

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
«Южно-Уральский государственный университет  
(национальный исследовательский университет)»  
«Высшая медико-биологическая школа»  
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, психолог

\_\_\_\_\_ А.А. Мальцева

\_\_\_\_\_ 2018 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_ М.А. Бербин

\_\_\_\_\_ 2018 г.

Психометрическая адаптация методики «Тип отношения к  
беременности» в связи с задачами разработки интерпретатора

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА  
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ  
ЮУрГУ–37.05.01.2018.886ПЗ ВКР

Руководитель работы,  
заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_ М.А. Бербин

\_\_\_\_\_ 2018 г.

Автор работы

студент группы МБ-663

\_\_\_\_\_ Т.О. Маркова

\_\_\_\_\_ 2018 г.

Нормоконтролер,  
психолог кафедры

\_\_\_\_\_ А.А. Сайтгалеева

\_\_\_\_\_ 2018 г.

Челябинск 2018

## АННОТАЦИЯ

Маркова Т.О. Психометрическая адаптация методики «Тип отношения к беременности» в связи с задачами разработки интерпретатора.

Челябинск: ЮУрГУ, МБ-663. 103 с., 1 ил., 4 табл., библиогр. список – 50 наим., 1 прил.

Выпускная квалификационная работа посвящена адаптации методики «Тип отношения к беременности» в связи с разработкой интерпретатора.

В работе показано, что важна многомерная диагностика отношения к беременности. С этой задачей поможет справиться методика «Тип отношения к беременности» («ТОБер»).

Уточнены психометрические характеристики методики ТОБер, в частности, подтверждена ее высокая конструктивная валидность.

Разработаны общие принципы создания интерпретатора методики ТОБер, показаны примеры психодиагностических заключений с использованием этих принципов.

Разработана модель интерпретатора системы отношений женщины к беременности, построенного на базе положений концепции отношений личности В.Н. Мясищева.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	8
ГЛАВА 1. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ В ОБЛАСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	10
1.1. Клинико-психологические аспекты беременности.....	10
1.2. Концепция отношений личности В.Н. Мясищева и психологические проявления отношения к беременности.....	20
1.3. Разработка психодиагностической методики «Тип отношения к беременности» («ТОБер»).....	25
1.4. Психометрические особенности процесса разработки и стандартизации методики ТОБер.....	31
ГЛАВА 2. МЕТОДИКА «ТИП ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ» И ЕЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ.....	42
2.1. Психометрическая характеристика методики ТОБер.....	42
2.2. Психометрическая адаптация методики ТОБер.....	44
ГЛАВА 3. ТЕХНОЛОГИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ПО РАЗРАБОТКЕ ОБЩИХ ПРИНЦИПОВ ИНТЕРПРЕТАТОРА И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МОДУЛЯ ИНТЕРПРЕТАТОРА МЕТОДИКИ «ТИП ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ».....	48
3.1. Обобщение результатов предыдущих этапов работы по созданию и психометрической стандартизации методики ТОБер.....	48
3.2. Второй этап оценки конструктивной валидности методики ТОБер.....	53
3.3. Разработка общих принципов и технологии создания интерпретатора методики ТОБер.....	56
3.4. Модель интерпретатора системы отношений женщины к беременности, построенного на базе положений концепции отношений личности В.Н. Мясищева.....	70
ВЫВОДЫ.....	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	85
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	86
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	92

## 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. **ТОБ** – тип отношения к беременности, выявляемый с помощью методики «Тип отношения к беременности».

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

Э – эмоциональный

К – когнитивный

П – поведенческий

5. Классификация типов отношений к беременности по «ТОБер»

Г – гармоничный

Эр – эргопатический

ТС – тревожный сензитивный

ТИ – тревожный ипохондрический

Эф – инфантильный эйфорический

Эг – эгоцентрический

Н – невротический

Д – дисфорический

## ВВЕДЕНИЕ

Перед медицинскими психологами, которые работают в женских консультациях, при работе с беременными на первый план выходит регулирование их психоэмоционального состояния, коррекция тревоги и страхов, которые приводят к развитию у женщин хронического стрессового состояния. Также изучаются особенности психосоматического статуса беременных, изучается роль эмоциональных и психогенных факторов в формировании и развитии родовой боли.

При беременности у женщин могут возникать дополнительные серьезные проблемы: осложнения беременности, аномалии плода, негативные социальные ситуации и др. Поэтому беременным нужна помощь, которая будет направлена на повышение их способности к совладанию с интенсивными дисфункциональными переживаниями, так как различные переживания и стрессовые факторы могут повлиять на нормальное течение беременности и развитие ребенка.

В соответствии с этим актуальность работы состоит в том, что при ведении беременности необходимо психологическое вмешательство. Этот вид вмешательства предполагает оценку отношения женщины к беременности, с чем может помочь методика «Тип отношения к беременности» («ТОБер»). Поэтому необходимо завершить многолетние исследования, которые касаются разработки этой методики, чтобы в дальнейшем клинические психологи могли воспользоваться ей при оценке отношения к беременности у женщин.

Объект исследования: психодиагностическая методика «Тип отношения к беременности» как пример инструментария медицинской психодиагностики, построенного на экспертном подходе.

Предмет: психометрические характеристики методики ТОБер, алгоритм формирования заключения и интерпретатора.

Цель: создание общих принципов интерпретатора методики ТОБер, в том числе дополнительного модуля интерпретатора в контексте теории отношений личности В.Н. Мясищева.

Задачи:

1. Проведение многомерного анализа стимульного материала методики ТОБер с целью определения конструктивной валидности методики.
2. Разработка общих принципов создания интерпретатора методики ТОБер, в том числе прописывание текста интерпретатора отношений личности В.Н. Мясищева.

Научная новизна работы состоит в разработке общих принципов интерпретации результатов диагностики с помощью методики ТОБер, а также в разработке дополнительного модуля интерпретатора отношений личности В.Н. Мясищева, с помощью которого возможен покомпонентный анализ отношения женщины к беременности.

Практическая значимость работы состоит в предоставлении для практического пользования оригинальной многомерной системы интерпретации результатов диагностики с помощью методики «Тип отношения к беременности».

# ГЛАВА 1. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ В ОБЛАСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ

## 1.1. Клинико-психологические аспекты беременности

Феномен беременности считается одним из важных факторов становления определённого комплекса анатомо-физиологических, психологических, нервно-психических и социально-психологических образований и изменений женщины, называемых в литературе «материнская сфера личности» или «материнство» [36,43].

При этом сама беременность и вызванные ею феномены являются как специфической фазой гендерного и индивидуального онтогенеза [44], так и многоуровневым образованием (единовременно и дискретной по своему характеру ситуацией, и достаточно ограниченным по времени естественно протекающим процессом, и определенным мультипараметрическим состоянием), который и вызывает специфические изменения анатомо-физиологического, психологического и гендерного социального статуса беременной женщины. Все эти явления рассматриваются в медицине и психологии в качестве отдельного направления – перинатальной психологии [22].

Существует как узкое, так и широкое значение термина «перинатальная психология». В узком смысле перинатальный период – это индивидуальное развитие организма человека в период от 28 недель после зачатия и до 7-ми дневного возраста после рождения. В это время происходит становлении основных психических процессов и базовых структур личности. В этом смысле такие временные рамки перинатального периода в его узком значении могут быть выделены в составе более общего и более продолжительного периода, который определяется от зачатия до окончания стадий сепарации ребёнка с матерью – то есть до становления его как «самостоятельного субъекта» (появление «внутреннего Я»).

Однако, возрастные рамки – не единственное ограничение данной области психологии от остальных. Сюда включено также - исследование условий развития

ребёнка в этом возрасте – то есть роли и влияния его матери (или, более широко – его родителей). Поэтому в перинатальной психологии также рассматривается все, что касается проблем зачатия, беременности, родов и послеродового периода у матери, ее отношения с ребенком и его отцом.

В перинатальной психологии, психотерапии и медицине неоднократно затрагивалась проблема «границ» и определения самой перинатальной психологии как области науки и практики (см. многочисленные публикации Г.И. Брехмана, И.В. Добрякова, Г.Г. Филипповой и др.).

В целом современную перинатальную психологию можно охарактеризовать как область исследования, занимающуюся изучением развития ребенка и его взаимосвязей с родителями (в первую очередь с матерью) в период от подготовки родителей к зачатию до завершения основных возрастных стадий сепарации ребенка от матери. Более широким будет являться ограничение от подготовки к зачатию (вне зависимости от его меры планируемости) до трехлетнего возраста ребенка, более узкими – от зачатия до конца первого года жизни [42].

С позиции медицинской психологии беременность как специфический вариант здоровья («третьего состояния») является элементом континуума «здоровье-болезнь» [36,19], всегда находит отражение в сознании женщины (точнее в материнской сфере самосознания женщины), и должна интериоризироваться и проявляться определенной «внутренней картиной» (в данном случае – «внутренней картиной беременности» – ВКБер). В силу клинико-психологической специфики феноменология беременности и ВКБер, так же, как и другие клинические феномены (здоровье, болезнь, лечение, исход) представлены во внутренней картине болезни (ВКБ) и внутренней картины здоровья (ВКЗ).

Из-за структурного и динамического сходства этих перечисленных психологических образований ВКБер рекомендуется рассматривать в контексте теоретического аппарата ВКБ и ВКЗ. Поэтому внутреннюю картину беременности (ВКБер) можно определить, как психологическое новообразование



(конструкт), которое формируется в онтогенезе материнской сферы женщины и актуализируется при наступлении беременности [36,37,33].

С клинической (частной акушерско-гинекологической и более широкой медицинской) точки зрения беременность – это естественный физиологический процесс развития в организме женщины оплодотворенной яйцеклетки, следствием которого является формирование и развитие нового человека, который может в дальнейшем существовать вне материнского организма.

В течение беременности у женщины происходят изменения на физическом, физиологическом, психологическом, социальном уровнях, что влияет на ее взаимоотношения с миром.

Все вышесказанное подтверждает, что беременность – это одновременно:

- важный в клинко-психологическом плане феномен;
- сложное и психологически вариативное состояние;
- интенсивный многоуровневый и в то же время дискретный процесс.

Считается, что для беременной женщины характерны неустойчивость настроения, актуализация тревог, внутренних конфликтов и неразрешенных психологических проблем.

Под влиянием биологических изменений в организме беременной женщины происходят и значительные психологические перестройки – изменения в некоторых аспектах самосознания: в ее образе тела, в установках и оценках, связанных с телесной внешностью и функциями тела и т.д. [21].

На сегодняшний день существует множество подходов к психологическому пониманию беременности как в зарубежной психологии, так и в отечественной.

Перинатальная психология изначально появилась в рамках психоаналитических моделей Г.Х. Грабера – ученика З. Фрейда, в рамках психологии развития Р. Шиндлера и эмбриологии Э. Блехшмидта.

Большой вклад в становление перинатальной психологии внесли исследования лаборатории профессора Петера Федор-Фрейберга по психонейроэндокринологии беременности и родов, которые соединили психологию и медицину.

Особое значение в развитии перинатальной психологии имеет теоретическая база одного из основателей трансперсональной психологии С. Грофа, который вывел теорию базовых перинатальных матриц (БПМ), позволяющей рассмотреть весь процесс переживания беременности, родов и послеродового периода с позиции ощущений и переживаний ребенка. По его представлениям, перинатальный процесс тесно связан с биологическим рождением, но также содержит важные психологические, философские и духовные измерения. Эти БПМ матрицы имеют фиксированные связи с определенными группами воспоминаний из жизни человека и представляют собой динамические управляющие системы, которые несут собственное специфическое содержание биологического и духовного характера. Биологический аспект перинатальной памяти состоит из конкретных и довольно реалистических переживаний, связанных с индивидуальными стадиями родовой деятельности. Помимо этого, в каждом шаге (периоде) биологического рождения присутствует специфическая духовная составляющая.

Первая перинатальная матрица – безмятежное внутриутробное существование («Матрица наивности»). Психологическое ее содержание составляет переживание космического единства, формирующее жизненный потенциал человека, его способности и возможности к адаптации в послеродовой период. Желанные дети имеют высокий базовый психический потенциал.

Вторая перинатальная матрица – начало родов. Оно адекватно переживанию чувства всеобъемлющего поглощения и имеет название «Матрица жертвы». Формируется с первого периода родов: сжатие в закрытой маточной системе похоже на переживание «нет выхода» или ада; продолжается до момента раскрытия шейки матки. При этом, ребенок регулирует свои роды выбросом собственных гормонов в кровотоки матери. Родостимуляция, к которой персонал в некоторых случаях прибегает в родовом зале, формирует патологическую направленность в «Матрице жертв».

Третья перинатальная матрица включает прохождение ребенка через родовой канал во второй период родов и имеет свой духовный аналог в борьбе между смертью и повторным рождением. Она называется «Матрица борьбы» и характеризует активность человека в те жизненные моменты, когда от его активности или выжидательности ничего не зависит.

Четвертая перинатальная матрица, «Матрица свободы», метафизическим эквивалентом имеет завершение родового процесса и извлечение плода. При этом как бы происходит переживание смерти Эго и повторного рождения. Матрица начинается с момента рождения, а завершаться может в разные сроки у разных людей: после первых семи дней жизни человека, в первый месяц жизни или даже в течение всей жизни.

В основу философских взглядов выделенных перинатальных матриц заложены представления о непрерывности жизни, взаимозависимости всех стадий развития и неотделимости части от целого, а также единстве всех уровней организма – биологического, психологического и социального [38].

Сегодня активно изучаются факторы, которые влияют на развитие ребёнка в то время, когда он находится в утробе матери, и так же влияют на благополучие диады «мать – плод» и, в дальнейшем, диады «мать – ребенок».

Чаще всего интерес вызывает эмоциональное состояние беременных, изменения в восприятии мира в связи с их положением, отношение к будущему ребенку и влияние взаимоотношений с окружающими на протекание беременности.

Также существуют другие подходы к восприятию беременности и внутриутробному развитию младенца, в том числе не только медицинский, который определяет беременность как физиологический процесс, во время которого из оплодотворённой яйцеклетки в организме женщины развивается плод, но и философско-культурологические подходы.

Так, например, Л.С. Выготский определял период беременности как критический период семьи. То есть, в логике и терминологии вышеизложенных

положений, возникают различные психологические новообразования – формируется внутренняя картина беременности, родительское отношение к будущему ребенку, когда вопрос сохранения беременности разрешен в положительную сторону. Беременность является примером подготовки женщины к новой роли – к роли матери. Само состояние женщины формирует будущую жизнь и здоровье ребенка.

Таким образом, беременность стоит считать экзистенциальной ситуацией потому, что она влияет на всю жизнь женщины, обуславливает глубокие изменения самосознания, отношения к себе, к другим, к миру. Беременность – первый этап материнства, во время которого созревает не только плод в утробе матери, но и сама мать – именно та часть личности женщины, которая в последствие будет выполнять материнские функции.

Активное изучение эмоционального состояния беременных связано с тем, что эмоции, которые испытывает женщина, напрямую влияют на протекание беременности и родов, на отношение к ребенку до и после его рождения, на отношение к себе самой.

Так, А.Н. Захаров и Н.П. Коваленко отводят влиянию эмоций особое значение, считая, что эта сфера наиболее изменчива. К благоприятным качествам, которые формируют положительные эмоции во время беременности, могут относиться отсутствие страха и тревожности, адекватная самооценка; уравновешенность; высокий уровень самопринятия, который проявляется в естественности поведения и открытости опыту. Формированию позитивных эмоций также способствуют спокойная, хорошая семейная обстановка, поддержка со стороны мужа и родителей, ощущение безопасности.

Издrevле рекомендовали беременным созерцание красивых вещей, природы, картин, маленьких детей, способствующее повысить благоприятный эмоциональный фон. Во время беременности женщина требует повышенного внимания, тепла, заботы и поддержки, в первую очередь – психологической.

Психологическая поддержка – это прежде всего поддержка эмоциональная, т.е. способность супругов сочувствовать, сопереживать проблемам друг друга и помогать в преодолении трудностей. Закономерно и совершенно нормально появление тревожности, которое отмечают у большинства женщин во время беременности. Беременной нравится (более или менее осознанно) ее состояние, ей хочется быть предметом внимания и заботы, в то же время она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции – инфантильности и взросление. В результате женщина становится более ответственной, бережнее относится к своему здоровью.

По данным исследований М.А. Кочневой (1992), П.Я. Кинтария (1984), Г.А. Лескова (1992), эмоциональное состояние женщины меняется при каждом триместре беременности.

Эмоциональные изменения женщины в первом триместре беременности связаны с амбивалентными чувствами надежды и тревоги, когда она ожидает подтверждения беременности. Женщина концентрируется на внутренних изменениях, у нее отмечается частая смена настроения от радостного до резко сниженного, появляются плаксивость, раздражительность, мнительность, повышенная внушаемость, апатия, страх касаясь будущего. При этом просыпаются материнские чувства, хотя и может появиться страх выкидыша. Присутствует ощущение, что время начинает долго тянуться.

На протяжении второго триместра у женщин отмечается противоречивость эмоциональных состояний: у одних происходит его нормализация и общее повышение работоспособности, у других же повышается уровень невротизации, наблюдаются расстройства настроения с легким субдепрессивным компонентом, тревожные расстройства. Возникает ощущение, будто время летит быстро.

В третьем триместре женщина концентрируется на родах; опасается родоразрешения и неизвестности; начинает испытывать различные чувства насчет своей внешности; растет зависимость от других; возникает желание защиты;

иногда снижается половое влечение; возникает ощущение, будто время тянется долго.

Тревога играет не только негативную роль, она способствует лучшей адаптации женщины к ее новому состоянию: если беременная быстро справляется со своими отрицательными эмоциями, резкое учащение пульса (до 130-140 уд/мин) непродолжительно, то будущий ребенок будет эмоционально устойчивым, будет иметь хороший контроль над собой. Если же уровень тревоги продолжает повышаться, то это приводит к негативным последствиям. Нарушается сон, аппетит, возрастает неуверенность в себе, будущее представляется в мрачных тонах.

Также представляет интерес изучение ценности материнства – при нормальном течении беременности ценность материнства к середине беременности доминирует, а ценность ребенка переходит от абстрактной к реальной, тем самым вызывая перестройку уже имеющихся ценностей и общей направленности личности [1].

Материнство и готовность к нему рассматриваются в качестве потребностно-мотивационной сферы личности женщины. В индивидуальном онтогенезе Г.Г. Филиппова [41] выделяет шесть этапов ее становления:

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 формируется на протяжении первых четырех этапов. Готовность содержит ценностно-смысловой, когнитивный, эмоциональный и конативный (или поведенческий) аспекты. При этом 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.

На основании положений учения А.А. Ухтомского [39] о доминанте И.А. Аршавский ввел понятие «гестационной доминанты» [4], которая отражает характерные черты развития беременности, касающиеся физиологических и нервно-психических процессов, происходящих в организме беременной женщины [4]. Гестационная доминанта, в самом широком смысле, обеспечивает формирование оптимальных условий для вынашивания ребенка [5].

Гестационная доминанта содержит психологический и физиологический компоненты. При этом, И.В. Добряков выделяет пять типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [24].

Гестационная доминанта формируется во втором и третьем триместре беременности. Она способствует изменению эмоционального состояния женщины, ее поведения, а также определяет психическое состояние в течение беременности.

Считается, что гормональный фон женщины создает условия для восприимчивости к ситуации взаимодействия с ребенком, но конкретная интерпретация своих состояний при беременности и раннем материнстве зависит от личностных особенностей, смысла беременности, социальной и семейной ситуации [17,45,49].

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

При нормальном течении беременности у женщин обычно преобладает положительный эмоциональный фон и устойчивое настроение.

Но даже при нормальном физиологическом течении беременности на женщину влияет множество различных 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 [2].

При этом, к примеру, повышение тревожности при беременности – это нормальное явление, поскольку 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 на протяжении беременности подвержены повышенному риску развития нервно-психических расстройств. Однако в основном нервно-психические расстройства беременных остаются нераспознанными [26,20].

В ряде работ указывается значимость эмоциональных факторов в развитии осложнений беременности [50,48,25]. Аффективные нарушения могут оказывать неблагоприятное влияние на социальное функционирование беременной женщины [26,16], на состояние плода и становление адаптации у новорожденных детей, на формирование детско-материнских отношений [46,49].

Наиболее часто встречаемыми эмоциональными расстройствами в период гестации являются тревожные и тревожно-депрессивные нарушения [47].

Депрессивные расстройства повышают риск развития осложнений при беременности [23,18,12] и оказывают негативное влияние на социальное функционирование женщины.

По данным С.А. Клещеногова, предиктором преждевременных родов служит нейровегетативный статус материнского организма, что косвенно подтверждается эпидемиологическими данными, свидетельствующими о значении стрессогенных факторов в возникновении преждевременных родов [30].

