороговая степень сопротивляемости стрессу была выявлена у 25,5 % женщин I группы и у 34% женщин II группы. Низкая стрессоустойчивость отмечена у 20% женщин I группы и у 12% женщин II группы. По показателю 50% вероятности возникновения заболевания на фоне стресса у беременных женщин без угрозы прерывания беременности был получен более высокий результат (49%!), по сравнению с беременными женщинами с угрозой прерывания беременности (42%).

В результате исследования ситуативной **тревожности** по методике Ч. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) было выявлено, что большинство женщин с угрозой прерывания беременности в момент проведения обследования находились в достаточно уравновешенном состоянии (у 78% женщин данной группы). Этот показатель, позволяет нам судить о том, что наличие угрозы прерывания беременности у женщин данной группы не приводило к состоянию тревожности в момент проведения обследования. В результате исследования личностной тревожности, у беременных женщин без угрозы прерывания беременности был получен более высокий показатель (68 %), чем в сравниваемой группе (51%). У большинства женщин II группы без угрозы прерывания беременности преобладает высокая личностная тревожность (68%), что может быть связано со значимостью периода беременности в их жизни, наличии страхов и переживаний в связи с беременностью и родами. Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать вывод о том, что, несмотря на наличие угрозы прерывания беременности, исследуемым женщинам I группы состояние тревожности было свойственно меньше, чем беременным женщинам без угрозы невынашивания беременности.

Анализируя особенности **ассоциаций** беременных женщин по методике К.Юнга, было выявлено, что у женщин I группы с угрозой прерывания беременности, понятия, связанные с беременностью, родами и материнством, вызывают негативные ассоциации, выражающие беспокойство, эмоциональные переживания, страхи, связанные беременностью, родами и потерей ребенка. Эти

переживания являются источником высокой тревожности, которая, в результате соматизации, может приводить к угрозе невынашивания беременности. Ответы беременных женщин II группы без угрозы прерывания беременностью, отличались эмоционально позитивной окраской, положительным отношением к факту беременности и материнства, абстрактностью и образностью понятий, использованием позитивных метафор, терминов, связанных с природой, гармонией, благополучием, цветами, животными. Все это говорит о благополучном протекании беременности, так как в ассоциациях актуализируются наиболее значимые переживания в жизни женщины в этот период.

В результате исследования **защитных механизмов** их сочетаний с помощью опросника Life Style Index (Плутчик Р., Келлерман Х., Конте Х.Р.), у беременных женщин с разным репродуктивным статусом достоверно значимых различий между двумя исследуемыми группами выявлено не было. Наиболее выраженными механизмами психологической защиты являлись: проекция, рационализация, отрицание, компенсация и гиперкомпенсация.

На основании результатов изучения **социального и соматического** статусов было выявлено, что беременные женщины с угрозой прерывания беременности в отличие от женщин без угрозы прерывания беременности характеризуются следующими неблагоприятными факторами, определяющими неготовность их жизненной ситуации и соматического состояния к вынашиванию и рождению ребенка, и таким образом также являющимися факторами неготовности к материнству этих женщин: наличием в анамнезе беременной женщины диагноза «бесплодие» (χ^2= 3,903; p=0,024), наличием в анамнезе предыдущей внутриутробной гибели, плода (χ^2= 8,514; p=0,0017), гинекологических заболеваний (χ^2= 31,82; p=0,0000001), инфекций половых путей (χ^2= 22,43; p=0,000001), хронических заболеваний (χ^2= 6,745; p=0,0047) беременной женщины и отца ребенка (χ^2= 10,535; p=0,00058), отсутствием высшего образования (χ^2= 11,386; p=0,00037), незапланированность беременности (χ^2= 17,028; p=0,000018), отсутствием собственного жилья (χ^2= 5,35; p=0,01), среднее (χ^2= 6,814; p=0,0045) и плохое (χ^2= 11,755; p=0,0003) материальное состояние, наличием профессиональной вредности (χ^2= 3,405; p=0,032), наличием физических (χ^2= 13,637; p=0,0001) и эмоциональных (χ^2= 26,704; p=0,00001) нагрузок, курение исследуемой беременной женщиной (χ^2= 20,097; p=0,00004) и отцом ребенка (χ^2= 13,528; p=0,0001), приемом лекарств во время беременности (χ^2=91,9; p=0,0000001). Следовательно, мы вправе считать эти факторы предрасполагающими к возникновению угрозы прерывания беременности.

