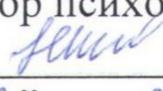


Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)
Факультет психологии
Кафедра генетической и клинической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК

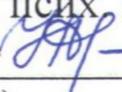
Руководитель ООП
доктор психол. наук, профессор
 Н.В. Козлова
« 22 »  2019 г.

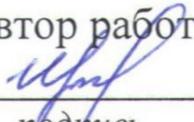
ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ТРЕХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ
ГРУПП: ЗДОРОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, БЕРЕМЕННОСТЬ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ, БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЭКО

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Иванова Татьяна Андреевна

Руководитель
канд псих. наук
 А. Л. Ульянич
подпись
« _____ » _____ 2019 г.

Автор работы
 Т.А. Иванова
подпись

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1 Особенности периода беременности, содержание и компоненты внутренней картины беременности	9
1.1 Понятие внутренней картины беременности	9
1.1.1 Особенности внутренней картины беременности	9
1.1.2 Эмоциональный компонент внутренней картины беременности	14
1.1.3 Мотивационный компонент внутренней картины беременности	17
1.2 Психологические особенности периода беременности в разных нозологических группах	20
1.2.1 Особенности периода беременности у женщин со здоровой беременностью	21
1.2.2 Особенности периода беременности у беременных женщин с экстрагенитальной патологией	23
1.2.3 Особенности периода беременности у женщин, получивших беременность с помощью ЭКО	25
2 Компоненты внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО	28
2.1 Описание выборки исследования	28
2.2 Описание использованных методик	29
2.3 Анализ мотивационного и эмоционального компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО.	34
2.4 Различия в показателях компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО.	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	46
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	50
ПРИЛОЖЕНИЕ А Анкета «Моя Беременность»	55
ПРИЛОЖЕНИЕ Б Тест «Самооценка психических состояний»	61
ПРИЛОЖЕНИЕ В Методика изучения депрессии Бека	63
ПРИЛОЖЕНИЕ Г Пример рисунка благоприятной ситуации	67
ПРИЛОЖЕНИЕ Д Пример рисунка ситуации тревоги	68

ВВЕДЕНИЕ

Беременность – это важное событие, которое должно оставлять неизгладимый отпечаток в жизни каждой женщины. Это диктуется не только дальнейшим рождением и воспитанием ребенка, но и непосредственно теми эмоциями и психическим состоянием, которые испытывает женщина во время беременности. Социальная ситуация, в которой находится женщина, стресс-факторы, психологическое и физиологическое здоровье, все это имеет непосредственное влияние на психоэмоциональное состояние беременных. Большая часть беременных склонны к резким эмоциональным сбоям, это связано в первую очередь с физиологическими изменениями, которые происходят в организме женщины. Но это только одни из немногих факторов, влияющих на психоэмоциональное состояние беременных женщин. Некоторыми учеными такими, как О.А. Копыл, О.В. Баженова, Л.Л. Баз выделяется изменение самосознания беременной женщины в процессе беременности как фактор, влияющий на дальнейшее протекание беременности и психическое здоровье ребенка [6]. Другие исследования направлены на изучение влияния психоэмоционального состояния женщины на репродуктивную функцию, течение беременности и перинатальные исходы [43]. Филиппова Г.Г., Баженова О.Б., Мещерякова С.Ю., Брутман В.И., Брехман Г.И., Радионова М.С. и др. занимались общими проблемами психологии материнства: материнские ожидания, установки, воспитательные стратегии, удовлетворенность материнской ролью, готовность к материнству и особенностей материнско-детского взаимодействия в постнатальном периоде. Все эти ученые рассматривают материнство как психосоциальный феномен, а это значит, что неотъемлемым компонентом положительного протекания беременности, и появления на свет здорового поколения является не только психоэмоциональное состояние женщин, но и особенности становления «внутренней материнской позиции».

Пренатальный период, это один из важнейших периодов развития человека, поэтому изучение основ протекания беременности является важной исследовательской задачей. Существует множество работ подтверждающих взаимосвязь психологического состояния беременной женщины, принятие материнской роли (готовность к материнству) с физиологическим течением беременности и дальнейшим психическим развитием ребенка. Так, например, в работах Филипповой Г.Г. указывается, что в период беременности закрепляются основы материнско-ролевых функций, и происходит окончательное становление материнской сферы. Е.Б. Айвазян, основываясь на положениях культурно-исторического развития человека, выделяет период беременности как одну из социальных ситуаций развития беременных и, по аналогии с определением понятия внутренняя картина

болезни, вводит понятие «внутренняя картина беременности» (ВКБЕР), которое определяется как комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанных с ее беременностью, на основе которого она строит свое поведение. В связи с этим можно сделать вывод о необходимости построения психологических программ ведения беременности, в которых будут учитываться отклонения в материнском поведении, невозможность принятия материнских функций и общий негативный фон переживания беременности.

Еще более остро этот вопрос встает, когда мы рассматриваем не только нормальное течение беременности, но и специфические формы, такие как, беременность при экстрагенитальной патологии (ЭГП) и беременность с помощью ЭКО. В данных случаях беременность осложняется наличием либо соматической патологии, либо диагнозом бесплодие, которые затрудняют принятие роли матери и включение их во внутреннюю картину беременности. Помимо особых соматических условий появления беременности, вынашивание и рождение ребенка с помощью ЭКО происходит в особых психологических условиях. Во-первых, зачастую процедуре ЭКО предшествует длительная история бесплодия, для многих пар ЭКО является последним шансом на родительство. Как следствие продолжительной истории борьбы с бесплодием в анамнезе возраст матери, участвующей в программе ЭКО, существенно выше среднего возраста рождения первого ребенка при естественной беременности. Вероятность наступления беременности при использовании процедуры экстракорпорального оплодотворения около 50%. Беременность при ЭКО сопровождается повышенным риском выкидыша, возникновения соматических осложнений, нарушением маточно-плацентарного кровотока и т.д. Многие участницы программы ЭКО имеют в анамнезе репродуктивные потери и даже неудачные попытки ЭКО. Таким образом, можно с уверенностью сделать вывод о том, что беременность при ЭКО проходит в стрессовых условиях и имеет свою специфику в становлении материнской позиции [55].