Аффективные нарушения, в том числе депрессивного характера, в основном проходят к 4-5-му месяцу беременности. Однако при наличии выраженных аномальных черт характера, препятствующих адаптации, или при повторных психогениях депрессия может приобрести затяжной характер и продолжаться до конца беременности. В таких случаях женщинам просто необходима



психотерапевтическая помощь, а при выраженных депрессивных проявлениях и помощь психиатра [13].

Чувство тревоги является характерной чертой начала и завершения беременности, при этом ее уровень зависит от личностных особенностей женщины. Иногда 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 [27].

Беременность, в качестве особой ситуации, затрагивает все жизненные сферы женщины и способствует глубоким изменениям не только в самосознании, но также и в отношениях к себе и миру.

Помимо этого, беременность является биологически естественным событием в жизни женщины и является проверкой на прочность ее адаптационных возможностей.

1.2. Концепция отношений личности В.Н. Мясищева и психологические проявления отношения к беременности

Известный отечественный психолог и психиатр В.Н. Мясищев разработал концепцию отношений личности, которая, в свою очередь, была положена в основу некоторых классификаций отношений, широко используемых и в медицинской психологии.

На сегодняшний день суть концепции состоит в классификации и анализе отношений личности, рассматриваемых в системе трех сущностных координат, в роли которых выступают эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий компоненты отношений [28].

Эта концепция позволяет рассматривать характеристики системы личности в целом, применительно ко всему кругу ее жизнедеятельности, динамики ее развития, многомерности отношений и связей в системе «личность-среда», а также к некоторым частным вариантам жизненной ситуации субъекта.

Одним из примеров частных вариантов является круг клинически значимых ситуаций, к примеру, болезнь, а также вызванные ею проблемы и ограничения, отношения человека к ней, что требует своего исследования (Э.Б. Карпова, А.Е. Личко) [32].

Современная направленность медицины ставит необходимым вопрос об исследовании здоровья и отношения человека к нему. Другим похожим значимым феноменом может рассматриваться беременность как состояние, процесс и ситуация, отличающаяся от болезни и здоровья, от нормы и патологии, исследование и оценка которой не сводится только к системам этих категорий [38].

В системе отношений личности объектом отношения личности могут выступать как феномены субъективной природы (сам человек, другие люди), так и собственно объекты (предметы, элементы окружающей среды, абстрактные категории и понятия и др.). Таким образом, в числе субъект-объектных отношений можно выделить как отношения личности к себе и другим людям как объектам отношения, так и отношения личности к объектам окружающей действительности.

В целом отношения личности В.Н. Мясищевым рассматриваются в условно выделяемых осях классификации отношений: когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты [28].

В системе отношений человека особое место занимает его отношение к себе. Такое отношение можно рассматривать как «субъект-объектное», в котором «объектом» является сам субъект в определенной жизненной ситуации.

Отношение к беременности можно рассматривать, прежде всего, как отношение женщины к себе как к беременной. В такой системе она является субъектом, одной из характеристик которого является наличие беременности как специфического состояния в жизни женщины, как специфического процесса формирования ее самосознания, реализация ее особой роли в филогенезе, онтогенезе и продолжении человеческого рода; как специфической ситуации,

рассматриваемой в социальном, индивидуально-психологическом и физиологическом планах.

Отношение к себе – системно. При психологическом анализе в отношении к себе выделяются частные виды: отношение к своему физическому и психическому состоянию, к своей индивидуальности, к исполняемым социальным ролям, к личностному и социальному статусу и др. Также у беременной женщины формируется отношение к новому психофизическому состоянию, к ее индивидуальному миру, к новой социальной роли матери.

Субъект-объектные отношения включает в себя также и отношение к другим людям как объектам с субъектной (в психологическом плане) сущностью. У беременных этот аспект отношений проявляется своей субъект-объектной спецификой (в данном контексте – субъект-субъективной) и включает в себя отношение к вынашиваемому ребенку, отношение женщины к субъективно близким людям (родственникам, отцу ребенка), к другим окружающим ее в макро- и микросоциуме субъектам. Такой характер субъектно-субъектных отношений требует их определения как «взаимоотношения» [32].

Проблемной в данном случае может оказаться однозначность классификации отношения к вынашиваемому ребенку. К примеру, у будущей матери, в зависимости от уровня сформированности ее идентификации с ребенком, отношение к нему может быть разным: от тождественного отношения к себе до полного психологического неприятия наступившей беременности и будущего ребенка. Такие различия могут определяться и индивидуальными личностными особенностями женщины, и индивидуально-психологическими особенностями ситуации беременности (срока, мотива наступления беременности, отношение к значимым близким, негативное отношение в случае наступления нежелательной беременности и др.).

Помимо этого, отношение к беременности подразумевает отношение к объектам, окружающим женщину: конкретным и абстрактным, повседневным или

появляющимся только при беременности, естественным (природным) и искусственным объектам.

Также отношение к беременности предполагает отношение к ней как к значимому событию в жизни, специфической для женщины и её семьи ситуации, наполненной особым смыслом и влекущей за собой существенные изменения (роды, кормление ребенка, материнство и т.д.) [34].

Описываемые выше аспекты отношений личности женщины при беременности наиболее близки к характеристикам когнитивного компонента отношений, поскольку включают в себя важные ценностно-смысловые образования, репрезентирующие более субъективно значимые для беременной связи с окружающим ее объектным миром. Также сюда включается и отношение к себе как выполняющей важную роль продолжения рода и зарождения новой жизни.

Кроме того, отношение к беременности, само по себе являющееся важнейшей констатацией сформированности материнской сферы самосознания женщины, отражает изменения ценностно-смыслового его компонента – объективизацию исполнения природно-обусловленной функции женщины-матери. Однозначно, в этот период все окружающие беременную предметы объектного мира, происходящие с ней события и предстоящие изменения, приобретают для нее особый смысл, «преломляясь» через ситуацию беременности.

Эмоциональная сторона отношений может быть охарактеризована с помощью множества понятий, используемых для описания эмоциональной и чувственной жизни человека. Богатство эмоциональной составляющей системы отношений личности, проявляющееся обилием качественных характеристик и описаний эмоционального реагирования в классификационном плане, сводится к достаточно однозначным основаниям и единицам классификации: по знаку (положительные, нейтральные или отрицательные), по направленности (согласованные или амбивалентные), по интенсивности и др. Именно поэтому эмоциональный компонент отношения к беременности имеет меньшую (по

сравнению с когнитивным) специфику и определяется в соответствии с традиционными подходами, методами и методиками исследования и оценки эмоций и их проявлений.

Говоря о мотивационно-поведенческом компоненте, В.Н. Мясищев определяет его как источник субъективной активности и раскрывает такие его психологические категории, как мотив, внимание и воля. В случае исследования этого компонента у беременных женщин предполагает необходимость обращения внимания исследователя на потребностную сферу (к примеру, потребность в реализации функции продолжения рода), к её филогенетическим предпосылкам (то есть «материнский инстинкт»), к сфере мотивации, мотивов и мотивировок беременность и вынашивания ребенка (например, «нежелательная беременность»), к проявлениям в поведении беременной специфических особенностей формирования «женского» типа полоролевого поведения (дифференциация поведения на этапе нянчания в виде игры в куклы, «дочки-матери», принятия особенностей женской сексуальности и сексуального поведения и т.п.).

Таким образом, активность женщины, в соответствии с этим компонентом, может рассматриваться как направленная на реализацию «высшего» предназначения роли женщины – участие в продолжении рода путем зачатия, вынашивания, рождения и воспитания ребенка.

Исследование мотивационно-поведенческого компонента системы отношений беременной женщины может ограничиваться изучением только основополагающих факторов мотивации беременности и ее вынашивания, определяющих специфику поведения женщин при беременности. Примером таких факторов является мотивировка зачатия (например, желательная – нежелательная беременность) и вынашивание беременности (например, в модальности «долженствования»), оценки поведенческих характеристик до и во время беременности (запланированная – незапланированная беременность, выбор стратегий поведения по отношению к окружающим, к предстоящим родам и т.д.),

оценку отношения беременной и ее окружения к тем или иным особенностям ее поведения [36].

На сегодняшний день предполагается, что одним из дальнейшего развития методов и методик медицинской психодиагностики, которые базируются на концепции отношений личности, может являться разработка методического и диагностического инструментария для перинатальной психологии, в том числе и для изучения системы отношений личности у беременных женщин. Беременность является специфическим феноменом, который отличается по своим характеристикам от состояния здоровья и состояния болезни, а квалификация его в традиционных для клинической (медицинской) психологии категориях нормы и патологии имеет свои особенности.

Таким образом, предполагается, что разработанные ранее теоретические, методические и психодиагностические наработки для исследования отношения к болезни могут быть использованы в качестве основы при создании аналогичного инструментария для исследования отношения к беременности [33].

### 1.3. Разработка психодиагностической методики «Тип отношения к беременности» («ТОБер»)

Разработка теоретических оснований для исследования отношения к беременности проводилась в соответствии с принципом биопсихосоциальной парадигмы и дала возможность сформулировать типологию отношения к беременности, предоставить некоторые системные принципы их классификации. Эти принципы учитывают классификации, уже существующие в медицинской психологии, а также опыт применения положений концепции В.Н. Мясищева при создании клинических классификаций систем отношений личности, среди которых – типология отношения к болезни и классификация типов отношений беременной [35].

Выявление типовых вариантов отношения к беременности проводилось на базе анализа способов реагирования личности (матери) на собственное «Я», на беременность (вынашивание ребёнка – от эмбриона до плода и новорождённого, а

также на всю сопровождающую его онтогенез ситуацию), на окружающую беременную и её будущего ребёнка ситуацию. Для составления описания отношения к беременности и применения этих данных в диагностических и прогностических целях употребляются характеристики «чувственного пласта» беременности и всех компонентов системы отношений беременной женщины: эмоционального, когнитивного, мотивационно-поведенческого. Примеры таких психологических феноменов можно наблюдать при физическом и эмоциональном переживании момента идентификации беременности, при переживании симптоматики беременности, при изменении настроения, переживании первого и последующих шевелений ребёнка, при характеристиках активности женщины в последнем триместре беременности и т.д. [43].

Создание психодиагностической методики изучения системы отношений при беременности проводилось соответственно с методологией и технологией разработки психодиагностической методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), созданной Л.И. Вассерманом, Э.Б. Карповой, Б.В. Иовлевым [15].

Эта методика опирается на типологию отношений к болезни, предложенную А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым и на структурно-методические подходы, использованные при создании методики «Патохарактерологический диагностический опросник» (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов) [31]. Помимо этого, экспертный (клинический) характер методики и использование экспертного метода (в варианте метода сбора и обработки экспертных оценок) потребовали адаптации технологии получения и анализа таких оценок, предложенных А.Г. Шмелёвым и реализованной в известной компьютерной программе ЭКСПАН-2 [3].

На определённом этапе работы был проведён анализ теоретических положений перинатальной психологии, созданных Г.Г. Филипповой [42]. Проводился так же теоретический анализ популярных адаптированных и практически реализованных положений концепции отношений В.Н. Мясищева в

перинатальной психологии и психодиагностике типов отношений беременной [32].

Главным дифференцирующим критерием разделения типов отношения к беременности, в отличие от предложенной в методике «ТОБОЛ» систематизации типов отношения к болезни на основе критерия «адаптивности – дезадаптивности», была избрана и теоретически обоснована необходимость оценки их по критерию «адекватности – неадекватности». При этом критерием отнесения типа к адекватным типам была оценка его как непротиворечащего научным представлениям о «нормальной» роли беременности в филогенезе и онтогенезе человека. Помимо этого, в качестве оценки критерия адекватности – неадекватности типов рассматривалось наличие либо отсутствие различного рода психопатологических проявлений в клинической картине психологических проявлений при том или ином типе.

Более клинически «чистой» и адекватной реакцией, при которой беременность и отношение к ней складывается без особых нарушений и трансформации поведения, необходимо считать адекватный оптимальный, гармоничный, «правильный» тип отношения к беременности.

Анализ публикаций по проблеме, а также проведенные в процессе разработки методики ТОБер пилотные исследования свидетельствуют, что «иное», т.е. нарушенное, неадекватное, «неправильное» и т.п. отношение к беременности более вариативно, поэтому список таких вариантов может включать в себя несколько наименований.

Тексты описаний типов формировались на основе анализа теоретических источников (труды В.Н. Мясищева и их дальнейшее развитие в публикациях сотрудников Ленинградского (Санкт-Петербургского) Научно-исследовательского Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (СПбНИПНИ) и Ленинградского (Санкт-Петербургского) государственного университета в изданиях различных лет), обобщения клинического опыта врачей акушер-гинекологов и медицинских психологов, которые работали в учреждениях



родовспоможения, с учётом соотнесения их с ранее разработанными классификациями отношений к болезни и беременности. Кроме того, эта работа была проведена с применением элементов технологий инженерии знаний и метода экспертных оценок (технологии извлечения, структурирования и формализации знаний, с участием специалистов-экспертов).

На первом этапе разработчиками методики был проведён отбор содержания каждого из восьми типов отношения к беременности, и было сформулировано их рабочее описание. В описании каждого типа отражались, во-первых, характерные для него специфика компонентов отношения (когнитивного, эмоционального, мотивационно-поведенческого), во-вторых, специфика проявлений характерного для него отношений в каждой жизненной ситуации, представленной в структуре методики ТОБер (либо в большинстве таких ситуаций) и, в-третьих, содержание утверждений стимульного материала методики (по совокупности утверждений по всем 10-ти темам либо их большинству).

На втором этапе сформулированные тексты описаний типов были предложены экспертам (врачам акушер-гинекологам и медицинским психологам) для того, чтобы они оценили их содержание и соответствие клиническим представлениям, для того, чтобы иметь возможность переформулирования и профессиональной редакции описаний некоторых типов.

На третьем «Исследовательском» этапе проводилась корректорская проверка окончательного варианта описаний типов отношения к беременности [40].

Другим возможным основанием для систематизации 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). Необходимо отметить, что такой принцип дифференциации отношения к болезни использован в методике ТОБОЛ, которая является своеобразной моделью при разработке такого класса методик медицинской психодиагностики. В целях дальнейшей дифференциации отношений к болезни разработчики методики ТОБОЛ предлагают использовать

критерий направленности дезадаптивных типов реагирования на болезнь – направленность на себя (внутренний локус отношения, интрапсихическое реагирование, группа типов с интрапсихической направленностью дезадаптации), и направленности вовне (внешний локус отношения, интерпсихическое реагирование, группа типов с интерпсихической направленностью дезадаптации).

Эти теоретические положения позволили при разработке методики ТОБер предложить распределение всех восьми типов отношения к беременности по трем блокам, сформированным на основании критерия «адекватность» / «неадекватность» (аналогично распределению типов отношения к болезни по критерию «адаптивность» / «дезадаптивность», использованному разработчиками методики ТОБОЛ) [14].

Таким образом в методике ТОБер были выделены:

- адекватный «гармоничный» тип;
- неадекватные – «эргопатический», «тревожный ипохондрический», «тревожный сензитивный», «инфантильный эгоцентрический», «конфликтный неврастенический», «дисфорический» («враждебный») типы;
- условно адекватный / неадекватный «эргопатический» тип (интерпретация которого должна осуществляться в соответствии со всей совокупностью анамнестических, клинических и психодиагностических данных) [34].

Помимо этого, относительная ориентированность клинко-психологического реагирования по выделяемым разработчиками методики ТОБОЛ интра- и интерпсихическому типам выбрана в качестве основания классификации неадекватных типов отношения к беременности как «интра-» и «интерпсихически направленных» [15].

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

– тревожной ипохондризацией по поводу возможных проблем здоровья беременной и будущего ребёнка («тревожный ипохондрический» тип);

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

– изменениями, прежде всего повседневном поведении, вызванные 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 объёме 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 несущую угрозу невынашиваемости беременности и будущему ребёнку, 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 инфантильности личности, порождающей некротичный характер отношения и иррациональность установок («инфантильный эйфорический» тип);

– неадекватными ситуативно-обусловленными аффективно-насыщенными реакциями на беременность и связанную с ней ситуацию, возникающими, как правило, на фоне нежелательной или осложнённой беременности, наличия выраженных межличностных конфликтов, приводящих к враждебности во взаимоотношениях с близкими, отцом ребёнка и негативному отношению к вынашиваемому ребёнку («дисфорический враждебный» тип).

Предложенная классификация типов отношения к беременности предполагает комплексный подход к психологическому исследованию беременных с анализом самоотношения, отношения к вынашиваемому ребёнку и другим, и, таким образом, охватывает различные варианты системы «субъект – объект – среда», понимаем в контексте частного случая «мать – ребёнок – среда».

Выделенные системные основания такой классификации позволяют охарактеризовать каждый тип отношения к беременности в многомерной системе факторов [35].

#### 1.4. Психометрические особенности процесса разработки и стандартизации методики ТОБер

Схема процесса разработки и стандартизации методики ТОБер была составлена с учетом предложенного Н.А. Батуриным и Н.Н. Мельниковой алгоритма создания психологических тестов. В то же время специфический характер исследования системы отношений пациентов и специфика клинико-психологической диагностики в целом потребовали адаптации этого алгоритма специально для задач создания методик медицинской психодиагностики.

Содержание этапов и их особенности при разработке методик медицинской психодиагностики представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Описание процедур, выполненных при разработке методики ТОБер

Этап	Основные задачи при разработке тестов	Основные задачи при разработке методики ТОБер
<b>Этап I. Организационный</b>		
Шаг 1. Планирование проекта	Формулирование предварительных характеристик теста	
	Определение основных источников валидности	
	Выбор психометрических и исследовательских моделей	
	Составление подробного плана разработки теста	

Организационные решения		
<b>Этап II. Содержательный</b>		
Шаг 2. Определение содержания	Определение исходного теоретического концепта	Определение исходного теоретического концепта: отношение к беременности, его вариантов (типология отношения к беременности)
	Формирование репрезентативной выборки содержания	Формирование репрезентативной выборки содержания: определение структуры (формулировка тем) методики ТОБер
	Описание ключевой феноменологии	Описание ключевой феноменологии: клинико-психологические характеристики ТОБ

Продолжение таблицы 1

Этап	Основные задачи при разработке тестов	Основные задачи при разработке методики ТОБер
Шаг 3. Составление спецификации теста	Операционализация содержания	Фиксация формальных характеристик методики ТОБер (ее тип, количество разделов (тем), шкал, пунктов, их формат, процедура тестирования, способы обработки результатов, типа стандартизованных показателей, формы отчетов)
	Выбор и фиксация формальных характеристик теста	Составление и утверждение спецификации методики ТОБер
	Утверждение спецификации	
<b>Этап III. Подготовительный</b>		
Шаг 4. Разработка пунктов	Разработка пунктов	
	Профессиональная редакция пунктов	
	Создание банка пунктов	
Шаг 5. Сборка теста	Компоновка рабочих версий теста	
	Утверждение пробной версии теста	
<b>Этап IV. Исследовательский</b>		
Шаг 6. Апробация, анализ и коррекция пунктов	Эмпирическая апробация пунктов	Эмпирическая апробация утверждения ТОБер
	Отбор и переформулирование пунктов	Экспертная оценка состава стимульного материала
	Проверка внутренней согласованности и дискриминативности шкал	Утверждение состава и структуры методики ТОБер
	Повторный пилотаж (при необходимости)	
	Утверждение состава и структуры теста	
Шаг 7. Уточнение процедуры тестирования	Уточнение процедуры и времени	Разработка инструкции
	Разработка инструкций	Уточнение длительности процедуры пси-

		ходиагностического обследования
	Утверждение рабочей версии теста	Утверждение рабочей версии методики ТОБер
Шаг 8. Изучение и проверка валидности и надежности	Исследование ретестовой надежности	Обеспечение содержательной валидности
	Изучение конструктивной валидности	Изучение критериальной валидности: по экспертному и экспериментальному критерию
	Проверка критериальной валидности	Изучение конструктивной валидности: с помощью процедуры экспертной оценки
	Утверждение окончательной версии теста	Проверка ретестовой надежности
	Корректорская проверка окончательной версии теста	Утверждение окончательной версии методики ТОБер

Окончание таблицы 1

Этап	Основные задачи при разработке тестов	Основные задачи при разработке методики ТОБер
<b>Этап V. Стандартизационный</b>		
Шаг 9. Массовые обследования для стандартизации	Формирование выборки для стандартизации	Формирование выборки стандартизации
	Массовые обследования по плану	Проведение обследования на выборке стандартизации
	Стандартизация теста для различных групп	Осуществление процедуры стандартизации методики ТОБер: расчет норм по шкале процентилей
	Фиксация способов перехода к нормам	
<b>Этап VI. Интерпретационный</b>		
Шаг 10. Разработка схем интерпретации и диагностических отчетов	Описание алгоритмов обработки данных и схем анализа результатов	
	Описание принципов интерпретации результатов	
	Разработка критериев для диагностических выводов	
	Описание моделей составления отчетов	
Шаг 11. Написание технических отчетов		
Составление технических отчетов о разработке и психометрической проверке теста		
Шаг 12. Юридическое оформление	Юридические процедуры	Оформление патента изобретения медицинского назначения – методики ТОБер
	Рецензирование методики	Оформление разрешения на эксплуатацию методики в Росздравнадзоре
	Сертификация методики	
Шаг 13. Издание	Подготовка руководства для пользователя	
	Издание методики	
<b>Этап VII. Эксплуатационный</b>		
Шаг 14. Сопро-	Проверка основных психометрических характеристик методики другими	

вождение использования теста	ис-те-ста	исследователями
		Дальнейшее изучение конструктивной валидности
		Создание новых форм и модификаций теста
		Совершенствования пользовательских характеристик теста

На первом «Организационном» этапе (шаг 1) были заложены основы всей дальнейшей работы, выделены базовые позиции, влияющие на выбор психометрических и исследовательских моделей, которые использовались в проекте. Здесь формулировались предварительные характеристики психодиагностической методики (цель тестирования, область применения, контингент испытуемых и т.д.), составлялся подробный план, содержащий описание исследовательских программ и методов, а также принимались организационные решения, призванные обеспечить практическую реализацию проекта [6].

