

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Факультет «Психология»
Кафедра «Клиническая психология»

ПРОЕКТ ПРОВЕРЕН

Рецензент, к. пс. н., доцент

_____ С.В. Морозова
_____ 2016 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
_____ М.А. Бербин
_____ 2016 г.

Разработка системы дополнительного модуля интерпретатора для
методики «Тип отношения к беременности»

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ-37.04.01.2016.302ПЗ ВКР

Руководитель работы,
заведующий кафедрой
М.А. Бербин

_____ 2016 г.

Автор проекта
студент группы ПМЗ-320
К.А. Василевская

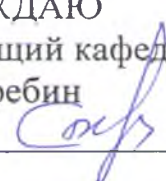
_____ 2016 г.

Нормоконтролер,
заведующий кафедрой
клинической психологии
М.А. Бербин

_____ 2016 г.

Челябинск 2016

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Факультет «Психология»
Кафедра «Клиническая психология»
Направление «Психология»

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
М.А. Березин
 2016 г.

З А Д А Н И Е

на выпускной квалификационный проект студента
Василевской Ксении Андреевны

Группа ПМЗ-320

1 Тема работы

Разработка системы дополнительного модуля интерпретатора для методики «Тип
отношения к беременности»
утверждена приказом по университету от 30.12.2015 № 2630

2 Срок сдачи студентом законченной работы 14.01.2016 г.

3 Исходные данные к работе

- Методика «Тип отношения к беременности» («ТОБер»).
- Методика «Тип отношения к болезни» («ТОБол»).
- Патохарактерологический Диагностический Опросник А.Е. Личко.
- Теория отношений В.Н. Мясищева.
- Методика «Цветовой тест отношений» М. Люшера.

4 Перечень вопросов, подлежащих разработке:

- Теоретический анализ литературы по вопросам психологической диагностики беременных женщин осуществляемой в здравоохранении
 - Уточнение роли и места методики «ТОБер» в общей системе перинатальной диагностики.
 - Качественная оценка методики «ТОБер» и существующей системы интерпретации её результатов.
 - Получение многомерных клинических данных по методике «ТОБер» и другим психологическим методикам и сопоставление результатов, полученных с помощью используемых методик.
 - Анализ текстов выбранных утверждений методики в контексте их переформулирования (для представления в тексте интерпретации) и: определения компонентной структуры выявленного типа отношения к беременности.
 - Разработка итогового заключения по методике «ТОБер», включающего диагностику системы отношений беременных покомпонентно (в соответствии с разработанной Н.В. Мясичевым классификацией, включающей когнитивные, эмоциональные и мотивационно-поведенческие компоненты) и с выделением сущностных характеристик отношений личности (целостность, активность, избирательность, осознанность).

5 Иллюстративный материал: в качестве иллюстративного материала использован альбом иллюстраций и презентация в формате Power Point, в которых отражены основные компоненты и результаты исследования.

Общее количество иллюстраций:

6 Дата выдачи задания 20.10.2013г.

Руководитель _____ М.А. Беребин
(подпись)

Задание принял к исполнению _____ К.А. Василевская
(подпись студента)

КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН

Наименование этапов выпускной квалификационной работы	Срок выполнения этапов работы	Отметка о выполнении руководителя
Определение направления и тематики работы	20.10.13–10.03.14	Сделано
Формулировка задания к работе	19.03.14–30.03.14	Сделано
Поиск и обзор литературы	5.04.14–15.05.14	Сделано
Оформление теоретической части работы	16.05.14–17.06.14	Сделано
Определение целей, задач исследования	20.06.14–30.06.14	Сделано
Разработка плана создания нового конструкта	3.07.14–20.07.14	Сделано
Проведение исследования	22.07.14–21.08.14	Сделано
Анализ данных	22.08.14–23.09.14	Сделано
Создание нового конструкта	30.10.14–10.12.14	Сделано
Написание клинического заключения	11.12.14–21.12.14	Сделано
Оформление дипломной работы	22.12.15–11.01.16	Сделано

Заведующий кафедрой _____ / М. А. Берebin/

(подпись)

Руководитель работы _____ / М. А. Берebin/

(подпись)

Студент _____ / К. А. Василевская/

(подпись)

АННОТАЦИЯ

Василевская К.А. Разработка системы дополнительного модуля интерпретатора для методики «Тип отношения к беременности» .– Челябинск: ЮУрГУ, ПМЗ–320, ___ с., 1 ил., __ табл., библиогр. список – __ наим., 1 прил., __ л.

сиходиагностической методики «Тип отношения к беременности» (ТОБер), созданной для многомерного исследования системы отношения женщины к беременности. Показано, что существующая система интерпретации «ТОБер» представляется неполной. Обоснована необходимость в ее расширении путем включения в нее дополнительных параметров, характеризующих отношения личности с позиции концепции В.Н. Мясищева, а также создания более полного и развернутого интерпретатора методики «ТОБер», включая его возможность разработки компьютеризированного варианта. В такой интерпретатор включаются него модуля, позволяющие оценивать компоненты (когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий) и сущностные характеристики отношений личности (целостность, активность, избирательность, осознанность). На материале обследования «обучающей выборки» беременных женщин проведен анализ текстов выбранных утверждений методики в контексте их переформулирования (для представления в тексте интерпретации) в соотнесении с компонентной структурой выявляемых типов отношения к беременности.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	8
1 СРАВНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ.....	12
1.1 Психология беременных.....	12
1.2 Отношения личности и к беременности в частности.....	20
1.3 Психодиагностика в перинатальной психологии.....	24
1.4 Принцип интерпретации методики «Тип отношения к беременности» и обоснование необходимости его развития.....	32
2 РАЗРАБОТКА ОПИСАНИЯ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ К БЕРЕМЕННОСТИ В ЦЕЛЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИХ В ИНТЕРПРЕТАТОРЕ МЕТОДИКИ «ТОБЕР».....	36
2.1 Положения теории В.Н. Мясищева как теоретические предпосылки для компонентного описания отношения к беременности.....	36
2.2 Теоретические предпосылки для разработки типологических описаний отношения к беременности.....	39
2.3 Психологическое содержание компонентной структуры отношения к беременности.....	42
2.3 Результаты этапа исследования по переформулированию утверждений методики «ТОБер» в целях применения их при формировании интерпретатора методики.....	47
3 ТЕХНОЛОГИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ПО СОЗДАНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МОДУЛЯ ИНТЕРПРЕТАТОРА МЕТОДИКИ «ТИП ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ».....	63
3.1 Апробация методики.....	63
ВЫВОДЫ.....	102
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	103
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	104

Обозначения и сокращения

1. **ТОБер** (тип отношения к беременности) - психодиагностическая методика, предназначенная для изучения вариантов типов реагирования женщин на беременность.

2. **ТОБол** (тип отношения к болезни) - клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни.

3. Качества (компоненты) отношений по Н.В. Мясищеву

Э - эмоциональный

К - когнитивный

П – поведенческий

Признаки отношений по Н.В. Мясищеву

А - активность

И – избирательность

О - осознанность

4. Классификация типов отношений к беременности по «ТОБер»

Г - гармоничный

Эрго - эргопатичный

С – тревожно сензитивный

Ип – тревожно ипохондрический

Эйф – инфантильный эйфорический

Эго – инфантильный эгоцентрический

Н – невротический

Д - дисфорический

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы правительством Российской Федерации взят курс на проведение активной демографической политики, и, в частности, стимулирование повышения рождаемости в нашей стране. В рамках этой программы проводится ряд мероприятий: материальное поощрение родителей в семьях с двумя и более детьми (выплаты «материнского капитала») увеличение продолжительности «декретного отпуска» для мам (отпусков по беременности и родам, по уходу за ребенком по достижении им 1,5 и 3 лет);, внедрение современных медицинских методов стимулирования рождаемости (например, развитие практики экстракорпорального оплодотворения –ЭКО, повышение медицинского контроля за состоянием беременных и социальной поддержки родивших женщин. В частности, целях обеспечения выполнения последних из перечисленных мероприятий, в штаты женских консультаций вводятся должности специалистов медицинских психологов, издаются нормативно-правовые акты, определяющие особенности их деятельности в специализированных медицинских учреждениях (например, указания Министерства здравоохранения РФ № 202-У от 12.02.2002 г “О создании Координационного совета Минздрава России по оказанию медико-психологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях детства и родовспоможения”).

Статистические данные (см. табл. в Приложении 1) свидетельствуют, что за последние 15 лет наметилась положительная динамика в вопросах акушерства и гинекологии: количество нормальных родов увеличилось лишь на 8 %, а уровень перинатальной смертности к 2012 году уменьшился на 4 %, отмечается незначительная динамика по заболеваниям, осложняющим беременность и роды.

Многочисленные исследования показывают, что на течение беременности влияет и вся предшествующая жизнь женщины, тип её личности, способы реагирования. (Г.Г. Филиппова, 2005; И.Ю. Хамитова, 2003; Ж.В. Цареградская, 2002; A. Phoenix, 1991; S. Straker, 1954; Th. VERNY, 1987; D. Winnicott, 1988 и др.),

в том числе и психологические их составляющие (И.В. Добряков, 2001; А.Е. Волков, 2005; Н.П. Коваленко, 1997; В.Ю. Ледина, 2004; М.А. Нечаева, 2005).

Но, тем не менее, тема перинатальной психологии в медицинской и психологической науке и практике нашей страны остаётся относительно новой и не достаточно разработанной, а опубликованные теоретические и практические разработки в области психологической диагностики буквально единичны.

Перед медицинскими психологами, работающими в женских консультациях, при проведении дородовой подготовки женщин на первый план выходит задача по урегулированию их психоэмоционального состояния женщин, прежде всего мероприятия, направленные на выявление и коррекцию тревоги, страхов у беременных женщин, которые, приводящих к хронизации стрессового состояния у беременных. Кроме того, изучаются и корректируются и другие факторы, например, особенности психосоматического статуса беременных женщин, изучается роль психогенных и эмоциональных факторов в формировании и развитии родовой боли.

Изучение психологической составляющей периода беременности и родов показывает, что. психологическое состояние женщины при беременности соответствует всем трём критериям макростресса: очевидные локализация во времени и пространстве, изменения в восприятии системы «индивид - окружающий мир», наличие стойких аффективных реакций.

При беременности могут появиться дополнительные для беременной серьезные проблемы: осложнения беременности, аномалии плода, негативные социальные ситуации, общественные, экономические и природные катаклизмы и др. В этом случае беременные нуждаются в помощи, направленной на повышение их способности по совладанию с интенсивными дисфункциональными переживаниями, поскольку представляется очевидным, что различные стрессовые факторы способствуют нарушениям течения беременности, развития ребёнка и материнской сферы.

Выше уже отмечалось, что у беременной женщины меняется сама система её отношений с окружающей действительностью. Одной из важных составляющих такой системы, является отношение женщины к своему состоянию. Поэтому одной из важных клинических задач является своевременная и информативная диагностика системы отношений к беременности, выполняющаяся, в частности, с помощью методики «Тип отношения к беременности» («ТОБер»).

Таким образом, можно определить следующую цель исследования: расширение возможностей существующего интерпретатора для методики «ТОБер», включая возможность адаптации его к задачам компьютерной психологической диагностики отношения к беременности.

Задачами исследования являются:

1. Теоретический анализ литературы по вопросам психологической диагностики беременных женщин, осуществляемой в учреждениях здравоохранения.

2. Уточнение роли и места методики «ТОБер» в общей системе перинатальной диагностики.

3. Качественная оценка методики «ТОБер» и существующей системы интерпретации её результатов.

4. Апробация методики на относительно небольшой выборке беременных женщин, выполняющих функцию «обучающей выборки» при разработке расширенного интерпретатора методики «ТОБер», с разработкой и использованием переформулированных утверждений стимульного материала методики «ТОБер» для унифицированного представления и оценки результатов.

5. Пилотная оценка качественных характеристик разработанной системы психодиагностической оценки результатов по методике «ТОБер» путем соотнесения полученных с ее помощью результатов с результатами обследования женщин из состава «обучающей выборки» по методике «Цветовой тест отношений» («ЦТО») М. Люшера.

6. Разработка структуры и содержания клинико-психологического диагностического заключения по результатам обследования по методике «ТОБер» (на материале исследования единичного случая), включающего в себя в том числе, интерпретацию системы отношений к беременности в соответствии с разработанной Н.В. Мясищевым концепцией: покомпонентно (с выделением когнитивного, эмоционального и мотивационно-поведенческого компонентов) и сущностных характеристик отношений личности (с выделением их целостности, активности, избирательности, осознанности).

Объект исследования: психодиагностическая методика «Тип отношения к беременности» («ТОБер»), ее структура и принципы интерпретации результатов.

Предмет исследования: технология разработки и содержание многоуровневого интерпретатора результатов методики «ТОБер» как одно из оснований для создания её компьютерной версии.

Научная новизна работы состоит в примере соотнесения психологического содержания выявляемых с помощью психодиагностической методики «ТОБер» типологических характеристик отношения к беременности с классификационными основаниями и содержанием теоретических положений концепции отношений личности по В.Н. Мясищеву, представленной их компонентной структурой и сущностными характеристиками.

Практическая значимость выполненной работы состоит в предложении для практического использования оригинальной многомерной системы интерпретации результатов психологического тестирования по методике «Тип отношения к беременности», включающий в себя текстовый интерпретатор выбранных утверждений методики, адаптированный в соответствии со структурой тем опросника, их качественной квалификации в соответствии с компонентной структурой отношений личности по В.Н. Мясищеву.

1 СРАВНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ

1.1 Психология беременных

Характер изучения беременности является междисциплинарным. Соответственно, феномен беременности – актуальный предмет исследования медицинских, психологических и социальных наук. Актуальность изучения психологических аспектов беременности объясняется тем, что оптимальное отношение женщины к своей беременности и всему, что с ней связано, может быть гарантией не только адекватного отношения к самой себе, но быть направлено на оптимизацию состояния плода.

С медицинской точки зрения беременность – это естественный физиологический процесс развития в организме женщины оплодотворенной яйцеклетки, в результате которого формируется и развивается новый человек, способный существовать вне материнского организма.

С женщиной во время беременности происходят изменения на физическом, гормональном, социальном уровнях, что изменяет ее взаимоотношения с миром. Все вышесказанное подтверждает, что беременность – это сложное и психологически вариативное состояние. Беременной женщине присуще неустойчивость настроения, актуализация тревог, внутренних конфликтов и неразрешенных психологических проблем.

Биологические изменения, не являясь непосредственно частью социальной ситуации развития, обуславливают, тем не менее, значительные психологические последствия – изменения в некоторых аспектах самосознания – в образе тела, в установках и оценках, связанных с телесной внешностью и функциями тела и т. д.

На биологический уровень адаптации в первую половину беременности заметное влияние оказывает яичники, во вторую – матка. Тонус вегетативной нервной системы по мере развития беременности повышается скачкообразно, обнаруживая образование своеобразных критических периодов для материнского организма. Так, в сроки до 12 недель беременности преобладает тонус симпатико-

адреналовой системы, во вторую половину (28–30 недель) усиливается тонус обоих отделов, с некоторым преобладанием холинэргических реакций. С позиции анализа нейродинамических процессов эмоциональное состояние беременных характеризуется тем, что при наличии положительного эмоционального фона в последние месяцы беременности имеет место активное состояние корковых процессов, приводящее к увеличению порога болевой чувствительности. В результате отрицательных эмоций, перенапряжения центральной нервной системы (ЦНС) ослабевает функциональная активность коры, снижается порог к болевым ощущениям. Как правило, эти состояния зависят от ожидания желанного или незапланированного ребенка, положительного или отрицательного настроения. Кроме того, физиологические изменения, сопутствующие даже нормально протекающей беременности, предполагает обязательное медицинское наблюдение, что придает беременной женщине особый статус «пациентки», не позволяющей ей чувствовать себя «полноценной». Медицинские технологии приравнивают беременность к сугубо организмическому процессу: «Беременность – это физиологический процесс развития в женском организме оплодотворенной яйцеклетки». При этом она рассматривается как медицинская проблема, состояние, близкое к патологическому, и поэтому непременно требующее медицинского вмешательства. Даже состояние беременности называется «диагнозом». Несмотря на то, что беременность является естественным процессом жизнедеятельности женщины, не исключено навязывание беременности как некоего вида болезни.

Исследование беременности с психологических позиций имеет несколько аспектов.

При этом необходимо отметить, что влияние индивидуальных особенностей матери на ребенка изучалось давно, в то время как личность самой женщины в качестве фактора, определяющего течение беременности и родов, стала вызывать интерес исследователей позднее. Широко изучаются Я–концепция, ценностно-

смысловая, эмоциональная и коммуникативная сферы широко у женщин с физиологической и осложненной беременностью [42].

Например, представляет интерес изучение ценности материнства – при нормальном течении беременности ценность материнства к середине беременности становится доминирующей, а ценность ребенка переходит из разряда абстрактных в разряд реальных, вызывая тем самым перестройку имеющихся ценностей и общей направленности личности. [2]

С позиции психологии материнства и детства материнство и готовность к ней рассматриваются в качестве потребностно-мотивационной сферы личности женщины. В индивидуальном онтогенезе Г.Г. Филиппова [32] выделяет шесть этапов ее становления [32] :

1. Этап взаимодействия с собственной матерью.
2. Этап игровой деятельности.
3. Этап нянчания.
4. Этап дифференциации мотивационных основ материнской и половой сфер.
5. Этап взаимодействия с ребенком до выхода его из младенчества.
6. Завершающий этап развития материнской сферы.

Становление готовности к материнству происходит во время первых четырех этапов. В структуру готовности входят ценностно-смысловой, когнитивный, эмоциональный и конативный (или поведенческий) аспекты. Важным является то, что не все компоненты материнской роли осознаются женщиной и только при наступлении беременности возникает подходящее ролевое поведение, родительские установки, социальные ожидания, представления о себе в роли матери и о своем ребенке.

С позиции перинатальной психологии исследования показывают, что перинатальный период является уникальным и сложным периодом жизни человека, определяющим психическое развитие. В перинатальный период развития ребенок (плод) составляет с матерью не только единое физическое, но

единое психологическое целое. Состояние беременной женщины оказывает существенное влияние на развитие психических функций ребенка во время беременности и после рождения. Следовательно, нарушения физиологических и нервно-психических процессов женщины в период беременности могут оказывать неблагоприятное влияние на развитие ребенка. Это обуславливает развитие подхода «мать–дитя» в перинатальных психологических исследованиях. Физиологическое и психическое функционирование двоих зависят друг от друга. Например, эмоции, которые испытывает женщина, вызывают изменения биохимического состава крови, частоты дыхания, пульса, артериального давления. Таким образом, в момент волнения матери увеличивается двигательная активность плода.

На основании учения А.А. Ухтомского о доминанте И.А. Аршавский ввел понятие «гестационной доминанты» [4], которая отображает характерные черты развития беременности, касающиеся физиологических и нервно-психических процессов, происходящих в организме беременной женщины [4, 29]. Гестационная доминанта в самом широком смысле обеспечивает создание оптимальных условий для вынашивания ребенка [35].

Гестационная доминанта имеет психологический и физиологический компоненты. И.В. Добряков выделяет пять типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [45].

Формирование гестационной доминанты происходит во втором и третьем триместре беременности. Она изменяет эмоциональное состояние женщины, ее поведение, определяет ее психическое состояние в период беременности.

Считается, что гормональный фон создает условия для восприимчивости к ситуации взаимодействия с ребенком, однако конкретная интерпретация своих состояний в беременности и раннем материнстве зависит от личностных особенностей, смысла беременности, социальной и семейной ситуации [12,49,55].

В психологическом статусе беременных женщин могут быть негативные и позитивные психоэмоциональные состояния, которые зависят в том, что числе и от отношения к беременности.

При нормальном течении беременности у женщин, как правило, преобладает положительный эмоциональный фон и устойчивое настроение. Но даже при нормальном физиологическом течении беременности на женщину влияет множество психологических и социальных факторов. Основными из которых считаются: незапланированная и нежеланная беременность, дисгармоничные отношения с мужем и близкими родственниками, чрезмерные нагрузки, критические события, стресс и психические травмы [1].

При этом повышение тревожности, к примеру, при беременности – это нормальное явление, потому что таким образом повышается защитная функция и уровень адаптации женщины к беременности. Но уровень тревоги тем не менее должен быть умеренным.