Несмотря на практическую значимость, научных исследований по данной тематике крайне мало, и из тех, которые существуют на данный момент, большая часть представляет собой медицинские рекомендации. В настоящее время в медицинских учреждениях используется методика введения беременных после ЭКО и беременных с экстрагенитальной патологией, но минусом таких методик является отсутствие психологического компонента введения беременности. Ставится задача изучения психологии материнства, как обязательного компонента процесса формирования данных программ. В данном аспекте материнство рассматривается не только как репродуктивная функция женщин или условие для развития ребенка, но и как особая потребностно-мотивационная составляющая психологии женщины, формирующаяся на протяжении всей жизни [51].

Актуальность дипломной работы диктуется необходимостью изучения факторов, влияющих на течение и исход беременности, и дальнейшее использование этих данных для улучшения условий сопровождения беременности. Становление родительской позиции при беременности с помощью ЭКО и беременности с экстрагенитальной патологией проходит в условиях, которые могут служить источником особого отношения к ребенку, к материнству и к себе в роли матери. Поэтому важен учет этих особенностей протекания беременности для дальнейших профилактических и коррекционных мероприятий.

Цель исследования – выявить и описать различия в показателях компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО.

Объект исследования: психологические особенности беременных женщин со здоровой беременностью, беременностью с экстрагенитальной патологией и ЭКО.

Предмет исследования: различия в показателях компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО.

Гипотеза определяется предположением о том, что существует различия в эмоциональном и мотивационном компонентах внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Произвести обзор современных исследований по изучению психологических особенностей беременных женщин с соматически осложненной беременностью.
2. Провести анализ эмоционального и мотивационного компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, экстрагенитальная патология, беременность после ЭКО.
3. Проанализировать отношение к материнству, к ситуации беременности и к ребенку у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, экстрагенитальная патология, беременность после ЭКО.
4. Выявить и описать различия в содержании эмоционального и мотивационного компонентов у беременных женщин с нормальным физиологическим течением беременности, экстрагенитальной патологией и беременных после ЭКО.

Методология исследования: теоретическую базу исследования составляют концепция о формировании психологической готовности женщины к материнству, представленная в трудах отечественных авторов таких, как Филиппова Г.Г., Баженова О.В.,

Брутман В.И., Мещерякова С.Ю., теория становления внутренней картины беременности представлена в работах Айвазян Е.Б., Якуповой В.А. В соответствии с этой теорией беременность может быть рассмотрена не только как физиологический процесс, но и как изменение социальной ситуации развития, подразумевающее перемену объективной социальной позиции женщины и развитие новой внутренней позиции - «внутренней материнской позиции». Еще одним методологическим основанием данного исследования является представление о роли репродуктивной мотивации в становлении материнской идентичности, рассмотренная в работах Боровиковой Н.В., Магденко О.В., Федоренко С.А., Добрякова И.В.

В данной работе были использованы следующие методы сбора информации:

1. Анкета «Моя беременность»
2. Тест «Самооценка психических состояний» (Г. Айзенка)
3. Методика изучения депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI)
4. Рисуночный тест «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы SPSS 22.0. Для проверки нормальности распределения использовался метод оценки показателей асимметрии и эксцесса. Был выполнен подсчет описательных статистик для всех нозологических групп. Сравнительный анализ трех нозологических групп беременных женщин (здоровые, экстрагенитальная патология, беременность после ЭКО), проводился с помощью непараметрического критерия Краскела-Уоллиса.

Выборка исследования: было проведено исследование на базе ОГАУЗ Родильный дом № 4, г. Томска и Медицинского центра «Авицена» г. Новосибирска. В исследовании приняло участие 294 беременных женщин в возрасте от 19 до 43 лет, из которых 49 женщин были отнесены к категории женщин со здоровой беременностью, 72 имеют экстрагенитальную патологию беременности, а 173 женщин, получивших беременность с помощью ЭКО.

Научная новизна:

Изучена специфика эмоционального и мотивационного компонентов внутренней картины беременности у женщин со здоровой беременностью, и соотнесена с характеристиками группы женщин с экстрагенитальной патологией и группы ЭКО.

Установлено, что содержание мотивационного компонента внутренней картины беременности для женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО, характеризуется большей осознанностью в вопросах планирования беременности, а эмоционального компонента – большей тревожностью за исход и течение беременности.

Определено содержание компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин с экстрагенитальной патологией: на уровне мотивационного компонента – выбор мотива сохранения беременности ради рождения ребенка определенного пола, на уровне ценностного компонента – не принятие ценностей беременности и трудности в формировании материнской позиции.

Раскрыто содержание эмоционального компонента внутренней картины беременности для женщин со здоровой беременностью. Для них характерно доминирование мотивов сохранения беременности для материальной выгоды и использование беременности в качестве протеста и для реализации потребности в любви.

Практическая значимость: Результаты, полученные в ходе исследования, могут быть использованы в построении комплексных методик направления помощи беременным женщинам с экстрагенитальной патологией и женщин, беременность которых наступила после ЭКО, так как эти данные позволяют выявить возможности коррекции отношения к беременности у женщин данных нозологических групп, а именно изменение деструктивных мотивов сохранения беременности.

Использование этих данных может способствовать улучшению эффективности программ по введению беременности у женщин после ЭКО в медицинских учреждениях, психологических центрах, в центрах репродуктивного здоровья и т.д. Результаты, полученные в исследовании, позволят проводить комплексную психологическую работу с беременными женщинами, с учетом специфики их беременности (здоровые, экстрагенитальная патология, беременность после ЭКО).