При сравнении психологических, социальных и соматических факторов неготовности к материнству женщин с угрозой прерывания беременности выявлена значимость вклада каждого фактора в формирование неготовности к материнству у женщин с угрозой прерывания беременности. Приведены результаты вторичного математического анализа полученных данных с помощью критерия Вальда (Гублер Е.В., 1978; Гайдышев И.П., 2001). Критерий Вальда позволяет на основании имеющихся данных вычислить степень значимости каждого из исследуемых факторов, и составить так называемую «матрицу», которая будет отражать числовое значение значимости каждого фактора (ДК– диагностический коэффициент).

Было выявлено, что наибольший вклад в формирование неготовности к материнству у женщин с угрозой прерывания беременности, согласно критерию Вальда, имеют следующие факторы (чем выше диагностический коэффициент (ДК), тем более весомым является фактор в формировании невынашиваемости беременности): соматические факторы - наличие предыдущих выкидышей (ДК=4), наличие гинекологических заболеваний (ДК=6), наличие инфекций (ДК=4), наличие профессиональной вредности (ДК=5), физические нагрузки во время беременности (ДК=9), курение родителей будущего ребенка (ДК=5); социальные - отсутствие высшего образования (ДК=7), психологические – незапланированность беременности (ДК=5), эмоциональные нагрузки во время беременности (ДК=4), тревога и неуверенность в себе как в матери (ДК=8), наличие конфликта с беременностью или с ситуацией материнства (ДК=5), неадекватное взаимодействие беременной с собственной матерью (ДК=10), неадекватное формирование онтогенеза материнской сферы в игровой деятельности (ДК=12), несформированность материнской сферы на этапе няньчания (ДК=7), неготовность к материнству и родам, выявленная на основании анализа сновидений (ДК=14, ДК=7).

Проведенное исследование показало, что наиболее значимым факторами неготовности к материнству женщин с угрозой прерывания беременности является психологический фактор, в структуре которого нами были выделены следующие компоненты: 1) особенности формирования онтогенеза материнской сферы 2) актуальная неготовность к рождению ребенка 3) личностные особенности беременной женщины. А именно: 1) нарушения в формировании онтогенеза материнской сферы приводят к возникновению внутреннего конфликта в материнской сфере, проявляющегося в нарушениях репродуктивной функции женщины, нарушениях ранних диадических отношений, искажений формирования материнства в игровом периоде и дефицитарности опыта взаимодействия с

младенцами; 2) у беременных женщин с нарушением репродуктивной функции выявляется актуальная неготовность к материнству, которая выражается в незапланированности беременности, неадекватной организации жизненного пространства беременной, психологической неготовности к материнству и родам, деструктивном типе гестационной доминанты беременности, негативных особенностях переживания беременности и ситуации материнства; 3) у женщин с разным репродуктивным статусом имеются различия в личностных особенностях по показателям стрессоустойчивости, тревожности и особенностям ассоциаций и защитных механизмов.

Выводы:

1. У женщин с угрозой прерывания беременности выявлена неготовность к материнству, которая определяется тремя группами факторов: психологическими, социальными и соматическими, которые взаимосвязаны между собой и имеют собственную значимость в формировании неготовности этих женщин к материнству.
2. Психологический фактор неготовности к материнству у женщин с угрозой прерывания беременности имеет собственную структуру, в состав которой входят: особенности формирования онтогенеза материнской сферы, актуальная неготовность к рождению ребенка и личностные особенности беременной женщины (наличие неконструктивных психологических защит, особенности стрессоустойчивости, сновидений, тревожность и др.),
3. В результате проведенного исследования было выявлено, что нарушения в материнской сфере приводят к возникновению внутреннего конфликта с ситуаций беременности и материнства, что формирует актуальную неготовность к материнству, которая проявляется в негативных особенностях переживания беременности и ситуации материнства, деструктивном типе гестационной доминанты, психологической неготовности к материнству и родам, в незапланированности беременности, неадекватной организации жизненного пространства беременной.
4. Нарушения в материнской сфере беременных с угрозой невынашивания, обуславливающие актуальную неготовность этих женщин к беременности и материнству, провоцируют повышенный уровень тревожности и актуализацию неэффективных видов психологических защит, что в свою очередь усугубляет риск угрозы прерывания беременности.
5. Как показано в исследовании, все три группы факторов: психологический, социальный и соматический, взаимосвязаны между собой, а именно: психологический фактор (неготовность к материнству,

нарушенный онтогенез материнской сферы и др.) обуславливает формирование некоторых компонентов социального и физиологического факторов (курение, физические нагрузки во время беременности, бесплодие, предыдущее невынашивание и др.).