В некоторых исследованиях показано, что женщины в период беременности подвержены повышенному риску развития нервно-психических расстройств. Однако в своем большинстве нервно-психические расстройства беременных остаются нераспознанными [14, 41].

В ряде работ рассматривается значимость эмоциональных факторов в развитии осложнений беременности [43, 54, 56]. Аффективные нарушения оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование беременной женщины [14, 40], на состояние плода и становление адаптивных процессов у новорожденных детей, на формирование материнско-детских отношений [52, 55].

Наиболее частыми эмоциональными расстройствами, встречающимися в период гестации, являются тревожные и тревожно-депрессивные нарушения [56].

Депрессивные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности [44, 13, 37] оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины.

По данным С.А. Клещеногова предиктором преждевременных родов может служить нейровегетативный статус материнского организма. Это косвенно подтверждается эпидемиологическими данными, свидетельствующими о значении стрессогенных факторов в возникновении преждевременных родов [16].

Аффективные нарушения, в том числе депрессивного характера, обычно проходят к четвёртому пятому месяцу беременности, даже в таких случаях, когда вызвавшая такие нарушения остается неразрешенной. Однако при наличии выраженных аномальных черт характера, препятствующих адаптации, или в случае повторных психогений депрессия может приобрести затяжной характер и продолжаться до конца беременности. В таких случаях женщинам необходима психотерапевтическая помощь, а при выраженных депрессивных проявлениях - и помощь психиатра [6].

Чувство тревоги является характерной чертой начала и завершения беременности, при чем уровень ее зависит от личностных особенностей [15]. В некоторых случаях речь беременность рассматривают как синдром беременности или новое психогенное состояние, ограниченное определенным периодом времени, начинающимся не в день зачатия, а при осознании женщиной своего нового положения и заканчивается не родами, а в момент «пигмалионизации» своего ребенка.

Беременность, рассматриваемая в качестве особой ситуации, затрагивает все жизненные сферы женщины и способствует глубоким изменениям в самосознании, а также отношения к себе и миру.

Между тем беременность является биологически естественным событием в жизни женщины и является проверкой на прочность ее адаптационных возможностей.

Также известен экзистенциальный взгляд на беременность, который рассматривает последнюю как кризисный период жизни при чем не только самой женщины, но и всей семьи [27, 39]. В других случаях исследователи придерживается теории привязанности при рассмотрении беременности, так как

у женщины возникают новые ощущения в это время, и самым ярким моментом называют начало шевеления плода, которые способствуют развитию отношений между матерью и ребенком [7].

С момента первого шевеления у большинства беременных начинается «прислушивание» к своему телу, фиксация на своих ощущениях.

Как правило с момента первого шевеления плода женщина начинает ощущать ребенка в качестве отдельного существа, поэтому беспокойства о себе уходят на второй план, а благополучие ребенка становится приоритетной задачей [15].

Эмоциональная сфера при беременности переживает наибольшие изменения, и именно эмоциональный стресс является основной причиной негативных нарушений в состоянии здоровья матери и плода. Основные психологические факторы, способствующие появлению эмоционального стресса при беременности – это тревожность, мнительность, страх перед родами, страх перед болью, неуверенность в психологической поддержке близких людей, неуверенность в социальной поддержке [23]. По мнению ряда авторов, беременность можно рассматривать как кризисное состояние для женщины, в особенности для юной, у которой эмоциональные реакции еще недостаточно зрелы и часто сопровождаются противоречивыми требованиями к окружающим, ощущением зависимости и беспомощности [3, 25, 51, 53].

Одна из наиболее выразительных черт, на которую следует обратить внимание во время анализа психологического состояния беременных, является возвращение ранее вытесненных в подсознание фантазий, а также судьба этих фантазий после рождения ребенка. Серьезные конфликты, возникавшие на ранних стадиях развития, оживают, как это бывает в любой кризисной точке человеческой жизни, и молодая женщина должна заново приспособливаться к своему внутреннему и внешнему объектному миру [26].

В самых общих чертах во время беременности происходят изменения в таких областях как акустическая (когда женщине становится неприятна громкая музыка), шумная компания, внезапные крики; визуальная (когда женщине не

нравится все то, что олицетворяет грубость и жестокость); кинестетическая (которая выражается в появлении особенной чувствительности к качеству прикосновений) и другие сигнальные системы [33].

Соответственно беременным женщинам, как правило, нравится спокойная музыка, расслабляющая атмосфера, они чувствуют красоту и гармонию, стремятся проводить время в тихом месте, возможно, это стремление к тишине и спокойствию является противовесом для тех колоссальных внутренних изменений, которые происходят на уровне физиологии и психики. По мнению *В.Д. Менделевича* изменения психического функционирования и поведения женщины во время беременности связаны с процессами адаптации ее организма и личности к новому физиологическому состоянию [20].

В этот период актуализируются три основных психологических проблемы:

- принятие себя в новом состоянии беременности;
- принятие новой жизни – ребенка в себе;
- принятие окружающего мира в состоянии беременности. В одном случае решение этих психологических проблем может привести к сдвигу в развитии женской идентичности, повышению личностной зрелости, росту самооценки, в другом – к патологическому разрешению ранних конфликтных материнско-детских отношений [19, 49].

Как показывают исследования, все три типа отношений более всего влияют на протекание беременности, родов, эмоциональное состояние женщины и благополучие ребенка. У женщин на протяжении всей беременности сохраняется позитивное отношение к выделенным субъектам и высокая оценка их беременность, как правило, и роды протекают без осложнений, не наблюдается послеродовой депрессии. В послеродовой период эти женщины довольно легко принимают на себя роль заботливой, любящей, понимающей матери [38].

Таким образом, беременность представляет собой качественно новое состояние организма, требующее максимальной работы всех органов и систем, а

также является периодом больших психологических изменений, смены одного представления о себе на другое.

1.2 Отношения личности и к беременности в частности

В психологии категория «отношения» являются одной из основных. Впервые изучением отношений в качестве части личности занимался А.Ф. Лазурский [18], а далее это учение развивал В.Н. Мясищев [21]. Логически целесообразным в исследовании данной стороны изучаемой проблемы будет обращение к основным дескрипторам, определяющим личность как систему отношений. В понимании А.Ф. Лазурского, отношение представляется в виде склонности, интереса личности к той или иной стороне жизни, к другому человеку и к самому себе [17].

Термин «отношения» подразумевает не только и не столько связь личности с ее окружением, но прежде всего ее субъективную позицию в этом окружении. Отмечается, что отношения – это переживания, презентующие индивиду его готовность к определенному способу завершения исполнительной фазы действия

По В.Н. Мясищеву, отношение сознательно, избирательно, психологически связано с опытом и выражается в действиях, реакциях, переживаниях. Отношения личности образуют систему, которая включает в себя отношение к предметам и явлениям внешнего мира (субъект–объектные отношения), отношение к другим людям (субъект–субъектные, межличностные отношения) и самоотношение как отношение к себе [21].

Изучению системы отношений беременной женщины посвящены исследования Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добрякова, И.М. Никольской. В качестве значимых отношений беременной женщины Э.Г. Эйдемиллер выделил следующие отношения.

1. Отношение к себе (и в частности, как очень важный аспект самоотношения, отношение к собственному телу).
2. Отношение к отцу ребенка.
3. Отношение к вынашиваемому ребенку. Кроме того, Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская выделяют типы женщин в зависимости от

особенностей системы отношений беременной женщины к себе, к мужу, к будущему ребенку [34]. Именно эти три типа отношений более всего влияют на протекание беременности, родов, эмоциональное состояние женщины, благополучие ребенка.

Все стадии репродуктивного процесса связаны с эмоционально значимыми межличностными взаимодействиями, поэтому наиболее отвечающей цели и задачам перинатальной психологии нам представляется теория отношений В. Н. Мясищева, позволяющая рассматривать зачатие, беременность и роды через призму единства организма и личности.

Одним из составляющих содержания концепции отношений В.Н Мясищева являются классификации и характеристики отношений личности. Одна из классификаций предполагает группировку отношений по их структурным компонентам.

Классификация с позиции когнитивного компонента включает отношение к субъекту (отношение к себе, отношение к другим людям); отношение к объектам; отношение к событиям.

Отношения к беременности обнаруживают все признаки своей принадлежности к этому классу.

Во-первых, отношение к беременности предполагает отношение женщины к себе как беременной, так как она является носителем этого состояния.

С точки зрения В. Н. Мясищева, в системе отношений человека особое место занимает его отношение к самому себе. Отношение к себе является системным. При психологическом анализе в отношении к себе могут быть выделены такие отношения как: отношение к своему физическому и психическому состоянию (самочувствие, настроение, работоспособность, уровень внимания и др.), к своим способностям, к характеру, к выполняемым социальным ролям, к личностному и социальному статусу и пр. Ситуацию беременности сопровождают значительные изменения эмоционального, когнитивного, телесного статусов, самочувствия женщины в целом. В связи с этим индивидуальным образом меняется и

отношение к своему состоянию. Отношение к своим способностям преобразуется из-за появления новых функций, связанных с материнством.

Отношение к себе может дифференцироваться настолько, насколько человек в процессе рефлексии в состоянии дифференцировать свою личность и оценивать то место среди других людей, которое он занимает в психологическом пространстве ценностей, принятых в обществе, в его референтной группе и разделяемых им лично.

Во-вторых, отношение к беременности включает отношение к другим субъектам: отношение к вынашиваемому ребенку; отношение женщины к макросоциуму и микросоциуму, ранее существовавшему или сформировавшемуся в период беременности.

По отношению к каждому из конкретных людей справедливо то, что было уже сказано по отношению к самому себе. Так, при психологическом анализе отношения субъекта к другому субъекту можно выделить отношения к различным сторонам и проявлениям, характеризующим этого человека. При этом самое существенное значение имеет то, что отношение одного человека к другому является субъектно-субъектными и представляет собой взаимоотношение.

Отношение к будущему ребенку можно классифицировать и как отношение к себе, и как отношение к субъекту – в зависимости от того, насколько образы матери и ребенка тождественны или различны для нее. Включение беременной женщиной образа будущего ребенка в границы своего телесного и психологического Я связано со степенью идентификации матери себя с ребенком. Особенности такой идентификации, в свою очередь, зависят от индивидуальных личностных особенностей женщины, степени желанности – нежеланности беременности для матери, срока беременности и т.д.

В состоянии беременности меняется отношение женщины к окружающим в целом и близким людям в частности. Особенности нового отношения главным образом обусловлены аффективными изменениями, которые, в свою очередь, вызваны нейрогуморальной перестройкой организма. Изменение отношений к

макросоциуму и микросоциуму, как правило, ситуативны и связаны непосредственно с гестационным периодом.

В-третьих, отношение к беременности предполагает отношение к ней как к событию. Беременность является значимой ситуацией, важным событием в собственной жизни женщины и ее семьи. Эта ситуация наполнена особым смыслом, влечет за собой последующие события (роды, автономное существование и развитие ребенка, лактационное поведение и т. д.).

Вышеописанные аспекты отношений личности относятся к когнитивному компоненту, так как включает в себя наиболее важные ценностно-смысловые образования. Эти образования представляют наиболее значимые для беременной женщины связи с окружающим миром. Так же отношение к беременности – есть констатация сформированности материнской сферы самосознания женщины.

Классификация отношения к беременности как проявление существования эмоционального компонента отношений личности позволяет определять как положительное или нейтральное, отрицательное или положительно-отрицательное (противоречивое, амбивалентное).

Эмоциональная сторона отношений может быть охарактеризована с помощью всех существующих в научно-психологической, художественной литературе и живом разговорном языке научных и бытовых понятий, которые используются для описания всей полноты эмоциональной и чувственной жизни человека. Классифицируют эмоциональный компонент по следующим основаниям: по знаку: (положительные, нейтральные или отрицательные), по направленности (согласованные или амбивалентные), по интенсивности и др. Эмоциональная составляющая беременности является наиболее изученной, соответственно существует много методов и методик исследования и оценки эмоций.

По В.Н. Мясищеву, для раскрытия психологического смысла мотивационно-поведенческого компонента отношений необходимо привлекать такие психологические категории, как мотив, внимание, воля. При изучении этого компонента у беременных женщин необходимо обратить внимание к

потребностной сфере (потребность в реализации функций продолжения рода), сфере мотивации, мотивов и мотивировок беременности и вынашивания ребенка («нежелательная беременность») и т. д. Также мотивационно-поведенческий компонент является источником субъективной активности, и в случае с беременностью эта активность направлена на реализацию предназначения роли женщины. Состояние и ситуация беременности может быть иллюстрацией одного из концентрированных проявлений деятельности потребностной и мотивационно-поведенческой сферы личности.

Таким образом, при психологическом анализе системы отношений беременной целесообразно сосредоточить внимание именно на отношении к беременности, поскольку последнее – это то новое отношение, которое возникает в системе отношений женщины и вызывает изменения всех существующих отношений.

1.3 Психодиагностика в перинатальной психологии

Отношение к беременности является индивидуальным и неповторимым психологическим отношением, впрочем, как и любое другое отношение. Однако анализ исследований по проблеме отношений личности показывает, что отношение человека может быть описано через принадлежность этого отношения к определенным психологическим типам и при этом оставаться уникальным [24].

Это положение справедливо и для описания отношения к беременности. Типологический подход к описанию психологических отношений позволяет использовать результаты научного обобщения для лаконичной передачи самых существенных сведений о системе отношений каждой женщины к своей беременности, что дает возможность практикующему психологу и врачу использовать эти сведения для построения психологической диагностики, психологической коррекции и психотерапии [47]. В перинатальной психологии отсутствует единая база в разработке методов и методик психологической диагностики, при чем как теоретической, так и практической, что приводит к значительным несоответствиям в выборе оснований для разработки классификаций типов психологического реагирования на беременность.

Эмоциональное состояние женщины во время беременности, адекватность реагирования на нее, характеристика особенностей осознания женщиной своего состояния и связанных с этим изменений в ее жизни – это основания для классификации типов отношений, которые являются традиционными.

Например, при определении уже упомянутого психологического компонента гестационной доминанты по И.В Добрякову, вспомогательной методикой является скрининг–тест отношений беременности «ТОБ–б» – тест отношения к беременности для беременных [46]. Эта методика является широко известной в перинатальной психологии и психодиагностики типов отношений беременной, адаптированной и практически реализованной. Считается, что она также построена на концепции отношений В.Н Мясищева.

Стоит добавить несколько слов о психологическом компоненте гестационной доминанты, который образован, как правило, определяющим мотивом, связанным с беременностью. Данный мотив состоит из частей, направленных на главную цель – благополучное завершение беременности. Таким образом, ПКГД отражает, прежде всего, личностные изменения, эмоциональные реакции женщины, динамику системы ее отношений.

По мнению Г.Г. Филлиповой, переживания беременной по поводу шевеления ребенка характеризует стиль переживания беременности и может служить диагностическим показателем для выявления отклонений от адекватной модели материнства и проектирование индивидуально-ориентированного психологического вмешательства [48]. Используя методы наблюдения, феноменологического описания поведения, полуструктурированного интервью, проективных методик, она описала варианты стилей переживания беременности.

Шесть вариантов стилей переживания беременности по Г.Г. Филипповой [34].

1. Адекватный – идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций; живот нормальных размеров; в первом триместре возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов, во втором

триместре повышение тревожности со снижением в последней неделе; активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к послеродовому периоду.

2. Тревожный – идентификация беременности тревожная, со страхом, беспокойством, которые периодически возобновляются; живот слишком маленький или слишком большой по сроку беременности размеров; эмоциональное состояние в первый триместр повышено тревожное или депрессивное, во втором триместре наблюдается стабилизация, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, в третьем триместре это усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период; первое шевеление ощущается рано, дальнейшие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, наблюдаются волнения по поводу здоровья ребенка и себя.

3. Эйфорический – все характеристика носят неадекватную эйфорическую окраску, отмечается не критическое отношение к возможным проблемам. Обычно в конце беременности появляются осложнения.

4. Игнорирующий – идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуется как доставляющее физическое неудобство; активность в третьем триместре повышается и не связана с ребенком.

5 Амбивалентный – общая симптоматика сходно с тревожным топом, особенностью является резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений.

6. Отвергающий – идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно окрашена как физически, так и эмоционально. Переживание всей беременности как кары, помехи и т.п.; шевеление окрашено неприятными физиологическими

ощущениями, сопровождается не удобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний.

Таким образом, описанные данные методики дают в общем плане информацию о психологических механизмах формирования, поведенческих проявлениях и эмоциональных аспектах личностных реакций беременных женщин, но не решают специальную задачу диагностики системы отношений беременной и, в частности, характера ее отношения к беременности и связанной с ней ситуации в целом.

В связи с этим на базе Южно-Уральского государственного университета на кафедре клинической психологии в течение 2005–2009 гг. была разработана новая психодиагностическая методика, которая решает вопрос исследования вариантов личностного реагирования женщин на свою беременность – «Тип отношения к беременности» (ТОБер). Эта методика помогает восполнить возможный недостаток соответствующего опыта у того специалиста, который работает с беременной женщиной (психолог, акушер-гинеколог).

Теоретические основания для изучения отношения к беременности были разработаны в соответствии с принципом биопсихосоциальной парадигмы, что позволило сформулировать типологию отношения к беременности и выделить принципы для ее классификации. Были применены психодиагностическая методика «Тип отношения к болезни» (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 1980; Л.И. Вассерман, Э.Б. Карпова, Б.В. Иовлев, 1987) и классификация типов отношений беременной И.В. Добрякова [47]. В методике ТОБер все восемь типов отношения к беременности распределены по трем блокам, сформированным на основании критерия «адекватность»/«неадекватность». В соответствии с вышеизложенным выделены адекватный «гармоничный» тип, неадекватные – «эргопатический», «тревожный ипохондрический», «тревожный сензитивный», «инфантильный эйфорический», «инфантильный эгоцентрический», «конфликтный неврастенический», «дисфорический» («враждебный»), а также условно адекватный/неадекватный «эргопатический» тип, психологическая

интерпретация которого должна осуществляться в соответствии со всей совокупностью анамнестических, клинических и психодиагностических данных (таблица 1.3.1)

Таблица 1.3.1 – Классификация типов отношения к беременности

АДЕКВАТНЫЕ ТОБ	1. Гармоничный тип - Г
УСЛОВНО АДЕКВАТНЫЕ ТОБ	2. Эргопатический тип – Эр 3. Инфантильный эйфорический - Эф
НЕАДЕКВАТНЫЕ ТОБ	4. Эргоцентрический – Эг 5. Тревожный тип, в т.ч.: 5.1. Ипохондрический – ТИ 5.2. Сензитивный – ТС 6. Конфликтный тип, в т.ч. 6.1. Неврастенический – Н 6.2. Дистрофический враждебный – Д

В качестве основного дифференцирующего критерия разделения типов отношения к беременности является оценка адекватности-неадекватности. При этом критерием отнесения типа к адекватным типам являлась оценка его как непротиворечащего научным представлениям о «нормальной» роли беременности в филогенезе и онтогенезе человека. Например, в качестве критерия адекватности – неадекватности типов рассматривалось наличие либо отсутствие различного рода психопатологических проявлений в клинической картине типа. Предложенная классификация неадекватных типов опиралась на описанные в литературе по психологическим проблемам беременности и беременных паттерны реагирования, проявляющиеся в аффективной среде, в непосредственном поведении беременных, а также опосредованные недостаточным уровнем сформированности материнской сферы личности, либо отражающие наличие личностного конфликта в связи с беременностью.

Методика «ТОБер» построена в виде опросника и определяет тип отношения к беременности в зависимости от полученной информации об отношении беременной женщины к наиболее значимой для нее проблемам и ситуациям. Такие отношения были представлены как 8 относительно специфических подсистем в общей системе отношения к беременности. Утверждения методики сгруппированы по 10–ти темам, которые отражают особенности самооценки

самочувствия и настроения, отношения к ребенку, мужу и близким, родам, медицинскому персоналу, образу жизни во время беременности и после родов. Опросник содержит 10 тематических наборов утверждений (по темам «самочувствие», «настроение», и т.д.). Каждый набор, в свою очередь, содержит по 17 утверждений. Тексты данных утверждений были составлены на основе описания клинического опыта группы экспертов: акушеров-гинекологов, психологов, которые работали в женских консультациях и учреждениях родовспоможения. Последовательность предъявляемых тем и утверждений в текстах представлена в случайном порядке. При этом на первой позиции не должно быть утверждения, определяющего гармоничный тип, а также в каждой теме содержится утверждение: «Ни одно утверждение мне не подходит».