1 Особенности периода беременности, содержание и компоненты внутренней картины беременности

1.1 Понятие внутренней картины беременности

1.1.1 Особенности внутренней картины беременности

Беременность имеет свое место на континууме «здоровье-болезнь» как специфический вариант особого состояния, который не относится ни к болезни, ни к здоровью. Но в период беременности, определенно, происходят физиологические изменения, которые оказывают большое влияние на протекание всех процессов в организме. То есть, женский организм полностью перестраивает свои функциональные системы под новое состояние – беременность. Таким же образом происходят и изменения в самосознании женщины, происходит перестройка всех психических процессов с ориентацией на материнскую сферу. Отражаясь в сознании, эти изменения должны включаться во внутренний план всей психической жизни женщины – внутреннюю картину беременности (ВКБер). Нечаева М.А., Беребин М.А. в своей работе определяют ВКБер как психологическое новообразование (конструкт), формирующееся в онтогенезе материнской сферы женщины и актуализирующееся при наступлении беременности. Внутренней картиной беременности они называют комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанных с ее беременностью, формирующийся у беременной женщины образ беременности, на основе которого она строит свое поведение, направленное на приспособление к ней или устранение ее [39].

В отечественной психологии Л. С. Выготским период беременности был определен как критический, это момент когда определяется дальнейшее становление не только жизни ребенка, но и всех членов семьи, в особенности матери. Когда вопрос сохранения беременности решен положительно, запускаются глубокие изменения в самосознании женщины, происходит работа по принятию роли матери и возникновению нового конструкта, внутренней материнской позиции. Беременность – это такой период становления материнства, на протяжении которого формируется та часть личности будущей матери, способствующая последующему выполнению материнской роли. В некоторых исследованиях описывается интересная точка зрения на период формирования самосознания беременной женщины. Беременность определяется как критический период, диктуется это тем, что девушка, проходящая путь отделения и обособления от собственной матери, переходит к созданию единой связи с вынашиваемым ребенком. Этот период обладает сложным и противоречивым характером, наличием внутренних преобразований личности.

Как итог этого сложного и длительного процесса является появление такой конструкты, как внутренняя материнская позиция.

В работе Айвазян Е.Б. поднимается вопрос о соотношении периода беременности с периодом перехода к школьному обучению (кризис 7 лет), т.к. и в том и в другом случае имеется ряд схожих характеристик. Происходит перестройка под давлением внешних факторов: переход в новую социальную позицию диктуется некими объективными событиями - достижением определенного, нормативного для поступления в школу возраста или наступлением беременности. Появляется новая позиция либо ученика, либо позиция матери. Наличие новой позиции предполагает также появление новых видов деятельности в жизни человека, новых обязанностей и прав, что определяет положение человека в обществе. Это положение четко регламентируется и контролируется обществом, по сути, само постановление человека в определенную позицию является задачей, поставленной обществом. Также в обеих позициях возникают временные рамки, в которых человек должен обрести специфические формы готовности к выполнению будущей деятельности и принятию новой роли. Так в случае с переходом к школе психологическая готовность должна быть сформирована к 1 сентября, а в случае беременности, женщина должна быть готова к выполнению материнских функций к моменту рождения ребенка. Таким образом, основываясь на выводах о схожести этих двух кризисных ситуаций, можно провести аналогию и во внутреннем плане становления новой роли. Внутренняя готовность к школьному обучению обеспечивается принятием «внутренней позиции школьника», из чего можно сделать вывод, что психологическая готовность к материнству обеспечивается наличием «внутренней материнской позиции (ВМП)» и процесс принятия ВМП происходит во время беременности. Внутренняя материнская позиция определяется как особая система потребностей, связанных с материнством как общественно значимой деятельностью [3].

Ранее говорилось о том, что становление материнской сферы происходит на протяжении всей жизни женщины. Уже у подростков можно наблюдать мысли и представления о том, как необходимо обеспечивать материнские функции, как заботится о ребенке, поднимается вопрос «какая я буду мама». Все это говорит о том, что некоторые составные части материнского поведения уже существует на момент беременности в абстрактной или не совсем оформленном виде. В период беременности эти компоненты актуализируются и развиваются до конечных форм. Можно предположить, что развитие этих компонентов происходит на разных психологических уровнях. Выделяются формы поведения женщин, которые относятся к когнитивному плану ВМП. Так беременные женщины склонны выделять свойства характера будущего малыша, наделять его портретными характеристиками, они могут предполагать наличие того или иного состояния

у малыша. К примеру, интерпретация шевеления плода у матерей может быть разной: «переворачивается», «проснулся», «активничает», «бодрствует» и т.д. Беременность считается первой стадией родительства и называет ее «стадией формирования образа», когда родители «пытаются представить себе, какими родителями они будут, оценивая свои ожидаемые действия согласно собственным стандартам идеального родителя» [3].

Мотивационный план ВМП характеризуется ориентировкой поведения женщины на обеспечение комфортных условий для ребенка. Обнаруживается стремление беременных женщин к взаимодействию с ребенком и заботе о нем, то есть к деятельности, составляющей сущность материнства. Некоторые беременные начинают активно осваивать теоретический аспект материнства, читают литературу, ходят на курсы для мам, стараются полностью удовлетворить все потребности малыша. Психологическое ядро мотивационного компонента составляют ценностно-смысловая сфера женщины по отношению к беременности, значимость и ценность ребенка для нее. Так например, ситуация, когда сохранение беременности воспринимается как помеха для личностного роста и саморазвития женщины, определяет специфику образа материнства и становится причиной формирования неблагоприятного материнского отношения к ребенку.