Исходя из того, что методика ТОБер представляет собой клинико-психологический инструмент, процесс ее разработки имел специфические для такого типа методик особенности, в частности, широко использовался метод экспертной оценки в различных вариациях и на разных этапах создания методики (подготовительном и исследовательском).

Итог организационного этапа – поэтапный план проекта, который представляет собой по факту алгоритм разработки методики на основе положений дайджеста публикаций Н.А. Батурина и Н.Н. Мельниковой. Данный план включает в себя в краткой форме те существенные задачи, выполнение которых предусмотрено на каждом этапе, а также используемые методы и модели [29].

На втором «Содержательном» этапе было проведено теоретическое исследование проблемы отношений личности в клинически значимых ситуациях (на модели ситуации беременности). Это дало возможность сформулировать основные положения теоретического конструкта «система отношений личности в ситуации беременности», которые легли в основу содержательного описания измеряемого концепта, и, отчасти, в основу критериев валидации теста.

Содержательный этап включает в себя два шага. Во-первых, было определено и детально прописано в терминах, понятиях и теоретических конструкциях теории В.Н. Мясищева содержание отношения к беременности [32]. Во-вторых, на основе такой теоретической проработки выполнялась операционализация содержания и составлена спецификация методики, которая была инструкцией ко всем последующим процедурам, вплоть до разработки схем интерпретации [6].

Шаг 2: определение содержания предполагает решение таких задач как: формализация исходного теоретического концепта, формирование репрезентативной выборки содержания ключевой феноменологии и её описание в научных терминах, что позволило выполнить корректный переход от теоретических построений к операциональным единицам содержания, которые нашли выражение в утверждениях методики ТОБер [7].

При формировании выборки содержания был обеспечен полный охват психодиагностического поля исследования. В итоге разработанная структура методики ТОБер включила в себя 10 тем (которые в свою очередь соответствуют десяти сферам актуальной жизненной ситуации беременной). Эти темы отражают феноменологию переживания беременности как состояния («Самочувствие», «Настроение»), как интерперсонального процесса («Отношение к ребёнку», «Отношение к врачам и медперсоналу», «Отношения к близким», «Отношения к мужу», «Отношения к окружающим») и как ситуации («Отношение к родам», «Отношение к образу жизни во время беременности» и «Отношение к образу жизни после родов») [10].

Шаг 3. Составление спецификации психодиагностической методики [8].

На третьем «Подготовительном» этапе была разработана и скомпонована рабочая версия опросника.

Шаг 4: разработка утверждений методики ТОБер. Было сформулировано 320 утверждений, рассматриваемых в качестве двойного комплекта пунктов опросника (по 4 утверждения в каждой из 10-ти тем и по каждому из 8-ми типов).



Шаг 5: комплектование методики. Была выполнена компоновка пробной версии методики из утверждений (пунктов), занесённых в базу (банк).

Компоновка пробной версии опросника осуществлялась путём формирования стимульного материала в объёме 240 утверждений, разнесённых по 10-ти темам опросника [8].

Четвёртый «Исследовательский» этап. Шаг 6: апробация, анализ и коррекция пунктов [9]. При выполнении апробации пунктов на материале исследования 40 беременных женщин, которые находились на разных сроках беременности, было выявлено полное понимание инструкции, содержания и смысла утверждений опросника.

В итоге было сделано содержательное наполнение сформированной структуры методики (по 17 утверждений в каждой из 10-ти тем для выявления 8 типов отношения к беременности). В составе стимульного материала в каждой теме находились по два утверждения для выявления каждого типа и один диагностически нейтральный пункт, всего 170 утверждений [35].

Шаг 7: уточнение процедуры психодиагностического обследования. Здесь проводилось подтверждение клинической и психологической релевантности процедуры обследования по методике ТОБер: скорректирован и утверждён текст инструкции; уточнён формат регистрации данных (регистрационный бланк); определён порядок сбора, регистрации, обобщения данных по выбранным испытуемыми утверждениями методики; утверждена рабочая версия методики [9].

Шаг 8: изучение валидности и проверка надёжности методики. В процессе разработки методики ТОБер обеспечивались и проверялись 3 вида валидности: содержательная, конструктивная и критериальная.

Содержательная валидность (соответствие закладываемого в методику содержания изучаемому концепту) закладывалась при формулировании опросника и обеспечивалась на этапе теоретической разработки методики путём соотнесения всей совокупности стимульного материала с положениями

концепции отношений личности В.Н. Мясищева и клинически информативными данными [10,32].

Проверка конструктивной валидности выполнялась путём анализа экспертами информативности пунктов методики по их способности группирования в шкалы (на основании однозначного либо высокосогласованного отнесения экспертами каждого пункта опросника к определённому типу отношения к беременности, при условии совпадения его с моделью, разработанной на 3 шаге). Экспертами здесь выступили 40 врачей акушер-гинекологов, слушателей, обучавшихся в 2005-2006 гг. на циклах повышения квалификации на кафедре акушерства и гинекологии Уральской медицинской академии дополнительного образования, непосредственно оказывающих медицинскую помощь беременным [35].

Обеспечение критериальной валидности методики ТОБер начиналось на этапе анализа и коррекции пунктов (шаг 6). Процедура проверки критериальной валидности выполнялась по экспертному и экспериментальному критериям [10].

Экспертный критерий применялся для проверки устойчивости получаемых результатов относительно предмета измерения. Процедура проверки по данному критерию являлась экспертной оценкой (ЭО) эмоционально-личностного статуса беременной женщины с помощью перечня психологических характеристик, извлечённых из текстов описаний, соответствующих различным типам. В состав перечня вошли по 4 самых информативных (по результатам всех экспертных оценок) утверждения по каждому типу. При этом сбалансированность и согласованность утверждений с темами опросника не учитывалась: включались утверждения из разных тем опросника при условии наличия максимальных значений экспертных оценок, полученных при отнесении того или иного утверждения к определённому типу. Таким образом, каждое из 32 утверждений наиболее ярко описывало специфику психологического реагирования на беременность при том или ином типе.

Такие перечни были предложены четырём экспертам (акушер-гинекологам женской консультации №5 г. Челябинска), наблюдавших на протяжении 2006

года 55 беременных женщин с разными сроками беременности. Все эти 55 женщин одновременно с наблюдением врача-акушера-гинеколога проходили обследование по методике ТОБер. Результаты обследования были представлены путём подсчёта числа выбранных утверждений по каждому типу во всех темах опросника. Результаты обследования по методике оформлялись в виде подсчёта суммы баллов (от 0 до 20-ти) по каждому типу. Затем была составлена иерархия типов отношения к беременности [35].

При анализе корреляций показателей (с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена) [3] были выявлены совпадения результатов диагностики на достаточном уровне значимости связей. Рассчитанные статистические данные свидетельствуют о достаточно высокой устойчивости и согласованности экспертных и тестовых результатов по методике ТОБер относительно её предмета измерения – типа отношения к беременности [35].

Проверка критериальной валидности проводилась с использованием экспериментального внешнего критерия. В качестве такого критерия была использована психодиагностическая методик «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова [23]. Определение характеристик эмпирической валидности осуществлялось на основании анализа результатов единовременного и независимого тестирования беременных по двум психодиагностическим методикам, измеряющим схожие (по конструкту) психологические феномены – типы психологического переживания (отношения к) беременности. Была так же составлена иерархия типов, но в данном случае в этой иерархии учитывались также соотношения между наименованиями типов, выявляемых по методике И.В. Добрякова и ТОБер [35].

Анализ критериальной валидности с помощью экспериментального критерия подтвердил достаточно высокую способность методики ТОБер измерять тот психологический конструкт, для диагностики которого он заявлен.

Проверка надёжности методики осуществлялась путём определения коэффициента ретестовой надёжности. На этот показатель независимо друг от друга влияют два фактора:

1. Стабильность измерительного инструмента (самой методики);
2. Стабильность самого измеряемого явления.

При психометрической адаптации методики минимизировалось влияние второго фактора: при организации ретестирования учитывалась возможность изменения системы отношений женщины в тех или иных сферах. Поэтому оценка ретестовой надёжности проводилась с небольшим интервалом между исследованиями – не более двух недель. Значения коэффициентов ретестовой надёжности по шкалам опросника ТОБер свидетельствуют о высокой ретестовой надёжности методики. Стандартизация методики ТОБер проводилась на пятом «Стандартизованном» этапе. В результате проведения массового обследования (шаг 9) по методике ТОБер был получен массив эмпирических данных. Далее проводилась процедура стандартизации, обеспечивающая методику набором норм для выборочной совокупности [34].

Исследовательский этап процесса разработки психодиагностической методики ТОБер завершился утверждением окончательной версии опросника.

На шестом «Интерпретационном» этапе (шаг 10) разрабатывались схемы интерпретации [11].

Интерпретация результатов и ее текстовое представление может осуществляться по следующим принципам.

1. «Типологические» метод (экспресс-метод). Разработаны структурированные текстовые описания каждого из восьми типов, содержащие в себе в неявном виде характеристики эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов этого типа, детализированные по темам опросника. В данном случае интерпретация результатов происходит в соответствии с описанием конкретного типа (в случае выделения чистого доминирующего типа), либо их комбинации (в случае выделения смешанного типа). Именно такой принцип интерпретации

результатов обследования по методике «Тип отношения к болезни» (являющийся прототипом ТОБер) рекомендован ее разработчиками.

2. Дополнительно – «Качественный» метод характеристики типа, построенный на использовании содержания выбранных испытуемой утверждений методики, специальным образом переформулированных для текста интерпретатора. Переформулирование выполнялось «обезличиванием» текста утверждения с сохранением его основного содержания и смысла. Например, утверждение «Я чувствую себя намного лучше, чем до беременности» было переформулировано для интерпретатора в виде «Отмечает улучшение самочувствия после наступления беременности».

3. Дополнительно – «Структурно-качественный» метод характеристики типа, построенный на использовании характеристик эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов выделенных типов отношения к беременности в сочетании с анализом содержания выбранных испытуемой утверждений методики. Для этого переформулированные (обезличенные) утверждения соотносились с систематизированными характеристиками содержания соответствующих компонентов. Например, фрагмент интерпретатора «Отмечает улучшение самочувствия после наступления беременности» характеризует когнитивный компонент системы отношений беременной, фрагмент «Практикует тактильный контакт и вербальное общение с вынашиваемым ребенком» (переформулированное утверждение «Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребенком») – отнесено к мотивационно-поведенческим характеристикам, а фрагмент «Проявляет недовольство в случае вмешательства близких с советами на тему беременности и родов» (переформулированное утверждение «Меня раздражают советы близких по поводу предстоящих родов») – к эмоциональному компоненту отношений.

Последние два варианта интерпретации в настоящее время требуют разработки. Таким образом, необходимо составить эти варианты в виде текстового интерпретатора. Это и будет являться задачей исследования.

В процессе седьмого «Технического» этапа были составлены технические отчёты (шаг 11), подана и зарегистрирована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам заявка на патент изобретения медицинского назначения (№ 2011108329) – методики ТОБер (шаг 12) и подготовлены материалы для типографского издания методики (шаг 13).

В настоящее время реализуется восьмой «Эксплуатационный» этап (шаг 14), в процессе которого осуществляется авторское сопровождение использования методики – проверка основных психометрических показателей другими исследователями, дальнейшее изучение валидности, совершенствование пользовательских характеристик методики [11].

Таким образом, еще одна задача исследования – выполнить оценку конструктивной валидности методики ТОБер с помощью собственной экспертной оценки.

Описанная пошаговая процедура разработки новой психодиагностической методики для решения задач медицинской психодиагностики, во-первых, достаточно четко опирается на последовательность и содержание этапов, предложенных Н.А. Батуриным и Н.Н. Мельниковой [6-11], но, во-вторых, имеет некоторые отличия (прежде всего, в исключении некоторых задач и применении оригинальных вариантов психометрических процедур), вызванные спецификой самого объекта, предмета и содержания медицинской психодиагностики [14].

Выводы по разделу один

Проведенный анализ современного состояния проблемы исследования беременности и отношения к ней, а также сравнение схемы разработки методики «Тип отношения беременности» со схемой алгоритма создания психологических тестов позволяет сделать следующие выводы:

1. В настоящее время как в зарубежной, так и в отечественной психологии существует большое количество публикаций по темам беременности и материнства. В основном исследования касаются личностной и эмоциональной

сферы беременности, психосоматических соотношений при беременности, а также влияния эмоционального состояния будущей матери на развитие ребенка.

2. Важной задачей считается многомерная диагностика системы отношения беременности. С этой задачей поможет справиться методика «Тип отношения к беременности», которая позволяет выполнить качественный анализ отношения женщины к своей беременности.

3. В ходе сравнения алгоритма разработки методики ТОБер со схемой алгоритма создания психологических тестов, предложенного Н.А. Батуриным и Н.Н. Мельниковой, выяснилось, что на шестом «Интерпретационном» этапе методика ТОБер требует доработки, в частности, представляется необходимым разработать общие принципы создания новых текстовых интерпретаторов для методики.

4. В настоящее время реализуется восьмой «Эксплуатационный» этап разработки методики ТОБер, который предполагает, в том числе, проверку конструктивной валидности путем экспертной оценки.

## ГЛАВА 2. МЕТОДИКА «ТИП ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ» И ЕЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ

### 2.1. Психометрическая характеристика методики ТОБер

Основной целью создания методики ТОБер ее авторами было стремление компенсировать недостатки медико-психологического исследования беременных, которые в основном связаны с недостатком у врачей опыта и знаний в квалификации психических состояний и личностных особенностей беременной женщины и отсутствием клинических психологов в некоторых учреждениях родовспоможения.

Методика «Тип отношения к беременности» (ТОБер) была разработана на кафедре клинической психологии Южно-Уральского государственного университета как формализация модели мышления клинического психолога при решении задачи дифференциальной психодиагностики типов отношения к

беременности, выделяемых в соответствии с предложенной классификацией (см. табл. 2).

Таблица 2 – Классификация типов отношения к беременности

I. Адекватные ТОб	1. Гармоничный тип – Г
II. Условно адекватные ТОб	2. Эргопатический тип – Эр 3. Инфантильный эйфорический - Эф
III. Неадекватные ТОб	4. Эгоцентрический – Эг 5. Тревожный тип 5.1. Ипохондрический – ТИ 5.2. Сензитивный – ТС 6. Конфликтный тип 6.1. Неврастенический – Н 6.2. Дисфорический враждебный - Д

Методика ТОбер построена в форме опросника. Она определяет тип отношения к беременности на основании информации об отношении беременной женщины к некоторым жизненным проблемам и ситуациям, которые потенциально наиболее для неё значимы, непосредственно или опосредованно связаны с её беременностью.

Такие отношения были предоставлены как 8 специфических для беременных подсистем в общей системе отношений к беременности. Данные подсистемы отношений явились основой операционального структурирования стимульного материала методики: утверждения методики сгруппированы по 10-ти темам, отражающим особенности самооценки, самочувствия и настроения, отношения к ребёнку, родам, врачам и медперсоналу, близким, мужу, окружающим, образу жизни во время беременности и после родов.

Опросник содержит 10 тематических наборов утверждений (по темам, описанным выше). Каждая тема содержит по 17 утверждений (по 2 утверждения на каждый тип в каждой теме и пункт «Ни одно утверждение мне не подходит»).

Чтобы избежать формирования установочных и стереотипных реакций у испытуемых последовательность предъявлений тем и утверждений в них сгенерировано в случайном порядке.

При работе с методикой беременной предлагается в каждой теме выбрать два наиболее подходящих ей утверждения (допускается выбор только одного



утверждения, но в инструкции это может не оговариваться). Если беременная не может выбрать каких-либо соответствующих ей утверждений по какой-либо теме, то ей предлагается остановить свой выбор на утверждении «Ни одно утверждение мне не подходит».

Номера всех сделанных выборов заносятся в соответствующую графу регистрационного листа. Помимо этого, в регистрационный лист заносятся данные об испытуемой в соответствии с практическими и исследовательскими задачами, стоящими перед врачом и клиническим психологом (например, возраст, срок беременности, клиническая форма беременности и др.).

Время обследования не ограничено [35].

Целью диагностики с помощью методики ТОБер является определение типа отношения к беременности у испытуемой. При этом, может выявляться как «чистый» тип (например, тревожный сензитивный), так и «смешанный» тип (например, эргопатический-эгоцентрический), и «диффузный» тип (например, неврастенический-гармоничный-эйфорический-эгоцентрический).

Но интерпретация результатов диагностики по методике ТОБер может осуществляться и по другим принципам, которые необходимо разработать и отразить в настоящей выпускной квалификационной работе.

## 2.2. Психометрическая адаптация методики ТОБер

Чтобы разработать интерпретатор к методике ТОБер (общие принципы интерпретации и дополнительный модуль интерпретатора отношений личности В.Н. Мясищева) необходима психометрическая адаптация методики.

Психометрическая адаптация методики выполнялась с использованием контент-анализа (анализа текста утверждений, анализа текста типов отношения к беременности, анализ текста компонентов отношений личности В.Н. Мясищева), переформулирования утверждений (обезличивания утверждений методики) и соотнесения утверждений (соотнесение переформулированных утверждений с компонентами отношений личности В.Н. Мясищева).

1. Переформулирование утверждений. Проводилось переформулирование, или обезличивание, утверждений методики ТОБер для нескольких целей. Во-первых, один из принципов интерпретации результатов диагностики с помощью методики ТОБер предполагает составление текстового заключения (перечисление всех выбранных утверждений испытуемой). Текстовое заключение должно строиться из переформулированных утверждений, так как это облегчает восприятие текста.

Во-вторых, обезличивание утверждений было выполнено для того, чтобы соотнести их с компонентами отношений личности В.Н. Мясищева. Это так же необходимо для предоставления заключения, где к каждому компоненту – эмоциональному, когнитивному и мотивационно-поведенческому – прописываются соответствующие им утверждения. Результаты переформулированных утверждений представлены в приложении А.

2. Соотнесение утверждений. Было проведено соотнесение переформулированных утверждений с компонентами отношений личности В.Н. Мясищева с целью создания дополнительного модуля интерпретатора методики ТОБер. Результаты соотнесения утверждений представлены в приложении А.

Также, были разработаны критерии для отнесения утверждений к эмоциональному, когнитивному и мотивационно-поведенческому компонентам:

**Эмоциональный компонент:**

1. Общая эмоциональная реакция по поводу своего самочувствия, настроения (например, моё самочувствие прекрасное, настроение праздничное, восприятие родов как боль и трудности и т.д.).

2. Оценка своих чувств (я чувствую себя..., мне нравится..., чувствую напряжение, испытываю злость).

3. Описание различных эмоциональных состояний, в том числе негативных (плохое самочувствие с приступами раздражительности, переживания, опасения, желания).

4. Чувства и эмоции, направленные на что-то (беспокойство за ребёнка, беспокойство о здоровье, тревожит что-то, нравится что-то, сожаление о чем-то, боязнь чего-то).

5. Эмоционально окрашенная оценка, направленная на кого-то (например, оценка поведения мужа как безупречного, отношение врачей воспринимается как внимательное и доброжелательное, мнение, что близкие так же радуются беременности женщины, как и сама она).