При работе с методикой беременной предлагается в каждой теме выбрать два наиболее подходящих для нее утверждения. В регистрационный лист также заносится возраст, срок беременности, клиническая форма беременности и др., время обследования не ограничено.

Неадекватное, «неправильное отношение» к беременности имеет несколько вариантов. Если рассматривать по трем кластерам: кластер тревожных типов, кластер эйфорических типов, кластер «эргопатического типа».

Что касается методики «ТОБер», то тексты для описания типов основывались на анализе теоретических источников (содержания трудов В.Н. Мясищева), обобщения клинического опыта врачей-акушеров-гинекологов и медицинских психологов, работающих в учреждениях родовспоможения, в соотношении их с ранее разработанными классификациями отношений к болезни и к беременности. Такая работа проводилась с элементами технологий инженерии знаний и метода экспертных оценок.

Методика «ТОБер» была разработана в три этапа: на первом этапе был сделан отбор содержания каждого типа отношения к беременности и сформулировано и их рабочее описание. На втором этапе данные тексты оценивались экспертами (врачами и психологами) для профессиональной редакции. На третьем этапе

проводилась корректорская работа для формирования окончательного варианта описаний типов отношения к беременности. Такая работа позволила определить системообразующие факторы для систематизации неадекватных типов по отдельным группам.

Возможным основанием для систематизации предложенной совокупности типов отношения к беременности может являться оценка их влияния на общий характер адаптации личности и, в частности, адаптации к беременности и связанной с ней ситуации («адаптивные» и «дезадаптивные» типы). Такой принцип дифференциации отношения к болезни использован в методике «Тип отношения к болезни» (ТОБол). При дальнейшей дифференциации отношений к болезни предлагается использовать критерий направленности дезадаптивных типов реагирования на болезнь – направленности на себя (внутренний локус отношения, интрапсихическое реагирование), и направленное вовне (внешний локус отношения, интерпсихическое реагирование).

При этом в качестве интрапсихически направленных рассматриваются типы отношения к беременности, которые ориентированы, в большей степени, на саму личность беременной, ее состояние и поведение. В предложенной классификации такие типы проявляются:

– тревожной ипохондризацией по поводу возможных проблем со здоровьем беременной и будущего ребенка («тревожный ипохондрический» тип);

– невротизацией по гипо-, гиперстеническому либо смешанному типу с характерным паттерном эмоциональных, психовегетативных и поведенческих реакций («неврастенический тип»);

– изменениями, прежде всего в повседневном поведении, вызванным сверхценным отношением к беременности и связанной с ней ситуацией, и, как следствие, подчеркнутым отношением к себе и своей исключительной роли в связи с этим, с демонстрацией такого отношения перед окружающими («эгоцентрический» тип).

В качестве интерпсихически направленных типов рассматриваются варианты отношения к беременности, проявляющиеся, преимущественной ориентированностью на внешнюю среду, окружающих людей. Такие проявления выражаются:

– стремлением подчеркнуть перед окружающими сохранение в полном объеме привычного образа жизни, поведения и работоспособности (в том числе в профессиональной сфере) либо даже их повышения, не смотря на наступившую беременность и связанную с ней необходимость придерживаться рекомендуемых ограничений («эргопатический» тип);

– повышенной чувствительностью к различным средовым воздействиям, прежде всего – субъективно воспринимаемым как несущие угрозу невынашиваемости беременности и будущему ребенку, проявляющейся очевидной тревогой по малейшему поводу и без повода, беспокойством, навязчивыми мыслями с формированием выраженного тревожного реагирования («тревожный сензитивный» тип).

– неадекватными аффективно-насыщенными, преимущественно гипертимными реакциями беременной, возникающими, как правило, на фоне инфантилизации личности, порождающей некритический характер отношения и иррациональность установок («инфантильный эйфорический» тип).

– неадекватными ситуативно-обусловленными аффективно-насыщенными реакциями на беременность и связанную с ней ситуацию, возникающими на фоне нежелательной или осложненной беременности, наличия выраженных межличностных конфликтов, приводящих к враждебности во взаимоотношениях с близкими, отцом ребенка и негативному отношению к вынашиваемому ребенку.

Преимуществами методики «ТОБер» являются: комплексность, систематизированность, дифференцированность. Например, беременность рассматривается как целостный многоуровневый феномен (беременность как состояние, как процесс, как ситуация).

Из недостатков в методике можно назвать трудоемкость, сложность интерпретации, также сложность в налаживании контакта с испытуемыми (возможность враждебного отношения из-за непонимания назначения исследования). Кроме того, испытуемые могут затрудняться в выборе подходящего ответа, а также затрачивают много времени на фоне сложностей сосредоточения (учитывая особенности состояния беременности).

Также при определении типа отношения существует большая вероятность низкой информативности, так как часто диагностируется диффузный тип.

1.4 Принцип интерпретации методики «Тип отношения к беременности» и обоснование необходимости его развития

При интерпретации важным является определение общей характеристики типа реагирования на беременность. Правила диагностики варианта типов психологического отношения к беременности основаны на подсчете суммы баллов по какому-либо из типов, который получается при выборе утверждений по всем темам теста ТОБер. Такой способ указывает на большую вероятность формирования именно этого типа отношения к беременности.

Таким образом, тип отношения к беременности определяется по максимальному значению совокупности всех шкальных оценок по всем темам. Если максимальное количество баллов получает только один тип, то диагностируется «чистый» тип. Если сумма баллов ни по одному из типов отношения к беременности не доходит до половины возможной итоговой суммы, то доминирующий тип не определяется.

В том случае, если максимум полученных баллов приходится на два типа отношения к беременности, то диагностируется «смешанный» тип отношения к беременности, если три и более типов – то «диффузный». В название смешанных типов указывается входящие в него шкалы.

Интерпретация результатов и ее текстовое представление может осуществляться по трем принципам [5]:

1. «Типологический» метод, или экспресс-метод. Интерпретация осуществляется по структурированным текстам типов отношения к беременности, в которых присутствуют в неявном виде характеристики эмоционального, когнитивного, и мотивационно-поведенческого компонентов данного типа. Если диагностируется «чистый» тип отношения к беременности, то для раскрытия его психологического содержания используется клинико-психологическое описание соответствующего типа. Если диагностируется «смешанный» тип, то интерпретируются типы, которые его составляют [11].

2. «Качественный» метод построен на использовании содержания выбранных испытуемой утверждений методики, которые специальным образом переформулированы для текста интерпретатора.

Последний вариант представляется трудоемким и его использование по «бланковому» методу является затруднительным. Но такой вариант может реализоваться в виде экспертной системы.

При качественной интерпретации типа реагирования на беременность следует опираться на содержание выбранных в каждой теме утверждений, являющихся «зачетными» по отношению к установленному при диагностике типу отношения к беременности. Однако в этом случае требуется, чтобы качественный анализ структуры отношения к беременности опирался также на оценку распределения выбранных утверждений доминирующего типа по тем или иным «изолированным» темам методики либо по определенным блокам (комбинациям) тем.

Дополнительно к раскрытию содержания выбранных утверждений, относящихся к диагностируемому типу, необходимо обращать внимание на всю совокупность оценок, отражающих многомерность (спектр) всех типов отношения к беременности по всем темам методики (в виде профиля полученных по каждой теме методики типов отношения к беременности).

При этом необходимо обратить внимание на то, какие из типов отношения к беременности составляют данный смешанный тип, т.е. как «близко» друг к другу они находятся в классификации типов. В методических рекомендациях можно найти следующие варианты соотношения между типами: потенцирующий, дисгармоничный, дискордантный, антагонистический (оппозитный).

Потенцирующие соотношения усиливают друг друга и взаимно дополняют психологические характеристики. Рассогласованные одновременно отражают определенную сочетаемость и в то же время дисгармоничность связей между ними. Дискордантные соотношения отражают фактическое отсутствие взаимосвязи между ними, а антагонистические – отражают одновременное существование противоречащих друг другу психологических характеристик (Рисунок 1.4.1.)



Рисунок 1.4.1 – Соотнесенность типов отношения к беременности

Одним из способов разрешения описанных выше проблем могло бы быть развитие т.н. «структурно-качественного» метода, построенного на использовании характеристик эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов выделенных типов отношения к беременности и проводящегося в сочетании с анализом содержания выбранных испытуемой

утверждений методики. Переформулирование в таком случае происходит путем соотнесения «обезличенных» текстовых фрагментов с систематизированными характеристиками содержания соответствующих компонентов [5].

Выводы по разделу один

Проведенный анализ современного состояния проблемы исследования беременности и отношения к ней позволяет сделать следующие выводы:

1. В настоящее время изучению психологических аспектов родительства и материнства посвящено большое количество публикаций. Большинство таких исследований направлено на изучение личностной и эмоциональной сферы беременных, психосоматических соотношений при беременности, влияния эмоциональных реакций будущей матери на психофизическое развитие ребенка.

2. На течение беременности оказывает решающее влияние предшествующая жизнь матери, тип личности, эмоциональное и поведенческое реагирование на новое состояние, ценностная значимость ситуации вынашивания ребенка.

3. С психологической точки зрения во время беременности актуальными становится принятие себя в новом состоянии беременности; а система отношений личности женщины преломляется через ситуацию беременности.

4. Одной из важных клинических задач является информативная диагностика системы отношений к беременности, выполняющаяся, в частности, с помощью методики «Тип отношения к беременности» («ТОБер»), которая позволяет выполнить качественный анализ отношения к беременности.

5. Методика «ТОБер» предназначена для изучения вариантов личностного реагирования женщин на свою беременность и основной целью её являлась разработка медико-психологического диагностического инструмента, который может быть использован специалистами для получения дополнительной информации о пациентке с целью повышения эффективности оказанной психологической помощи. Однако интерпретатор этой методики нуждается в дополнении и развитии.

2 РАЗРАБОТКА ОПИСАНИЯ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ К БЕРЕМЕННОСТИ В ЦЕЛЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИХ В ИНТЕРПРЕТАТОРЕ МЕТОДИКИ «ТОБЕР»

2.1 Положения теории В.Н. Мясищева как теоретические предпосылки для компонентного описания отношения к беременности

В рамках развития «структурно-качественного» метода первоочередными мерами его реализации требуют разработки классификации характеристик эмоционального, мотивационно-поведенческого и когнитивного компонентов, присутствующих в каждом типе отношения к беременности.

Для описания отношения к беременности и использования этих данных в диагностических и прогностических целях используются характеристики чувственной пласта беременности и всех компонентов системы отношений беременной женщины: эмоционального, когнитивного, мотивационно-поведенческого.

В соответствии с таким пониманием задачи исследования нами было выполнен анализ описаний компонентов системы отношений личности по В.Н. Мясищеву применительно к специфике отношений беременной женщины.

Отношение к беременности, как и каждое отношение, обладает сущностными свойствами. Отношение женщины к беременности целостно, активно, сознательно, избирательно. Далее описаны теоретические положения разработанных нами представлений о содержании компонентов отношений беременной женщины.

Целостность Отношение к беременности связано со всей системой отношений, т.е. другими словами, оно в той или иной степени взаимосвязано с любым другим отношением. При этом отношение есть всегда выражение личности в целом, оно личностно и целостно. Наряду с утверждением, что личность есть система отношений, справедливым является утверждение, что личность – это единичное и уникальное отношение человека к миру, включающее самого человека и других людей. Отдельное отношение, например, отношение к

беременности, может быть выделено только в процессе психологического анализа в качестве категории познания. При изучении личности такой психологический анализ должен быть дополнен синтезом выделенных отношений в целостную структуру. При более детальном анализе (на менее высоком уровне обобщения), отношение к беременности может выступать как целая подсистема отношений, соответствующих множеству самых различных аспектов анализа беременности (зачатие, отдельные признаки беременности, протекание беременности по триместрам, развитие плода). Однако каждое отношение этой подсистемы определяется не только соответствующим аспектам беременности, но и отношением к самой беременности как целому, отраженному в целостном смысле этого события в жизни женщины.

Активность Отношение к беременности, как и всякое отношение, активно и во взаимодействии с другими отношениями обуславливает изменение в поведении беременной женщины. Как правило, отношение к беременности обуславливает активность личности женщины на благополучный исход родов.

Сознательность Сам В.Н. Мясищев определял сознательность как «способность отдать себе отчет в действительности, основанный на свойственной человеку деятельности второй сигнальной системы – речи и отвлеченного мышления, способность «правильно отражать действительность в ее основных чертах, отдавать себе отчет в смысле воздействия и обстановки и сообразовывать действия с обобщенным содержанием опыта». При этом В.Н. Мясищев полагал, что «чем сознательней поступок или действие, тем в большей степени можно говорить о выраженности отношения». Отношение к беременности представлено в сознании беременной женщины, и она осознает беременность как событие своей жизни, свое отношение к этому событию и изменения в других отношениях к действительности, происходящие в связи с беременностью. Беременность можно рассматривать не только как объективно существующий процесс в организме женщины, но и как событие в жизни личности. В проводимом анализе отношение к беременности выступает, прежде всего, как феномен сознания личности

беременной женщины. Однако мера ясности, полноты, подлинности в осознании отношения к болезни может быть самой различной и изменяться во времени. Например, беременность может фрустрировать личность, так как при определенных условиях (психологические особенности матери, угроза прерывания беременности) она в большей или меньшей степени может ограничивать женщину в удовлетворении потребностей в широком их понимании. При этом женщине необходимо конструктивно действовать и приспособливаться к изменяющимся условиям. Успешность в достижении этих целей может ослаблять фрустрацию. Также ослабление фрустрирующего влияния может быть достигнуто за счет включения защитных механизмов личности беременной.

Женщина может использовать факт беременности как инструмент в ее общении с другими людьми, близкими и далекими, а также социумом в целом. Например, использовать свою беременность в семейных отношениях для получения привилегированного положения, дополнительного внимания. Но такое поведение может противоречить самооценке личности, создавая разрыв между образом «Я-реального» и «Я-идеального», вызывая фрустрацию «супер-эго». В этом смысле уровень возникшей фрустрации также может быть снижен посредством защитных механизмов. Эти механизмы, меняя отношение к беременности таким образом, чтобы манипулятивная его функция оставалась скрытой и, тем самым, находилась вне критики с позиций социально-приемлемых нормативов и ценностей, позволяют сохранить в сознании ранее сложившееся отношение к себе. Вышесказанное обуславливает разную степень ясности, полноты и подлинного осознания отношения к беременности.

Избирательность «Избирательный характер отношения обозначает, что особенности характера, в том числе и силы реакции, зависят от содержания предмета и от значимости его для относящегося лица». «Избирательность – понятие теснейшим образом связанное с понятием значимости». «Отношения избирательны прежде всего в эмоционально-оценочном (положительном или отрицательном) смысле. Избирательность отражает субъективность отношения.

Отношение к беременности как к объекту будет субъективно и различно по полноте содержания у каждой женщины. Это различие задано неизбежным различием личностей как субъектов отношений. Беременная женщина как и любая личность в своих отношениях – к себе, другим людям, объектам и событиям мира – всегда избирает, выбирает, оказывает предпочтение, отвергает. В этом смысле избирательность является сущностным свойством отношений.

2.2 Теоретические предпосылки для разработки типологических описаний отношения к беременности

Доминирование того или иного аспекта отношений в их общей системе приводит к появлению специфических типов системы отношений личности. Определенной теоретической предпосылкой для разрабатываемой классификации являются результаты исследований Г.Г. Филипповой, в которых представлена классификация стилей переживания беременности [46]:

Гармоничное отношение к беременности:

- идентификация беременности происходит без выраженных отрицательных эмоций;
- в первом триместре беременности возможно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов; во втором триместре стабильное положительное эмоциональное состояние; • в третьем триместре повышение тревожности со снижением к последней неделе перед родами;
- соматические ощущения отличны от состояний, наблюдавшихся до наступления беременности, интенсивность этих ощущений хорошо выражена, а • динамика психологических переживаний адекватна соматическим изменениям;
- первое шевеление ребенка отмечается беременной женщиной в 16–20 недель, сопровождается положительными эмоциями, а • последующие шевеления четко дифференцированы от других ощущений, не сопровождаются отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями;
- поведенческая активность в третьем триместре ориентирована на подготовку к родам и послеродовому периоду.

Тревожное отношение к беременности:

- идентификация беременности сопровождается эмоциями тревоги, страхом, чувством беспокойства,
- эмоциональное состояние в первый триместр преимущественно тревожное или депрессивное, наблюдаются многочисленные навязчивые опасения и страхи; во втором триместре не наблюдается стабилизации эмоционального состояния, повторяются депрессивные или тревожные эпизоды, а в третьем – эмоциональные нарушения усиливаются, эмоционально-негативные реакции вызываются постоянно расширяющимся кругом ранее нейтральных ситуаций;
- динамика соматических изменений замедлена или выражена парадоксально (живот слишком больших или слишком маленьких размеров для данного срока беременности), а соматический компонент проявляется по типу явного болезненного состояния;
- первое шевеление ощущается раньше 16 недель, сопровождается длительными сомнениями, или, напротив, четкими воспоминаниями о дате, часе, условиях, шевеление переживается с тревогой, испугом, возможны болезненные ощущения; последующие шевеления часто связаны с тревожными ощущениями, тревогой по поводу здоровья ребенка и себя, характерна направленность на получение дополнительных сведений о беременности и развитии ребенка, настроенность на более частое патронажное наблюдение;
- поведенческая активность в третьем триместре определяется страхами за исход беременности, родов и послеродового периода.

Эйфорическое отношение к беременности:

- все характеристики реакций личности при идентификации беременности имеют неадекватную эйфорическую окраску, отмечается некритическое отношение к возможным проблемам и ограничениям, вызванным беременностью и последующим материнством;
- отсутствует дифференцированное отношение к шевелению ребенка и его качественному своеобразию;

– частое появление осложнений к концу беременности, высокая вероятность неблагополучия в послеродовом периоде.

Игнорирующее отношение к беременности:

– идентификация беременности поздняя, сопровождается отрицательными эмоциями (чувством досады или неприятного удивления);

– динамика эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса, не соотносящегося с периодизацией развития беременности и происходящими при этом изменениями в организме, личности и статусе женщины;

– соматические изменения замедлены (живот слишком маленьких для данного периода беременности размеров), а соматическое состояние в целом идентично состоянию до беременности либо даже субъективно лучше, чем до нее;

– первое шевеление ребенка замечается значительно позже срока 16–20 недель беременности, а последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, к концу беременности характеризуются как доставляющие физическое неудобство;

– поведенческая активность в третьем триместре повышается и направлена на содержания деятельности, не связанной с ребенком.

Амбивалентное отношение к беременности:

– физические и эмоциональные ощущения противоречивы (в т. ч. и при переживании шевеления плода), характерно возникновение болевых ощущений, слабо соотносящихся с клиникой вынашивания беременности на разных ее этапах;

– отрицательные эмоции интерпретируются преимущественно как страх за ребенка или за исход беременности, родов; в суждениях о самооценке своего состояния характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

Отвергающее отношение к беременности:

- идентификация беременности сопровождается выраженными отрицательными эмоциями;
- динамика соматических изменений выражена и сопровождается негативными эмоциями;
- отношение к беременности как к «каре», помехе и т. п.;
- шевеление воспринимается как неприятный физиологический феномен, сопровождающийся неудобством, брезгливостью;
- к концу беременности часто развивается депрессивное состояние.

Таким образом, определение типа отношения к беременности представляет значительную клиническую ценность и может служить важным диагностическим показателем при выявлении отклонений от гармоничного формирования материнской сферы.

2.3 Психологическое содержание компонентной структуры отношения к беременности

По результатам анализа и обобщения положений концепции В.Н. Мясищева и представлений Г.Г. Филипповой была разработана и структурирована компонентная модель системы отношений к беременности, психологическое содержание которой предполагается использовать при отборе содержания для наполнения текста интерпретации результатов психодиагностики по методике «ТОБер». В дальнейшем то или иное психологическое содержание компонентов системы отношений требуется соотнести с особенностями описаний психологических типов отношения к беременности, выявляемых с помощью методики «ТОБер».

Конкретное содержание компонентной модели системы отношений к беременности представленную в таблице 2.2.1.