И особенно важным в становлении материнства является эмоциональный компонент ВМП. Когда женщина принимает свою беременность и осознает свое положение, у нее с одной стороны возникают чувства воодушевления, любви, приподнятого настроения, но с другой стороны эти чувства вступают в противоречие с тревогой и беспокойством за жизнь ребенка, порожденными фантазиями беременной женщиной и страхом перед родами. Многие матери уже во время беременности имеют глубокие чувства привязанности к ребенку. «Привязанность матери к ребенку», разрабатывалась в западной психологии на основе теории привязанности Дж.Булби и М.Эйнсворт. Считается, что осознание существования ребенка, появляющееся в период беременности, возможно, даже с момента зачатия, и кинестетическое ощущение плода, особенно в течение последних 5 месяцев беременности, играют решающую роль в установлении материнской привязанности к младенцу. Привязанность может быть выражена в различной степени: некоторые женщины выражают привязанность к плоду и воспринимают плод как реального человека уже в течение первого триместра, и многие замечают и приписывают значение различным движениям плода, развивая, таким образом, персональные отношения с ним. По словам многих мам, ситуация первого ультразвукового обследования, возможность не только соматочувственного, но и зрительного восприятия ребенка, явилась очень сильным и значимым переживанием и оценивалась как первая встреча с любимым человеком [3].

Таким образом, мы можем говорить о наличии некоторых предопределяющих форм материнского поведения, которые в период смены социальной позиции (социальная позиция беременной) развиваются и приводят к формированию нового конструкта во внутреннем плане женщины – внутренней материнской позиции. Это подтверждается тем, что еще до беременности у женщины есть представления себя, как матери, образа будущего ребенка и др. Наступление беременности ставит женщину перед фактом будущего материнства, и его осознание означает осознание существования ребенка, который в определенном смысле в этот момент «рождается» для нее, включается в ее жизнь, начинает занимать в ней особое место, вызывать особые чувства и действия. Можно предположить, что в период беременности происходит переход предубеждений ВМП из идеального, абстрактного плана в плоскость актуальных потребностей и отношений и их организация в единую иерархически связанную систему, которая постепенно начинает определять и регулировать материнское поведение.

Еще одной точкой зрения на процесс развития картины беременности является идея о «стилях переживания беременности» Г.Г. Филипповой. Под стилем переживания беременности она понимает субъективные ощущения симптоматики беременности, эмоциональный и физический компонент переживания в тот период, когда происходит сличение «своего Я» с материнской ролью, актуальное душевное состояние на протяжении всего периода беременности, распознавание шевелений плода и эмоциональная оценка этих ощущений и т.д.

По соотнесению особенностей стиля переживания беременности, можно сделать вывод о том каким образом развивается внутренняя материнская позиция у беременной женщины. Основываясь на особенностях поведения и эмоционального реагирования матерей на изменения, связанные с беременностью, Филиппова выделяет шесть стилей переживания беременности:

1. Адекватный стиль: беременные спокойно реагируют на сам факт беременности, не появляется продолжительных отрицательных эмоций. Актуальное состояние в первом триместре оценивается как позитивное с всплесками раздражения и печали (кратковременны и ситуативны), нарастание тревоги к концу беременности, в связи с предстоящими родами (при этом вся деятельность перестраивается на благоприятное родоразрешение). На ранних этапах может распознать шевеления ребенка (16-18 недель). Женщина легко идентифицирует движения ребенка и принимает их позитивно, она может с легкостью соотнести определённые шевеления малыша с его настроением или желаниями.

2. Тревожный стиль: сам факт беременности воспринимается как угрожающий и вызывает тревогу. Все проявления беременности сопровождаются болезненными ощущениями (в том числе и шевеления ребенка), они вызывают еще больший стресс и тревогу. Эмоциональный фон первого триместра чаще тревожный, иногда с добавлением депрессивной симптоматики, во втором триместре происходит нормализация состояния, и с приближением родов снова можно наблюдать нарастание тревожности.
3. Эйфорический стиль: данный тип характеризуется эйфорическим, приподнятым настроением на протяжении всего периода беременности. У таких беременных чаще присутствуют инфантильные черты характера, которые проявляются в неспособности прогнозировать трудности, которые могут появиться как и в течении беременности, так и после родов, при выполнении родительских функций. Такие беременные с трудом могут дифференцировать движения ребенка от своих собственных физиологических ощущений.
4. Игнорирующий стиль: явным проявлением такого стиля является позднее обращение таких беременных к гинекологу. Это связано с тем, что им сложно определить сам факт беременности, чаще всего идентификация происходит на поздних сроках (уже по явным видимым и остальным людям симптомам). Сама беременность не вызывает никаких переживаний, женщина чувствует себя на протяжении всей беременности почти также как и до нее. Движения ребенка сначала игнорируются и оцениваются как физиологические ощущения, к концу беременности вызывают дискомфорт. У таких беременных нет перестройки мотивационной сферы к будущему родителству, основными остаются повседневные дела, не связанные с ребенком.
5. Амбивалентный стиль: данный стиль очень схож с тревожным, однако у таких женщин отсутствие позитивных эмоций оправдывается внешними обстоятельствами, которые мешают беременной полностью погрузиться в материнство. Любые движения ребенка оцениваются как болевые и вызывают негативные эмоции, но маскируются под переживания за жизнь малыша.
6. Отвергающий стиль: факт беременности оценивается как нехороший, неудобный и вызывает отрицательные чувства. Движения ребенка воспринимаются как дискомфортные и болевые, иногда вся симптоматика беременности принимается как что-то постыдное. На протяжении всего периода беременности негативный фон настроения, к концу беременности возможны депрессивные эпизоды.

О готовности к материнству будет свидетельствовать адекватный стиль переживания беременности, все остальные будут способствовать формированию неправильных форм

поведения у родителей по отношению к своему ребенку, негативному или отстраненному отношению к нему, возникновению послеродовой депрессии у матери и неудовлетворенности детско-родительскими отношениями.

1.1.2 Эмоциональный компонент внутренней картины беременности

В период беременности происходят большие перемены не только в телесных проявлениях, но также и в эмоциональном реагировании на сам процесс развития плода и в отношении к будущей роли матери. В медицинских исследованиях большую роль в возникновении данных феноменов отдают изменению гормонального фона и полной перестройке организма под вынашивание будущего ребенка. Однако в большинстве психологических исследованиях данные явления рассматривают как особенности становления будущих отношений в диаде «мать – дитя». Немаловажным является процесс становления полоролевой и материнской идентичности, который происходит в процессе идентификации женщины со своей матерью, здесь важен как компонент женской идентичности, так и принятие материнской роли. Любого рода отклонения в отношениях между матерью и дочерью приводят к искажению полоролевой и материнской идентичности, и соответственно к усвоению неправильных форм материнского поведения, которые в последующем будут транслироваться на будущего ребенка.