#### **Когнитивный компонент:**

1. Описание своих мыслей (думаю, что; буду думать; отсутствие мыслей о чем-то).

2. Осознанность смысла своих действий и эмоций (переживания из-за несдержанности; мнение о чем-то).

3. Восприятие и понимание чего-то (понимаю, что; ребёнок для меня – полноправный член семьи; считаю, что; врачи недооценивают состояние моего здоровья; интерес к чему-то).

4. Уверенность в чем-то, стремления (уверена, что; муж поддерживает меня в стремлении).

#### **Мотивационно-поведенческий:**

1. Описание мотивов своего поведения (беременность даёт основания чему-то; появление поводов определённого эмоционального состояния).

2. Описание собственного поведения (бодрость, активность, работоспособность, несдержанность, избегание, общение, занятость работой или учёбой).

3. Описание поведения кого-либо (поведение мужа, врача).

4. Описание мотивов поведения кого-либо (например, после родов отношение мужа ко мне изменится; окружающие стали осторожно общаться со мной из-за...).

Таким образом, соотнесение утверждений с компонентами отношений личности было выполнено на основании вышеизложенных критериев. При этом,

одному утверждению может соответствовать как один, так и несколько компонентов. Например, утверждению «Мое самочувствие прекрасное» (переформулированное – «Самочувствие прекрасное») соответствует эмоциональный компонент; утверждению «С наступлением беременности у меня появилось больше поводов для беспокойства о своём здоровье» (переформулированное – «Возрастание поводов для беспокойства о здоровье из-за наступившей беременности») соответствуют эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты; а утверждению «В последнее время я переживаю из-за своей несдержанности» (переформулированное – «Переживание по поводу несдержанности») соответствуют все три компонента – эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий.

Выводы по разделу два

1. Показано, что для разработки общих принципов интерпретатора методики ТОБер необходима психометрическая адаптация методики.

2. Психометрическая адаптация методики ТОБер проводилась с использованием контент-анализа (анализа текста утверждений, анализа текста типов отношения к беременности, анализ текста компонентов отношений личности В.Н. Мясищева), переформулирования утверждений (обезличивания утверждений методики) и соотнесения утверждений (соотнесение переформулированных утверждений с компонентами отношений личности В.Н. Мясищева).

### ГЛАВА 3. ТЕХНОЛОГИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ПО РАЗРАБОТКЕ ОБЩИХ ПРИНЦИПОВ ИНТЕРПРЕТАТОРА И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МОДУЛЯ ИНТЕРПРЕТАТОРА МЕТОДИКИ «ТИП ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ»

3.1. Обобщение результатов предыдущих этапов работы по созданию и психометрической стандартизации методики «Тип отношения к беременности»

Проводился первичный анализ двух ранее выполненных этапов исследования.

На первом этапе были подвергнуты анализу и, при необходимости, коррекции материалы, полученные на первом (2004-2010 гг.) этапе исследования и создания методики ТОБер, в частности, её структура, этапность разработки, общее, клинико-психологическое и психометрическое описание методики, процедуры разработки и стандартизации методики, принципы и подходы к интерпретации результатов диагностики с помощью методики ТОБер.

Целью первого этапа дипломного исследования являлась экспертная оценка методики ТОБер, проверка корреспондирования утверждений методики с одним из восьми типов отношения беременности как возможного основания для создания т.н. многомерного ключа-вектора методики.

Соответственно, задачами этапа являлись:

1. Анализ структуры методики ТОБер применительно к положениям концепции отношений личности В.Н. Мясищева в части характеристик компонентной структуры отношений личности.
2. Экспертная оценка стимульного материала и подходов к интерпретации результатов исследования по методике ТОБер.

Были пересмотрены тексты психологических описаний всех выявляемых с помощью теста ТОБер типов отношения к беременности (гармоничный, эргопатический, инфантильно-эйфорический, эгоцентрический, тревожно-сензитивный, тревожно-ипохондрический, неврастенический и дисфорический типы) с целью определения и, возможно, коррекции их психологического содержания. Затем проводилась собственная экспертная оценка утверждений

методики с целью отнесения каждого пункта к одному из восьми типов отношения к беременности (или, в психометрическом плане, к одному из восьми теоретических конструктов).

Из каждой темы («самочувствие», «настроение», «отношение к ребёнку», «отношение к родам», «отношение к врачам», «отношение к мужу», «отношение к близким», «отношение к окружающим», «отношение к образу жизни во время беременности», «отношение к образу жизни после родов») автором настоящей выпускной квалификационной работы (ВКР) было выбрано по 2 утверждения, относящиеся к тому или иному типу отношения к беременности.

Всего было проанализировано 160 утверждений (за исключением утверждений, расположенных в конце списка стимульного материала каждой темы – «Ни одно утверждение мне не подходит», не относящихся к какому-либо определенному типу).

Следует отметить, что на данном этапе исследования ключи методики были автору ВКР не известны («нативный по методике ТОБер эксперт»).

Результатом первого этапа исследования явилось соотнесение утверждений с типами отношения к беременности (фактически – экспертная оценка ранее предложенной системы ключей методики на основании материалов экспертной оценки единичным «нативным» экспертом, в то же время знакомым с теоретическим конструктом, положенным в методическое основание методики «Тип отношения к беременности», «экспертная оценка системы ключей методики»).

Второй этап работы был посвящен выявлению трудностей восприятия и понимания стимульного материала методики ТОБер испытуемыми.

Задачами исследования явились:

1. Качественная оценка методики ТОБер, ее стимульного материала и существующей системы интерпретации её результатов.
2. Сравнение полученной на первом этапе экспертной оценки системы ключей методики с ранее (2010 г.) предложенным ключом к методике ТОБер в связи с

необходимостью выявления проблем и трудностей восприятия и понимания стимульного материала к методике.

3. Клинико-психологическая апробация методики ТОБер на выборке беременных женщин с целью получения субъективных данных о конкретных утверждениях стимульного материала, вызывающих проблемы и трудности восприятия и понимания при исследовании с помощью методики ТОБер.

Полученные на первом этапе результаты собственной экспертной оценки были сравнены с ранее созданным ключом (ключами) к методике ТОБер, в том числе, с выделением утверждений или тем методики, вызывающих затруднения в их восприятии.

Исходя из результатов экспертной оценки и сравнения её с ключом, было обнаружено, что не совпадают с ключом 48 утверждений (29,4 % отклонений от исходного распределения утверждений по ключам методики).

Из них – 17 утверждений по экспертной оценке единичным экспертом были оценены противоположными (несочетаемыми) типами отношения к беременности (например, к дисфорическому вместо эгоцентрического типа).

Кроме того, больше всего не совпадающих до противоположности утверждений было выделено в теме 3 («Отношение к ребёнку») и в теме 10 («Отношение к жизни после родов»). Полученные данные позволяют предположить, что утверждения именно этих тем более всего вызывают трудности в восприятии, и, как следствие, в диагностике истинного типа отношения к беременности.

Меньше всего несовпадений (фактически – в единичных случаях) отмечалось в утверждениях по теме 6 («Отношение к мужу»), по теме 1 («Самочувствие»), по теме 7 («Отношение к близким»), что позволяет рассматривать их как не вызывающих каких-либо затруднений в их восприятии, а также обладающих достаточно высоким потенциалом конструктивной валидности.

Следующим этапом работы была апробация методики ТОБер на выборке беременных женщинах с целью сбора их мнений по поводу информативных (для

исследователя) утверждений. Беременным был дан стимульный материал, а также таблица с определёнными критериями оценки степени субъективных сложностей восприятия утверждений методики. Женщинам необходимо было соотнести утверждения, которые кажутся им трудными для восприятия, с тем или иным (или несколькими) критериями таблицы (см. таблица 3).

Всего в исследовании участвовали 24 беременных женщины, наблюдавшиеся в женской консультации ГБУЗ Областной больницы г. Троицка.

Критерии отбора неинформативных утверждений представлены следующим перечнем:

1. Трудность субъективного понимания текста утверждения.
2. Описание ситуации в утверждении не актуально для ситуации беременности («не жизненное»).
3. Утверждение двусмысленно по содержанию.
4. Утверждение по-разному воспринимается в разные периоды (триместры) беременности.
5. Правильному понятию текста утверждения мешает предыдущий опыт беременности испытуемой.

Таблица 3 – Утверждения, вызывающие трудности у испытуемых

<b>Критерии</b>	<b>Тема 1</b>	<b>Тема 2</b>	<b>Тема 3</b>	<b>Тема 4</b>	<b>Тема 5</b>	<b>Тема 6</b>	<b>Тема 7</b>	<b>Тема 8</b>	<b>Тема 9</b>	<b>Тема 10</b>
1 Трудности субъективного понимания текста утверждения	-	№15	№8, №5, №14, №4	№1	№4, №16	№7, №11	№3, №15, №8	№4	№8	№9, №15
2 Описание ситуации в утверждении не актуально для ситуации беременности (не жизненное)	№3, №6, №13	№6, №14, №16	№9, №10, №11, №12	№8	№5, №11, №3	№9, №4, №10	№4, №13, №5, №6	№2, №8, №11	№12, №1, №6	№3, №6, №10, №7, №9



Критерии	Тема 1	Тема 2	Тема 3	Тема 4	Тема 5	Тема 6	Тема 7	Тема 8	Тема 9	Тема 10
3 Утверждение двусмысленно по содержанию	№9, №12	№7	№6, №11, №15	№4	№8, №9	№10, №9	№3	№1, №2, №6	№5, №9, №16	№1, №11, №13
4 Утверждение по-разному воспринимается в разные периоды (триместры) беременности	№2, №8, №10	№2, №7, №3, №14	№7, №3	№6	№10, №13	№8, №14, №2, №13	№12, №16, №13, №14	№5, №4, №16	№4, №3, №14	№5, №1, №11
5 Правильному понятию текста утв. мешает предыдущий опыт беременности	№16	№3, №12	№15	№13	№14	№5	-	№14, №13	№10	№14, №6
Общее кол-во выбранных утверждений	9	11	14	5	10	12	12	12	11	15

Из результатов таблицы 3 следует, что больше всего утверждений, вызывающих трудности у беременных, отмечаются в теме 3 («Отношение к ребёнку») и в теме 10 («Отношение к жизни после родов»). Следует отметить, что такие результаты полностью совпадают с данными, полученными на предыдущем этапе исследования (сравнения стимульного материала методики с ключом к методике ТОБер, выполненное «нативным» экспертом).

Таким образом, наибольшие трудности в восприятии и понимании вызывают утверждения из тем №3 и №10.

Обобщение результатов второго этапа проведения выпускной квалификационной работы позволяет сделать следующие выводы:

1. В ходе работы была проведена качественная экспертная и клинико-психологическая оценка стимульного материала методики ТОБер («Тип

отношения к беременности») применительно к существующей системе интерпретации ее результатов.

2. Было проведено сравнение экспертных оценок утверждений методики ТОБер с предложенным на предыдущем этапе ключом к методике, что позволило выявить темы, которые вызывают наибольшие трудности в восприятии и понимании стимульного материала.

3. Была проведена клинико-психологическая (экспериментальная) апробация методики ТОБер на беременных женщинах, в результате чего получены согласованные (экспертные и экспериментальные) оценки перечня проблемных тем, утверждения которых вызывают трудности восприятия и понимания стимульного материала.

### 3.2. Второй этап оценки конструктивной валидности методики ТОБер

На предыдущем этапе исследования в рамках выполнения ВКР была проведена экспертная оценка всех утверждений методики ТОБер в виде соотнесения каждого утверждения методики с одним из восьми установленных типов.

Результаты проведенной экспертной оценки позволяют определить характеристики конструктивной валидности методики ТОБер.

Конструктивная валидность (или, в нашем случае, валидизация теста посредством идентификации конструкта) является наиболее важным аспектом валидности. По мнению многих авторов, именно конструктивная валидность определяет обоснованность смысловой интерпретации результатов теста и поэтому более точно соответствует самому пониманию того, что такое валидность.

Валидизация конструкта требует постепенного накопления информации из разных источников. Поэтому обычно говорят не о проверке, а об изучении конструктивной валидности: широком и разностороннем изучении того, что представляет собой эмпирический конструкт, полученный с помощью разработанного теста.

Для изучения конструктивной валидности необходимо проведение ряда исследований, которые направлены на проверку конкретных и хорошо продуманных гипотез.

Изучение конструктивной валидности также продолжается и после публикации готового теста.

Таким образом, по результатам ранее проведенной экспертной оценки представлялось необходимым выявить, все ли утверждения адекватно соотнесены к одному из восьми типов отношения к беременности и, на основании этого, определить характеристики конструктивной валидности методики ТОБер.

При проверке конструктивной валидности необходимо было добиться, чтобы каждое утверждение методики ТОБер было соотнесено только с одним из типов отношения к беременности, причем в каждой теме к одному типу отношения к беременности должно быть отнесено не более 2-х утверждений (и, соответственно, все 160 утверждений должны были быть распределены по всем 8 типам отношений).

Ниже представлены описания результатов проведенной экспертной оценки утверждений:

К *гармоничному типу* отношения к беременности «нативным» экспертом были отнесены утверждения: тема «Самочувствие» – утверждения №№4,9; тема «Настроение» – утв. №№4,12; «Отношение к ребенку» - утв. №№2,13; «Отношение к родам» – утв. №№5,10; «Отношение к врачам» – утв. №№10,14; «Отношение к мужу» – утв. №№3,6; «Отношение к близким» – утв. №№2,11; «Отношение к окружающим» – утв. №№6,12; «Отношение к образу жизни в период беременности» – утв. №№9,13; «Отношение к образу жизни после родов» – утв. №№4,8.

К *эгротатическому типу* отношения к беременности были отнесены утверждения: тема «Самочувствие» – утв. №№7,11; тема «Настроение» – утв. №№2,13; «Отношение к ребенку» – утв. №№3,8; «Отношение к родам» – утв. №№3,11; «Отношение к врачам» – утв. №№4,9; «Отношение к мужу» – утв.

№№1,7; «Отношение к близким» – утв. №№3,7; «Отношение к окружающим» – утв. №№1,7; «Отношение к образу жизни в период беременности» – утв. №№3,14; «Отношение к образу жизни после родов» – утв. №№2,9.

К *тревожно-ипохондрическому* типу отношения к беременности были отнесены утверждения: тема «Самочувствие» – утв. №№8,16; тема «Настроение» – утв. №№3,6; «Отношение к ребенку» – утв. №№7,10; «Отношение к родам» – утв. №№2,15; «Отношение к врачам» – утв. №№3,16; «Отношение к мужу» – утв. №№2,13; «Отношение к близким» – утв. №№4,14; «Отношение к окружающим» – утв. №№5,8; «Отношение к образу жизни в период беременности» – утв. №№4,6; «Отношение к образу жизни после родов» – утв. №№3,15.

К *тревожно-сензитивному* типу отношения к беременности были отнесены утверждения: тема «Самочувствие» – утв. №№1,10; тема «Настроение» – утв. №№1,10; «Отношение к ребенку» – утв. №№4,6; «Отношение к родам» – утв. №№8,13; «Отношение к врачам» – утв. №№1,5; «Отношение к мужу» – утв. №№4,9; «Отношение к близким» – утв. №№6,9; «Отношение к окружающим» – утв. №№4,16; «Отношение к образу жизни в период беременности» – утв. №№1,10; «Отношение к образу жизни после родов» – утв. №№11,16.

К *инфантильному эйфорическому* типу отношения к беременности были отнесены утверждения: тема «Самочувствие» – утв. №№2,14; тема «Настроение» – утв. №№5,7,11; «Отношение к ребенку» – утв. №№1,5; «Отношение к родам» – утв. №№7,9; «Отношение к врачам» – утв. №№6,12; «Отношение к мужу» – утв. №№8,14; «Отношение к близким» – утв. №№1,10; «Отношение к окружающим» – утв. №№3,10; «Отношение к образу жизни в период беременности» – утв. №№2,7; «Отношение к образу жизни после родов» – утв. №№1,14.

К *эгоцентрическому* типу отношения к беременности были отнесены утверждения: тема «Самочувствие» – утв. №№6,13; тема «Настроение» – утв. №№8,15; «Отношение к ребенку» – утв. №№12,15; «Отношение к родам» – утв. №№1,16; «Отношение к врачам» – утв. №№7,8; «Отношение к мужу» – утв. №№11,16; «Отношение к близким» – утв. №№12,16; «Отношение к

окружающим» – утв. №№11,14; «Отношение к образу жизни в период беременности» – утв. №№11,16; «Отношение к образу жизни после родов» – утв. №№7,12.

К *неврастеническому типу* отношения к беременности были отнесены утверждения: тема «Самочувствие» – утв. №№12,15; тема «Настроение» – утв. №№9,16; «Отношение к ребенку» – утв. №№9,16; «Отношение к родам» – утв. №№4,6; «Отношение к врачам» – утв. №№2,15; «Отношение к мужу» – утв. №№5,12; «Отношение к близким» – утв. №№8,13; «Отношение к окружающим» – утв. №№2,13; «Отношение к образу жизни в период беременности» – утв. №№5,8; «Отношение к образу жизни после родов» – утв. №№5,6.

К *дисфорическому типу* отношения к беременности были отнесены утверждения: тема «Самочувствие» – утв. №№3,5; тема «Настроение» – утв. №14; «Отношение к ребенку» – утв. №№11,14; «Отношение к родам» – утв. №№12,14; «Отношение к врачам» – утв. №№11,13; «Отношение к мужу» – утв. №№10,15; «Отношение к близким» – утв. №№5,15; «Отношение к окружающим» – утв. №№9,15; «Отношение к образу жизни в период беременности» – утв. №№12,15; «Отношение к образу жизни после родов» – утв. №№10,13.

Результаты экспертной оценки полностью соответствовали перечисленным выше критериям и ограничениям.

Таким образом, было показано, что методика ТОБер обладает необходимой конструктивной валидностью.

### 3.3. Разработка общих принципов и технологии создания интерпретатора методики ТОБер

Поскольку в ходе сравнения алгоритма разработки методики ТОБер со схемой алгоритма создания психологических тестов, предложенного Н.А. Батуриным и Н.Н. Мельниковой, выяснилось, что на шестом «Интерпретационном» этапе существующий вариант методики ТОБер требует доработки, задачей следующего этапа исследования в рамках выпускной квалификационной работы являлась разработка общих принципов создания интерпретатора методики ТОБер.

Принципы интерпретации результатов в данном случае могут быть различными. Однако, все они всегда должны опираться на совокупность системных оснований, базирующихся на:

- описание типа отношения к беременности;
- описание темы;
- описание (переформулирование) утверждения;
- совокупное описание всех трех вышеизложенных составляющих.

При этом наиболее важным в теоретико-методическом и конструктивном плане является также соотнесение результатов с положениями и представлениями концепции отношений личности В.Н. Мясищева о компонентной структуре отношений. Такой подход позволяет многомерно оценить систему отношений женщины к беременности (фактически – к феномену беременности), в ситуации беременности, в процессе ее протекания.

При варианте интерпретации **по типу** («экспресс-метод») важным является определение общей характеристики индивидуального профиля типов психологического отношения к беременности, оцениваемого по тем или иным основаниям (представленных в темах методики).

Следует отметить, что данный вариант интерпретации уже используется при работе с такого рода методиками, начиная с методик ПДО и ТОБОЛ. Правила диагностики и интерпретации по этим методикам основаны на том, что наибольшая сумма баллов по какому-либо типу указывает на наибольшую вероятность формирования именно этого типа из числа диагностируемых методикой (типа акцентуации либо типа отношения к болезни). При этом возможны несколько различающихся между собой дополнительных принципов либо правил (например, правило «минимального диагностического числа», принципа «сочетаемости», «смешивания», «амальгамности» при оценке типов акцентуаций, принцип «обнуления» – при оценке типов отношения к болезни и т.п.). В нашем случае такого рода принципы вполне применимы и в случае диагностики отношения к беременности.

Алгоритм определения диагностического правила сводится к определению критерия выделения доминирующего типа отношения к беременности, а также вариантов допустимого сочетания типов и качественной оценки полученной комбинации.

Ниже представлен разработанный в рамках ВКР алгоритм диагностики (система диагностических правил).

1. Если в диагностической зоне шкалы (совокупности шкал), представленной величиной, превышающей уровень половины возможной итоговой суммы (8 баллов по ключам методики), оказывается только один тип, то он диагностируется как «чистый» тип, соответствующий этой шкале.

2. Если же сумма баллов ни по одному из диагностируемых типов не достигает уровня половины возможной итоговой суммы, то доминирующий тип не определяется.

3. В этом случае рассматриваются два типа, которые имеют максимально высокие итоговые значения баллов. Если же сумма этих двух типов превышает уровень половины значения итогового результата, тогда определяется «смешанный» тип.