Таблица 2.2.1 – Содержание компонентной модели системы отношений к беременности

Тип отношения к беременности	Эмоциональный компонент	Мотивационно-поведенческий компонент	Когнитивный компонент
Гармоничный	Положительные эмоции, без сомнений по поводу необходимости сохранения беременности, отсутствие выраженной тревоги, депрессии. Эмоциональный фон стабилен.	Поведение направлено на содействие благополучному течению беременности, отношения с близкими адекватны. Мотивы беременности связаны с реализацией потребности в материнстве.	Женщина осознает значимость беременности, в иерархии ее ценностей она занимает одно из первых мест. Образ ребенка четкий, динамичный, складывается диалогичное общение с ребенком
Эргопатический	Эмоциональный фон привычный, способствующий активному образу жизни. Эмоциональное состояние не отличается от обычного, тем не менее присутствуют негативные чувства: досада, неприятное удивление.	Мотивы часто связаны с определением убеждений рационального плана. Поведение и образ жизни мало отличаются от того, какой женщина вела до беременности. Чаще встречается при незапланированной беременности	Беременность является ограничителем обычного активного поведения женщины. Образ ребенка в представлениях матери размыт, с ребенком общается редко
Тревожный: Варианты ипохондрический, сензитивный	Чрезмерное эмоциональное реагирование, сочетание эмоции тревоги, волнения и радости. В целом эмоциональное отношение к беременности позитивное, однако эмоциональный фон нестабильный: беспокойство, тревога, переживания, пессимистические опасения.	Поведение направлено на благополучное течение беременности, подчинено требованиям к нормативному поведению женщины при беременности. Активность умеренная. Беременность запланированная и желанная. Стремление к поиску новой информации о беременности, родах и т.д. При ипохондрическом типе мнительность, сосредоточенность на возможном неблагоприятной беременности. При сензитивном типе –повышенная потребность в защите и ограждении своего ребенка от влияний извне. Предпочтение отдается малоактивному образу жизни.	Отношение к беременности как к сверхценности, в связи с чем появляется избыточно-обстоятельное внимание и тревожное ожидание неблагоприятного разрешения беременности. Представления о ребенке отражаются в виде развернутых высказываниях, имеющих тревожный характер.

Таблица 2.2.1 – продолжение

Тип отношения к беременности	Эмоциональный компонент	Мотивационно-поведенческий компонент	Когнитивный компонент
Инфантильный эйфорический	Эмоциональная реакция положительная, яркая. Эмоциональный фон повышен, не зависимо от обстоятельств и текущей ситуации. Отсутствие динамики эмоционального состояния по триместрам беременности	В поведении наблюдается личностная незрелость, инфантильность, эйфоричность. При общении с окружающими может быть речедвигательная расторможенность, повышенная эмоциональность. Образ жизни определяется личными интересами.	Сосредоточенность на беременности недостаточная, слабая осознанность смысла и значимости беременности. Преобладают собственные интересы. Поверхностное отношение к беременности. Общение с ребенком отсутствует либо поверхностное
Эгоцентрический	Эмоциональный статус нестабильный и непрогнозируемый, зависит от окружающих. Могут присутствовать признаки эйфорического состояния	Мотивы беременности неконструктивные, связанные с рентабельными установками. Беременность является средством манипулирования, способом достижения меркантильных целей. Наблюдается демонстрация окружающим принятия беременности, стремление подчеркнуть уникальность своей беременности.	В отношении к беременности наблюдается несерьезность, поверхностность, не критичность к возможным проблемам. Истинный контакт с ребенком не формируется., образ ребенка аморфный, неадекватный реальному этапу психофизического развития.

Таблица 2.2.1 – окончание

Тип отношения к беременности	Эмоциональный компонент	Мотивационно-поведенческий компонент	Когнитивный компонент
<p>Конфликтный тип: Варианты неврастенический, дисфорический</p>	<p>Психоэмоциональное напряжение, повышенная раздражительность. При неврастеническом типе – эмоциональный фон нестабильный, состояние характеризуется склонностью к повышенной истощаемости нервной системы и утомляемости. При дисфорическом – эмоциональная реакция на беременность отрицательная, преобладает гневливое, мрачное, озлобленное настроение, угрюмость и недовольство</p>	<p>При неврастеническом типе – недовольство и конфликты с другими людьми, при дисфорическом – нежелание вынашивать и рожать ребенка.</p>	<p>При неврастеническом типе отношение к беременности положительное, но конфликтная позиция мешает общению с ребенком, формированию образа ребенка. При дисфорическом типе конфликтное отношение к беременности, психологическое отвержение ребенка</p>

Таким образом, представленная выше классификационная компонентная модель отношений к беременности создает основу для формирования описаний соответствующих компонентов в случае выявления с помощью методики «ТОБер» каких-либо «чистых типов», а также их сочетаний – при выявлении «смешанных» и «диффузных». Такие описания могут формироваться путем использования соответствующих характеристик эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов по каждому типу.

В тоже время другая часть содержания интерпретатора определяется содержанием выбранных испытуемыми женщинами утверждений. При этом представляется возможным использовать для наполнения текста интерпретации как собственно текстов выбранных утверждений (как правило, представленных словесными оборотами по типу «от первого лица»), так и их переформулирований (с целью отразить в тексте интерпретации «обезличенный» общий смысл таких выборов). В последнем варианте получает свое развитие собственно качественный метод интерпретации.

Поэтому отдельным этапом исследования являлось переформулирование утверждений методики по всем ее темам.

2.3 Результаты этапа исследования по переформулированию утверждений методики «ТОБер» в целях применения их при формировании интерпретатора методики

Описываемый фрагмент работы был ориентирован на использовании его результатов при составлении технического задания (ТЗ) для написания компьютерной программы по обработке результатов, полученных в ходе выполнения методики «ТОБер». В схеме ТЗ предполагается, что в тексте интерпретации должны содержаться переформулированные утверждения, соединяемые словами-связками.

В силу этого, описываемый фрагмент работы выполнялся в 2 этапа:

1. Переформулирование каждого утверждения каждой темы методики «ТОБер».
2. Экспертная оценка каждого утверждения (в оригинальном и переформулированном варианте) с целью определения его диагностического потенциала в отношении каждого из компонентов отношений личности (когнитивного - К, эмоционального – Э и мотивационно-поведенческого – М), а также трёх существенных характеристик отношений: (целостности – Ц, активности – А, избирательности – И и осознанности – О).

Каждое утверждение оценено с вышеперечисленных позиций. При этом имелось в виду, если компонент либо сущность отношений выражены, им присваивается единица. Если же не достаточно выражены – ноль. При этом каждое утверждение, вне зависимости от характера оценок его других компонентов, получало 1 балл по показателю «целостность», поскольку любое отношение по определению В.Н. Мясищева – целостно.

В таблице 2.3.1 представлены результаты этого этапа исследования.

Таблица 2.3.1 – Оригинальные и переформулированные утверждения по темам методики «ТОБер» и экспертные оценки их компонентных характеристик

Тема «Самочувствие»

№	Утверждение темы	Переформулированное утверждение	Факторы
1	Моё самочувствие зависит от того, как ко мне относятся мои близкие.	Самочувствие зависит от отношения окружающих.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
2	Моё самочувствие прекрасное.	Всегда хорошее самочувствие, вне зависимости от обстоятельств.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0
3	На протяжении беременности у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности.	Беременность сопровождается плохим самочувствием с приступами раздражительности .	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0
4	На протяжении беременности я чувствую себя достаточно комфортно.	Жалоб на самочувствие не предъявляет	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-1
5	После того, как я забеременела, моё самочувствие ухудшилось.	Отмечает ухудшение самочувствия на фоне беременности	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
6	Считаю, что самочувствие беременной женщины дает основание позволить себе капризничать.	Считает, что беременность даёт право капризничать и жаловаться на свое недомогание.	Э-1, К-0, П-1, А-0, И-1, О-0.
7	В период беременности я чувствую себя бодрой и активной во всем.	Беременность не ограничивает мою активность.	Э-0, К-1, П-1, А-1, И-0, О-0.
8	С наступлением беременности у меня появилось больше поводов для беспокойства о своем здоровье.	Беременность заставляет больше беспокоиться.	Э-1, К-0, П-1, А-0, И-1, О-0.
9	Думаю, что мое самочувствие такое же, как и у любой беременной женщины.	Считает своё самочувствие обычным для беременных.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-0, О-0.
10	Я беспокоюсь по поводу любых появляющихся у меня неприятных ощущений.	Отмечает беспокойство по любым поводам.	Э-1, К-1, П-1, А-0, И-1, О-0.
11	Беременность не мешает моей работоспособности.	Беременность не ограничивает работоспособность.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0.
12	В последнее время я переживаю из-за своей несдержанности.	Признаёт свою несдержанность.	Э-1, К-1, П-1, А-1, И-1, О-0.
13	Мне нравится, когда окружающие относятся ко мне, прежде всего, как к беременной.	Демонстрирует своё положение, ожидает особого отношения от окружающих.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-1, О-0.
14	Я чувствую себя намного лучше, чем до беременности.	Беременность улучшила моё	Э-1, К-0, П-0,

		самочувствие.	А-1, И-1, О-0.
--	--	---------------	----------------

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение темы	Переформулированное утверждение	Факторы
15	Когда я думаю о своей беременности, мое самочувствие заметно ухудшается.	Мысли о беременности ухудшают моё самочувствие.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-1, О-0.
16	После наступления беременности меня преследуют опасения возможного ухудшения самочувствия.	Выражает тревогу относительно своего самочувствия.	Э-1, К-0, П-1, А-0, И-1, О-0.

Тема «Настроение»

1	С наступлением беременности я стала более чувствительной.	Беременность делает меня более чувствительной.	Э-1,К-0,П-0,А-0,И-1, О-0
2	В период беременности мое настроение бодрое.	Беременность не мешает мне чувствовать себя бодрой.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0
3	Я часто беспокоюсь за ребенка, беременность и роды.	Выражает беспокойство за ребёнка, беременность и роды.	Э-1,К-0, П- 0, А-0, И-1, О-0
4	Мое настроение достаточно спокойное и ровное.	Чувствует себя спокойно.	Э-0,К-1, П-0, А-0, И-1, О-1
5	При беременности мое настроение праздничное, не омрачаемое никакими проблемами.	Во время беременности ничто не может омрачить моё настроение.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0
6	С самого начала беременности я чувствую напряжение и часто эмоциональную подавленность.	Во время беременности чувствует напряжение и эмоциональную подавленность.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.
7	На протяжении всей беременности меня не покидает ощущение счастья.	Беременность делает её счастливой.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
8	После того, как я забеременела, никто и ничто не способно омрачить мое прекрасное настроение.	Во время беременности ничто не может омрачить моё настроение.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
9	Бывает, что я не могу сдерживать свое раздражение и недовольство.	Бывает тяжело сдерживать раздражение и недовольство.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-0, О-0.
10	Меня тревожит, что вне дома я чувствую себя уязвимой и незащищенной.	Во время беременности появилось чувство уязвимости и незащищённости.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.

11	За весь период беременности у меня не было плохого настроения.	Нет причин омрачающих моё настроение.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
----	--	---------------------------------------	-------------------------------

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение темы	Переформулированное утверждение	Факторы
12	При беременности я стараюсь избегать тревожных мыслей и переживаний, потому что мое настроение влияет на ребенка.	Оберегает ребёнка от своих неприятных переживаний.	Э-1, К-1, П-1, А-1, И-1, О-1.
13	Мое настроение не влияет на мою работоспособность.	Настроение не влияет на работоспособность.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-1, О-0.
14	Во время беременности я могу сорваться на ком-либо по малейшему поводу.	Во время беременности позволяет себе срываться на окружающих.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-1, О-0.
15	Мое настроение портится, если из-за беременности мне приходится чем-либо жертвовать.	Не нравится, если беременность вынуждает идти на жертвы.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
16	После наступления беременности я часто испытываю недовольство и злость на других.	С наступлением беременности злиться на людей.	Э-1, К-0, П-1, А-0, И-0, О-0.

Тема «Отношение к ребёнку»

1	Я уверена, что ребенок будет чувствовать себя прекрасно на протяжении всей моей беременности.	Высказывает оптимизм по поводу самочувствия ребёнка на протяжении всей беременности.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0
2	Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребенком.	Устанавливает с ребёнком телесный контакт.	Э-1, К-1, П-1, А-1, И-0, О-1
3	Я думаю, что мой ребенок уже сейчас не мешает вести мне активный образ жизни.	Считает, что беременность не мешает вести прежний образ жизни.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-1, О-0
4	Избыточное внимание окружающих к моей беременности может нанести вред моему ребенку.	Оберегает ребёнка от посторонних.	Э-1, К-1, П-1, А-1, И-1, О-1
5	Я очень хочу иметь своего ребенка, даже если кто-то считает, что иногда я сама еще как ребенок.	Несмотря на инфантильность, хочет своего ребёнка.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0
6	После наступления беременности я считаю, что ребенок доставляет мне хлопот не меньше, чем радости.	Радость не компенсирует неприятности, связанные с ребёнком.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.
7	Я очень беспокоюсь о том, хватит ли у меня сил и здоровья выносить	Выражает неуверенность в своей	Э-1, К-0, П-1,

	и родить ребенка.	способности выносить ребёнка.	А-0, И-0, О-0.
8	Большая занятость работой (учебой) не оставляет мне времени думать о ребенке и беременности.	Нет желания найти время и подумать о ребёнке.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0.

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
9	Бывает, что я сомневаюсь в том, что мне нужен ребенок, и впоследствии сожалею об этих мыслях.	Чувствует себя виноватой за то, что сомневается в нужности ребёнка.	Э-1, К-1, П-0, А-1, И-0, О-0.
10	Думаю, ребенок шевелится во мне потому, что ему плохо.	Физиологические проявления беременности расценивает как паталогические.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.
11	Если мне кто-то или что-то действует на нервы, то со зла я могу сделать что-нибудь даже во вред своему ребенку.	Ставит свои чувства выше интересов ребёнка.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
12	Сейчас я делаю все, что положено делать при беременности, не думая о будущем своего ребенка.	Машинально исполняет свой долг беременной.	Э-0, К-1, П-1, А-1, И-0, О-0.
13	С самого начала беременности ребенок для меня – полноправный член семьи.	Относится к плоду как к существующему человеку.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-1, О-0.
14	Иногда то, что ребенок напоминает мне о своем существовании, вызывает у меня неприятные чувства.	Неприятен физический контакт с ребёнком.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
15	Понимаю, что мое беспокойство за ребенка в основном беспочвенно и излишне.	Осознаёт свою повышенную тревожность.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-1.
16	Бывает, что у меня не хватает терпения спокойно реагировать на поведение ребенка во мне.	Физический контакт с ребёнком настолько неприятен, что вызывает реакцию со стороны матери.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0.

Тема «Отношение к родам»

1	Я уверена, что никто не сможет упрекнуть меня за то, как я буду рожать.	Считает, что только женщина способна принимать решение о родах.	Э-0, К-1, П-0, А-1, И-0, О-0
2	Я беспокоюсь, что проблемы со здоровьем во время беременности могут проявиться при родах.	Выражает беспокойство о течении родов.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
3	Я надеюсь, что роды не повлияют на мою привычную активность.	Главная цель – сохранить активность.	Э-0, К-0, П-1,

			А-1, И-0, О-0
4	Роды для меня – это боль и трудности, а для окружающих – повод для радости.	Считает несправедливым, что окружающие будут радоваться, когда ей плохо.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-1
5	Считаю, что в родах важно думать о ребенке и всячески помогать ему.	Считает, что нужно помогать ребёнку в процессе родов.	Э-0, К-1, П-0, А-1, И-0, О-0

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
6	Когда я думаю о родах, то боюсь их.	Роды вызывают страх.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.
7	Ожидание радости от рождения ребенка компенсируют все связанные с родами неприятности.	Радость от рождения ребёнка важнее, чем трудности, которые с этим связаны.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
8	По мере приближения срока родов мысли о них подавляют и угнетают меня.	Роды вызывают страх.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.
9	Я буду думать о родах тогда, когда придет для этого время.	Раньше времени не хочет беспокоиться.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-0.
10	Женщина должна хорошо подготовиться к родам, так как от этого зависит их исход.	Считает, что способна подготовиться к родам и повлиять на их исход.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-1, О-0.
11	После родов для меня самым важным будет быстро восстановить мою привычную работоспособность.	Главная цель – сохранить активность.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0
12	Считаю несправедливым то, что только матери ребенка приходится страдать при родах.	Выражает недовольство своей ролью женщины.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.
13	Опасаюсь, что возможные осложнения во время родов повредят моему ребенку.	Выражает опасения по поводу возможных осложнений во время родов.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
14	Меня раздражают советы близких по поводу предстоящих родов.	Считает, что только женщина способна принимать решение о родах.	Э-0, К-1, П-0, А-1, И-0, О-0
15	Боюсь, что мое здоровье не позволит справиться с возможными трудностями во время родов.	Выражает опасения по поводу возможных осложнений во время родов.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.

16	Мой образ жизни не дает повода думать о предстоящих родах.	Образ жизни мешает задумываться о родах.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0.
----	--	--	-------------------------------

Тема «Отношение к врачам»

1	Я беспокоюсь, что при моей беременности врачи недооценивают состояние моего здоровья.	Считает врачей невнимательными к её состоянию.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-0, О-0
2	Иногда меня раздражают рекомендации врачей, даже если я понимаю необходимость их соблюдения.	Рекомендации врачей вызывают раздражение.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
3	Считаю, что лучшим моим консультантом на протяжении всей беременности может быть только врач.	Мнение врача цениться выше, чем любое другое.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-0
4	Я считаю, что активный образ жизни при беременности не дает поводов для лишних обращений к врачам.	Считает, что активный образ жизни лучше повлияют на её здоровье чем врачи.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-1
5	Боюсь, что из-за недостаточного внимания врачей к моему состоянию у меня будут осложнения беременности.	Считает врачей невнимательными к её состоянию.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-0, О-0
6	Я рада, что моя беременность проходит прекрасно и не требует вмешательства врачей.	Считает своё состояние не требующим вмешательства врачей.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
7	Я думаю, что мое правильное поведение в период беременности поможет мне почти обойтись без помощи врачей.	Считает, что правильный образ жизни лучше повлияют на её здоровье чем врачи.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-1
8	Думаю, что с моей беременностью лучше всего было бы наблюдаться и рожать у самого известного врача.	Считает, что её состояние здоровья требует только самого лучшего врача.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
9	Думаю, что врачи перестраховываются, когда рекомендуют беременным ограничить свою активность и меньше заниматься привычными делами.	Считает, что врачи руководствуются своими страхами, когда ограничивают активность беременных.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-0.
10	Я считаю, что добровольное регулярное наблюдение у врача является правильным для каждой беременной женщины.	Считает наблюдение врачом необходимостью для каждой	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-0.

		беременной.	
11	Я выхожу из себя, когда сталкиваюсь с невнимательностью и недобросовестностью в работе врачей и акушерок.	Считает неприемлемым со стороны медперсонала недобросовестность и невнимательность.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-0
12	Врачи очень внимательно и доброжелательно относятся ко мне в период беременности.	Считает медперсонал очень внимательным по отношению к ней.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.
13	Иногда я раздражаюсь и обижаюсь на врачей, если они не соглашаются с моим мнением.	Считает, что врачи должны прислушиваться к мнению больных.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-0.

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
14	Врачи должны с вниманием относиться к обращению беременных к ним при любом изменении их самочувствия или поведения ребенка.	Считает, что врачи должны реагировать на любые изменения в самочувствии беременной.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0
15	Конфликты медицинского персонала с беременными происходят потому, что для врачей результаты обследования и соблюдение приказов важнее, чем человеческое отношение к беременным.	Считает врачей невнимательными к больным.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-0, О-0
16	Любое посещение врача – дополнительный повод для тревог и беспокойства.	Врачи вызывают дополнительный повод для беспокойства.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.

Тема «Отношение к мужу»

1	Мой муж поддерживает меня в стремлении быть такой же активной и бодрой, как и до беременности.	Муж разделяет моё желание быть активной как до беременности.	Э-0, К-1, П-0, А-1, И-0, О-0
2	Боюсь, что интерес моего мужа ко мне уменьшится из-за неизбежного ухудшения здоровья после беременности и родов.	Беспокоиться, что ухудшение здоровья вызовет уменьшение интереса со стороны мужа.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
3	Я постоянно чувствую поддержку мужа.	Чувствует поддержку мужа постоянно.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
4	Мой муж изменил свое отношение ко мне из-за моего изменившегося внешнего вида и поведения в	Её измененное тело и поведение вызвало изменение отношения мужа	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-1

	перио беременности.	к ней.	
5	Поведение мужа в период моей беременности меня иногда раздражает и может быть причиной скандала.	Муж иногда раздражает.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0
6	Мы с мужем вместе радостно ждем ребенка и уже готовимся к его рождению.	Мы вместе радостно ждём ребёнка.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
7	Мой муж помогает мне делать мои дела, от которых я не отказалась, не смотря на беременность.	Муж помогает мне в моих делах.	Э-0, К-1, П-0, А-1, И-0, О-1
8	Я делаю все, чтобы сохранить привлекательность для своего мужа даже в период беременности.	Несмотря на беременность, я сохраняю привлекательность для мужа.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-1, О-0.