По мнению многих исследователей, эффективность построения детско-родительских отношений зависит от сформированности у беременной женщины такого конструкта, как «готовность к материнству». Психологическую готовность понимают, как способность женщины воспринимать своего еще не родившегося ребенка как субъекта. От того насколько у беременной женщины высокий уровень готовности к материнству зависит дальнейшее развитие эмоциональных отношений между матерью и ребенком. Об этом также говорит Дж. Боулби в своей работе «привязанность». Он утверждает, что даже непосредственно сразу после зачатия женщина может ощущать присутствие плода, что способствует формированию пренатальной привязанности (беременные начинают воспринимать плод, как реально существующего человека, и приписывают ему особенности характера в соотношении с субъективной оценкой характера движений малыша, тем самым персонифицируя отношения с ним).

Наиболее продуктивными считаются условия полного принятия будущего ребенка матерью, без отсылки к предпочтениям пола или характера ребенка, без утвердившихся представлений о том, как ребенок должен себя вести и каким должен быть, при этом важно соотношения образа будущего ребенка с реальным его возрастом. В ценностно-смысловой

сфере беременной женщины можно увидеть трансформацию всей иерархии мотивов под будущее выполнение родительских функций и направленность на интересы ребенка.

М.Е. Ланцбург предлагает оценивать степень готовности к родительству по наличию у женщины пяти ресурсов:

- личностный: личностная зрелость и личностный смысл родительства;
- эмоциональный: эмоциональная компетентность, уровень контроля над эмоциями;
- когнитивный: общие интеллектуальные способности, знания об уходе и развитии ребенка;
- операциональный: сформированность навыков по уходу и воспитанию ребенка;
- психофизиологический: функциональное состояние организма. [Ланцбург]

Также в западных исследованиях можно встретить понятие «пренатальные ожидания», которые характеризуются как способность к мысленному прогнозированию будущего материнства. Таким образом, первоначальная адаптация женщины к материнству связана с ее пренатальными ожиданиями относительно материнской роли и младенца, а полное принятие материнской роли или идентичности происходит после рождения ребенка в ходе реального взаимодействия с ним в течение раннего послеродового периода [Айвазян].

Мотивация сохранения беременности определяет дальнейший исход беременности, и многие могут обозначить момент принятия решения о сохранении беременности как начальную точку становления материнской сферы. Так, например, в исследовании В.И. Брутман с соавт. выделяют стадии принятия решения о сохранении беременности, период беременности до шевеления плода, период после шевеления, роды, послеродовой период. В некоторых зарубежных источниках можно найти работы, описывающие развитие привязанности матерей к плоду в динамике беременности. В них говорится о возникновении глубоких чувств привязанности к плоду на начальных этапах беременности, которые в последующем обретают более персонифицированный характер. Данная группа исследований акцентируют свое внимание на влиянии периода беременности в обретении чувства материнства и освоении родительской роли. Вторая группа исследований показывает, что беременность это только один из этапов на пути к овладению материнской роли. Можно представить себе материнство как процесс динамический, не возникающий сиюминутно, а формирующийся на протяжении всей жизни женщины.

Так в своей работе Г.Г. Филиппова описывает онтогенез материнской сферы и выделяет шесть этапов ее становления:

1. Этап взаимодействия с собственной матерью в раннем онтогенезе.

Этот период длится с начала беременности и продолжается на протяжении всего онтогенеза женщины, в ситуациях взаимодействия с собственной матерью (или другими

людьми, выполняющими материнские функции). Как известно, у любого процесса развития имеются свои сензитивные периоды, так и в материнской сфере наиболее критическим временным интервалом считают период до 3-х лет. Этот этап определяют как период формирования базового доверия к миру у ребенка и эмоциональной привязанности к близким людям (основной фигурой является мать). На этом этапе происходит формирование и развитие эмоционального значения ситуации материнско-детского взаимодействия, а также эмоциональной реакции на некоторые ключевые стимулы первого компонента гештальта младенчества и элементы операционального состава (baby talk, мимические реакции, эмоциональная окраска движений при взаимодействии с объектом, носителем гештальта младенчества) [Филиппова].

2. Игровой этап и взаимодействие со сверстниками.

Игра сама по себе является ведущей деятельностью на определенной стадии развития человека, которая способствует лучшему усвоению и включению во внутренний план социальных норм, правил. Так дети посредством сюжетно-ролевой игры изучают способы взаимодействия детей и родителей, они как бы переносят реальное поведение, которое наблюдали или запомнили из собственного опыта, в известные всем игры дочки-матери, изображая семью, заботясь о куклах и т.д.

3. Этап нянченья.

Данный период схож с предыдущим, но отличительной его особенностью является то, что родительское поведение, которое копируется детьми, переносится из плана игры и включается в реальное взаимодействие с каким-либо ребенком (сестры, братья, племянники и др.). Этот период важен тем, что в нем закладываются знание о ребенке как об объекте материнской деятельности, знание о том каким образом необходимо оказывать заботу о ребенке и как удовлетворять его потребности. Появляется своя собственная потребность в материнстве.

4. Этап дифференциации мотивационных основ половой и родительской и (в данном случае — материнской) потребностно-мотивационных сфер поведения.

Во внутреннем плане человека происходит некоторое совмещение мотивационных основ родительской и половой сферы. Важное значение имеет объединение компонентов гештальта младенчества на ребенке — как объекте деятельности — до начала полового созревания. Что оказывает адекватное восприятие ребенка после родов. Этот этап связывается с осознанием связи половой и материнской потребностно-мотивационных сфер поведения и конкретно-культурных моделей полового и материнского поведения.