4. В случае, когда гармоничный тип отношения к беременности сочетается с другими типами, то правила диагностики распространяются на другой тип, рассматриваемый в качестве «чистого» доминирующего и интерпретация будет касаться уже этого типа.

5. Диффузный тип диагностируется, если:

– баллы ни по одному из типов не достигают критериальных значений половины всей набранной суммы баллов;

– сумма баллов по двум типам с максимальными их значениями в иерархии результатов не превышает половины все набранной суммы баллов;

– сумма баллов по трем типам с максимальными значениями баллов достигают или превышают уровень половины всей набранной суммы баллов;

– значения баллов по этим типам отличаются между собой не более чем на две единицы;

– баллы трех типов с максимальными их значениями отличаются между собой не более чем на две единицы;

– полученные результаты при других комбинациях значений баллов по типам не позволяют однозначно выделить доминирующий и(или) смешанный типы, а качественная их характеристика не противоречит пониманию смешанных типов.

Помимо алгоритма диагностики, в рамках настоящей ВКР был уточнен ранее предложенный алгоритм описания и интерпретации результатов исследования по методике ТОБер.

Алгоритм описания и интерпретации полученных вариантов типов отношения к беременности по методике ТОБер содержит в себе следующие положения:

1. Доминирующий тип получает свое название и интерпретируется в соответствии с названием и описанием соответствующего типа.

2. В названии смешанных типов указываются оба образующих его тип, а интерпретация осуществляется в соответствии с текстами их описаний.

3. В случае выделения диффузного варианта типа он сохраняет свое название – «диффузный вариант типа отношения к беременности».

Пример интерпретации результатов **по типу** (доминирующему, смешанному либо диффузному) представлен далее.

Испытуемая: Т. Юлия.

Возраст: 36 лет.

Срок беременности: 27 недель.

Дата проведения исследования: 2.02.2017 г.

Результаты по методике ТОБер:

1. Тема «Самочувствие» выбраны утверждения: №4 – «При беременности я чувствую себя достаточно комфортно»; №11 – «Беременность не мешает моей работоспособности».

2. Тема «Настроение» выбраны утверждения: №2 – «В период беременности моё настроение бодрое»; №12 – «При беременности я стараюсь избегать тревожных мыслей и переживаний, потому что моё настроение влияет на ребёнка».



3. Тема «Отношение к ребёнку» выбраны утверждения: №2 – «Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком»; №13 – «С самого начала беременности ребёнок для меня – полноправный член семьи».

4. Тема «Отношение к родам» выбраны утверждения: №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. Тема «Отношение к врачам» выбраны утверждения: №3 – «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».

6. Тема «Отношение к мужу» выбраны утверждения: №3 – «Я постоянно чувствую поддержку мужа»; №7 – «Мой муж помогает мне делать мои дела, от которых я не отказываюсь, не смотря на беременность».

7. Тема «Отношение к близким» выбраны утверждения: №1 – «Мои близкие вместе со мной радуются моей беременности»; №11 – «Мои близкие разделяют мои чувства по поводу беременности».

8. Тема «Отношение к окружающим» выбраны утверждения: №1 – «Мои контакты с окружающими ограничены из-за большой повседневной занятости»; №7 – «Сейчас я считаю, что моя работа (учёба) приносит мне больше пользы, чем привычное общение с окружающими».

9. Тема «Отношение к образу жизни во время беременности» выбраны утверждения: №2 – «Я уверена, что тот обычный образ жизни, который я вела раньше, не повредит течению беременности»; №4 – «Мне интересно беседовать с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные мною в журналах и книгах».

10. Тема «Отношение к образу жизни после родов» выбраны утверждения: №4 – «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».

Полученные типы отношения к беременности представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Выявленные типы отношения к беременности

Темы	Тип отношения к беременности
1. Самочувствие	Г, Эр
2. Настроение	Эр, ТИ
3. Отношение к ребёнку	Г, Г
4. Отношение к родам	Г, Г
5. Отношение к врачам	Г, Г
6. Отношение к мужу	Г, Эр

7. Отношение к близким	Эф, Г
8. Отношение к окружающим	Эр, Эр

Окончание таблицы 4

Темы	Тип отношения к беременности
9. Отношение к образу жизни во время беременности	Эф, Г
10. Отношение к образу жизни после родов	Г, Эф

Результаты анализа данных, полученных с помощью разработанных алгоритмов обработки результатов методики ТОБер:

Количество баллов: Гармоничный тип – 11 б., Эргопатический тип – 5 б., Инфантильно-эйфорический тип – 3 балла, Тревожно-ипохондрический тип – 1 б.

На основании использования существующего интерпретатора к методике ТОБер установлен гармоничный тип отношения к беременности.

Далее представлен текст психодиагностического заключения, отражающего содержание всех выбранных утверждений по всем темам методики:

«Выявляется гармоничный тип отношения к беременности. Женщина осознает значимость беременности, в иерархии её ценностей беременность занимает первое (или одно из первых) место. Повседневная жизнь (режим отдыха и активность, деятельность, питание и т.д.) в целом подчинены особенностям поведения женщины в состоянии беременности. Поведение направлено на всемерное содействие благополучному течению беременности: соблюдение режима питания, сохранение умеренной активности, осознанное (по мотивам беременности) ограничение некоторых увлечений и занятий. Может отмечаться некоторое снижение потребности в общении, стремлении чаще оставаться одной или наедине с исключительно близкими людьми. Отношения к близким гармоничны, адекватны, без проявлений психологического манипулирования, спекуляции и манкирования своим состоянием беременной женщины. Потребность в поддержке, принятии и любви выражается в формах, ранее принятых в ее семье и окружении. Высказываемые мотивы беременности связаны с реализацией естественной потребности в материнстве, зрелой психологической готовности к вынашиванию беременности, родам и воспитанию ребёнка.

Наступившая беременность вызывала только положительные эмоции, без каких-либо сомнений по поводу необходимости сохранения ребёнка. Эмоциональные реакции на шевеления плода положительные. Эмоциональное состояние характеризуется отсутствием выраженной тревоги, депрессии и других негативных эмоциональных проявлений. Общий эмоциональный фон достаточно стабилен, иногда отмечается повышенная эмоциональная чувствительность к нюансам отношения к ней и её будущему ребёнку, не наблюдавшаяся до беременности. В целом переживание своего состояния несколько отличается от привычного

(вне беременности), но оценивается как одно из естественных состояний женщины, без проявлений негативизма и неприятия.

Представление о вынашиваемом ребёнке отражаются в высказываниях и содержательно изменяются в соответствии с физиологическими и психологическими процессами, происходящими на разных этапах беременности. Образ своего ребёнка динамично становится более дифференцированным, четким со второй половины беременности. Сам ребёнок в представлениях женщины постепенно обретает индивидуальные черты, формируется понимание о его праве на самостоятельность в поведении во время внутриутробного существования. Складывается свой особенный стиль и словесное наполнение диалогического общения с вынашиваемым ребёнком. Общая оценка вынашивания беременности реалистична, позитивна и адекватна.

Отношение к родам ответственное, оптимистичное, присутствует чувство уверенности в собственных силах для благополучного проживания периода родов.

Отношение к врачам позитивное, доверительное. Женщина настроена на сотрудничество с врачом при ведении её беременности. Присутствует чувство ответственности при отношении к своему здоровью».

Следующий вариант предоставления результатов может осуществляться по принципу **описания тем**, в соответствии с типами отношения к беременности.

Такой принцип может применяться в случаях, когда при диагностической, психокоррекционной работе либо психологическом консультировании с беременной возникает необходимость описать в заключении наиболее значимые сферы отношений (темы, в которых диагностируются расогласование, дискордантность или антагонистичность диагностически выраженных типов отношения к беременности).

В этом случае в тексте интерпретации используется несколько логико-семантических конструкций, описывающих характер сочетаний выявленных типов:

– потенцирующие (используемые при описании соседствующих в циклограмме типов): при описании диагностически значимых тем используются связки «и...», «а также», «в сочетании с...».

– рассогласованные (используемые при описании расположенных в циклограмме через один промежуточный тип): при описании тем используются связки «с одной стороны..., и, с другой стороны...», «как..., так и...».

– дискордантные (используемые при описании расположенных в циклограмме через два промежуточных типа): при описании тем используются связки «во-первых, ..., и, во-вторых, ...», «..., вместе с тем...», «кроме того...».

– антагонистические, оппозитные (используемые при описании расположенных в циклограмме через три промежуточных типа), при описании тем используются связки «...но, в то же время, ...», «..., что противоречит...».

Циклограмма типов представлена на рисунке 1.



Рисунок 1. Соотнесенность типов отношения к беременности

Пример интерпретации результатов исследования приведенной в предыдущем примере испытуемой по темам методики ТОБер, оцениваемым с позиции их взаимодополняемости, рассогласования, дискордантности или антагонистичности, представлен ниже:

Испытуемая: Т. Юлия.

Возраст: 36 лет.

Срок беременности: 27 недель.

Дата проведения исследования: 2.02.2017 г.

Результаты по методике ТОБер:

В теме «Настроение» выявляются типы – Эр и ТИ (дискордантные).

В теме «Отношение к близким» выявляются типа Эф и Г (рассогласованные).

Представленное выше заключение может быть дополнено следующим фрагментом (либо соответствующий фрагмент может быть дополнен или скорректирован) следующим образом:

«Эмоциональное состояние не отличается от обычного (которое обычно наблюдается вне беременности), общий эмоциональный фон привычный, способствующий активному образу жизни, вместе с тем эмоциональный фон характеризуется беспокойством о своем здоровье, но оценивается как одно из естественных состояний, без проявления негативизма и неприятия.

С одной стороны, отношения к близким характеризуются гармоничностью, адекватностью, без проявлений манипуляций и манкирования своим состоянием беременной женщины, с другой стороны, может отмечаться некоторая речедвигательная расторможенность при общении с близкими, несоблюдение психологической дистанции».

При интерпретации результатов диагностики с помощью ТОБер иногда достаточно просто **перечислить все утверждения** (текстовое заключение), которые выбрала беременная. Причем такой перечень может содержать как все 16 утверждений, так и утверждения по определенной совокупности тем, либо даже по одной из них. Так как, например, врачу, который делает запрос, удобней будет использовать заключение по результатам психодиагностического исследования таким образом (но не во всех случаях).

Для реализации этого принципа интерпретации представляется наиболее целесообразным использовать переформулированные (в т.ч. обезличенные) утверждения методики ТОБер. В заключении перечисляются все выбранные испытуемой утверждения в переформулированном виде.

В связи с отдельным этапом исследования в рамках ВКР являлось переформулирование каждого утверждения методики с целью исключения личного адресного контекста («Я...»; «Мне...»; «По моему мнению...» и т.п.) и приведения новой формулировки до варианта приемлемого для включения в тексте психодиагностического заключения. Перечень измененных таким образом (переформулированных обезличенных утверждений представлен в приложении А).

Пример текстового заключения в формате **переформулированных утверждений** методики ТОБер:

Испытуемая: Т. Юлия.

Возраст: 36 лет.

Срок беременности: 27 недель.

Дата проведения исследования: 2.02.2017 г.

Результаты по методике ТОБер:

«Испытывает ощущение достаточного комфорта при беременности. Беременность не мешает работоспособности. Отмечает бодрое настроение в период беременности. Характерно стремление избегать тревожных мыслей и переживаний из-за мнения, что настроение влияет на ребёнка. Нравится поглаживание живота и общение с ребёнком. Характерно восприятие ребёнка как полноправного члена семьи с самого начала беременности. Отмечается мнение, что при родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему, а также мнение, что исход родов зависит от хорошей подготовки женщины к ним. Имеет мнение, что только врач – лучший консультант на протяжении всей беременности и мнение, что добровольное регулярное наблюдение у врача – это правильно для каждой беременной. Испытывает постоянное ощущение поддержки со стороны мужа и помощи от мужа при выполнении дел, от которых женщина не отказывается, несмотря на беременность. Высказывает мнение, что близкие так же радуются беременности женщины, как и сама она. Испытывает ощущение, что близкие разделяют чувства женщины по поводу беременности. Контакты с окружением ограничены из-за большой повседневной занятости. Отмечается мнение, что сейчас работа приносит больше пользы, чем привычное общение с окружающими. Испытывает уверенность, что тот обычный образ жизни, который женщина вела раньше, не повредит течению беременности. Отмечается интерес по поводу разговоров с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные женщиной в журналах и книгах. Считает, что кормление грудью в наше время является самым важным для развития ребёнка. Испытывает уверенность, что рождение ребёнка сделает ее совершенно счастливым человеком».

Ещё один принцип, по которому возможно построить интерпретацию, является описание тем методики ТОБер, используя переформулированные утверждения, которые в свою очередь соединяются словами-связками в соответствии с определяющим их типом отношения к беременности.

Принцип представляет **трёхмерное описание: тип-тема-утверждение**.

Здесь снова будут действовать правила распределения типов по циклограмме (см. рис. 1):

– потенцирующие (используемые при описании соседствующих в циклограмме типов): при описании диагностически значимых тем используются связки «и...», «а также», «в сочетании с...».

– рассогласованные (используемые при описании расположенных в циклограмме через один промежуточный тип): при описании тем используются связки «с одной стороны..., и, с другой стороны...», «как..., так и...».

– дискордантные (используемые при описании расположенных в циклограмме через два промежуточных типа): при описании тем используются связки «во-первых, ..., и, во-вторых, ...», «..., вместе с тем...», «кроме того...».

– антагонистические, оппозитные (используемые при описании расположенных в циклограмме через три промежуточных типа), при описании тем используются связки «...но, в то же время, ...», «..., что противоречит...».

**Пример интерпретации по принципу тип-тема-утверждение:**

Испытуемая: Т. Юлия.

Возраст: 36 лет.

Срок беременности: 27 недель.

Дата проведения исследования: 2.02.2017 г.

Результаты по методике ТОБер:

В соответствии с полученными результатами диагностики при помощи методики ТОБер заключение будет выглядеть следующим образом (представлен фрагмент):

«У испытуемой Юлии Т. Выявлен гармоничный тип отношения к беременности.

Наблюдается ощущение достаточного комфорта при беременности, а также беременность не мешает работоспособности (примечание – типы Г и Эр, потенцирующие).

Отмечается, во-первых, бодрое настроение в период беременности, во-вторых, стремление избегать тревожных мыслей и переживаний из-за мнения, что настроение влияет на ребёнка (примечание – типы Эр и ТИ, дискордантные).

Нравится поглаживание живота и общение с ребёнком, восприятие ребёнка как полноправного члена семьи с самого начала беременности (примечание – типы Г и Г, слова-связки не используются).

И т.д.».

Конечно, интерпретация результатов по принципу тип-тема-утверждение многомерно раскрывает отношение женщины к беременности, что даёт более полные результаты диагностики для построения дальнейшей психологической работы с беременной. Так же такой принцип интерпретации позволяет врачу (акушер-гинекологу) понять состояние и поведение его пациентки.

Но этот принцип представляет затруднения для применения в случае проведения исследования по «бланковому» варианту. Поэтому рекомендуется использовать компьютерный вариант ТОБер, реализуемый в виде экспертной системы. Разработка такой ЭС «Компьютерная психодиагностика типа отношения к беременности» в настоящее время осуществляется на кафедре клинической психологии ФГАОУ ВО «ЮУрГУ (НИУ)».

Следующий вариант интерпретации результатов диагностики с помощью ТОБер может осуществляться по принципу характеристики типа, построенного на использовании характеристик **эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов** (компоненты отношений личности по В.Н. Мясищеву) для выделенных типов отношения к беременности в сочетании с анализом содержания выбранных утверждений.

Согласно данному принципу интерпретации в заключении указывается, каким образом у беременной женщины проявляются эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий компонент. Каждый компонент раскрывается с помощью перечисления переформулированных утверждений, которые соотносятся с одним из компонентов.

Результаты соотнесения утверждений с компонентами и переформулированные утверждения представлены в приложении А.

Установлено, что в отдельных случаях то или иное утверждение будет отражать все три компонента отношений личности одновременно. В этом случае такое утверждение отражается в психодиагностическом заключении в соответствующем фрагменте текста каждого компонента.



При составлении интерпретации перед непосредственным описанием трех компонентов отношений, рекомендуется указать тип отношения к беременности, который был выявлен в ходе диагностики.

Пример интерпретации по принципу **трехкомпонентного анализа отношений личности** беременной женщины:

Испытуемая: Т. Юлия.

Возраст: 36 лет.

Срок беременности: 27 недель.

Дата проведения исследования: 2.02.2017 г.

Результаты по методике ТОБер:

Необходимо соотнести каждое утверждение с компонентами отношений личности.

Из темы «Самочувствие» выбраны утверждения №№4,11; утверждения соответствуют компонентам – К и П.

Из темы «Настроение» выбраны утверждения №№2,12; утверждения соответствуют компонентам – Э и ЭКП.

Из темы «Отношение к ребенку» выбраны утверждения №№2,13; утверждения соответствуют компонентам – ЭП и К.

Из темы «Отношение к родам» выбраны утверждения №№5,10; утверждения соответствуют компонентам – К и П.

Из темы «Отношения к врачам» выбраны утверждения №№3,10; утверждения соответствуют компонентам – К и К.

Из темы «Отношение к мужу» выбраны утверждения №№3,7; утверждения соответствуют компонентам – Э и К.

Из темы «Отношение к близким» выбраны утверждения №№1,11; утверждения соответствуют компонентам – Э и Э.

Из темы «Отношение к окружающим» выбраны утверждения №№1,7; утверждения соответствуют компонентам – П и П.

Из темы «Отношение к образу жизни во время беременности» выбраны утверждения №№2,4; утверждения соответствуют компонентам К и КП.

Из темы «Отношение к образу жизни после родов» выбраны утверждения №№4,8; утверждения соответствуют компонентам – К и Э.

Таким образом, в соответствии с полученными результатами, рекомендуется писать заключение в следующем виде:

**«Когнитивный аспект отношения к беременности проявляется в следующем:** испытывает ощущение достаточного комфорта при беременности; характерно стремление избегать тревожных мыслей и переживаний из-за мнения, что настроение влияет на ребёнка. Характерно восприятие ребёнка как полноправного члена семьи с самого начала беременности. Отмечается мнение, что при родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему. Имеет мнение, что только врач – лучший консультант на протяжении всей беременности и мнение, что добровольное регулярное наблюдение у врача – это правильно для каждой беременной. Испытывает ощущение помощи от мужа при выполнении дел, от которых женщина не отказывается, несмотря на беременность. Испытывает уверенность, что тот обычный образ жизни, который женщина вела раньше, не повредит течению беременности. Отмечается интерес по поводу разговоров с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные женщиной в журналах и книгах. Считает, что кормление грудью в наше время является самым важным для развития ребёнка.

**Эмоциональный аспект отношения к беременности проявляется в следующем:** отмечает бодрое настроение в период беременности; характерно стремление избегать тревожных мыслей и переживаний из-за мнения, что настроение влияет на ребёнка. Нравится поглаживание живота и общение с ребёнком. Испытывает постоянное ощущение поддержки со стороны мужа. Высказывает мнение, что близкие так же радуются беременности женщины, как и сама она. Испытывает ощущение, что близкие разделяют чувства женщины по поводу беременности. Испытывает уверенность, что рождение ребёнка сделает совершенно счастливым человеком.

**Мотивационно-поведенческий аспект отношения к беременности проявляется в следующем:** беременность не мешает работоспособности. Характерно стремление избегать тревожных мыслей и переживаний из-за мнения, что настроение влияет на ребёнка. Нравится поглаживание живота и общение с ребёнком. Отмечается мнение, что исход родов зависит от хорошей подготовки женщины к ним. Контакты с окружением ограничены из-за большой повседневной занятости. Отмечается мнение, что сейчас работа приносит больше пользы, чем привычное общение с окружающими. Отмечается интерес по поводу разговоров с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные женщиной в журналах и книгах».

Помимо простого перечисления утверждений и отнесение их к компонентам отношений личности, возможно так же провести анализ взаимосвязи утверждений как внутри каждого компонента (например, как связаны утверждения внутри эмоционального компонента), так и между двумя или тремя компонентами.

Также возможен анализ тем – в каких темах больше отражен тот или иной компонент, в каких он не выражен вообще. Это позволит выявить некоторые проблемные темы как для самой беременной женщины, так и для врача (акушер-гинеколога) и медицинского психолога (для построения дальнейшей работы с беременной).

Таким образом, все вышеперечисленные принципы интерпретации результатов диагностики, выполненной с помощью методики ТОБер, могут применяться при различных ситуациях. Чтобы произвести экспресс-метод интерпретации результатов достаточно описать только выявленный тип отношения к беременности (или несколько типов). Другие варианты могут использоваться в зависимости от запроса врача (акушер-гинеколога, врача-психотерапевта), от целей диагностики, от умений и навыков психолога использовать те или иные результаты интерпретации и т.д.