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
9	У меня есть основания беспокоиться, что после родов отношение мужа ко мне изменится не в лучшую сторону.	Выражает опасения, что муж после родов изменит отношение не в лучшую сторону.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
10	Я выхожу из себя, когда мой муж относится к нашему будущему ребенку не так, как я бы хотела.	Считает, что муж должен разделять её отношение к ребёнку.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
11	Мое отношение к мужу только улучшилось от того, как он относится к моей беременности и нашему будущему ребенку.	Муж порадовал своим отношением к беременности и будущему ребёнку.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
12	Мой муж с пониманием относится к тому, что я иногда срываю свое плохое настроение на нем.	Позволяет себе срываться на муже.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
13	Опасаюсь, что из-за моего беспокойства о здоровье в период беременности мой муж может отдалить от меня.	Выражает опасения, что муж из-за её тревожности по поводу беременности отдалится.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
14	Мой муж ведет себя в период моей беременности безупречно.	Муж ведёт себя так, как мне хотелось бы.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0
15	Меня раздражает, что мой муж стал меньше понимать меня с наступлением беременности.	Появились проблемы во взаимопонимании с мужем с наступлением беременности.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0
16	Мой муж доставляет мне удовольствие, выполняя все мои пожелания и заботясь о нас с ребенком.	Муж ведёт себя так, как мне хотелось бы.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.

Тема «Отношение к близким»

1	Мои близкие вместе со мной радуются моей беременности.	Мои близкие так же рады моей беременности, как и я.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0
2	Каждая беременная женщина должна получать такую же поддержку и заботу со стороны близких, которую оказывают мне.	Поддержка близких обязательна для каждой беременной.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
3	Мои близкие часто волнуются по поводу того, что беременность не уменьшила мою активность и увлеченность делами.	Близкие выражают беспокойство за её чрезмерную активность.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-1, О-0
4	Мои близкие часто считают, что я встревожена и взволнована.	Близкие считают, что я излишне тревожусь.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-1, О-1

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
5	Меня раздражает и возмущает, что близкие навязчиво интересуются моим самочувствием.	Близкие чересчур интересуются её самочувствием – это вызывает раздражение.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0
6	С наступлением беременности я стала острее реагировать на невнимание близких.	Во время беременности ожидала большего внимания со стороны близких.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
7	Мои близкие не участвуют в решении моих проблем, потому что знают, что я чувствую в себе силы сделать их самостоятельно.	Близкие не помогают в решении её проблем, т.к. знают, что она сама справится.	Э-0, К-1, П-0, А-1, И-0, О-0
8	Я никогда не оставлю без ответа, если мои близкие не делают скидок на мою беременность.	Требует особого отношения к себе со стороны близких.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-1, О-0.
9	Мои близкие разделяют мое беспокойство по поводу беременности.	Близкие разделяют её беспокойство о беременности.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
10	Мои близкие стали счастливыми людьми благодаря моей беременности.	Считает, что осчастливила близких своей беременностью.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
11	Мои близкие разделяют мои чувства по поводу беременности.	Близкие разделяют её отношение к беременности.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0
12	Я считаю, что для моих близких моя беременность такое же знаменательное событие, как и для	Считает, что для близких беременность представляет такую же	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0

	меня.	ценность как для неё.	
13	Я раздражаюсь, если мои близкие начинают давать советы и пожелания по поводу моей беременности даже, если они это делают из лучших побуждений.	Раздражают советы близких.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
14	Мои близкие всегда должны быть в курсе всех возможных осложнений при моей беременности и родах.	Считает, что близкие должны отслеживать ход её беременности.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
15	Меня раздражает непонимание близкими людьми моего положения беременной женщины.	Требует от близких особого отношения к себе.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0
16	Не все близкие мне люди понимают, что беременные нуждаются в особом внимании.	Требует от близких особого отношения к себе.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0

Тема «Отношения с окружающими»

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
1	Мои контакты с окружающими ограничены из-за большой повседневной занятости.	Её занятость мешает общаться с людьми.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0
2	Мне неприятно, если я становлюсь свидетелем обсуждения окружающими моей беременности.	Не хочет чтобы окружающие обсуждали её беременность.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
3	С наступлением беременности я по-прежнему много и с удовольствием общаюсь с окружающими.	Беременность не мешает ей общаться с окружающими.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0
4	Окружающие стали осторожно общаться со мной из-за опасения вызвать мое недовольство ими.	Окружающие опасаются моей реакции.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0
5	Даже общение с другими людьми не может отвлечь меня от опасений за свое здоровье и здоровье ребенка.	Общение не может меня отвлечь от опасений за свое здоровье и здоровье ребенка.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
6	Думаю, что среди моего окружения всем приятно смотреть на беременных женщин.	Считает, что беременность привлекательна.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
7	Сейчас я считаю, что моя работа (учеба) приносит мне больше пользы, чем привычное общение с окружающими.	Работа (учёба) полезнее, чем общение.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-1

8	Окружающие часто мне говорят, что я слишком много беспокоюсь и переживаю за беременность.	Окружающие считают её слишком обеспокоенной из-за беременности.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-1, О-0.
9	Окружающие меня люди по себе знают, что в настоящее время я не расположена к общению из-за моего настроения.	Во время беременности женщины не расположены к общению.	Э-0, К-0, П-1, А-0, И-1, О-0.
10	Думаю, что окружающие так же рады моей беременности, как и я.	Считает, что для окружающих её беременность так же ценна, как и для неё.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0.
11	Я испытываю гордость от правильной оценки окружающими моей особой роли беременной женщины.	Гордиться своим положением.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
12	Я испытываю потребность побыть наедине и «пообщаться» с находящимся в животе ребёнком, даже если мне комфортно с окружающими.	Испытывает потребность устанавливать контакт с ребёнком наедине.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0.
13	Бывает, что внезапная раздражительность мешает мне общаться с людьми.	Бывает слишком резкой с окружающими.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-1, О-0.

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
14	Считаю, что я не должна из-за беременности ограничивать себя в общении с другими людьми.	Беременность не должна мешать общению с другими людьми.	Э-0, К-4, П-0, А-1, И-0, О-1
15	Меня злит и раздражает, когда окружающие интересуются моей беременностью и моим будущим ребёнком.	Её беременность и её будущий ребёнок – интимная зона.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-1
16	Общение с окружающими позволяет мне справиться с тревожными мыслями о беременности и родах.	Общение с окружающими снижает тревогу.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-0, О-1.

Тема «Отношение к образу жизни в период беременности»

1	С наступлением беременности я вынуждена постоянно прислушиваться к изменениям в своем организме и подстраивать под них свою жизнь.	Беременность заставляет меня менять свою жизнь.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-1
2	Я уверена, что тот обычный образ жизни, который я вела раньше, не повредит течению беременности.	Считает, что может вести прежний образ жизни.	Э-0, К-1, П-1, А-1, И-0, О-0
3	Беременность не должна мешать женщине делать все то, что она делала раньше.	Считает, что может вести прежний образ жизни.	Э-0, К-1, П-1, А-1, И-0, О-0

4	Мне интересно беседовать с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные мною в журналах и книгах.	Проявляет интерес к обсуждению тем о беременности и родах с другими женщинами.	Э-0, К-1, П-1, А-1, И-1, О-1
5	Мне не хватает терпения соблюдать предписанный мне врачами и близкими режим.	Не хватает терпения соблюдать режим.	Э-1, К-0, П-1, А-0, И-0, О-0
6	После наступления беременности я стала замечать, что мое состояние стало больше совпадать с тем, что написано в гороскопах.	Проявляет чувствительность к гороскопам.	Э-1, К-0, П-1, А-0, И-0, О-0.
7	Мое хорошее настроение еще больше улучшается, когда я делаю то, что хочу, а не только то, что полезно для беременных.	Беременным необходимо удовлетворять свои желания, а не только следовать предписаниям.	Э-1, К-0, П-1, А-1, И-1, О-1
8	Я не считаю для себя нужным и полезным вести принятый для беременных образ жизни.	Общепринятый для беременных образ жизни мне не подходит.	Э-1, К-0, П-1, А-0, И-1, О-0.

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
9	Я стала лучше понимать роль женщины в нашей жизни только после того, как сама стала беременной.	Считает материнство главной задачей женщины.	Э-1, К-1, П-0, А-0, И-1, О-1.
10	Только будучи беременной, я понимаю, что окружающая среда создает слишком много поводов для беспокойства женщины.	Беременность привела к осознанию, что женщине тяжело в этом мире.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-1.
11	Я не считаю, что беременные женщины должны отказывать себе в том, что раньше доставляло им удовольствие.	Беременные не должны отказывать себе в удовольствии.	Э-1, К-1, П-1, А-0, И-1, О-1
12	Беременность помешала мне выполнить то, что я считала нужным сделать в своей жизни.	Беременность нарушила жизненные планы.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-0, О-1.
13	Считаю, что ограничения в образе жизни при беременности лучше всего помогают быть здоровой.	Считает, что ограничения в образе жизни способствуют здоровью.	Э-0, К-1, П-1, А-1, И-1, О-1.
14	Моя повседневная занятость приводит к тому, что я часто забываю о своей беременности.	Моя занятость мешает думать о беременности.	Э-0, К-1, П-1, А-1, И-1, О-0
15	Жизнь беременной женщины дает слишком много поводов и оснований для того, чтобы	Во время беременности больше устаешь.	Э-0, К-1, П-1, А-1, И-0, О-1

	чувствовать себя утомленной.		
16	Беременная женщина имеет право получать все, чего пожелает.	Считает, что имеет право получать всё желаемое.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.

Тема «Отношение к образу жизни после родов»

1	Я считаю преждевременным думать о том, как у меня будет складываться кормление грудью.	Раньше времени не беспокоиться о кормлении грудью.	Э-0, К-1, П-1, А-0, И-1, О-1
2	Моя занятость повседневными делами не оставляет мне времени подумать о том, как будет складываться моя жизнь после родов.	Её занятость мешает ей задумываться о жизни после родов.	Э-0, К-1, П-1, А-0, И-1, О-0
3	Я переживаю, что после родов из-за моего здоровья у меня будет мало молока.	Выражает беспокойство о возможности грудного вскармливания.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
4	Я считаю, что кормление грудью в наше время является самым важным для развития ребенка.	Считает кормление грудью самым важным для развития ребёнка.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-0

Таблица 2.3.1 – продолжение

№	Утверждение теста	Переформулированное утверждение	Факторы
5	Думаю, что после родов я долгое время буду чувствовать себя утомленной и уставшей.	Считает, что после родов долго будет приходить в себя.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0
6	Я не буду никому лишний раз показывать своего малыша из-за опасения, что другие люди могут нанести ему вред.	Собирается ограждать своего ребёнка от посторонних людей.	Э-1, К-1, П-0, А-1, И-1, О-1.
7	Я считаю, что кормление грудью создает современной женщине много проблем.	Считает грудное вскармливание проблематичным для современной мамы.	Э-0, К-1, П-0, А-1, И-0, О-1
8	Я уверена, что рождение ребенка сделает меня совершенно счастливым человеком.	Счастье от рождения ребёнка перекроет все жизненные проблемы.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
9	После родов беременной женщине необходимо как можно быстрее вернуться к работе, не смотря на возможные проблемы с кормлением ребенка грудью.	Самое главное – вернуть активность после родов.	Э-0, К-0, П-1, А-1, И-0, О-0.
10	Хочу, чтобы ребенок быстрее подрос и не требовал пристального контроля и внимания.	Считает, что маленькие дети требуют слишком больших усилий.	Э-0, К-1, П-0, А-0, И-1, О-0.

11	Я опасюсь, что после рождения ребенка могу не справиться с уходом за ним.	Сомневается в своей способности справиться с ребёнком после рождения.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0
12	Я хочу, чтобы все мои близкие и родные всегда помогали мне в уходе за моим ребенком.	Ожидает постоянной помощи от всех окружающих в уходе за ребёнком.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-0, О-0.
13	Я не понимаю, как стирка пеленок, уход за ребенком и его гигиеной может вызывать положительные эмоции.	Считает обязанности мамы по уходу за новорожденным неприятными.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0.
14	Лучше не думать о том, что будет после родов и наслаждаться тем, что ребенок пока еще во мне.	Избегает мыслей о жизни после родов. Получает удовольствие от единения с ребёнком.	Э-1, К-0, П-0, А-1, И-1, О-0
15	Опасюсь, что после родов естественные усталость, истощенность и апатия не позволят мне оказывать необходимое внимание ребенку.	Сомневается в своей способности справиться с ребёнком после рождения.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-0, О-0
16	Я очень хочу кормить своего ребенка грудью, но беспокоюсь, что с этим могут быть какие-либо проблемы.	Выражает беспокойство о возможности грудного вскармливания.	Э-1, К-0, П-0, А-0, И-1, О-0

Выводы по разделу два

1. Интерпретация результатов методики «ТОБер» может осуществляться по трем принципам: типологическом, качественном, структурно-качественном. Качественный и структурно-качественный методы являются трудоемкими и их затруднительно использовать в случае проведения исследования по «бланковому» варианту. Но такие методы вполне реализуемы в виде экспертной системы.

2. В целях облегчения работы специалистов, проводящих исследование по методике «ТОБер» необходимо создавать компьютерные варианты интерпретатора.

3. Качественный анализ осуществим при включении дополнительных параметров, расширяющих возможности интерпретатора, в данном случае с позиции соотнесения типологических характеристик отношения к беременности с классификационными основаниями и содержанием системы отношений

личности по В.Н. Мясищеву, представленной их компонентной структурой сущностными характеристиками.

3 ТЕХНОЛОГИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ПО СОЗДАНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МОДУЛЯ ИНТЕРПРЕТАТОРА МЕТОДИКИ «ТИП ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ»

3.1 Апробация методики

Собственно разработка дополнительного модуля конструкта интерпретатора предварялась проведением апробации методики «ТОБер» на «обучающей» выборке беременных женщин. При этом осуществлялось не только освоение технологии проведения исследования, но и получение многомерных клинических (социально-демографических, клинико-anamнестических, акушерско-гинекологических, собственно медицинских) и экспериментально-психологических (прежде всего тестовых психодиагностических по методике «ТОБер» и иным психодиагностическим методикам) данных. Объем обучающей выборки составили десять беременных женщин с первой и второй беременностью на сроках 25-35 недель, наблюдавшихся в муниципальном учреждении здравоохранения «Женская консультация №5 г. Челябинска» (МУЗ ЖК №5).

На этом этапе исследования в программу исследования были включены: оригинальный клинический опросник-интервью, методика «Тип отношения к беременности» («ТОБер»), методика «Цветовой тест отношений» М. Люшера[50]. В состав оригинального клинического опросника-интервью были включены пункты, позволяющие получить достаточно широкий объем информации об испытуемых. Устанавливались:

1. Анкетные данные (фамилия, имя, возраст, иные необходимые для исследования демографические сведения).

2. Общая характеристика поведения в период обследования («Манера общения»).

3. Самочувствие на момент обследования и в период беременности в целом («Как Вы чувствуете себя сейчас?», «Каково самочувствие в целом во время этой беременности?»).

4 Психологическая характеристика ситуации наступления беременности («Какие у Вас были чувства, когда вы узнали о беременности?» ; «Кому первому Вы сообщили о беременности?»; «Какова была реакция отца ребёнка?»).

5 Психологическая характеристики переживания периода беременности («Какие чувства у Вас сейчас вызывает Ваша беременность?»; «Что для Вас самое трудное во время беременности?»).

6 Значимые в психологическом плане акушерско-гинекологические сведения («Помните ли Вы дату первого шевеления плода?»; «Как это проявлялось?»; «Осуществляете ли Вы какую-то заботу о будущем ребёнке? (прогулки, диета, гимнастика, лечение) что именно?»).

7 Характеристики формирования и актуального содержания материнской сферы («Мечтали ли Вы в детстве быть мамой?»; «Какого пола ребёнок? Кого Вы ждали?»; «Можете ли вы понять настроение ребёнка по его движениям?»).

8 Характеристика макро- и микросоциального окружения беременной («Кто входит в круг Ваших близких?»; «Как близкие отнеслись к Вашему положению?»; «Счастливы ли в браке?»; «Достаточно ли Вам заботы близких или хотелось бы большего?»).

9 Характеристики психологической временной перспективы развития и разрешения беременности («Есть ли у Вас отчётливые планы на время после рождения малыша?»; «Предпринимаете ли Вы какие-то действия по организации Вашего будущего пространства с ребёнком?»).

При обследовании методикой «ТОБер», помимо стандартных для этой методики данных, учитывались:

1. Библиотеки утверждений, выбранных беременными в каждом субтесте (теме) методики.

2. Результаты анализа распределения выбранных утверждений методики по типам отношений, а также частота встречаемости диагностированных в обучающей выборке типов отношений в целом и по темам методики.

3. Анализ текстов выбранных утверждений методики в контексте их переформулирования (для представления в тексте интерпретации) и: определения компонентной структуры выявленного типа отношения к беременности.

Основные результаты обследования испытуемых представлены в таблицах 3.1.1 – 3.1.7.