5. Этап конкретизации онтогенетического развития материнской сферы в реальном взаимодействии с ребенком.

Этот этап характеризуется уже более осознанным включением женщины в процесс материнства в связи с будущим освоением материнской роли. Здесь можно выделить несколько основных подпериодов: беременность, роды, послеродовой период, младенческий возраст ребенка и период перехода к следующему, шестому этапу развития материнской сферы, основанный на динамике третьего компонента гештальта младенчества.

б. Последний, шестой этап развития материнской сферы.

Период непосредственного контакта матери с ребенком после родов. Здесь можно говорить о формировании привязанности к объекту материнской деятельности, возникает интерес к малышу (его особенностям характера, его эмоциональному состоянию, новым формам поведения и др.), появляется необходимость удовлетворять потребности ребенка. Деятельность формируется на основе удовлетворения данных потребностей, что обеспечивает целостное развитие ребенка. В последующем образуются крепкие диадные отношения матери и ребенка, в которых основным становится забота о подрастающем поколении.

1.1.3 Мотивационный компонент внутренней картины беременности

В случае исследования психологии беременных женщин, большое внимание уделяют мотивационно-потребностной сфере. Мотивация может быть описана как состояние, которое определяет направленность поведения человека. Этот внутренний процесс задает вектор движения человека и детерминирует тот выбор, который он делает из возможного набора поведенческих альтернатив. Мотивация занимает ведущее место в структуре поведения личности и является одним из основных понятий, которое используется для объяснения движущих сил, деятельности в целом. Но нельзя изучать мотивы человека в отрыве от социальной ситуации, в которой находится данный индивид. Поэтому внутренние детерминанты поведения являются не единственными факторами, влияющими на выбор человека.

Репродуктивная мотивация, отношение женщины к своей беременности и к будущему ребенку имеют колоссальное влияние не только на становление материнства и взаимоотношений между матерью и ребенком, но и на формирование плода, на то каким образом мать сможет обеспечить благоприятную среду для роста и развития ребенка. Ситуация, когда сохранение беременности воспринимается как помеха для личностного роста и саморазвития женщины, определяет специфику образа материнства и становится причиной формирования неблагоприятного материнского отношения к ребенку.

Изменения в мотивационной сфере женщины отражаются в изменении характера переживаний, преобладающих на разных этапах беременности. Это переживание, связанное с необходимостью принятия женщиной решения о сохранении или искусственном прерывании беременности (I этап), переживания, связанные с началом движения плода (II этап) и переживания, определяемые подготовкой к родам и появлению ребенка в доме (III этап) [6]. В основном причиной появления переживаний становится борьба мотивов и изменение мотивации на протяжении всей беременности, также одной из причин ученые выделяют наличие определенной системы ценностей, которые оказывают сильное воздействие на сознание и самосознание женщины.

Некоторые психологи говорят о важности исследования репродуктивной мотивации не с момента принятия решения о сохранении ребенка, а намного раньше, в тот момент, когда принималось решение о зачатии ребенка. Так Э. Берн утверждает, что сам характер зачатия и обсуждение вариантов расширения семьи за счет рождения ребенка играет немаловажную роль как в психическом и личностном становлении ребенка, так и в последующем формировании родительских установок. Огромную роль играет фактор планирования и желанности будущего ребенка, т.к. психологически неготовая к материнству женщина не может оказать должной заботы и любви ребенку, что формирует девиации в родительском поведении. В случае, когда беременность была не запланирована, внимание стоит уделять прояснению вопросов о продолжении беременности. То есть чем руководствовалась женщина, был ли это ее собственный выбор или на этом настояли близкие родственники, понимает ли она о последствиях своего выбора и др. Ситуация, когда девушка оставляет нежеланного ребенка, определяется как неблагоприятная с выраженным негативным эмоциональным фоном. Такие женщины чаще на протяжении всей беременности имеют депрессивные эпизоды, у них развиваются соматические осложнения, таким девушкам сложнее родить самой, т.к. эмоционально она не готова к появлению ребенка на свет. Конечно, данные проявления не могут оставить без последствий диадные отношения между женщиной и плодом, наблюдается развитие внутриличностного конфликта с беременностью.

Стоянова И.Я. под репродуктивной мотивацией понимает совокупность внутренних и внешних движущих сил, побуждающих индивида к достижению разного рода целей и смыслов, обусловленных рождением ребенка.

Мотивация сохранения беременности определяется как субъективная составляющая формирования идентичности в соотношении с новыми условиями материнства. Для исследования становления материнской сферы необходимо выделить какого рода мотивами руководствовалась женщина при решении сохранить беременность. Выделяются

конструктивная и деструктивная мотивация сохранения беременности. В основе конструктивных мотивов беременности лежит не просто желание произвести на свет нового человека, но ориентация на индивидуальные характеристики будущего ребенка. Желание подарить жизнь человеку со своими потребностями и желаниями, со своим непревзойденным уникальным внутренним миром. Стремление выразить свои внутренние материнские чувства, давать заботу и любовь ребенку, получать положительные эмоции от общения с ребенком и реализации себя как матери. Добряков И.В. главной особенностью конструктивных мотивов выделяет их связь с чувством любви. Они могут быть как осознаваемыми, так и скрытыми (желание выразить благодарность любимому человеку, воспитание такого человека, который будет выделяться среди других, это вариант творческой реализации материнства и др.). В основе деструктивных мотивов лежит желание получить выгоду от будущего материнства, в виде заботы и любви, поддержки со стороны близких людей, избавления от одиночества, достижения социального статуса (вынужденный брак), не выделяться из современного образа жизни людей и т.д.

Репродуктивная мотивация женщины в основном зависит от личностных установок женщины и социальных нормативов общества, определяемых культурно-историческим временем, в котором она живет. Боровиковой Н.В. и Федоренко С.А. была выделена классификация мотивов сохранения беременности.