При случае необходимости многомерной, полной интерпретации результатов диагностики с помощью методики ТОБер возможно применение не одного, а нескольких принципов интерпретации, путем объединения их в той или иной совокупности и, тем самым, предоставляя полную картину отношения женщины к своей беременности, выявлять некоторые проблемные сферы в жизни женщины, понимать её поведение и эмоциональный фон и т.п.

3.4. Модель интерпретатора системы отношений женщины к беременности, построенного на базе положений концепции отношений личности В.Н. Мясищева

Выше был описан принцип интерпретации результатов с использованием трех компонентов отношений личности – эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого.

Согласно этому принципу акцент в заключении делается на утверждения методики ТОБер (то есть описывается, какому компоненту соответствуют утверждения методики). Вместе с тем, представляется возможным такой вариант интерпретации, при котором необходимо указать, какой из трех компонентов отношения личности в большей или меньшей степени выражен у беременной

женщины. Такой подход позволит ещё более многомерно оценить ее отношение к беременности.

Реализация такой задачи возможна с помощью определенной модели интерпретатора системы отношений женщины к беременности, построенного на базе положений концепции отношений личности В.Н. Мясищева.

В соответствии с этой моделью, результаты диагностики с помощью методики ТОБер обрабатываются следующим образом:

1. Каждому выбранному утверждению дается определенная оценка, которая указывает, к какому компоненту – эмоциональному, когнитивному или мотивационно поведенческому – это утверждение относится (для этого необходимо воспользоваться ключом, представленном в приложении А).

2. Подсчитывается количество эмоциональных, когнитивных и мотивационно-поведенческих показателей (с учетом того, что какому-либо одному утверждению может соответствовать его вклад в один, два или во все три компонента отношений).

3. На основании получившихся результатов определяется, какой компонент преобладает, либо какой выражен в меньшей (умеренной, слабой) степени, либо какой характер имеют сочетания этих компонентов.

4. Формулируется психодиагностическое заключение, в котором указывается, какой компонент отношений личности более выражен (преобладает в тех или иных жизненных ситуациях) у беременной женщины, какой выражен средне (иногда проявляется в тех или иных ситуациях), какой выражен слабо (почти не проявляется в ее актуальной жизни в ситуации беременности). Возможно также формулирование описаний, в которых типы сочетаются – все три типа выражены одинаково (умеренно, слабо), два типа выражены одинаково (сильно, умеренно, слабо) и т.п.

Построение психодиагностического заключения с применением покомпонентного анализа системы отношений женщины к беременности осуществляется с помощью модели текстового интерпретатора.

Для начала нужно представить, какие могут быть варианты сочетания трех компонентов по их выраженности:

1. Иерархия изолированно рассматриваемых компонентов отношений:

- К-Э-П;
- К-П-Э;
- Э-К-П;
- Э-П-К;
- П-Э-К;
- П-К-Э.

2. С иерархически распределенным сочетанием двух компонентов:

- К и П преобладают, Э наименее выражен;
- Э и П преобладают, К наименее выражен;
- К и Э преобладают, П наименее выражен;
- Э преобладает, К и П менее выражены;
- К преобладает, Э и П менее выражены;
- П преобладает, Э и К менее выражены.

3. С иерархически усредненным сочетанием всех трех компонентов:

- К и П и Э выражены одинаково.

Системная модель интерпретации строится на предоставленных выше сочетаниях. Один из промежуточных (в рамках исследований за пределами результатов настоящей ВКР) описаний вариантов текста интерпретатора представлен далее.

1. Интерпретация иерархии изолированно рассматриваемых компонентов отношений:

**- К-Э-П:**

Отмечается преобладание когнитивного компонента системы отношений женщины, что указывает на высокую степень ее осведомленности в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности. Характерно наличие большого числа мнений, рассуждений по поводу себя, своей

беременности, отношения окружающих. В жизненных ситуациях склонна анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать оценку действиям окружающих.

Эмоциональный компонент отношений проявляется умеренно, что свидетельствует о сдержанно-эмоциональном (либо не всегда эмоциональном, либо не во всех ситуациях эмоционально проявляющемся) реагировании на события жизни (в виде переживаний, тревожности и т.д.), на некоторых окружающих людей (в том числе отношении к самой себе, к своему состоянию, к будущему ребенку), основанные на эмоциональной составляющей.

Мотивационно-поведенческий компонент отношений проявляется слабее, в виде сниженной активности по отношению к себе, к будущему ребенку и к окружающим. В поведении мало выражено целеполагание. Мотивация и направленность преимущественно повседневной деятельности, в том числе и по отношению к текущей беременности.

#### **- К-П-Э:**

Отмечается преобладание когнитивного компонента системы отношений женщины, что указывает на высокую степень ее осведомленности в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности. Характерно наличие большого числа мнений, рассуждений по поводу себя, своей беременности, отношения окружающих. В жизненных ситуациях склонна анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать рациональную оценку действиям окружающих.

Мотивационно-поведенческий компонент отношений выражен умеренно, что отмечается склонностью проявлять активность лишь в некоторых жизненных ситуациях. В поведении иногда выражен определенный мотив, а в отношении к себе в актуальной ситуации, к будущему ребенку или к окружающим временами отмечается четкая направленность и целенаправленность.

Эмоциональный компонент отношений проявляется слабее в виде пониженной эмоциональности, склонности избегать эмоциональных оценок жизненным

ситуациям и событиям. Мало обращает внимание на свое эмоциональное состояние, на эмоции окружающих, а также слабо выражает эмоциональную реакцию на внутриутробное поведение ребенка.

**- Э-К-П:**

Отмечается преобладание эмоционального компонента системы отношений женщины, что указывает на ее высокую эмоциональность, склонность давать эмоциональную оценку жизненным событиям и ситуациям. Отношения к окружающими и с будущим ребенком строятся преимущественно на эмоциональной связи. Склонна обращать внимание на свое эмоциональное состояние, может отрефлексировать и описать свои эмоции. Реакция на происходящие события эмоционально ярко окрашена.

Когнитивный компонент отношений выражен умеренно, что проявляется склонностью анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать рациональную оценку действиям окружающих. В некоторых случаях женщина способна четко понимать происходящее с ней, с ее будущим ребенком и с окружающими ее людьми. Проявляет относительную неосведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности.

Мотивационно-поведенческий компонент отношений проявляется слабее, в виде сниженной активности по отношению к себе, к будущему ребенку и к окружающим. В поведении мало выражено целеполагание. Мотивация и направленность преимущественно повседневной деятельности, в том числе и по отношению к текущей беременности.

**- Э-П-К:**

Отмечается преобладание эмоционального компонента системы отношений женщины, что указывает на ее высокую эмоциональность, склонность давать эмоциональную оценку жизненным событиям и ситуациям. Отношения к окружающими и с будущим ребенком строятся преимущественно на эмоциональной связи. Склонна обращать внимание на свое эмоциональное

состояние, может отрефлексировать и описать свои эмоции. Реакция на происходящие события эмоционально ярко окрашена.

Мотивационно-поведенческий компонент отношений выражен умеренно, что отмечается склонностью проявлять активность лишь в некоторых жизненных ситуациях. В поведении иногда выражен определенный мотив, а в отношении к себе в актуальной ситуации, к будущему ребенку или к окружающим временами отмечается четкая направленность и целенаправленность.

Когнитивный компонент отношений выражен слабее, что проявляется в малой склонности анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать рациональную оценку действиям окружающих. Женщина в основном не понимает происходящее с ней, с ее будущим ребенком и с окружающими ее людьми. Проявляет неосведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности.

#### **- П-Э-К:**

Отмечается преобладание мотивационно-поведенческого компонента системы отношений женщины, что указывает на ее высокую активность в жизненных ситуациях. В поведении выражен определенный мотив, а в отношении к себе в актуальной ситуации, к будущему ребенку или к окружающим отмечается четкая направленность и целенаправленность.

Эмоциональный компонент отношений проявляется умеренно, что свидетельствует о сдержанно-эмоциональном (либо не всегда эмоциональном, либо не во всех ситуациях эмоционально проявляющемся) реагировании на события жизни (в виде переживаний, тревожности и т.д.), на некоторых окружающих людей (в том числе отношении к самой себе, к своему состоянию, к будущему ребенку), основанные на эмоциональной составляющей.

Когнитивный компонент отношений выражен слабее, что проявляется в малой склонности анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать рациональную оценку действиям окружающих. Женщина в основном не понимает происходящее с ней, с ее будущим ребенком и с окружающими ее людьми.



Проявляет неосведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности.

**- П-К-Э:**

Отмечается преобладание мотивационно-поведенческого компонента системы отношений женщины, что указывает на ее высокую активность в жизненных ситуациях. В поведении выражен определенный мотив, а в отношении к себе в актуальной ситуации, к будущему ребенку или к окружающим отмечается четкая направленность и целенаправленность.

Когнитивный компонент отношений выражен умеренно, что проявляется склонностью анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать рациональную оценку действиям окружающих. В некоторых случаях женщина способна четко понимать происходящее с ней, с ее будущим ребенком и с окружающими ее людьми. Проявляет относительную неосведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности.

Эмоциональный компонент отношений проявляется слабее в виде пониженной эмоциональности, склонности избегать эмоциональных оценок жизненным ситуациям и событиям. Мало обращает внимание на свое эмоциональное состояние, на эмоции окружающих, а также слабо выражает эмоциональную реакцию на внутриутробное поведение ребенка.

2. Интерпретация с иерархически распределенным сочетанием двух компонентов:

**- К и П преобладают, Э наименее выражен:**

Отмечается преобладание когнитивного и мотивационно-поведенческого компонентов системы отношений, что указывает на высокую активность женщины в жизненных ситуациях, склонность обдумывать свои поступки, продумывать свои действия, давать рациональную оценку действиям окружающих. В поведении выражен определенный мотив, а в отношении к себе в актуальной ситуации, к будущему ребенку или к окружающим отмечается четкая направленность и целенаправленность. Отмечается высокая степень

осведомленности в отношении беременности. Характерно наличие большого числа мнений, рассуждений по поводу себя, своей беременности, отношения окружающих.

Эмоциональный компонент отношений выражен слабее в виде пониженной эмоциональности, склонности избегать эмоциональных оценок жизненным ситуациям и событиям. Мало обращает внимание на свое эмоциональное состояние, на эмоции окружающих, а также слабо выражает эмоциональную реакцию на внутриутробное поведение ребенка.

**- Э и П преобладают, К наименее выражен:**

Отмечается преобладание эмоционального и мотивационно-поведенческого компонентов системы отношений женщины, что указывает на ее высокую эмоциональность, активность в жизненных ситуациях. Женщина склонна давать эмоциональную оценку жизненным ситуациям и событиям. Отношения к окружающим и к будущему ребенку строятся преимущественно на эмоциональной связи, при этом в отношении к себе в актуальной ситуации, к будущему ребенку или к окружающим отмечается четкая направленность и целенаправленность. В поведении выражен определенный мотив. Склонна обращать внимание на свое эмоциональное состояние, может отрефлексировать и описать свои эмоции. Реакция на происходящие события эмоционально ярко окрашена.

Когнитивный компонент отношений выражен слабее, что проявляется в малой склонности анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать рациональную оценку действиям окружающих. Женщина в основном не понимает происходящее с ней, с ее будущим ребенком и с окружающими ее людьми. Проявляет неосведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности.

**- К и Э преобладают, П наименее выражен:**

Отмечается преобладание когнитивного и эмоционального компонентов системы отношений женщины, что указывает на наличие большого числа мнений,

рассуждений по поводу себя, своей беременности, отношения окружающих. Склонна обращать внимание на свое эмоциональное состояние, давать эмоциональную, а также рациональную оценку жизненным событиям и ситуациям, действиям окружающих. Отмечается высокая осведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности. Отношения с окружающими и с будущим ребенком строятся на эмоциональной связи. Реакция на происходящие события эмоционально ярко окрашена.

Мотивационно-поведенческий компонент отношений проявляется слабее, в виде сниженной активности по отношению к себе, к будущему ребенку и к окружающим. В поведении мало выражено целеполагание. Мотивация и направленность преимущественно повседневной деятельности, в том числе и по отношению к текущей беременности. Проявление активности преимущественно не в поведенческом, а в когнитивном плане.

**- Э преобладает, К и П менее выражены:**

Отмечается преобладание эмоционального компонента системы отношений женщины, что указывает на ее высокую эмоциональность, склонность давать эмоциональную оценку жизненным событиям и ситуациям. Отношения к окружающими и с будущим ребенком строятся преимущественно на эмоциональной связи. Склонна обращать внимание на свое эмоциональное состояние, может отрефлексировать и описать свои эмоции. Реакция на происходящие события эмоционально ярко окрашена.

Когнитивный и мотивационно-поведенческий компоненты отношений выражены слабее, что отмечается снижением активности по отношению к себе, к будущему ребенку и к окружающим. Малая склонность анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать рациональную оценку действиям окружающих. Проявляет относительную неосведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности. В поведении мало выражено целеполагание, мотивация и направленность

преимущественно повседневной деятельности, в том числе и по отношению к текущей беременности.

**- К преобладает, Э и П менее выражены:**

Отмечается преобладание когнитивного компонента системы отношений женщины, что указывает на высокую степень ее осведомленности в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности. Характерно наличие большого числа мнений, рассуждений по поводу себя, своей беременности, отношения окружающих. В жизненных ситуациях склонна анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать оценку действиям окружающих.

Эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты отношений выражены слабее, в виде сниженной активности по отношению к себе, к будущему ребенку и к окружающим. Проявление активности преимущественно не в поведенческом, а в когнитивном плане (склонна рассуждать, но при этом не действовать). Склонна избегать эмоциональных оценок жизненным ситуациям и событиям, мало обращает внимание на свое эмоциональное состояние, на эмоции окружающих, а также слабо выражает эмоциональную реакцию на внутриутробное поведение ребенка. В поведении мало выражено целеполагание. Мотивация и направленность преимущественно повседневной деятельности, в том числе и по отношению к текущей беременности.

**- П преобладает, Э и К менее выражены:**

Отмечается преобладание мотивационно-поведенческого компонента системы отношений женщины, что указывает на ее высокую активность в жизненных ситуациях. В поведении выражен определенный мотив, а в отношении к себе в актуальной ситуации, к будущему ребенку или к окружающим отмечается четкая направленность и целенаправленность.

Эмоциональный и когнитивный компоненты отношений выражены слабее в виде пониженной эмоциональности, малой склонности анализировать, обдумывать и продумывать свои действия. Проявляет неосведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности. Мало обращает внимание на свое эмоциональное состояние, на эмоции окружающих, а также слабо выражает эмоциональную реакцию на внутриутробное поведение ребенка. Склонна избегать эмоциональных и рациональных оценок жизненным ситуациям и событиям.

3. Интерпретация иерархически усредненного сочетания всех трех компонентов:

**- К, П и Э выражены одинаково умеренно:**

Когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты системы отношений женщины выражены одинаково умеренно, что указывает на склонность проявлять активность лишь в некоторых жизненных ситуациях, склонность анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, а также на проявление сдержанно-эмоционального реагирования на события жизни (в виде переживаний, тревожности и т.д.).

В поведении иногда выражен определенный мотив, а в отношении к себе в актуальной ситуации, к будущему ребенку или к окружающим временами отмечается четкая направленность и целенаправленность.

Проявляет относительную неосведомленность в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности. В некоторых случаях женщина способна четко понимать происходящее с ней, с ее будущим ребенком и с окружающими ее людьми.

Таким образом, был прописан текст интерпретатора отношений личности В.Н. Мясищева.

Пример заключения с использованием данного интерпретатора:

Испытуемая: Т. Юлия.

Возраст: 36 лет.

Срок беременности: 27 недель.

Дата проведения исследования: 2.02.2017 г.

Результаты по методике ТОБер:

По результатам диагностики с помощью методики ТОБер отмечаются следующие результаты: преобладает когнитивный компонент (10 баллов – 10 утверждений, относящихся к этому компоненту), менее выражены поведенческий (7 баллов) и эмоциональный (7 баллов).

Заключение по результатам исследования по методике ТОБер:

«Выявляется гармоничный тип отношения к беременности. Женщина осознает значимость беременности, в иерархии её ценностей беременность занимает первое (или одно из первых) место. Повседневная жизнь (режим отдыха и активность, деятельность, питание и т.д.) в целом подчинены особенностям поведения женщины в состоянии беременности. Поведение направлено на всемерное содействие благополучному течению беременности: соблюдение режима питания, сохранение умеренной активности, осознанное (по мотивам беременности) ограничение некоторых увлечений и занятий. Может отмечаться некоторое снижение потребности в общении, стремлении чаще оставаться одной или наедине с исключительно близкими людьми. Отношения к близким гармоничны, адекватны, без проявлений психологического манипулирования, спекуляции и манкирования своим состоянием беременной женщины. Потребность в поддержке, принятии и любви выражается в формах, ранее принятых в ее семье и окружении. Высказываемые мотивы беременности связаны с реализацией естественной потребности в материнстве, зрелой психологической готовности к вынашиванию беременности, родам и воспитанию ребёнка.

Наступившая беременность вызывала только положительные эмоции, без каких-либо сомнений по поводу необходимости сохранения ребёнка. Эмоциональные реакции на шевеления плода положительные. Эмоциональное состояние характеризуется отсутствием выраженной тревоги, депрессии и других негативных эмоциональных проявлений. Общий эмоциональный фон достаточно стабилен, иногда отмечается повышенная эмоциональная чувствительность к нюансам отношения к ней и её будущему ребёнку, не наблюдавшаяся до беременности. В целом переживание своего состояния несколько отличается от привычного (вне беременности), но оценивается как одно из естественных состояний женщины, без проявлений негативизма и неприятия.

Представление о вынашиваемом ребёнке отражаются в высказываниях и содержательно изменяются в соответствии с физиологическими и психологическими процессами, происходящими на разных этапах беременности. Образ своего ребёнка динамично становится более дифференцированным, четким со второй половины беременности. Сам ребёнок в представлениях женщины постепенно обретает индивидуальные черты, формируется

понимание о его праве на самостоятельность в поведении во время внутриутробного существования. Складывается свой особенный стиль и словесное наполнение диалогического общения с вынашиваемым ребёнком. Общая оценка вынашивания беременности реалистична, позитивна и адекватна.

Отношение к родам ответственное, оптимистичное, присутствует чувство уверенности в собственных силах для благополучного проживания периода родов.

Отношение к врачам позитивное, доверительное. Женщина настроена на сотрудничество с врачом при ведении её беременности. Присутствует чувство ответственности при отношении к своему здоровью.

В соответствии с покомпонентным анализом результатов, выявляется следующее:

Отмечается преобладание когнитивного компонента системы отношений женщины, что указывает на высокую степень ее осведомленности в отношении беременности в целом и по отношению к собственной беременности. Характерно наличие большого числа мнений, рассуждений по поводу себя, своей беременности, отношения окружающих. В жизненных ситуациях склонна анализировать, обдумывать и продумывать свои действия, давать оценку действиям окружающих.

Эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты отношений выражены слабее, в виде сниженной активности по отношению к себе, к будущему ребенку и к окружающим. Проявление активности преимущественно не в поведенческом, а в когнитивном плане (склонна рассуждать, но при этом не действовать). Склонна избегать эмоциональных оценок жизненным ситуациям и событиям, мало обращает внимание на свое эмоциональное состояние, на эмоции окружающих, а также слабо выражает эмоциональную реакцию на внутриутробное поведение ребенка. В поведении мало выражено целеполагание. Мотивация и направленность преимущественно повседневной деятельности, в том числе и по отношению к текущей беременности».

Представлен вариант заключения с использованием интерпретатора отношений личности В.Н. Мясищева и принципа интерпретации результатов по типу отношения к беременности.

Следует сказать, что в заключении можно использовать и другие принципы интерпретации, также можно их объединять, использовать несколько принципов. Благодаря этому, оценка отношения женщины к беременности становится полной и многомерной.

Выводу по разделу три

1. Одним из результатов проведенной работы является подтверждение высокой конструктивной валидности методики ТОБер.

2. Разработаны общие принципы создания интерпретатора методики ТОБер, показаны примеры психодиагностических заключений с использованием данных принципов.

3. Разработан дополнительный модуль интерпретатора методики ТОБер, который дает возможность покомпонентного анализа отношения женщины к беременности (в соответствии с разработанной В.Н. Мясищевым классификацией, включающей эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий компоненты отношений личности). Показана возможность его использования в дополнение к общим принципам построения интерпретатора методики ТОБер.