Таблица 3.1.1 – Интерпретация данных методики «ТОБер»

№	Вопросы										
1	Имя, Фамилия	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
2	Манера общения	Очень открыта, эмоциональна, рада общению, говорит больше, чем требует ответ на вопрос	Скованна, сдержанна	Сдержанна	Сдержанна	Открыта	Открыта, сухая, грубовата, но многословна	Открыта, доброжелательна	Открыта, многословна	Сдержанна, открыта	Открыта, многословна
3	Как вы себя чувствуете сейчас?	хорошо	хорошо	Хорошо, ничего не беспокоит	Не очень хорошо, тяжело	хорошо	отлично	отлично	прекрасно	нормально	устала
4	Как самочувствие в общем во время этой беременности?	нормально	нормально	нормально	хорошо	хорошо	отлично	отлично	нормально	нормально	хорошо

Таблица 3.1.1 – продолжение

№	Вопросы										
	Имя, Фамилия	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
5	Какие у вас были чувства, когда вы узнали о беременности?	Планировали. Смешанные: радость и тревога	Не планировали. Неожиданность, удивление	Планировали. Неверие, страх, что ошиблась, страх, что дальше пойдёт что-то не так	Планировали. Как само собой разумеющееся.	Страх, удивление	Радость	Планировали. Радость.	Восторг	Восторг	Неверилось, восторг
6	Кому первому вы сообщили о беременности?	мужу	маме	мужу	мужу	мужу	мужу	мужу	мужу	мужу	мужу
7	Какова была реакция отца ребёнка?	Такая же как у меня	Удивился, не ожидал	Такая же как у меня	Такая же как у меня	Удивление, радость	Радость	Радость	Неверие, что это правда	Спокойно	Восторг
8	Какие чувства у вас сейчас вызывает ваша	Тревога снизилась	Привыкли	Успокоилась, радость	Радость, Предвкушение	Радость	Добавилась тревожность	Не изменились	Восторг	Ожидание малыша	Счастье

	беременность?										
--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 3.1.1 – продолжение

№	Вопросы	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
	Имя, Фамилия										
9	Что для вас самое трудное во время беременности?	Настроиться на хорошее	Будущие роды	Совмещать беременность с учёбой	Сложностей ей не было.	Сложностей ей не было.	Отёки	Сложностей ей не было.	Посещения поликлиники	Утомляемость, тяжело совмещать с работой	Посещения поликлиники
10	Помните ли вы дату первого шевеления ?	да	Да	нет	нет	Да	нет	Да	Да	Да	Нет
11	Как это было?	Похоже на рыбу, радостно	Неожиданность, удивление	Волнительно, неуверенность, ожидание	Радостно	Восторг, волнение	Неожиданно, приятно	Отчётливо, радостно	Ну, наконец!	Неожиданно, приятно	Щекотно, непонятно
12	Можете ли вы понять настроение ребёнка по его движениям ?	да	нет	нет	да	нет	нет	да	нет	да	да
13	Счастливы ли вы в браке?	да	Не замужем	да	да	да	да	да	да	да	да

Таблица 3.1.1 – продолжение

№	Вопросы										
	Имя, Фамилия	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
14	Мечтали ли вы в детстве быть мамой?	да	да	да	да	да	Не помню	да	очень	да	да
15	Есть ли у вас отчётливые планы на время после рождения малыша?	да	да	да	да	да	да	да	да	да	да
16	Предприимаете ли вы какие-то действия по организации вашего будущего пространства с ребёнком?	да	да	Пока нет	да	Да	да	Да, всё готово	да	Да, всё готово	нет

Таблица 3.1.1 – продолжение

№	Вопросы										
	Имя, Фамилия	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
17	Осуществляете ли вы какую-то заботу о будущем ребёнке? (прогулки, диета, гимнастика, лечение) что именно?	Лечение, наблюдений консультации, витамины, питание, изменила распорядок дня, гуляю, свежие ягоды и фрукты, избегаю вредностей	Лечение, наблюдений консультации, больше спит, гуляет, избавилась от вредных привычек.	Да. Лечение, наблюдений в консультации, изменение питания, гимнастик у делаю, стараюсь не нервничать.	Отказалась от вредных привычек, отдых, лечение.	Лечение, наблюдений в консультации. Изменила образ жизни, Делаю гимнастику.	Лечение, наблюдений в консультации. Избавилась от вредных привычек.	Лечение, наблюдений в консультации. Чтение литературы, гимнастика.	Лечение, наблюдений в консультации. Н употребл. Алкоголь, меньше курить, питание. Изменила образ жизни и физическую активность.	Лечение, наблюдений в консультации. Заранее прошла обследования. Стараюсь не волноваться.	Да. Стараюсь не нервничать. Стараюсь гулять. Отказалась от домашних обязанностей.
18	Кто входит в круг ваших близких?	Сестра, брат	Мама	Муж, сын	Муж, мама	Бабушка, подруга	Отец, сестра, подруги	Мама, свекровь, сестра, брат	Подруга, дочь.	Родители, сестра, брат	Муж, мама, папа, сестра
19	Как близкие отнеслись к вашему положению	Обрадовались	Обрадовались	Обрадовались	Обрадовались	Обрадовались	Положительно	Обрадовались	Положительно	Обрадовались	Обрадовались

	?										
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 3.1.1 – продолжение

№	Вопросы										
	Имя, Фамилия	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
20	Достаточно ли вам заботы близких или хотелось бы большего?	Достаточно	Достаточно	Хотелось бы большего	Достаточно	Достаточно	Достаточно	Достаточно	Хотелось бы большего	Достаточно	Достаточно
21	Какого пола ребёнок? Кого вы ждали?	Девочка, так и хотели.	Нам без разницы.	Не знаю. Особых ожиданий нет.	Мальчик. Мальчика.	Не испытали разочарования.	Мальчик, Девочку.	Незнаю. И так хорошо и так.	Мальчик. Планов не было.	Девочка. Мальчика, но не разочаровалась	Девочка. Мальчика.

Таблица 3.1.2 – «Утверждения, выбранные респондентами»

Тема «Самочувствие»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
4. При беременности я чувствую себя достаточно комфортно. 13. Мне нравится, когда окружающие относятся ко мне, прежде всего, как к беременной.	3. На протяжении беременности у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности. 6. Считаю, что самочувствие беременной даёт основание позволить себе капризничать.	4. При беременности я чувствую себя достаточно комфортно. 8. С наступлением беременности у меня появилось больше поводов для беспокойства о своём здоровье.	2. Моё самочувствие прекрасное с приступами раздражительности. 4. При беременности я чувствую себя достаточно комфортно.	4. При беременности я чувствую себя достаточно комфортно. 13. Мне нравится, когда окружающие относятся ко мне, прежде всего, как к беременной.	4. При беременности я чувствую себя достаточно комфортно. 8. С наступлением беременности у меня появилось больше поводов для беспокойства о своём здоровье.	2. Моё самочувствие прекрасное 7. В период беременности я чувствую себя бодрой и активной во всём	6. Считаю, что самочувствие беременной женщины даёт основание позволить себе капризничать. 10. Я беспокоюсь по поводу любых проявлений у меня ощущений.	8. С наступлением беременности у меня появилось больше поводов для беспокойства о своём здоровье. 10. Я беспокоюсь по поводу любых проявлений у меня ощущений.	10. Я беспокоюсь по поводу любых проявлений у меня ощущений.

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Настроение»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
9. Бывает, что я не могу сдерживать своё раздражение и недовольство.	С наступлением беременности я стала более чувствительной. 8. Я часто беспокоюсь за ребёнка, беременность и роды.	1. С наступлением беременности я стала более чувствительной. 9. Бывает, что я не могу сдерживать своё раздражение и недовольство.	2. С наступлением беременности я стала более чувствительной. 14. Во время беременности и я могу сорваться на ком-либо по малейшему поводу.	9. Бывает, что я не могу сдерживать своё раздражение и недовольство.	3. Я часто беспокоюсь за ребёнка, беременность и роды. 11. За весь период беременности у меня не было плохого настроения.	1. С наступлением беременности я стала более чувствительной. 2. В период беременности моё настроение бодрое.	3. Я часто беспокоюсь за ребёнка, беременность и роды. 7. На протяжении всей беременности и меня не покидает ощущение счастья.	3. Я часто беспокоюсь за ребёнка, беременность и роды.	12. Считаю, что моё настроение влияет на ребёнка, и поэтому я стараюсь избегать тревожных мыслей и переживаний. 13. Даже будучи беременной, я не ощущаю снижения работоспособности.

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Отношение к ребенку»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
2. Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребунком.	5. Я очень хочу имть своего ребёнка, даже если кто-то считает, что иногда я сама ещё как ребёнок. 7. Я очень беспокоюсь о том, хватит ли у меня сил и здоровья выносить и родить ребёнка.	2. Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком.	2. Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком. 13. С самого начала беременности ребёнка для меня – полноправный член семьи.	2. Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком.	7. Я очень беспокоюсь о том, хватит ли у меня сил и здоровья выносить и родить ребёнка.	1. Я уверена, что ребёнок будет чувствовать себя прекрасно на протяжении всей моей беременности. 2. Мне не нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком.	2. Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком. 15. Понимаю, что моё беспокойство за ребёнка в основном беспочвенно и излишне.	2. Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком.	13. С самого начала беременности ребёнка для меня – полноправный член семьи.

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Отношение к родам»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
9. Я буду думать о родах тогда, когда придёт для этого время.	4. Роды для меня – это боль и трудности, а для окружающих – повод для радости. 6. Когда я думаю о родах, то боюсь их.	5. Считаю, что в родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему. 10. Женщина должна хорошо подготовиться к родам, так как от этого зависит их исход.	5. Считаю, что в родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему. 7. Ожидание радости от рождения ребёнка компенсирует все связанные с родами неприятности.	9. Я буду думать о родах тогда, когда придёт для этого время.	5. Считаю, что в родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему. 6. Когда я думаю о родах, то боюсь их.	5. Считаю, что в родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему. 7. Ожидание радости от рождения ребёнка компенсируют все связанные с родами неприятности.	7. Ожидание радости от рождения ребёнка компенсируют все связанные с родами неприятности. 10. Женщина должна хорошо подготовиться к родам, так как от этого зависит их исход.	5. Считаю, что в родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему. 6. Когда я думаю о родах, то боюсь их.	5. Считаю, что в родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему. 13. Опасаюсь возможных врачебных ошибок во время родов.

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Отношение ко врачам»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
12. Врачи очень внимательно относятся ко мне в период беременности.	10. Я считаю, что добровольное регулярное наблюдение у врача является правильным для каждой беременной женщины. 14. Врачи должны с вниманием относиться к обращению беременных к ним при любом изменении их самочувствия или поведения ребёнка.	4. Я считаю, что активный образ жизни при беременности не даёт поводов для лишних обращений к врачам. 7. Я думаю, что моё правильное поведение в период беременности поможет мне почти обойтись без помощи врачей.	11. Я выхожу из себя, когда сталкиваюсь с невнимательностью и недобросовестностью в работе врачей и акушерок. 15. Конфликты медицинского персонала с беременными происходят потому, что для врачей результаты обследования и соблюдение приказов важнее, чем человеческое отношение к беременным.	12. Врачи очень внимательно и доброжелательно относятся ко мне в период беременности.	12. Врачи очень внимательно и доброжелательно относятся ко мне в период беременности.	Считаю, что лучшим моим консультантом на протяжении всей беременности может быть только врач. 10. Я считаю, что добровольное регулярное наблюдение у врача является правильным для каждой беременной женщины.	3. Считаю, что лучшим моим консультантом на протяжении всей беременности может быть только врач. 7. Я думаю, что моё правильное поведение в период беременности поможет мне почти обойтись без помощи врачей.	3. Считаю, что лучшим моим консультантом на протяжении всей беременности может быть только врач.	6. Моя вполне благополучная беременность не требует активного вмешательства акушеров-гинекологов.

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Отношение к мужу»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
7. Мой муж помогает мне делать мои дела, от которых я не отказалась, не смотря на беременность. 11. Моё отношение к мужу только улучшилось от того, как он относиться к моей беременности и и нашему будущему ребёнку.	6. Мы с мужем вместе радостно ждём ребёнка и уже готовимся к его рождению. 11. Моё отношение к мужу только улучшилось от того, как он относиться к моей беременности и и нашему будущему ребёнку.	3. Я постоянно чувствую поддержку мужа. 7. Мой муж помогает мне делать мои дела, от которых я не отказалась, не смотря на беременность.	6. Мы с мужем вместе радостно ждём ребёнка и уже готовимся к его рождению. 11. Моё отношение к мужу только улучшилось от того, как он относиться к моей беременности и и нашему будущему ребёнку.	11. Моё отношение к мужу только улучшилось от того, как он относиться к моей беременности и и нашему будущему ребёнку.	3. Я постоянно чувствую поддержку мужа. 7. Мой муж помогает мне делать мои дела, от которых я не отказалась, не смотря на беременность.	1. Мой муж поддерживает меня в стремлении быть такой же активной и бодрой, как и до беременности. 3. Я постоянно чувствую поддержку мужа.	4. Мой муж изменил отношение ко мне из-за моего внешнего вида и поведения во время беременности. 8. Я делаю всё, чтобы сохранить привлекательность для своего мужа даже в период беременности.	17. Ни одно утверждение мне не подходит.	3. Я постоянно чувствую поддержку мужа. 6. Мы с мужем вместе радостно ждём ребёнка и уже готовимся к его рождению.

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Отношение к близким»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
9. Мои близкие разделяют моё беспокойство по поводу беременности.	1. Мои близкие вместе со мной радуются моей беременностью. 2. Каждая беременная женщина должна получать такую же поддержку и заботу со стороны близких, которую оказывают мне.	1. Мои близкие вместе со мной радуются моей беременностью.	1. Мои близкие вместе со мной радуются моей беременностью. 9. Окружающие меня люди по себе знают, что в настоящее время я не расположен а к общению из-за моего настроения.	9. Окружающие меня люди по себе знают, что в настоящее время я не расположен а к общению из-за моего настроения.	9. Окружающие меня люди по себе знают, что в настоящее время я не расположен а к общению из-за моего настроения.	1. Мои близкие вместе со мной радуются моей беременностью. 2. Каждая беременная женщина должна получать такую же поддержку и заботу со стороны близких, которую оказывают мне.	6. С наступлением беременности я стала острее реагировать на невнимания близких. 7. мои близкие не учувствуют в решении моих проблем, потому что знают, что я чувствую в себе силы сделать их самостоятельно.	12. Я считаю, что для моих близких моя беременность такое же знаменательное событие, как и для меня.	3. Мои близкие часто волнуются по поводу того, что в период беременности я не уменьшила свою активность и увлечённость делами. 12. Мне хотелось бы, чтобы для близких моя беременность была бы таким же знаменательным событием, как и для

									меня.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Отношение к окружающим»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
10. Думаю, что окружающие так же рады моей беременности, как и я. 13. Бывает, что внезапная раздражительность мешает мне общаться с людьми.	2. Мне неприятно, если я становлюсь свидетелем обсуждения окружающих моей беременности. 10. Думаю, что окружающие так же рады моей беременности, как и я.	12. Я испытываю потребность побыть наедине и «пообщаться» с находящимся в животе ребёнком, даже если мне комфортно с окружающими. 14. Считаю, что я не должна из-за беременности ограничивать себя в общении с другими людьми.	4. Окружающие стали осторожно общаться со мной из-за опасения вызвать моё недовольство ими. 9. Окружающие по себе знаю, что в настоящее время я не расположен к общению из-за моего настроения.	10. Думаю, что окружающие так же рады моей беременности, как и я. 13. Бывает, что внезапная раздражительность мешает мне общаться с людьми.	14. Считаю, что я не должна из-за беременности ограничивать себя в общении с другими людьми.	3. Считаю, что я не должна из-за беременности ограничивать себя в общении с другими людьми. 10. Думаю, что окружающие так же рады моей беременности, как и я.	3. Считаю, что я не должна из-за беременности ограничивать себя в общении с окружающими. 6. Думаю, что среди моего окружения всем приятно смотреть на беременных женщин.	6. Думаю, что среди моего окружения всем приятно смотреть на беременных женщин. 14. Считаю, что я не должна из-за беременности ограничивать себя в общении с другими людьми.	10. Думаю, что окружающие так же рады моей беременности, как и я.

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Отношение к образу жизни в период беременности»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
3. Беременность не должна мешать женщине делать всё то, что она делала раньше.	4. Мне интересно беседовать с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные мною в журналах и книгах. 9. Я стала лучше понимать роль женщины в нашей жизни только после того, как сама стала беременной.	11. Я не считаю, что беременные женщины должны отказывать себе в том, что раньше доставляло им удовольствие.	17. Ни одно утверждение мне не подходит.	3. Беременность не должна мешать женщине делать всё то, что она делала раньше.	13. Считаю, что ограничения в жизни при беременности лучше всего помогают быть здоровой.	1. Я уверена, что тот обычный образ жизни, который я вела раньше, не повредит течению беременности. 2. Беременность не должна мешать женщине делать всё то, что она делала раньше.	4. Мне интересно беседовать с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные мною в журналах и книгах. 9. Я стала лучше понимать роль женщины в нашей жизни только после того, как сама стала беременной.	4. Мне интересно беседовать с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные мною в журналах и книгах.	4. Мне интересно беседовать с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные мною в журналах и книгах. 7. Не смотря на запреты, я всё-таки позволяю себе вкусные, но не всегда полезные для беременных продукты.

Таблица 3.1.2 – продолжение

Тема «Отношение к образу жизни после родов»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
8. Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком.	8. Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком. 12. Я хочу, чтобы все мои близкие и родные всегда помогали мне в уходе за моим ребёнком.	17. Ни одно утверждение мне не подходит.	6. Я не буду никому лишней раз показывать своего малыша из-за опасения, что другие люди могут нанести ему вред. 8. Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком.	8. Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком.	1. Я считаю преждевременно думать о том, как у меня будет складываться кормление грудью. 4. Я считаю, что кормление грудью в наше время является самым важным для развития.	3. Я считаю, что кормление грудью в наше время является самым важным для развития ребёнка. 8. Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком.	7. Я считаю, что кормление грудью создаёт современно й женщине много проблем. 8. Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком.	8. Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком.	8. Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком.

Таблица 3.1.3 – «Анализ результатов методики «ТОБер»: типы, к которым относятся выбранные утверждения, встречаемость типов отношений в темах методики»

Темы	Имя, Фамилия										Итоги
	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10	
1) Самочувствие	4, 13. Г, Эго	3, 6 Н, Эго	4, 8 Г, И	2, 4 Эйф, Г	4, 13 Г, Эго	4, 8 Г, И	2, 7 Эйф, Эрго	6, 10. Эго, И	8, 10 И, И	10 И	И-6 Г-5 Эго – 4 Эйф – 2 Н-1 Эрго-1
2). Настроение	9 Н	, 3 С, И	, 9 С, Н	2, 14 Эрго, Н	9 Н	, 11 И, Г	1, 2 С, Эрго	3, 7. И, Эйф	3 И	12, 13 И, Эрго	И-5 Н-4 С-3 Эрго-3 Эйф-1
3) Отношение к ребёнку	2 Г	5, 7 Эйф, И	2 Г	2, 13 Г, Г	2 Г	7 И	1, 2 Эйф, Г	2, 15. Г, С	2 Г	13 Г	Г-9 И-2 Эйф-2 С-1
4) Отношение к родам	9 Эго	4, 6 Н, С	5, 10 С, Г	5, 7 С, Эйф	9 Эго	5, 6 С, С	5, 7 С, Эйф	7, 10. Эйф, Г	5, 6 С, С	5,13 Г, С	С-9 Г-3 Эйф-3 Эго-1 Н-1

Таблица 3.1.3 – продолжение

Темы	Имя: Фамилия										Итоги
	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10	
5) Отношение к врачам	12 Эго	10, 14 Г, И	4, 7 Эрго, Эйф	11, 15 Д, Д	12 Эго	12 Эго	1, 10 И, Г	3, 7. Г, Эрго	3 Г	6 Эйф	Г-4 Эго-3 И-2 Эрго-2 Эйф-2 Д-2
б) Отношение к мужу	7, 11 Эрго, Г	6, 11 Эйф, Г	3, 7 Г, Эрго	6, 11 Эйф, Г	11 Г	3, 7 Г, Эрго	1, 3 Эрго, Г	4, 8. Сен, Эго	17	3,6 Г, Эйф	Г-8 Эрго-4 Эйф-3 Эго-1
7.) Отношение к близким	9 С	1, 2 Эйф, Г	1 Эйф	1, 9 Эйф, С	9 С	9 С	1, 2 Эйф, Г	6, 7. С, Эрго	12 Эго	3,12 Эрго, Эго	С-4 Эйф-4 Эрго-2 Эго-2 Г-2
8) Отношение к окружающ им	10, 13 Эйф, Н	2, 10 С, Эйф	12, 14 Г, Эго	4, 9 Г, Г	10, 13 Эйф, Н	14 Эго	3, 10 Эйф, Эйф	3, 6. Эйф, Г	6, 14 Г, Эго	10 Эйф	Эйф-7 Г-4 Эго-3 Н-2 Эго-3 С-1

Таблица 3.1.3 – продолжение

Темы	Имя: Фамилия										Итоги
	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10	
9) Отношение к образу жизни в период беременности	3 Эрго	4, 9 Г, Г	11 С	17	3 Эрго	13 И	2, 3 Эйф Эрго	4, 9. Г, Г	4 Г	4,7 Г, Эйф	Г-6 Эрго-3 Эйф-2 С-1 И-1
10) Отношение к образу жизни после родов	8 Эйф.	8, 12 Эйф, Г	17	6, 8 С, Эйф	8 Эйф	1, 4 Эйф, Г	4, 8 Г, Эйф	7, 8. Д, Эйф	8 Эйф	8 Эйф	Эйф-9 Г-3 Д-1 С-1

Анализ представленных в таблице № 3.1.3 данных позволяет сделать следующие выводы

1. Наиболее часто утверждения, относящиеся к гармоничному типу относились к теме №3 «Отношение к ребёнку» - (90% выборки таких утверждений) и в теме №6 «Отношение к мужу» (80%).
2. Наибольшая тревожность отражается в выборе утверждений темы №4 «Отношение к родам».
3. Тревожно ипохондрические настроения преобладают в сфере оценки самочувствия и состояния аффективной сферы (выборы соответствующих утверждений в темах «Самочувствие» и «Настроение»).
4. Дисфорическое отношение проявляется в основном только при выборе утверждений темы №5 «Отношение к врачам».
5. Инфантильно эйфоричное отношение вызывает оценка предполагаемого образа жизни в период после родов (утверждения темы №10).

Такие показатели представляются логичными. Большую часть выборки составили первородящие женщины, для которых роды представляются неизвестным пугающим процессом, о котором большинство женщин отзывается как о тяжёлом болезненном физиологическом акте.

Присутствие дисфоричного типа отношения к врачам может говорить о недостаточном авторитете врачей среди населения. Возможными причинами этого явления могут являться:

- низкий уровень квалифицированности медицинских работников,
 - низкий уровень общей культуры медицинских работников,
 - низкий уровень медицинской этики и диентологии медицинских работников
- работников
- перенос детских впечатлений от врачей «старой закалки» нынешними пациентами на современных медицинских работников
 - высокая занятость и низкая оплата труда медицинских работников.