- Беременность ради ребенка. Один из конструктивных мотивов, который отражает материнскую идентичность и психологическую готовность женщины. Такой мотив чаще всего встречается у социально адаптированных женщин, имеющих зрелую личность.
- Беременность от любимого человека. В ребенке проецируется все те хорошие воспоминания о жизни, связанные с любимым человеком. Ребенок воспринимается как частица любимого. Данный мотив способствует формированию адекватного стиля переживания беременности.
- Беременность как соответствие социальным ожиданиям. В нашем обществе роль материнства, это неотъемлемая часть жизни девушки. Сама девушка может не желать материнства, но оставляет ребенка так от нее этого требуют другие люди, это может быть желание ее собственно матери, мужа или другого значимого мужчины, или потому, что так положено.
- Беременность как протест. Само понятие протеста определяет поведения «Я против вас». В таком случае беременность выступает как противостояние окружающему миру, носит характер вызова. Такая беременность позиционируется остальным как возможность быть свободной в своем выборе,

даже если объективно он будет труден как в эмоциональном, так и в материальном плане для девушки. Поэтому этот мотив чаще всего свойственен девушкам подросткового и юношеского возраста, когда актуальным является позиция «Я взрослый».

- Беременность ради сохранения отношений. В данном случае ребенок используется для удержания или укрепления отношений с партнером.
- Беременность как отказ от прошлого. Здесь актуальным является потребность женщины в новых ощущениях, желание утвердить свою личность и обрести новую идентичность.
- Беременность ради сохранения собственного здоровья. В данном случае беременность сохраняется, только ради избегания негативных последствий от медицинского вмешательства (аборт). Очень доминирует страх в дальнейшем вообще не стать матерью.
- Беременность как уход от настоящего. Чаще всего у женщин, которые не способны решать трудности в данный момент, у них происходит подмена своих собственных желаний на реализацию потребностей ребенка.
- Беременность для получения материальной выгоды. Посредством рождения ребенка достигаются определенные экономические цели [49].

1.2 Психологические особенности периода беременности в разных нозологических группах

1.2.1 Особенности течения беременности у женщин со здоровой беременностью

Взаимоотношения матери и ребенка, ее принятие и желание беременности, отношение к будущему малышу не только оказывает сильное воздействие на дальнейшее протекание родов и в последующем на психофизическое развитие ребенка, но также все это составляет ценностно-смысловой компонент становления материнства. Этот компонент включает в себя отношение к ребенку как самостоятельной ценности, что связано с моделью материнско-детских отношений в обществе и его конкретно-культурным вариантом, а также ценность материнства как состояния «быть матерью». Ценность материнства, в свою очередь, связана с рефлексией своих переживаний при осуществлении материнских функций и участвует в формировании потребности в материнстве. Также в формировании сферы материнства выделяется роль потребностно-эмоционального блока, который представлен поэтапным развитием потребности в эмоциональном контакте с ребенком, потребности в его охране и заботе о нем. И третьим блоком, участвующим в формировании сферы материнства, является операциональный блок, состоящий из операций по уходу и операционального состава общения с ребенком, имеющий специфическую эмоциональную окраску, которая придает операциям стилевые характеристики: осторожность, мягкость, бережность и т.п. [50] Исходя из этого, можно говорить о тесной связи развития сферы материнства с переживаниями беременности. Филипповой Г.Г. подтверждается связь неблагоприятного отношения к материнству, и как частный случай к беременности, с негативными эмоциональными переживаниями, которые возникают у девушек на протяжении всей родовой деятельности. Ею были разработаны и описаны стили переживания беременности, которые оказывают большое влияние на процесс протекания беременности, на дальнейшие роды, и в последующем на психофизическое здоровье ребенка, но они являются не единственными факторами, которые влияют на психоэмоциональное состояние беременных женщин.

Можно говорить о характерных для всех беременных женщин состояниях, таких как беспокойность, тревожность, эмоциональная чувствительность. Причем тревожность может возрастать от условий протекания беременности, а может возрастать при сочетании новой ситуации для женщины и ее внутренних качеств (личностная тревожность по Спилбергу). Также приближение родов способствует возрастанию тревоги. Условно весь срок беременности можно разделить на 3 триместра. Каждый из триместров характеризуется своими особенностями в психоэмоциональном состоянии беременных:

1-й. триместр: (период кризиса или перемен.) Характеризуется огромными изменениями в психологическом и эмоциональном состоянии беременной

женщины. Его можно охарактеризовать как амбивалентное отношение к своей беременности и ребенку, с одной стороны принятие роли матери несет в себе принятие ответственности, связанное с данной ролью, и появление чувства взрослости, с другой же стороны у женщины присутствует страх перед новым и неизведанным, своеобразная боязнь неизвестности, и беспокойство о будущем ребенка. Происходит борьба между двумя противоположными тенденциями. Именно эта борьба становится причиной немотивированных перепадов настроения и эмоциональных всплесков. Эмоциональное состояние проявляется в беспокойстве, эмоциональной чувствительности, резкими сменами эмоций и возможное возникновение тревожности за будущее беременной женщины. В основном к концу первого триместра психоэмоциональное состояние беременной нормализуется.

2-й. триместр: Считается периодом спокойствия и равновесия, как в физиологическом, так и психологическом плане. Эмоциональный фон стабилизируется и приходит в норму. После бурного и насыщенного первого триместра женщина успокаивается и примиряется с ролью матери. Очень важным в этом периоде является появление первых ощущений шевеления ребенка. Теперь все мысли, чувства матери целиком и полностью направлены на новую жизнь. Она полностью начинает осознавать наличие ребенка и испытывать чувство радости от этих мыслей. Но в эмоциональном состоянии не пропадает чувство беспокойства и тревоги за будущее течение беременности, исход родов и здоровье ребенка.