## ВЫВОДЫ

1. Результатом проделанного в рамках выпускной квалификационной работы исследования является уточнение психометрических характеристик методики «Тип отношения к беременности» (ТОБер), в частности, подтверждение ее высокой конструктивной валидности.

2. Разработаны, уточнены и экспериментально проверены общие принципы и технологии создания системного интерпретатора методики ТОБер. Показано, что интерпретировать результаты диагностики с помощью методики ТОБер возможно:

- по принципу использования описаний типов отношения к беременности;
- по принципу описания тем опросника методики;
- по принципу описания выбранных утверждений методики;
- по принципу системного трёхмерного описания («тип-тема-утверждение»);
- по принципу трехкомпонентного анализа отношений к беременности («эмоциональный, когнитивный, мотивационно-поведенческий»).

3. Разработан дополнительный модуль интерпретатора методики ТОБер, который основывается на описании компонентов отношений личности В.Н. Мясищева. Показана возможность его использования в дополнение к описанным выше общим принципам построения интерпретатора методики ТОБер, что позволит многомерно оценить отношение женщины к беременности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основными результатами работы являются: подтверждение высокой конструктивной валидности методики «Тип отношения к беременности» («ТОБер»); разработка общих принципов создания интерпретатора методики ТОБер; разработка дополнительного модуля системы интерпретации методики ТОБер, включающего в себя компоненты отношений личности В.Н. Мясищева: эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий.

В теоретической части раскрыты существующие подходы в области психологии беременности. Раскрыта сущность концепции отношений личности В.Н. Мясищева и психологические проявления отношения к беременности. Показаны психометрические особенности процесса разработки и стандартизации методики «Тип отношения к беременности» («ТОБер»).

В исследовательской части приведены примеры психодиагностических заключений по методике ТОБер с использованием общих принципов интерпретатора методики, а также с использованием дополнительного модуля интерпретатора, который основывается на описании компонентов отношений личности В.Н. Мясищева.

Таким образом, цель работы достигнута, задачи – решены.

Результаты работы рекомендуется использовать для многомерного анализа отношения женщин к беременности.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абрамченко, В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко. – СПб: Сотис, 2001. – 320 с.
2. Абрамченко, В.В. Перинатальная психология: теория, методология, опыт / В.В. Абрамченко, И.П. Коваленко. – Петрозаводск: Интел. Тек, 2004. – 350 с.
3. Анастаси, А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – СПб.; Питер, 2001. – 668 с.
4. Аршавский, И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющее нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / под ред. Ф.А. Сыроватко // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М., 1957. – С. 320-333.
5. Батуев, А.С. Принцип доминанты как основа когнитивного развития ребенка на ранних этапах онтогенеза / А.С. Батуев // Физиология человека. 2002. Т.28. №2. – С. 17-19.
6. Батурин, Н.А. Технология разработки тестов: часть I / Н.А. Батурин, Н.Н. Мельникова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2009. – №30 (163). – С. 4-14.
7. Батурин, Н.А. Технология разработки тестов: часть II / Н.А. Батурин, Н.Н. Мельникова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2009. – № 42 (175). – С. 11-25.
8. Батурин, Н.А. Технология разработки тестов: часть III / Н.А. Батурин, Н.Н. Мельникова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2009. – № 4 (180). – С. 4-18.
9. Батурин, Н.А. Технология разработки тестов: часть IV / Н.А. Батурин, Н.Н. Мельникова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2009. – №40 (216). – С. 13-28.

10. Батури́н, Н.А. Технология разработки тестов: часть V / Н.А. Батури́н, Н.Н. Мельникова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2009. – №5 (222). – С. 4-14.
11. Батури́н, Н.А. Технология разработки тестов: часть IV / Н.А. Батури́н, Н.Н. Мельникова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2009. – №18 (235). – С. 48-59.
12. Бледин, К.Д. Психические состояния во время беременности и в послеродовом периоде и их значение для послеродовой стерилизации: обзор / К.Д. Бледин, Б. Брайс // Бюллетень ВОЗ. – 1983. – Т. 61. № 3. – С.117-128.
13. 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. – 54 с.
14. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 736 с.
15. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др. – Л.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1987. – 16 с.
16. 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.
17. Воронова, А.А. Особенности родительского отношения незамужних матерей к своим детям: диссертация ... кандидата психологических наук / А.А. Воронова. – Психол. Ин-т Рос. Акад. Образования. – М.: 2008. – 218 с.
18. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий: их статистика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – Н.Новгород: Изд-во НГМД, 1998. – 128 с.
19. Давыдовский, И.В. Проблема причинности в медицине (этиология) / И.В. Давыдовский. – М.: Медицина, 1962. – 176 с.

20. Денисова, В.А. Влияние личностных особенностей женщин на стиль переживания беременности / В.А. Денисова // Молодой ученый. – 2011. – №12. Т.2. – С. 54-58.
21. Денисова, В.А. Я-функции личности женщины и стиль переживания беременности / В.А. Денисова // Сибирский психологический журнал. – 2011. – №41. – 76 с.
22. Добряков, И.В. Перинатальная патология / И.В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
23. Добряков, И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – №1 (45). – С. 46-50.
24. Добряков, И.В. Типология гестационной доминанты / И.В. Добряков // 3-я Международная Конференция «Ребенок в современном мире» (14-17 мая 1996 г.): тезисы конф. – СПб.: ЮНЕСКО МО России, 1996. – С. 21-22.
25. Добряков, И.В. Депрессия в период беременности / И.В. Добряков, И.А. Колесникова. – Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2008. – N 7. – С. 91-97.
26. Захаров, А.И. Влияние эмоционального состояния матери на течение беременности и родов: Из материалов конф. «Перинатальная психология и родовспоможение» / А.И. Захаров. – СПб.: 1997. – 54 с.
27. 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.]. – М.: Academia, 2001. – С. 109-113.
28. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.

29. Клайн, П. Справочное руководство по конструированию тестов: Введение в психометрическое проектирование: Перевод с английского / П. Клайн; под ред. Л.Ф. Бурлачука, – Киев: ПАН Лтд. – 1994. – 288 с.

30. Клещенко, С.А. Особенности нейровегетативной регуляции при нормальной и осложненной беременности (на основе спектрального компьютерного анализа кардиоритма матери): диссертация ... кандидата медицинских наук / С.А. Клещенко. – Новосибирск, 2002. – 30 с.

31. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.

32. Мясищев, В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / В.Н. Мясищев. – М.: НПО «Модак», 2004. – 400 с.

33. Нечаева, М.А. Беременность как проявление третьего состояния в континууме «здоровье-болезнь» и внутренняя картина беременности / М.А. Нечаева, А.В. Штрахова // Актуальн. Пробл. Медич. Науки, технол. И проф. Образования: материалы V Уральск, научно-практ. Конф. – Челябинск, 2003. – Вып. 5. – С. 156-159.

34. Нечаева, М.А. Классификация и психологическая диагностика отношения к беременности / М.А. Нечаева, М.А. Березин // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2010. – № 17 (193). – С. 33-38.

35. Нечаева, М.А. Методика «Тип отношения к беременности»: технология разработки, психометрические характеристики / М.А. Нечаева, М.А. Березин // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011. – № 18 (235). – С. 67-76.

36. Нечаева, М.А. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития: учеб. Пособие / М.А. Нечаева, А.В. Штрахова, Л.Ф. Рыбалова. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ. – 2005. – 62 с.

37. Нечаева, М.А. Психосемантические методики исследования внутренней картины беременности и их применение для оценки качества психической

адаптации беременных / М.А. Нечаева, А.В. Штрахова // Психическая и социально-психологическая адаптация: проблемы теории и практики: материалы ежегодной открытой научно-практической конференции преподавателей и аспирантов. – Челябинск: ЮУрГУ, 2005.

38. Сидоров, П.И. Перинатальная психология / П.И. Сидоров, Г.Н. Чумакова, Е.Г. Щукина. – СПб.: Изд-во СпецЛит, 2015. – С. 9-11.

39. Ухтомский, А.А. Доминанта / А.А. Ухтомский. – СПб.: Питер, 2002. – 448 с.

40. Фер, Р. Майкл. Психометрика: Введение / Р. Майкл Фер, Р. Верн. Бакарак; пер. с англ. А.С. Науменко, А.Ю. Попов. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2010. – 414 с.

41. Филиппова, Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход / Г.Г. Филиппова. – Психологический журнал, 1999, № 5, С. 81-88.

42. Филиппова, Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. Учебное пособие / Г.Г. Филиппова. – М.: Жизнь и Мысль, 1999.

43. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: учеб. Пособие / Г.Г. Филиппова. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 238 с.

44. Филиппова, Г.Г. Развитие материнского поведения в онтогенезе / Г.Г. Филиппова // Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества. – 1996. – 133 с.

45. Шмурак, Ю.В. Воспитание до рождения: теоретические размышления. Опыт развивающего пренатального воздействия. / Ю.В. Шмурак // Институт педагогических инноваций РАО – «Народное образование», 1995. – 26-29 с.

46. Bohain G, Hagekull B. «Good mothering»: maternal attitudes and mother-infant interaction. Third Congress of the World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines (1986, Stockholm, Sweden). Infant Mental Health – 2007. – no4. – 352 p.

47. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health. World Health Organization Monographs. Geneva: World Health Organization, 1951. – no2. – pp. 201-205.

48. Grossman M.L. Early child development in the context of mothering experiences. *Child Psychiatry and Human Development*, 1975. – no4. – pp. 216-223.
49. Levin J.S, Frank R.S. Maternal stress and Pregnancy outcomes. A Review of the Psychosocial Literature. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* – 2008. – no1. – pp. 3-16.
50. McDonald R.L. The role of emotional factors in obstetric complications: a review. *Psychosomatic Medicine.* – 2008. – pp. 222-237.



## ПРИЛОЖЕНИЕ А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
<i>Тема 1. Самочувствие</i>			
1	Моё самочувствие зависит от того, как ко мне относятся мои близкие	Самочувствие зависит от отношения близких	Э-1, К-0, П-0
2	Моё самочувствие прекрасное	Самочувствие прекрасное	Э-1, К-0, П-0
3	На протяжении беременности у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности	На протяжении беременности присутствует плохое самочувствие с приступами раздражительности	Э-1, К-0, П-0
4	При беременности я чувствую себя достаточно комфортно	Ощущение достаточного комфорта при беременности	Э-0, К-1, П-0
5	После того, как я забеременела, моё самочувствие ухудшилось	Ухудшение самочувствия после того, как наступила беременность	Э-1, К-0, П-0
6	Считаю, что самочувствие беременной женщины даёт основание позволить тебе капризничать	Самочувствие беременной женщины даёт основание позволить ей капризничать	Э-0, К-0, П-1
7	В период беременности я чувствую себя бодрой и активной во всём	Ощущения бодрости и активности во всём в период беременности	Э-0, К-0, П-1
8	С наступлением беременности у меня появилось больше поводов для беспокойства о своём здоровье	Возрастание поводов для беспокойства о здоровье из-за наступившей беременности	Э-1, К-0, П-1
9	Думаю, что моё самочувствие такое же, как и у любой беременной женщины	Самочувствие при беременности такое же, как у любой другой беременной женщины	Э-0, К-1, П-0
10	Я беспокоюсь по поводу любых появляющихся у меня неприятных ощущений	Наличие беспокойства по поводу любых появляющихся неприятных ощущений	Э-1, К-0, П-0
11	Беременность не мешает моей работоспособности	Беременность не мешает работоспособности (не сказывается на работоспособности)	Э-0, К-0, П-1
12	В последнее время я переживаю из-за своей несдержанности	Переживание по поводу несдержанности	Э-1, К-1, П-1
13	Мне нравится, когда окружающие относятся ко мне, прежде всего, как к беременной	Нравится отношение окружающих к женщине, прежде всего, как к беременной	Э-1, К-0, П-0
14	Я чувствую себя намного лучше, чем до беременности	Самочувствие намного лучше, чем до беременности	Э-1, К-0, П-0
15	Когда я думаю о своей беременности, моё самочувствие заметно ухудшается	Заметное ухудшение самочувствия при мыслях о беременности	Э-1, К-0, П-0
16	После наступления беременности меня преследуют опасения возможного ухудшения самочувствия	Преследование опасений возможного ухудшения самочувствия после наступления беременности	Э-1, К-0, П-1
<i>Тема 2. Настроение</i>			
1	С наступлением беременности я стала более чувствительной	Возрастание чувствительности при наступлении беременности	Э-1, К-0, П-0

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
2	В период беременности моё настроение бодрое	Бодрое настроение в период беременности	Э-1, К-0, П-0
3	Я часто беспокоюсь за ребёнка, беременность и роды	Частое беспокойство за ребёнка, беременность и роды	Э-1, К-0, П-0
4	Моё настроение достаточно спокойное	Достаточно спокойное настроение	Э-1, К-0, П-0
5	При беременности моё настроение праздничное, не омрачённое никакими проблемами	Праздничное, не омрачённое никакими проблемами настроение	Э-1, К-0, П-0
6	С самого начала беременности я чувствую напряжение и часто эмоциональную подавленность	Ощущение напряжения и частой эмоциональной подавленности с самого начала беременности	Э-1, К-0, П-0
7	На протяжении всей беременности меня не покидает ощущение счастья	Ощущение счастья на протяжении всей беременности	Э-1, К-0, П-0
8	После того, как я забеременела, никто и ничто не способно омрачить моё прекрасное настроение	Прекрасное настроение, которое никто и ничто не способно омрачить	Э-1, К-0, П-0
9	Бывает, что я не могу сдержать своё раздражение и недовольство	Раздражение и недовольство, которые бывает трудно сдерживать	Э-0, К-0, П-1
10	Меня тревожит, что вне дома я чувствую себя уязвимой и незащищенной	Тревожность по поводу ощущения себя уязвимой и незащищенной вне дома	Э-1, К-0, П-0
11	За весь период беременности у меня не было плохого настроения	Отсутствие плохого настроения в течение всего периода беременности	Э-1, К-0, П-0
12	При беременности я стараюсь избегать тревожных мыслей и переживаний, потому что моё настроение влияет на ребёнка	Стремление избегать тревожных мыслей и переживаний из-за мнения, что настроение влияет на ребёнка	Э-1, К-1, П-1
13	Мое настроение не влияет на мою работоспособность	Отсутствие влияния настроения на работоспособность	Э-0, К-0, П-1
14	Во время беременности я могу сорваться на ком-либо по малейшему поводу	Возможность сорваться на ком-либо по малейшему поводу во время беременности	Э-1, К-0, П-1
15	Мое настроение портится, если из-за беременности мне приходится чем-либо жертвовать	Смена настроения в негативную сторону при необходимости чем-либо жертвовать из-за беременности	Э-1, К-0, П-1
16	После наступления беременности я часто испытываю недовольство и злость на других	Частое недовольство и злость на других после наступления беременности	Э-1, К-0, П-1
<i>Тема 3. Отношение к ребёнку</i>			
1	Я уверена, что ребёнок будет чувствовать себя прекрасно на протяжении всей моей беременности	Уверенность в прекрасном самочувствии ребёнка на протяжении всей беременности	Э-1, К-1, П-0

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
2	Мне нравится поглаживать живот и общаться с ребёнком	Нравится поглаживание живота и общение с ребёнком	Э-1, К-0, П-1
3	Я думаю, что мой ребёнок уже сейчас не мешает вести мне активный образ жизни	Мысли о том, что ребёнок уже сейчас не мешает вести активный образ жизни	Э-0, К-0, П-1
4	Избыточное внимание окружающих к моей беременности может нанести вред моему ребёнку	Мнение о том, что избыточное внимание окружающих может нанести вред ребёнку	Э-0, К-1, П-0
5	Я очень хочу иметь своего ребёнка, даже если кто-то считает, что иногда я сама ещё ребёнок	Желание иметь своего ребёнка, несмотря на то, что кто-то считает саму женщину ещё ребёнком	Э-1, К-0, П-1
6	После наступления беременности я считаю, что ребёнок доставляет мне хлопот не меньше, чем радости	Мнение, что ребёнок доставляет хлопот не меньше, чем радости	Э-1, К-0, П-1
7	Я очень беспокоюсь о том, хватит ли у меня сил и здоровья выносить и родить ребёнка	Беспокойство по поводу нехватки сил и здоровья выносить и родить ребёнка	Э-1, К-0, П-0
8	Большая занятость работой (учебой) не оставляет мне времени думать о ребёнке и беременности	Отсутствие времени думать о ребёнке и беременности из-за большой занятости работой (учёбой)	Э-0, К-0, П-1
9	Бывает, что я сомневаюсь в том, что мне нужен ребёнок, и впоследствии сожалею об этих мыслях	Временами возникающие сомнения в необходимости иметь ребёнка и последующее сожаление об этих мыслях	Э-1, К-1, П-0
10	Думаю, ребёнок шевелится во мне потому, что ему плохо	Шевеления ребёнка воспринимаются как его плохое самочувствие	Э-1, К-0, П-0
11	Если мне кто-то или что-то действует на нервы, то со зла я могу сделать что-нибудь даже во вред своему ребёнку	Совершение чего-либо со зла даже во вред ребёнку, если кто-то или что-то действует на нервы	Э-1, К-0, П-1
12	Сейчас я делаю всё, что положено делать при беременности, не думая о будущем своего ребёнка	Выполнение всего, что положено делать при беременности, но без мыслей о будущем ребёнка	Э-0, К-1, П-1
13	С самого начала беременности ребёнок для меня – полноправный член семьи.	Восприятие ребёнка как полноправного члена семьи с самого начала беременности	Э-0, К-1, П-0
14	Иногда то, что ребёнок напоминает мне о своём существовании, вызывает у меня неприятные чувства.	Возникновение неприятных чувств, когда ребёнок напоминает о своём существовании	Э-1, К-0, П-0
15	Понимаю, что моё беспокойство за ребёнка в основном беспочвенно и излишне.	Понимание, что беспокойство за ребёнка в основном беспочвенно и излишне	Э-1, К-1, П-0
16	Бывает, что у меня не хватает терпения спокойно реагировать на поведение ребёнка во мне	Отсутствие терпения иногда спокойно реагировать на поведение ребёнка внутри	Э-1, К-0, П-1

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
<i>Тема 4. Отношение к родам</i>			
1	Я уверена, что никто не сможет упрекнуть меня за то, что я буду рожать	Уверенность, что никто не сможет упрекнуть за роды	Э-0, К-1, П-0
2	Я беспокоюсь, что проблемы со здоровьем во время беременности могут проявиться при родах	Беспокойство о том, что проблемы со здоровьем во время беременности проявятся при родах	Э-1, К-0, П-0
3	Я надеюсь, что роды не повлияют на мою привычную активность	Надежда, что роды не скажутся на привычной активности	Э-0, К-0, П-1
4	Роды для меня – это боль и трудности, а для окружающих – повод для радости	Восприятие родов как боль и трудности для себя, но как повод для радости для окружающих	Э-1, К-0, П-0
5	Считаю, что в родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему	Мнение, что при родах важно думать о ребёнке и всячески помогать ему	Э-0, К-1, П-0
6	Когда я думаю о родах, то боюсь их	Боязнь родов при мыслях о них	Э-1, К-0, П-0
7	Ожидание радости от рождения ребёнка компенсируют все связанные с родами неприятности	Ожидание радости от рождения ребёнка, несмотря на связанные с родами неприятности	Э-1, К-0, П-0
8	По мере приближения срока родов мысли о них подавляют и угнетают меня.	Мысли о родах подавляют и угнетают по мере сроков их приближения	Э-1, К-0, П-0
9	Я буду думать о родах тогда, когда придёт для этого время	Откладывание мыслей о родах до тех пор, пока не придёт время о них думать	Э-0, К-1, П-0
10	Женщина должна хорошо подготовиться к родам, так как от этого зависит их исход.	Мнение, что исход родов зависит от хорошей подготовки женщины к ним	Э-0, К-0, П-1
11	После родов для меня самым важным будет быстро восстановить мою привычную работоспособность	Самое важное после родов – быстро восстановить привычную работоспособность	Э-0, К-0, П-1
12	Считаю несправедливым то, что только матери ребёнка приходится страдать при родах	Чувство несправедливости по поводу того, что при родах приходится страдать только матери	Э-1, К-0, П-0
13	Опасаясь, что возможные осложнения во время родов повредят моему ребёнку	Опасения, что возможные осложнения во время родов повредят ребёнку	Э-1, К-0, П-0
14	Меня раздражают советы близких по поводу предстоящих родов	Чувство раздражение из-за советов близких по поводу родов	Э-1, К-1, П-0
15	Боюсь, что моё здоровье не позволит справиться с возможными трудностями во время родов	Боязнь, что здоровье не позволит справиться с возможными трудностями во время родов	Э-1, К-0, П-0