Отношение к ребёнку наиболее гармоничны из всех тем, что свидетельствует о том, что опрошенные женщины вынашивают детей, которых ждут с радостью. Соответственно, и представления о жизни после родов наполнены радужными представлениями, но фоне того, что у первородящих нет их нет собственного опыта материнства и тесного общения с младенцами.

Выборы по другим темам темы характеризуют другие аспекты отношения к беременности. Прежде всего отмечается преобладание диффузного типа отношения к беременности,

Отсутствие чистых типов может свидетельствовать о:

- несовершенстве системы интерпретации или/и «зашумлённости» опросника, т.е. может быть не все темы и утверждения имеют диагностический потенциал в исследовании отношения к беременности, либо некорректно сформулированы;
- недостаточный объем и перечень утверждений,
- несоответствие утверждений назначенным для них типам.

Таблица 3.1.4 – «Анализ результатов методики ТОбер: определение типа отношения к беременности»

Тема «Типы отношений»

И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10
Гармоничный – 8б, эйфорический – 3б, тревожный сензитивный - 3б, ипохондрический – 3б, эргопатический – 1б, эгоцентрический – 1б. Общая сумма баллов: 20. Смешанный	Эйфорический – 6б, гармоничный – 4б, тревожный ипохондрический – 1б, тревожный сензитивный - 3б, эгоцентрический – 2б, эргопатический – 1б, невростенический – 3б., Общая сумма баллов: 20. Диффузный	Гармоничный – 6б, Эйфорический – 2б, невростенический – 1б, тревожный сензитивный - 1б, эргопатический – 2б, эгоцентрический – 2б, ипохондрический – 1б. Общая сумма баллов: 15. Смешанный	Эйфорический – 6б, гармоничный – 5б, , невростенический – 2б, тревожный сензитивный - 2б, дисфорический – 2б, эгоцентрический – 1б. Общая сумма баллов: 18. Диффузный	Гармоничный – 4б, эгоцентрический – 3б, эргопатический – 2б, эйфорический – 1б, тревожный сензитивный - 1б, дисфорический – 1б. Общая сумма баллов: 12. Диффузный	Гармоничный – 5б, тревожный ипохондрический – 4б, тревожный сензитивный - 2б, эгоцентрический – 2б, эргопатический – 1б, эйфорический – 1б. Общая сумма баллов: 15. Диффузный	Эйфорический – 7б, гармоничный – 7б, сензитивный – 3б, эргопатический – 2б, Дисфорический – 1б. Общая сумма – 20б. Диффузный	Гармоничный – 6б, эйфорический -4б, ипохондрический – 2б, эгоцентрический – 2б, эргопатический -2б, сензитивный – 2. Общая сумма баллов – 20. Диффузный	Гармоничный – 4, ипохондрический – 3, сензитивный – 2, эгоцентрический -2, эйфорический – 1. Общая сумма - 12. Диффузный	Эйфорический – 5б, гармоничный – 4б, эргопатический – 2б ипохондрический – 2б, сензитивный – 1б, , Эгоцентрический – 1б. Общая сумма – 15б. Диффузный

Таблица 3.1.4 – продолжение

	И.1	И. 2	И. 3	И. 4	И. 5	И. 6	И. 7	И. 8	И. 9	И. 10	Итого
5. Отношение к врачам	№1=1	№1=1.	№7-1=5	№4-1=3.	№8-1=7.	№2-1=1	№1=1	№3-2=1	№8-1=7	№1 = 1	6 раз 1
6. Отношение к мужу	№6-1=5	№1=1	№1=1	№8-1=7	№1=1	№2-1=1	№1=1	№8-1=7	№7-6=5	№2-1=1	6 раз 1
7. Отношение к близким	№2-1=1	№2-1=1	№1=1	№8-1=7	№2-1=1	№1=1	№1=1	№4-1=3	№4-1=3	№2-1=1	7 раз 1
8. Отношение к окружающим	№4-1=3	№6-1=5	№5-1=4	№6-1=5	№4-1=3	№6-1=5	№1=1	№1=1	№8-1=7	№1 = 1	3 раза 1
9. Отношение к образу жизни в период беременности	№2-1=1	№2-1=1	№3-1=2	№4-1=3	№2-1=1	№2-1=1	№1=1	№7-1=6	№2-1=1	№2-1=1	7 раз 1
10. Отношение к образу жизни после родов	№1=1	№2-1=1	№1=1	№8-1=7	№3-1=2	№1=1	№1=1	№3-1=2	№1=1	№2-1=1	7 раз 1
Итого	6 раз 1	6 раз 1	5 раз 1	1 раз 1, 5 раз 7	4 раз 1	8 раз 1	10 раз 1	2 раза 1	5 раз 1	9 раз 1	

3.2. Описание единичного клинического случая.

С целью более ясного понимания проделанной работы а так же для предоставления наглядного итогового результата целесообразным представляется создать клиническое заключение с внесёнными дополнениями в виде покомпонентного анализа (в соответствии с разработанной Н.В. Мясищевым их классификацией, включающей когнитивные, эмоциональные и мотивационно-поведенческие компоненты) и с выделением существенных характеристик отношений личности (их целостность, активность, избирательность, осознанность).

Заключение медицинского психолога

Олеся Собакина, 32г.

Материал для написания психологической характеристики собирался в период с 24.07.2015 г. по 31.07.2015 г.

Общие сведения. Образование – высшее, педагогическое. Работает преподавателем по предмету «устройство автомобиля» в колледже. Рост – 170 см, вес- 95кг.

Мимика достаточно выразительна, всегда соответствует переживаниям. Свойственна непринуждённая открытая улыбка. Жестикуляция активная, присутствует манерность. Речь чёткая, ясная, с обильным включением слов - паразитов. Голос часто выражает возмущение, насмешку, жалось.

Гимнастикой и спортом систематически не занимается. Несмотря на беременность, не следит за пользой принимаемой пищи, курит. Любит принимать медикаменты и лечебные процедуры. Считает, что лечение ей помогает.

Высоко оценивает свою привлекательность и умственные способности.

В общении с другими людьми старается захватить внимание общества, любит жаловаться и рассказывать про свою жизнь. Заметно, что отношения с матерью и мужем сильно её беспокоят. Может говорить об этом очень много, в течении дня постоянно возвращается к этим темам. С лёгкостью сходится с новыми людьми,

посвящает их в подробности своей жизни, без учёта времени знакомства. С трудом сосредотачивается на каком-либо занятии, например чтении.

В целом активна, энергична, тяжело усидеть на месте. Свою энергию тратит на общение по телефону и интернету. Сама признаёт за собой зависимость от телефона. Любит компании, весёлый отдых.

Олеся отрицает наличие у неё вкуса в одежде. К своему внешнему виду не требовательна, в чём-то даже неряшлива.

Выделяет 3 самых близких человека: дочь, подруга, сестра. Мужчинам не доверяет. Приятельниц у Олеси много.

Деятельность преподавателя Олесе нравится, но отношения в коллективе не сложились.

Гинекологический анамнез. Беременна 4 раз. Роды 2е. Первая беременность завершилась абортom, 2ая – родами в 38 недель. Третья – замершая. Находится в стационаре с диагнозом беременность 22 нед., гипертонус в нижних отделах матки.

Менструация с 15 лет, Цикл 35 дней, регулярный.

Симптомы заболевания начались в 2008г: нерегулярные менструации, резкий набор веса, оволосение по мужскому типу, не наступление беременности, несмотря на постоянную половую жизнь. Диагноз синдром поликистозных яичников поставлен в 2009 г. С целью лечения поликистоза применялось консервативное лечение: гормонотерапия и оперативное: в 2013г. резекция яичников. В 2014г. поставлен диагноз вторичное бесплодие.

В июле 2014г. проведена процедура ЭКО, которая закончилась неудачно. В марте 2015г. состоялась беременность. В связи с основным диагнозом назначен искусственный прогестерон с начала беременности до 32 недель.

Биография, условия семейного воспитания. Родилась в 1982 г. в Челябинск, в полной семье, первой по счёту, имеется сестра на 9 месяцев младше. В 1985г. родители были лишены родительских прав в связи с асоциальным образом жизни (алкоголизм). Далее девочки воспитывались опекунами (бабушкой

и бабушкой). Проживала семья в г. Челябинск в 4х комнатной квартире совместно с матерью; у девочек была своя комната. Встречи с отцом были редки, т.к. бабушка их запрещала.

Дед принимал активное участие в воспитании девочек. Опекунами прививались ответственность, уважение к старшим, любовь к труду.

Детский сад девочки посещали самостоятельно, с удовольствием. Отношения у Олеси со сверстниками складывались, благодаря её общительности.

В школьные годы общение удавалось труднее, в классе была аутсайдером, т.к. одета была хуже других.

Дед установил жёсткий распорядок дня для детей: подъём, завтрак, школа, на уроки отводилось 2 часа, отбой в 21.00. Сама Олеся называет своё воспитание «военно-патриотическим»: краситься не разрешалось, гулять дольше двух часов - тоже, требовались хорошие и отличные оценки. Основное наказание за проступки: опоздания, плохие отметки, непослушание – «угол» и порка, что говорит о чрезмерной строгости и требовательности со стороны деда.

Опекуны внимания развлечениям и досугу девочек не уделяли. Социальные службы обеспечивали девочек билетами на спектакли, ёлки и в санатории, и д.р. Олеся много читала, посещала разнообразные кружки.

В 17 лет девушка поступила в ЧГАУ, в результате получила диплом педагога технических дисциплин.

На первом курсе института вступила в первые незарегистрированные отношения, проживала с семьёй партнёра. В них первый раз забеременела. Отношения продолжались 4 года, разорвала их, по причине того, что ей не хватало внимания со стороны партнёра.

Затем начала отношения с женатым мужчиной. Через несколько месяцев от него забеременела. Отец ребёнка не стал брать на себя ответственность. Олеся решила оставить ребёнка, родила дочь. Жила с дочерью одна. Квартира досталась после размена бабушкиной 4хкомнатной.

В 2006г. Олеся встретила другого мужчину, вскоре она вышла за него замуж. Но муж стал злоупотреблять алкоголем, начал бить жену.

В 2011г. Олеся развелась, и вскоре вышла замуж второй раз.

С мужем у Олеси сложные отношения. Муж не проявляет готовности взять на себя ответственность за семью: не обеспечивает жену и падчерицу, живёт на территории жены, не проявляет активной заботы о беременной жене, выражает неудовлетворённость своей партнёршей (неустраивают внешний вид, умение вести домашнее хозяйство). Во время ссор собирает вещи и уходит. У самой женщины много претензий к нему, но она не готова разорвать отношения. Оба партнёра периодически имеют связи на стороне.

На данный момент с матерью почти не общается. Женщину очень обижает равнодушие матери к ней, её сестре и их детям.

Данные клинического интервью:

Отмечает нормальное самочувствие на текущий момент и на протяжении всей беременности.

Беременность долгожданная и чувства, вызванные её появлением восторженные. Они сохраняются до настоящего момента. Первым о наличии беременности узнал муж. Долго не мог поверить, что это правда.

Самым трудным во время беременности отмечает посещение поликлиники. Дату первого шевеления помнит, была очень рада, долго ждала этого момента, т.к. почувствовала их только на 21 неделе.

Настроение ребёнка по его шевелениям определить не может. С детства мечтала быть мамой. В браке счастлива. Есть отчётливые планы на время после рождения малыша. Предпринимает определённые действия по организации своего будущего пространства с ребёнком. Во время беременности заботится о будущем ребёнка: гуляет, наблюдается в консультации, проходит лечение, перестала употреблять алкоголь, меньше курит, изменила образ жизни и активность.

Близкие на известие о беременности отреагировали положительно, оказывают достаточную заботу, все, кроме мужа.

Пол не планировала, знает, что будет мальчик.

Данные, полученные с помощью методики «Тип отношения к беременности».

Таблица 3.3.1 – «Выбранные исследуемой утверждения»

Темы		Подходящие выборы
1	Самочувствие	6. Считаю, что самочувствие беременной женщины даёт основание позволить себе капризничать. 10. Я беспокоюсь по поводу любых появляющихся у меня ощущений.
2	Настроение	3. Я часто беспокоюсь за ребёнка, беременность и роды. 7. На протяжении всей беременности меня не покидает ощущение счастья.
3	Отношение к ребёнку	2. Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком. 15. Понимаю, что моё беспокойство за ребёнка в основном беспочвенно и излишне.
4	Отношение к родам	7. Ожидание радости от рождения ребёнка компенсируют всё связанные с родами неприятности. 10. Женщина должна хорошо подготовиться к родам, так как от этого зависит их исход.
5	Отношение к врачам	3. Считаю, что лучшим моим консультантом на протяжении всей беременности может быть только врач. 7. Я думаю, что моё правильное поведение в период беременности поможет мне почти обойтись без помощи врачей.
6	Отношение к мужу	4. Мой муж изменил отношение ко мне из-за моего внешнего вида и поведения во время беременности. 8. Я делаю всё, чтобы сохранить привлекательность для своего мужа даже в период беременности.
7	Отношение к близким	6. С наступлением беременности я стала острее реагировать на невнимание близких. 7. мои близкие не учувствуют в решении моих проблем, потому что знают, что я чувствую в себе силы сделать их самостоятельно.
8	Отношение к окружающим	3. С наступлением беременности я по-прежнему много и с удовольствием общаюсь с окружающими. 6. Думаю, что среди моего окружения всем приятно смотреть на беременных женщин.

Таблица 3.3.1 – продолжение

9	Отношение к образу жизни во время беременности	4. Мне интересно беседовать с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные мною в журналах и книгах. 9. Я стала лучше понимать роль женщины в нашей жизни только после того, как сама стала беременной.
10	Отношение к образу жизни после родов	7. Я считаю, что кормление грудью создаёт современной женщине много проблем. 8. Я уверена, что рождение ребёнка делает меня совершенно счастливым человеком.

Таблица 3.3.2 – «Анализ результатов методики ГОБер: Тип, выявляемый по каждой теме»

Темы		Типы
1	Самочувствие	6, 10. Эго, И
2	Настроение	3, 7. И, Эйф
3	Отношение к ребёнку	2, 15. Г, С
4	Отношение к родам	7, 10. Эйф, Г
5	Отношение к врачам	3, 7. Г, Эрг
6	Отношение к мужу	4, 8. Сен, Эго
7	Отношение к близким	6, 7. С, Эрг
8	Отношение к окружающим	3, 6. Эйф, Г
	Отношение к образу жизни во время беременности	4, 9. Г, Г
10	Отношение к образу жизни после родов	7, 8. Д, Эйф

Таблица 3.3.3 – «Анализ результатов методики ТОБер: встречаемость типов отношений к беременности в темах методики».

Тип		Тема
1	Гармонический	Отношение к образу жизни во время беременности (x2); Отношение к окружающим; Отношение к врачам; Отношение к родам; Отношение к ребёнку
2	Эйфорический	Настроение; Отношение к родам; Отношение к окружающим; Отношение к образу жизни после родов
3	Тревожно ипохондрический	Самочувствие; Настроение
4	Эгоцентрический	Самочувствие; Отношение к мужу
5	Эргопатический	Отношение к врачам; Отношение к близким
6	Тревожно сензитивный	Отношение к ребёнку; Отношение к мужу
7	Дисфорический	Отношение к образу жизни после родов

Таблица 3.3.4 – «Частота встречаемости сочетаний типов отношений к беременности в темах методики»

Типы отношений к беременности, частота их встречаемости		Темы
1	Эго, И = 1	Самочувствие
2	И, Эйф = 1	Настроение
3	Г, С = 1	Отношение к ребёнку
4	Г, Эрг = 1	Отношение к врачам
5	Сен, Эго = 1	Отношение к мужу
6	С, Эрг	Отношение к близким
7	Эйф, Г = 2	Отношение к окружающим; Отношение к родам
8	Г, Г = 1	Отношение к образу жизни во время беременности
9	Д, Эйф = 1	Отношение к образу жизни после родов

Результаты анализа данных, полученных помощью методики «ТОБер»:

1. Количество баллов.

Гармоничный – 6б, эйфорический – 4б, ипохондрический – 2б, эгоцентрический – 2б, эргопатический – 2б, сензитивный – 2, дисфорический – 1.

Общая сумма баллов – 20.

Используя существующий интерпретатор к методике «ТОБер» получаем

Диффузный вариант типа отношения к беременности, т.е. нельзя говорить о преобладающем типе.

Данные, полученные с помощью методики «ЦТО»:

«Идеальная раскладка»: Фиолетовый (5), серый (0), жёлтый (4), зелёный(2), синий (1), коричневый(6), красный(3), чёрный(7).

Таблица 3.3.5 – «Разница мест, которые занимает цвет в «раскладке по темам» и в «идеальной раскладке» по модулю».

Номер	Выбранный цвет	Ранг в идеальной раскладке	Разница ранговых мест: в идеальной раскладке и ответах на вопросы
1. Самочувствие	жёлтый (4)	3	3-1=2
2. Настроение	синий (1)	5	5-1=4
3. Отношение к ребёнку	зелёный(2)	4	4-1=3
4. Отношение к родам	коричневый(6)	6	6-1=5
5. Отношение к врачам	жёлтый (4)	3	3-1=2
6. Отношение к мужу	чёрный(7)	8	8-1=7
7. Отношение к близким	зелёный(2)	4	4-1=3
8. Отношение к окружающим	фиолетовый (5)	1	1=1
9. Отношение к образу жизни во время беременности	красный(3)	7	7-1=6
10. Отношение к образу жизни после родов	жёлтый (4)	3	3-1=2

В заключении должны отражаться типы отношений к каждой теме.

Таблица 3.3.6. – «Заключение»

№	Темы	Утверждения
1	Самочувствие	Считает, что беременность даёт больше прав, в тоже время отмечает беспокойство по любым поводам
2	Настроение	Выражает беспокойство за ребёнка, беременность и роды в противоположность беременности делает её счастливой
3	Отношение к ребёнку	Устанавливает с ребёнком телесный контакт притом осознаёт свою повышенную тревожность
4	Отношение к родам	Радость от рождения ребёнка важнее, чем трудности, которые с этим связаны вместе с этим считает, что способна подготовиться к родам и повлиять на их исход
5	Отношение к врачам	Мнение врача цениться выше, чем любое другое, кроме того считает, что правильный образ жизни лучше повлияют на её здоровье, чем врачи

Таблица 3.3.6. – продолжение

6	Отношение к мужу	Изменённое тело и поведение вызвало изменение отношения мужа к реципиенту вместе с этим стремиться сохранять привлекательность для мужа
7	Отношение к близким	Во время беременности ожидала большего внимания со стороны близких в тоже время близкие не помогают ей в решении её проблем, т.к. знают ,что она сама справится.
8	Отношение к окружающим	Беременность не мешает ей общаться с окружающими кроме того считает, что беременность привлекательна.
9	Отношение к образу жизни во время беременности	Проявляет интерес к обсуждению тем о беременности и родах с другими женщинами одновременно считает, что материнство-главная задача женщины.
10	Отношение к образу жизни после родов	Считает грудное вскармливание проблематичным для современной мамы, в противовес думает: счастье от рождения ребёнка перекроет все жизненные проблемы.

Таблица 3.3.7. – «Покомпонентный анализ утверждений по В.Н. Мясищеву в соответствии с темами

Темы		Выбранные утверждения	Типы, соответствующие утверждениям	Компоненты и характеристики по Н.В.Мясищеву	Количественная оценка компонентов
1	Самочувствие	6, 10	Эго, И	Э И П/ ЭКПИ	Э-2, П-2, И-2, К-1
2	Настроение	3, 7	Э, Эйф	ЭИ/ЭА И	Э-2, И-2, А-1
3	Отношение к ребёнку	2, 15	Г, С	ЭКПАИО/ ЭАО	Э-2, А-2, О-2, П-1, К-1
4	Отношение к родам	7, 10	Эйф, Г	ЭА/ ЭАИ	Э-2, А-2, И-1
5	Отношение к врачам	3, 7	Г, Эрг	КИ/ ЭАО	К-1, И-1, А-1, Э-1, О-1
6	Отношение к мужу	4, 8	Сен, Эго	КИО/ ЭАИ	И-2, К-1, О-1, А-1
7	Отношение к близким	6, 7	С, Эрг	ЭИ/ КА	Э-1, К-1, И-1, А-1
8	Отношение к окружающим	3, 6	Эйф, Г	ПА/ ЭА	А-2, П-1, Э-1
	Отношение к образу жизни во время беременности	4, 9	Г, Г	КПАИ/ ЭКИ	К-2, И-2, П-1, А-1, Э-1
10	Отношение к образу жизни после родов	7, 8	Д, Эйф	КАО/ ЭИ	К-1, А-1, О-1, Э-1, И-1
	Итого баллов покомпонентно				Э-13, А-12, И-12, К-8, П-5, О-5

Выводы к таблице 3.3.7

1. Из всех компонентов и характеристик отношений по Н.В. Мясищеву у Олеси Собакиной преобладает эмоциональность. На втором месте по встречаемости – активность и избирательность, на третьем – когнитивный компонент, на четвёртом - поведенческий компонент и осознанность.