6. Высоко значимыми социальными факторами, определяющими неготовность жизненной ситуации к рождению ребенка у женщин с угрозой прерывания беременности являются: отсутствие образования у беременной женщины и отца будущего ребенка, плохие жилищные условия, неблагоприятное материальное положение.

7. Высоко значимыми соматическими факторами, определяющими неготовность женщин с угрозой прерывания беременности к вынашиванию беременности являются: наличие предыдущего бесплодия, наличие предыдущей внутриутробной гибели плода, гинекологические заболевания, наличие инфекций, хронические заболевания матери, хронические заболевания отца, наличие профессиональной вредности у беременной женщины и отца будущего ребенка, физические нагрузки во время беременности, курение родителей ребенка, прием лекарств во время беременности.

8. Комплексный подход в изучении психологических, социальных и соматических факторов неготовности к материнству женщин с угрозой прерывания беременности, позволяет проводить раннюю диагностику по выявлению неготовности женщин к материнству с целью прогнозирования нарушений течения беременности. Необходимо своевременно выявлять ведущие психотравмирующие факторы и второстепенные для оказания наиболее полноценной и квалифицированной помощи беременной женщине и организации мероприятий по устранению выявленных факторов риска.

Таким образом, на основании проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что медицинская помощь, осуществляя лечение последствий внутриличностного конфликта, возникающего в результате неготовности женщин к материнству и выражающихся в патологии беременности, не решает психологических проблем, лежащих в основе нарушений в материнской сфере. Необходима психологическая помощь, целью которой является психокоррекция и психотерапия источников внутреннего конфликта, являющихся причиной формирования деструктивного образа материнства у женщин.

CONTENTS

THEORETICAL AND APPLIED RESEARCHES

L. Gritsai
SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL MODEL OF PROCESS OF FORMATION PARENTING IN THE RUSSIAN SOCIETY OF THE BEGINNING OF THE XXI-ST CENTURY 5

EXPERIMENTAL RESEARCHES

A.Batueva
INTERRELATION OF PERSONAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN AND THEIR AGE AND SOCIALLY – DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS 18

E.Zakharova, A.Stupak
FEATURES OF MOTIVATIONAL SPHERE OF MOTHERS IN CONNECTION WITH AGE THE CHILD 29

E.Zakharova, Yu.Torchinova
CONDITIONS OF FORMATION OF PARENT IDENTITY 38

PRACTICE

I.Alekseenko
FEATURES OF WORK OF THE PSYCHOLOGIST ON PREPARATION OF MARRIED COUPLES FOR PARTNER SORTS 49

A.Plotnikova
WORKING METHODS ON COMMUNICATIVE DEVELOPMENT OF CHILDREN OF INFANTILE AGE 55

THE REVIEW OF AUTHOR'S ABSTRACTS

L.Gatsaeva
FEATURES OF THE CURRENT OF PREGNANCY, SORTS AND THE POSTNATAL PERIOD AGAINST THE MIXED DISTURBING AND DEPRESSIVE FRUSTRATION IN THE CONDITIONS OF SOCIAL AND ECONOMIC INSTABILITY 62

N.Vasyagina
SUBJECTIVE FORMATION OF MOTHER IN MODERN SOTSIO-CULTURAL SPACE OF RUSSIA 74

V.Merenkova
FEATURES OF CHILD FIRST AND SECOND YEAR OF LIFE AS A FUNCTION OF EMOTIONAL RESPONSE OF MOTHER 87

E. Mironova
PSYCHOLOGICAL FACTORS OF UNPREPAREDNESS FOR MOTHERHOOD (DEMONSTRATION WITH AN EXEMPLE OF WOMEN WITH THREAT OF MISCARRIAGE) 110