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
16	Мой образ жизни не даёт повода думать о предстоящих родах	Образ жизни не даёт повода думать о родах	Э-0, К-0, П-1
<i>Тема 5. Отношение к врачам</i>			
1	Я беспокоюсь, что при моей беременности врачи недооценивают состояние моего здоровья	Беспокойство, что врачи недооценивают состояние здоровья	Э-1, К-1, П-0
2	Иногда меня раздражают рекомендации врачей, даже если я понимаю необходимость их соблюдения	Временами возникающее раздражение по поводу рекомендаций врачей, даже при понимании необходимости их соблюдения	Э-1, К-0, П-0
3	Считаю, что лучшим моим консультантом на протяжении всей беременности может быть только врач	Мнение, что только врач – лучший консультант на протяжении всей беременности	Э-0, К-1, П-0
4	Я считаю, что активный образ жизни при беременности не даёт поводов для лишних обращений к врачам	Мнение, что активный образ жизни не даёт поводов для лишних обращений к врачам	Э-0, К-0, П-1
5	Боюсь, что из-за недостаточного внимания врачей к моему состоянию у меня будут осложнения беременности	Боязнь осложнения беременности из-за недостаточного внимания врачей к состоянию	Э-1, К-1, П-0
6	Я рада, что моя беременность проходит прекрасно и не требует вмешательства врачей	Радость, что беременность проходит прекрасно и не требует вмешательства врачей	Э-1, К-0, П-0
7	Я думаю, что моё правильное поведение в период беременности поможет мне почти обойтись без помощи врачей	Мысли о том, что правильное поведение в период беременности поможет почти обойтись без помощи врачей	Э-0, К-0, П-1
8	Думаю, что с моей беременностью лучше всего было бы наблюдаться и рожать у самого известного врача	Мысли о том, что при её беременности лучше всего наблюдаться и рожать у самого известного врача	Э-1, К-0, П-0
9	Думаю, что врачи перестраховываются, когда рекомендуют беременным ограничить свою активность и меньше заниматься привычными вещами	Мысли о том, что врачи перестраховываются, когда рекомендуют беременным ограничить свою активность	Э-0, К-1, П-0
10	Я считаю, что добровольное регулярное наблюдение у врача является правильным для каждой беременной женщины	Мнение, что добровольное регулярное наблюдение у врача – это правильно для каждой беременной	Э-0, К-1, П-0
11	Я выхожу из себя, когда сталкиваюсь с невнимательностью и недоброжелательностью в работе врачей и акушерок	Выход из себя при столкновении с невнимательностью и недоброжелательностью врачей и акушерок	Э-1, К-1, П-0
12	Врачи очень внимательно и доброжелательно относятся ко мне в период беременности	Отношение врачей воспринимается как внимательное и доброжелательное	Э-1, К-0, П-0

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
13	Иногда я раздражаюсь и обижаюсь на врачей, если они не соглашаются с моим мнением	Временами возникает обида и раздражение на врачей, если они не соглашаются с мнением беременной	Э-0, К-1, П-0
14	Врачи должны с вниманием относиться к обращению беременных к ним при любом изменении их самочувствия или поведения ребёнка	Мнение о том, что врачи должны внимательно относиться к обращению беременных к ним при любом изменении самочувствия или поведения ребёнка	Э-1, К-0, П-0
15	Конфликты медицинского персонала с беременными происходят потому, что для врачей результаты обследования и соблюдения приказов важнее, чем человеческое отношение к беременным	Мнение, что конфликты медицинского персонала с беременными происходят потому, что врачам важнее результаты обследования и соблюдения приказов, чем человеческое отношение к беременным	Э-0, К-1, П-0
16	Любое посещение врача – дополнительный повод для тревог и беспокойства	Восприятие посещения врача как дополнительного повода для тревог и беспокойства	Э-1, К-0, П-0
<i>Тема 6. Отношение к мужу</i>			
1	Мой муж поддерживает меня в стремлении быть такой же активной и бодрой, как и до беременности	Ощущение поддержки со стороны мужа в стремлении быть такой же активной и бодрой, как и до беременности	Э-0, К-1, П-0
2	Боюсь, что интерес моего мужа ко мне уменьшится из-за неизбежного ухудшения здоровья после беременности и родов	Боязнь уменьшения интереса со стороны мужа из-за неизбежного ухудшения здоровья после беременности и родов	Э-1, К-0, П-0
3	Я постоянно чувствую поддержку мужа	Постоянное ощущение поддержки со стороны мужа	Э-1, К-0, П-0
4	Мой муж изменил своё отношение ко мне из-за моего изменившегося внешнего вида и поведения в период беременности	Мнение, что отношение мужа изменилось из-за поменявшегося внешнего вида и поведения женщины в период беременности	Э-0, К-1, П-0
5	Поведение мужа в период моей беременности меня иногда раздражает и может быть причиной скандала	Временное чувство раздражения по поводу поведения мужа, восприятие поведения мужа как причина скандала	Э-1, К-0, П-1
6	Мы с мужем вместе радостно ждём ребёнка и уже готовимся к его рождению	Совместное с мужем радостное ожидание ребёнка и приготовление к его рождению	Э-1, К-0, П-0
7	Мой муж помогает мне делать мои дела, от которых я не отказываюсь, не смотря на беременность	Ощущение помощи от мужа при выполнении дел, от которых женщина не отказывается, несмотря на беременность	Э-0, К-1, П-0
8	Я делаю всё, чтобы сохранить привлекательность для своего мужа даже в период беременности	Стремление делать всё, чтобы сохранить привлекательность для мужа даже в период беременности	Э-1, К-0, П-1

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
9	У меня есть основания беспокоиться, что после родов отношение мужа ко мне изменится не в лучшую сторону	Беспокойство по поводу изменения отношения мужа не в лучшую сторону после родов	Э-1, К-0, П-1
10	Я выхожу из себя, когда мой муж относится к нашему будущему ребёнку не так, как я бы хотела	Выход женщины из себя, когда муж относится к будущему ребёнку не так, как бы она хотела	Э-1, К-0, П-0
11	Моё отношение к мужу только улучшилось от того, как он относится к моей беременности и нашему будущему ребёнку	Улучшение отношения к мужу от того, как он относится к беременности женщины и к их будущему ребёнку	Э-1, К-0, П-0
12	Мой муж с пониманием относится к тому, что я иногда срываю своё плохое настроение на нём.	Наличие понимания со стороны мужа, если беременная иногда срывает своё плохое настроение на нём	Э-1, К-0, П-0
13	Опасаясь, что из-за моего беспокойства о здоровье в период беременности мой муж может отдалиться от меня	Опасение, что муж может отдалиться от женщины из-за её беспокойства о здоровье в период беременности	Э-1, К-0, П-0
14	Мой муж ведёт себя в период моей беременности безупречно	Восприятие поведения мужа как безупречное	Э-1, К-0, П-0
15	Меня раздражает, что мой муж стал меньше понимать меня с наступлением беременности	Раздражение по поводу того, что муж стал меньше понимать её с наступлением беременности	Э-1, К-0, П-1
16	Мой муж доставляет мне удовольствие, выполняя все мои пожелания и заботясь о нас с ребёнком	Удовольствие от того, что муж выполняет все её пожелания и заботится о них с ребёнком	Э-1, К-0, П-0
<i>Тема 7. Отношение к близким</i>			
1	Мои близкие вместе со мной радуются моей беременности	Мнение, что близкие так же радуются беременности женщины, как и сама она	Э-1, К-0, П-0
2	Каждая беременная женщина должна получать такую же поддержку и заботу со стороны близких, которую оказывают мне	Считает, что каждая беременная женщина должна получать такую же поддержку и заботу со стороны близких, как она сама	Э-1, К-1, П-0
3	Мои близкие часто волнуются по поводу того, что беременность не уменьшила мою активность и увлечённость делами	Ощущение волнения близких по поводу активности женщины и увлечённостью делами во время беременности	Э-0, К-0, П-1
4	Мои близкие часто считают, что я встревожена и взволнована	Встревоженность и взволнованность женщины, которые отмечают её близкие	Э-1, К-0, П-0
5	Меня раздражает и возмущает, что близкие навязчиво интересуются моим самочувствием	Чувство раздражения и возмущения по поводу навязчивого интереса близких к самочувствию женщины	Э-1, К-0, П-0

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
6	С наступлением беременности я стала острее реагировать на невнимание близких	Острое реагирование на невнимание близких с наступлением беременности	Э-1, К-0, П-0
7	Мои близкие не участвуют в решении моих проблем, потому что знают, что я чувствую в себе силы сделать их самостоятельно	Чувство силы решать свои проблемы, которое отмечают близкие женщины	Э-0, К-1, П-0
8	Я никогда не оставлю без ответа, если мои близкие не делают скидок на мою беременность	Нетерпимость к тому, что близкие не делают скидок на беременность женщины	Э-1, К-0, П-0
9	Мои близкие разделяют моё беспокойство по поводу беременности	Чувство, что близкие разделяют беспокойство по поводу беременности	Э-1, К-0, П-0
10	Мои близкие стали счастливыми людьми, благодаря моей беременности.	Уверенность в том, что близкие стали счастливыми людьми благодаря беременности женщины	Э-1, К-0, П-0
11	Мои близкие разделяют мои чувства по поводу беременности	Ощущение, что близкие разделяют чувства женщины по поводу беременности	Э-1, К-0, П-0
12	Я считаю, что для моих близких моя беременность такое же знаменательное событие, как и для меня	Мнение, что для близких беременность женщины такое же знаменательное событие, что и для неё самой	Э-1, К-1, П-0
13	Я раздражаюсь, если мои близкие начинают давать советы и пожелания по поводу моей беременности даже, если они это делают из лучших побуждений	Чувство раздражения по поводу советов и пожеланий близких относительно беременности женщины, даже если они делают это из лучших побуждений	Э-1, К-0, П-0
14	Мои близкие всегда должны быть в курсе всех возможных осложнений при моей беременности и родах	Считает, что близкие должны быть в курсе всех возможных осложнений при её беременности и родах	Э-1, К-0, П-0
15	Меня раздражает непонимание близкими людьми моего положения беременной женщины	Чувство раздражения по поводу непонимания близкими положения беременной женщины	Э-1, К-0, П-0
16	Не все близкие мне люди понимают, что беременные нуждаются в особом внимании	Чувство, что не все близкие понимают, что беременные нуждаются в особом внимании	Э-1, К-0, П-0
<i>Тема 8. Отношение к окружающим</i>			
1	Мои контакты с окружающими ограничены из-за большой повседневной занятости	Контакты с окружением ограничены из-за большой повседневной занятости	Э-0, К-0, П-1
2	Мне неприятно, если я становлюсь свидетелем обсуждения окружающими моей беременности	Неприятно, когда становится свидетелем обсуждения её беременности со стороны окружения	Э-1, К-0, П-0



Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
3	С наступлением беременности я по-прежнему много и с удовольствием общаюсь с окружающими	Чувство удовольствия в общении с окружающими, много общения	Э-0, К-0, П-1
4	Окружающие стали осторожно общаться со мной из-за опасения вызвать моё недовольство ими	Чувство, что окружающие стали осторожно общаться с женщиной из-за опасения вызвать её недовольство ими	Э-1, К-0, П-1
5	Даже общение с другими людьми не может отвлечь меня от опасений за своё здоровье и здоровье ребёнка	Невозможность отвлечься от опасений за своё здоровье и здоровье ребёнка, даже при общении с другими людьми	Э-1, К-0, П-0
6	Думаю, что среди моего окружения всем приятно смотреть на беременных женщин	Мысли о том, что среди окружения всем приятно смотреть на беременных женщин	Э-1, К-0, П-0
7	Сейчас я считаю, что моя работа (учёба) приносит мне больше пользы, чем привычное общение с окружающими	Мнение, что сейчас работа (учёба) приносит больше пользы, чем привычное общение с окружающими	Э-0, К-0, П-1
8	Окружающие часто мне говорят, что я слишком много беспокоюсь и переживаю за беременность	Беспокойство и переживание за беременность, которые отмечают окружающие	Э-1, К-0, П-0
9	Окружающие меня люди по себе знают, что в настоящее время я не расположена к общению из-за моего настроения	Из-за настроения не расположена к общению с близкими	Э-0, К-0, П-1
10	Думаю, что окружающие так же рады моей беременности, как и я	Мнение, что окружающие так же рады беременности женщины, как и она сама	Э-1, К-0, П-0
11	Я испытываю гордость от правильной оценки окружающими моей особо роли беременной женщины	Чувство гордости от правильной оценки окружающими её особой роли беременной женщины	Э-1, К-0, П-0
12	Я испытываю потребность побыть наедине и «пообщаться» с находящимся в животе ребёнком, даже если мне комфортно с окружающими	Чувство потребности побыть наедине и «пообщаться» с находящимся в животе ребёнком, даже если ей комфортно с окружающими	Э-0, К-0, П-1
13	Бывает, что внезапная раздражительность мешает мне общаться с людьми	Внезапная раздражительность, которая иногда мешает общаться с людьми	Э-1, К-0, П-1
14	Считаю, что я не должна из-за беременности ограничивать себя в общении с другими людьми	Мнение, что она не должна из-за беременности ограничивать себя в общении с другими людьми	Э-0, К-1, П-0
15	Меня злит и раздражает, когда окружающие интересуются моей беременностью и моим будущим ребёнком	Злость и раздражение по поводу интереса окружающих беременностью и будущим ребёнком	Э-1, К-0, П-0
16	Общение с окружающими позволяет мне справиться с тревожными мыслями о беременности и родах	Общение с окружающими позволяет справиться с тревожными мыслями о беременности и родах	Э-1, К-0, П-1

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
<i>Тема 9. Отношение к образу жизни в период беременности</i>			
1	С наступлением беременности я вынуждена постоянно прислушиваться к изменениям в своём организме и подстраивать под них свою жизнь	Вынужденное прислушивание к изменениям в организме и подстраивание под них свою жизнь	Э-0, К-0, П-1
2	Я уверена, что тот обычный образ жизни, который я вела раньше, не повредит течению беременности	Уверенность, что тот обычный образ жизни, который женщина вела раньше, не повредит течению беременности	Э-0, К-1, П-0
3	Беременность не должна мешать женщине делать всё то, что она делала раньше	Мнение, что беременность не должна мешать женщине делать всё то, что она делала раньше	Э-0, К-0, П-1
4	Мне интересно беседовать с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные мною в журналах и книгах	Интерес по поводу разговоров с другими женщинами на темы о беременности и родах, прочитанные женщиной в журналах и книгах	Э-0, К-1, П-1
5	Мне не хватает терпения соблюдать предписанный мне врачами и близкими режим	Нехватка терпения соблюдать предписанный врачами и близкими режим	Э-1, К-0, П-1
6	После наступления беременности я стала замечать, что моё состояние стало больше совпадать с тем, что написано в гороскопах	Отмечает, что её состояние стало больше совпадать с тем, что написано в гороскопах	Э-0, К-1, П-0
7	Моё хорошее настроение ещё больше улучшается, когда я делаю то, что хочу, а не только то, что полезно для беременных	Улучшение и без того хорошего настроения, когда женщина делает то, что хочет, а не только то, что полезно для беременных	Э-1, К-1, П-1
8	Я не считаю для себя нужным и полезным вести принятый для беременных образ жизни	Не считает для себя нужным и полезным вести принятый для беременных образ жизни	Э-0, К-0, П-1
9	Я стала лучше понимать роль женщины в нашей жизни только после того, как сама стала беременной	Лучшее понимание роли женщины в жизни только после того, как сама забеременела	Э-0, К-1, П-0
10	Только будучи беременной, я понимаю, что окружающая среда создаёт слишком много поводов для беспокойства женщины	Только будучи беременной понимает, что окружающая среда создаёт слишком много поводов для беспокойства	Э-0, К-1, П-0
11	Я не считаю, что беременные женщины должны отказывать себе в том, что раньше доставляло им удовольствие	Не считает, что беременные женщины должны отказывать себе в том, что раньше доставляло им удовольствие	Э-1, К-1, П-1
12	Беременность помешала мне выполнить то, что я считала нужным сделать в своей жизни	Мысли о том, что беременность помешала выполнить что-то нужное в жизни	Э-0, К-1, П-0

Продолжение приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
13	Считаю, что ограничения в жизни при беременности лучше всего помогает быть здоровой	Считает, что ограничения в жизни при беременности лучше всего помогают быть здоровой	Э-0, К-1, П-1
14	Моя повседневная занятость приводит к тому, что я часто забываю о своей беременности	Часто забывает о своей беременности из-за повседневной занятости	Э-0, К-0, П-1
15	Жизнь беременной женщины даёт слишком много поводов и оснований для того, чтобы чувствовать себя утомлённой	Мнение о том, что жизнь беременной женщины даёт слишком много оснований и поводов для того, чтобы чувствовать себя утомлённой	Э-0, К-1, П-0
16	Беременная женщина имеет право получать всё, чего пожелает	Считает, что женщина имеет право получать всё, чего пожелает	Э-1, К-0, П-0
<i>Тема 10. Отношение к образу жизни после родов</i>			
1	Я считаю преждевременным думать о том, как у меня будет складываться кормление грудью	Преждевременные мысли о том, как будет складываться кормление грудью	Э-0, К-1, П-1
2	Моя занятость повседневными делами не оставляет мне времени подумать о том, как будет складываться моя жизнь после родов	Нет времени думать о том, как будет складываться жизнь после родов из-за занятости повседневными делами	Э-0, К-1, П-1
3	Я переживаю, что после родов из-за моего здоровья у меня будет мало молока	Переживание по поводу того, что после родов из-за здоровья будет мало молока	Э-1, К-0, П-0
4	Я считаю, что кормление грудью в наше время является самым важным для развития ребёнка	Считает, что кормление грудью в наше время является самым важным для развития ребёнка	Э-0, К-1, П-0
5	Думаю, что после родов я долгое время буду чувствовать себя утомлённой и уставшей	Мысли о том, что после родов будет чувствовать себя утомлённой и уставшей	Э-1, К-0, П-0
6	Я не буду никому лишний раз показывать своего малыша из-за опасения, что другие люди могут нанести ему вред	Отказ лишний раз показывать своего малыша из-за опасения, что другие люди могут нанести ему вред	Э-1, К-1, П-0
7	Я считаю, что кормление грудью создаёт современной женщине много проблем	Мнение о том, что кормление грудью создаёт современной женщине много проблем	Э-0, К-1, П-0
8	Я уверена, что рождение ребёнка сделает меня совершенно счастливым человеком	Уверенность, что рождение ребёнка сделает совершенно счастливым человеком	Э-1, К-0, П-0
9	После родов беременной женщине необходимо как можно быстрее вернуться к работе, не смотря на возможные проблемы с кормлением ребёнка грудью	Мнение о том, что после родов беременной женщине необходимо как можно быстрее вернуться к работе, несмотря на возможные проблемы с кормлением	Э-0, К-0, П-1

Окончание приложения А

№	Утверждения методики ТОБер	Переформулированные утверждения	Факторы
10	Хочу, чтобы ребёнок быстрее подрос и не требовал пристального контроля и внимания	Желание, чтобы ребёнок быстрее подрос и не требовал пристального контроля и внимания	Э-0, К-1, П-0
11	Я опасуюсь, что после рождения ребёнка могу не справиться с уходом за ним	Чувство опасения, что после рождения ребёнка может не справиться с уходом за ним	Э-1, К-0, П-0
12	Я хочу, чтобы все мои близкие и родные всегда помогали мне в уходе за моим ребёнком	Желание, чтобы все близкие и родные всегда помогали в уходе за ребёнком	Э-1, К-0, П-0
13	Я не понимаю, как стирка пелёнок, уход за ребёнком и его гигиеной может вызывать положительные эмоции	Непонимание по поводу того, как стирка пелёнок и уход за ребёнком может вызывать положительные эмоции	Э-1, К-0, П-0
14	Лучше не думать о том, что будет после родов и наслаждаться тем, что ребёнок пока ещё во мне	Наслаждение тем, что ребёнок ещё внутри и отсутствие мыслей о том, что будет после родов	Э-1, К-0, П-0
15	Опасуюсь, что после родов естественные усталость, истощённость и апатия не позволят мне оказывать необходимое внимание ребёнку	Чувство опасения, что после родов естественные усталость, истощённость и апатия не позволят оказывать необходимое внимание ребёнку	Э-1, К-0, П-0
16	Я очень хочу кормить своего ребёнка грудью, но беспокоюсь, что с этим могут быть какие-либо проблемы	Желание кормить ребёнка грудью, но беспокойство, что с этим могут быть проблемы	Э-1, К-0, П-0