2. Исходя из полученных результатов можно сказать, что эмоциональный компонент в отношении к беременности преобладает у данной опрашиваемой. Это подтверждается и данными, представленными в клиническом заключении.

3. Активность и избирательность тесно связаны между собой, т.к. избирательность предполагает равнодушие к чему-либо, что и подразумевает активную направленность отношения в ту или иную сторону. В данном случае активность и избирательность находятся на одном месте.

4. Когнитивный компонент занимает среднее место по встречаемости. Что соответствует уровню осведомлённости человека в отношении беременности. В данном случае это противоречит низкой представленности поведенческого компонента. В этом случае можно говорить о когнитивной активности. Или, если можно так выразиться, «рассудительской» активности. У человека много мнений, суждений, но в поступках они не проявляются.

5. Поведенческий компонент наряду с осознанностью имеет низкое значение, несмотря на высокие показатели активности и избирательности.

Осознанность, в противовес когнитивному компоненту так же на низком уровне. Что согласовывается с низким поведенческим компонентом. В этом случае можно предположить, что низкая осознанность и препятствует низкой поведенческой активности в плане отношения к беременности.

Компоненты и сущностные характеристики отношения в составе отношения к беременности

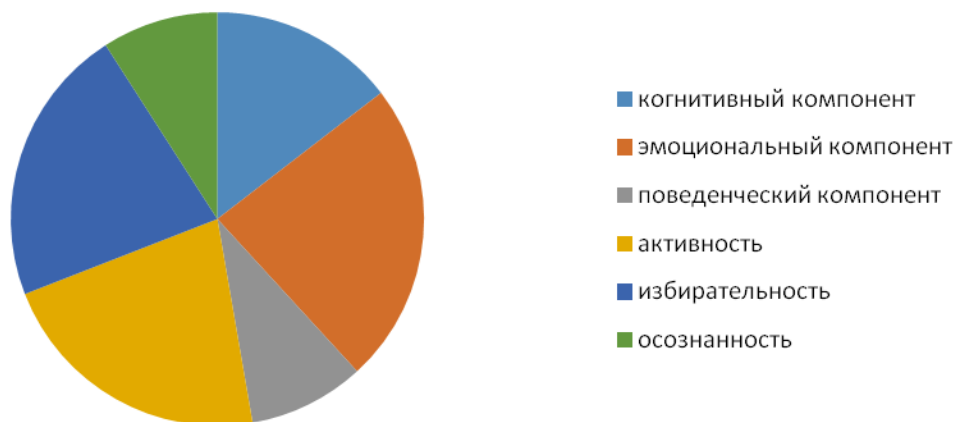


Рисунок 2

Выводы по разделу 3

1. Результатом проведенной работы является дополнительный модуль интерпретатора, который даёт возможность покомпонентного анализа (в соответствии с разработанной Н.В. Мясищевым классификацией, включающей когнитивные, эмоциональные и мотивационно-поведенческие компоненты) и с выделением сущностных характеристик отношений личности (целостность, активность, избирательность, осознанность).

2. Выявлены некоторые изъяны интерпретации методики «ТОБер»:

- частая встречаемость диффузного типа
- длительность прохождения теста
- неоднозначность некоторых утверждений десяти тем

В результате чего можно сделать вывод о необходимости доработки стимульного материала, а именно переформулировки утверждений десяти тем методики.

3. Представлено клиническое заключение, включающее в себя разработанный модуль интерпретатора.

ВЫВОДЫ

1. Создана модель расширенного интерпретатора методики «ТОБер», с разработкой и использованием переформулированных утверждений стимульного материала этой методики для унифицированного представления и оценки результатов.

2. Оценка качественных характеристик разработанной системы психодиагностической оценки результатов по методике «ТОБер» путем соотнесения полученных с ее помощью результатов с результатами обследования женщин из состава «обучающей выборки» по методике «Цветовой тест отношений» («ЦТО») М. Люшера выявила некоторые недоработки методики «ТОБер», которые возможно исправить в будущем.

3. Разработаны структура и содержание клинико-психологического диагностического заключения по результатам обследования по методике «ТОБер» (на материале исследования единичного случая), включающего в себя в том числе, интерпретацию системы отношений к беременности в соответствии с разработанной Н.В. Мясищевым концепцией: покомпонентно (с выделением когнитивного, эмоционального и мотивационно-поведенческого компонентов) и сущностных характеристик отношений личности (с выделением их целостности, активности, избирательности, осознанности).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результатом работы является дополнительный модуль системы интерпретации методики «ТОБер», включающий в себя компоненты отношений личности, разработанные Н.В. Мясищевым: когнитивные, эмоциональные и мотивационно-поведенческие, и сущностные характеристики личности: целостность, активность, избирательность, осознанность.

В теоретической части раскрыты существующие подходы в области психодиагностики беременных женщин.

В исследовательской части работы проведено обучающее исследование выборки беременных женщин с помощью методики «ТОБер», что позволило составить представление о методике и работе с ней, а так же об особенностях интерпретации и трудностях, которые встают перед специалистом и респондентом.

Основные результаты работы: многомерный анализ утверждений методики в системе теории личности В.Н. Мясищева, предложено клиническое заключение о типе отношения к беременности исследуемой беременной женщины включающее покомпонентный анализ.

Таким образом, цель работы достигнута, задачи – решены.

Результаты работы рекомендуется использовать для дальнейшей разработки компьютерной программы для интерпретации методики «ТОБер».

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абрамченко В.В., Коваленко И.П. Перинатальная психология: теория, методология, опыт. Петрозаводск: Интел. Тек, 2004. – 350 с.
2. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. – Санкт-Петербург: Сотис, 2001. - 320 с. : ил. - (Теория и практика). - Библиогр.: с. 301-311.
3. Адамс, Д. Беременность : 9 мес., которые изменят вашу жизнь / Джон Адамс, Марта Джастак ; [пер. с англ. Е. Кудрявцевой]. - Москва : Эксмо, 2005. - 287 с.
4. Аршавский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющее гонормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / Под ред. Ф. А. Сыроватко //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М., 1957. – С. 320–333.
5. Беребин, М. А. Методика психологической диагностики «Тип отношения к беременности» : практ. пособие / М. А. Беребин, М. А. Нечаева - Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 2013. - 64 с.
6. Боровикова, Н. В. Эволюция невербального восприятия беременной женщиной своего будущего ребенка / Н.В. Боровикова, С.А. Федоренко // Сб. научных статей молодых ученых Орловской области. – Орел: ОГТУ, 1998. - С. 54-59.
7. Боулби Дж. Привязанность. — М.: Гардарики, 2003. — 480 с.
8. Бурлачук, Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук. - 3-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2008. - 685 с.
9. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / Л.И. Вассерман. - Л., 1987. -16 с.

10. Вассерман, Л.И. О психологической диагностике типов отношения к болезни / Л.И. Вассерман // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л., 1990. - С. 8-16.
11. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. — СПб.: Изд-во «Academia», Физиологический факультет СПбГУ, 2004. - 736 с.
12. Воронова А.А. Особенности родительского отношения незамужних матерей к своим детям : диссертация ... кандидата психологических наук / Психол. ин-т Рос. акад. образования. – М., 2008. – 218 с.: ил.
13. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статистика, динамика, систематика
Н.Новгород; Изд-во НГМД, 1998. — 128 с.
14. Захаров А.И. Влияние эмоционального состояния матери на течение беременности и родов: Из материалов конф. "Перинатальная психология и родовспоможение". СПб., 1997. – С. 54.
15. Захарова, Е.И. Характер личностных изменений женщин в период беременности / Е.И. Захарова, А.В. Левашова //Медико-психологические аспекты современной перинатологии / [Материалы III Всерос. науч.-практ. конф. по пренатал. воспитанию; под общ. ред. Самсыгиной Г. А., Чичериной Н. А.]. - Москва : Academia, 2001. - С. 109-113.
16. Клещеногов, С.А. Особенности нейровегетативной регуляции при нормальной и осложненной беременности (на основе спектрального компьютерного анализа кардиоритма матери): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.А. Клещеногов. — Новосибирск, 2002. — 30 с.

17. Ломов Б.Ф. «Системность в психологии»/ Москва: "Институт практической психологии, МОДЭК", 1996. 384 с.
18. Лазурский А.Ф. Избранные труды по общей психологии. К учению о психической активности. Программа исследования личности./ Алетейя, 2001. Российские психологи: Петербургская научная школа – 192с.
19. Мальгина, Г.Б. Профилактика перинатальной патологии при психоэмоциональном стрессе в период гестации / Г. Б. Мальгина, Е.Г. Ветчанина, М.В. Сивова // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя», 21-25 октября 2002 года. – Москва: МИК, 2002. - С. 389-391.
20. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. - М.: «ГЭОТАР-медиа», 2014.
21. Мясищев, В.Н. Психология отношений : избр. психол. тр. / В.Н. Мясищев ; под ред. А. А. Бодалева. - Москва : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : НПО "МОДЭК", 1995. – 356 с.
22. Н.Я.Иванов, А.Е.Личко. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков; Методическое пособие; Серия: Выпуск 10. М.: «Фолиум», 1995, 64 с., 2-е изд.
23. Нечаева, М. А. Беременность как проявление третьего состояния в континууме «здоровье-болезнь» и внутренняя картина беременности / М.
24. Нечаева, М. А. Отношение к беременности и его психологическая диагностика у женщин с различными вариантами репродуктивного статуса: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук : специальность 19.00.04 / Нечаева Марина Андреевна ; [Место защиты: Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена]. - Санкт-Петербург.
25. Нечаева, М.А. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального

развития: учебное пособие / М. А. Нечаева, А. В. Штрахова, Л.Ф. Рыбалова. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2005. - 62 с.

26. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Пер. с англ. Е.И. Замфир. Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб., 1997.

27. Пайнз, Д. Беременность и материнство / Д. Пайнз // Психология и психоанализ беременности: [хрестоматия / ред.-сост. Д.Я. Райгородский]. - Самара : Бахрах-М, 2003. - 782 с. : ил. - (Психология семейных отношений). - Библиогр. в подстроч. примеч.

28. Психологический словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр. и доп. — М., — 494 с.

29. Ухтомский А. А. Доминанта. — СПб.: «Питер», 2002, СПб.: Питер, 2002. – 448 стр. – (Серия «Психология-классика»).

30. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными // Перинатальная психология. Психология родительства: метод. рук-во для специалистов. – М., 2006. – С. 34–40. 207 189.

31. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология: история, современное состояние и перспективы развития / Г.Г. Филиппова. – М., 2006. – С. 346– 352. 190.

32. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие / Г. Г. Филиппова. - Москва : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. - 238 с. - Библиогр.

33. Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода: учеб. пособие для студентов высших учеб. заведений по направлению и спец. психологии / Ун-т Рос. акад. образования; сост. А.Н. Васина. - Москва : Изд-во УРАО, 2005. – 321 с.

34. Эйдемиллер, Э.Г., Добряков, И.В., Никольский, И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов / Э.Г. Эйдемиллер.— СПб.: Речь, 2003.— 336 с.
35. Батуев А.С. Принцип доминанты как основа когнитивного развития ребенка на ранних этапах онтогенеза // Физиология человека. 2002. Т. 28. № 2. С. 17–19.
36. Беребин, М.А. Методология и практика разработки методик клинической (медицинской) психодиагностики на основе применения экспертного метода, методик обработки экспертных оценок и методов многомерного анализа данных / М.А. Беребин // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». - 2010. - Вып. 10. — № 27 (203). - С. 9-13.
37. Бледин, К. Д. Психические состояния во время беременности и в послеродовом периоде и их значение для послеродовой стерилизации: обзор / Бледин К. Д., Брайс, Б. // Бюллетень ВОЗ. – 1983. – Т. 61. № 3. – С.117-128.
38. Брехман Г.Н. Перинатальная психология / Г. Н. Брехман// Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. -1998. - № 4. - С. 49-52.
39. Брутман, В.И. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В. И. Брутман, Г. Г. Филиппова, И. Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. - №3. - С. 110-118.
40. Вербицкая М.С. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом / М. С. Вербицкая // Мед. журнал. – 2008. – № 4. – С. 11–14.
41. Денисова В.А. Влияние личностных особенностей женщин на стиль переживания беременности [Текст] / В.А. Денисова // Молодой ученый. — 2011. — №12. Т.2. — С. 54–58.

42. Денисова, В. А. Я-функции личности женщины и стиль переживания беременности / Денисова В.А., Кравцова Н.А. // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 41. – С. 76.
43. Добряков И.В., Колесников И.А. Депрессия в период беременности Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2008. – N 7. – С. 91-97
44. Добряков, И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты / Добряков И.В. // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – № 1 (45). – С. 46-50.
45. Добряков И.В. Типология гестационной доминанты // 3-я Международная Конференция "Ребенок в современном мире" (14-17 мая 1996 г.): тезисы конф. – СПб.: ЮНЕСКО МО России, 1996. – С. 21-22.
46. Добряков, ИВ. Перинатальная психология / ИВ. Добряков. - СПб.: Питер, 2010. - 272 с. (Серия «Мастера психологии»).
47. Нечаева, М. А. Методика "Тип отношения к беременности": технология разработки, психометрические характеристики / Нечаева М.А., Беребин М.А. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011. – № 18 (235). Вып. 13. - С. 67-76.
48. Филиппова, Г. Г. Психосоматические проблемы беременности и конфликт в материнской сфере // Ежегодник Российского психологического общества: материалы III Всероссийского съезда психологов. – Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003.- С. 78-82.
49. Шмурак Ю. В. Воспитание до рождения: теоретические размышления. Опыт развивающего пренатального воздействия./Ю.В.Шмурак// Институт педагогических инноваций РАО - "Народное образование", 1995.- 26-29с.
50. Психологический центр ПсиХРОН /восьмицветовой тест Люшера и Цветовой тест отношений//руководство-челябинск 2008.

51. Ainsworth, M. Infant-mother attachment / M. Ainsworth // Amer. Psychologist. - 1979. - № 34 (10). - P. 34-47.
52. Bohein G. «Good mothering»: maternal attitudes and mother-infant interaction. Third Congress of the World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines (1986, Stockholm, Sweden) / G. Bohein, B. Hagekull // Infant Mental Health - J., 2007. - Win., 8. - №4. – P. 352-363.
53. Bowlby, J. Maternal Care and Mental Health / J. Bowlby // World Health Organization Monographs. Geneva: World Health Organization, 1951. - № 2. - P. 201-205.
54. Grossman M.L. Early child development in the context of mothering experiences / M.L. Grossman // Child Psychiatry and Human Development, 1975. - V.5. - № 4. – P. 216 – 223.
55. Levin J.S. Maternal stress and Pregnancy outcomes. A Review of the Psychosocial Literature / J.S. Levin, R.S.Frank // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 2008. - M. 9. - №1. – P. 3-16.
56. McDonald R.L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review / R.L. McDonald // Psychosomatic Medicine. – 2008. – P. 222-237
57. <http://www.gks.ru>.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

А.1 Перинатальная смертность

	Умершие в перинатальном периоде, человек					Коэффициент перинатальной смертности (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)		
	всего		в том числе			всего	мертво- рожденные	умершие в возрасте до 7 дней
			мертво- рожденные	умершие в возрасте до 7 дней				
2000								
Мальчики	9646	4643	5003	14,66	7,06			7,60
Девочки	7164	3851	3313	11,61	6,24			5,37
Мальчики и девочки	16810	8494	8316	13,18	6,66			6,52
2005		4486	3977					
Мальчики	8463			11,23	5,95			5,28
Девочки	6443	3842	2601	9,06	5,40			3,66
Мальчики и девочки	14906	8328	6578	10,17	5,68			4,49
2010								
Мальчики	7315	4449	2866	7,92	4,81			3,11
Девочки	5933	3851	2082	6,80	4,41			2,39
Мальчики и девочки	13248	8300	4948	7,37	4,62			2,75
2011								
Мальчики	7072	4226	2846	7,62	4,55			3,07
Девочки	5848	3883	1965	6,67	4,43			2,24
Мальчики и девочки	12920	8109	4811	7,16	4,49			2,67
2012								
Мальчики	10359	6389	3970	10,52	6,49			4,03
Девочки	8752	5753	2999	9,42	6,19			3,23

ПРИЛОЖЕНИЕ А ПРОДОЛЖЕНИЕ

А. 1. Перинатальная смертность - продолжение

Мальчики и девочки	19111	12142	6969	9,98	6,34	3,64
2000						

ПРИЛОЖЕНИЕ А ПРОДОЛЖЕНИЕ

А.2. Состояние здоровья беременных, рожениц и родильниц

	2000	2005	2010	2011	2012
Численность женщин, закончивших беременность - всего, тыс. человек	1155,9	1335,7	1698,3	1711,6	1810,4
в том числе:					
родами в срок	1053,4	1238,3	1569,0	1577,6	1672,0
преждевременными родами	46,9	44,2	62,4	63,5	67,8
абортами ¹⁾	55,6	53,2	66,9	70,4	70,6
Из числа закончивших беременность, процентов:					
осмотрены терапевтом	96,9	98,3	98,2	98,2	96,6
обследованы на реакцию Вассермана в первой половине беременности	97,9	95,2	96,2	96,7	94,9
Из числа закончивших беременность страдали, процентов:					
анемией	43,9	41,5	34,7	34,1	32,7
болезнями системы кровообращения	10,2	10,6	10,4	9,9	9,6
сахарным диабетом	0,1	0,2	0,4	0,4	0,5
отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами	21,4	21,6	18,1	17,4	16,7
болезнями мочеполовой системы	18,6	21,2	19,2	18,8	17,9
венозными осложнениями	3,4	3,9	4,5	4,5	4,5
Число заболеваний, осложнивших роды : (на 1000 родов)					
анемия	265,8	259,5	230,8	228,1	227,5

ПРИЛОЖЕНИЕ А ПРОДОЛЖЕНИЕ

А.2. Состояние здоровья беременных, рожениц и родильниц - продолжение

болезни системы кровообращения	68,5	68,4	67,9	65,2	66,0
сахарный диабет	1,3	1,6	3,7	4,3	5,1
отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	215,3	223,5	189,5	181,9	175,0
болезни мочеполовой системы	93,6	89,5	72,4	68,5	64,5
венозные осложнения	17,6	18,9	22,1	22,9	20,0
кровотечение в последовом и послеродовом периодах	24,3	15,7	12,7	12,3	10,9
нарушения родовой деятельности	132,6	122,2	113,0	110,2	101,5

ПРИЛОЖЕНИЕ А ПРОДОЛЖЕНИЕ

А.3. Оперативное вмешательство при родах

	2000	2005	2010	2011	2012
	Всего, тыс.				
Принято родов – всего	1247,4	1412,7	1750,1	1753,6	1863,4
из них в стационаре	1237,5	1403,9	1744,3	1748,2	1857,3
из общего числа родов - нормальные	384,8	476,1	654,6	645,4	711,5
Проведено акушерских операций:					
наложение щипцов	3,5	2,8	2,1	1,8	1,8
вакуум-экстракция	0,3	0,9	9,0	10,9	13,2
кесарево сечение	176,8	250,8	388,8	407,9	450,6
плодоразрушающие операции	1,2	0,4	0,7	0,5	0,3
	На 100 родов				
Нормальные роды	30,8	33,7	37,4	36,8	38,2
Проведено акушерских операций:					
наложение щипцов	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
вакуум-экстракция	0,03	0,1	0,5	0,6	0,7
кесарево сечение	14,3	17,9	22,3	23,3	24,3
плодоразрушающие операции	0,10	0,03	0,04	0,03	0,02

Материалы взяты с сайта Федеральная служба государственной статистики в разделе Здравоохранение в России - 2013 г.