3-й. триместр: Период усиления эмоционального фона беременных. С новой силой возобновляются тревожность и беспокойность матерей по поводу здоровья их собственного и здоровья их, не родившегося ребенка. В настроении беременных снова могут появляться перепады настроения, страх перед родами и т.д. Но также в этом периоде наблюдается сильное чувство радости по поводу скорого рождения ребенка и возможности женщины полностью вступить в роль матери. У беременных в третьем триместре отчетливо наблюдается феномен «погружения в ребёнка» – ребенок становится центром помыслов, интересов и занятий будущей мамы, ее мысли концентрируются на ребенке, которого она носит. Погружение в ребенка – основная черта третьего триместра. Это погружение и является основным источником возникновения страха родовой деятельности и боязливости в вопросах, касающихся ребенка.

С точки зрения Баженовой О.В., период беременности представляет собой уникальную возможность личностного роста женщины. Она говорит о том, что этот период насыщен многообразными переживаниями, связанными с изменениями «физического Я» и восприятием своего сосуществования с другим существом, владения им. Состояние беременности позволяет раскрыться глубинным особенностям личности женщины, сказываясь на ее взаимодействии с ребенком, как в плане воображения, так и в поведении [6].

1.2.2 Особенности течения беременности у беременных женщин с экстрагенитальной патологией (ЭГП)

В предыдущей главе говорилось о том, что протекание беременности может сопровождаться различными эмоциями, как положительными, так и негативными, которые могут влиять на исход беременности и последующее психофизическое развитие ребенка. Проявление различных эмоций, это обычные симптомы в нормальном течении беременности. Но бывают случаи, когда период гестации осложняется наличием соматических нарушений у беременной женщины, которые могут нанести вред состоянию ребенка и самой матери. Обычно такого рода беременность относят к группе экстрагенитальной патологии (ЭГП). Экстрагенитальная патология (ЭГП) – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности [33].

На сегодняшний день растет количество беременных женщин, имеющих различного рода соматическую патологию. Такая беременность сразу обретает осложненный характер и проводится под тщательным наблюдением врача. Сложность заключается не только в затруднении вынашивания ребенка, но и в обратном эффекте, что беременность может усугубить протекание экстрагенитальной патологии. В таких случаях всегда появляется вопрос о целесообразности вынашивания беременности в связи с возможным риском для жизни и здоровья матери и плода. Основные проблемы, которые могут вызываться ЭГП у беременных женщин, можно увидеть на рисунке 1. Условно всех их подразделяют на материнские и перинатальные, а материнские в свою очередь – на терапевтические (или, точнее, соматические) и акушерские.



Рисунок 1 – Основные проблемы, связанные с наличием у беременной ЭГП

В случае разрешения врачей на пролонгированную беременность у женщин с ЭГП, врач решает важные вопросы: о вариативности положительного исхода беременности, о том, как лучше построить лечение и профилактику соматической патологии, чтобы не осложнить динамику протекания ЭГП. Важным является построение специальной, подходящего конкретно данной беременной, программы лечения для того, чтобы снизить риск угрозы прерывания и патологии беременности. В статье «Основные вопросы экстрагенитальной патологии» В.И. Медведь говорит о том, что в клинике экстрагенитальной патологии классический тандем «врач и пациент» трансформируется в обязательное трио «два врача и пациент», а конкретно – акушер-гинеколог, специалист по профилю экстрагенитального заболевания беременной и сама беременная женщина [33]. Такая ситуация провоцирует развитие у беременной женщины поиска дополнительных стимулов, на которые беременная женщина должна обращать внимание для сохранения не только нормального протекания беременности, но и своего собственного здоровья, возможно, развитие ипохондрических тенденций.

Нередко при экстрагенитальной патологии поднимается вопрос о прерывании беременности, так как самой распространенной причиной материнской смертности является экстрагенитальная патология (на первом месте - заболевание сердечно-сосудистой системы, на втором - мочевыводящей, на третьем - дыхательной системы) [26]. В данном случае женщина становится в мотивационный конфликт, с одной стороны сохранение своего собственного здоровья, с другой также не менее важный мотив стать матерью. Перед женщиной ставится вопрос: что менее опасно для больной - прервать беременность или позволить развиваться ей дальше? В случае сохранения беременности можно предполагать у

женщины наличие чувства вины и сожаления, страха за свое здоровье, обвинительных тенденций из-за проблем со здоровьем и т.д.

Необходимо быть внимательным к состоянию беременных, имеющих соматическую патологию, так как у них велик риск преждевременных родов. В ситуации, когда беременная женщина имеет соматическую патологию, помимо проблем со здоровьем, добавляются также психотравмирующие факторы принятия болезни, страхи по поводу своего здоровья и здоровья будущего ребенка, высокий уровень тревожности и депрессии и т.д. Все эти факторы имеют прямое влияние на состояние беременной женщины и развитие плода. Так по результатам исследования Семеновой М.В., Набеевой Д.А. ситуативная тревожность у большинства женщин группы риска расценена как низкая, личностная тревожность, напротив, чаще обозначается как средняя и высокая. Беременность при этом выступает как дополнительный стрессовый фактор, на который пациентки реагируют соответственно своим индивидуальным особенностям [43].

1.2.3 Особенности течения беременности у женщин после ЭКО

Беременность, наступившую с помощью ЭКО, считают заведомо осложненной. Этому способствует высокий риск как многоплодной беременности при подсадке большого количества эмбрионов, так и риск преждевременных родов, выкидыша, недоношенности и т.д. Поэтому специфичным для процедуры ЭКО является повышенная фиксация на технической стороне процесса у женщин, иногда это происходит в ущерб собственным психологическим и эмоциональным реакциям, что способствует формированию неадекватного стиля реагирования на телесные проявления. Так как у родителей присутствует озабоченность выполнением всех медицинских предписаний для успешной реализации процедуры ЭКО, можно говорить о развитии такого качества как сверхконтроль, который может в дальнейшем включаться в психическую реальность родителей и переносится уже из технического плана в реальную жизнь. Можно предположить, что в дальнейшем «фиксированность на технологическом уровне» зачатия и беременности, может быть перенесена как в контекст супружеских, так и контекст детско-родительских отношений, где основное внимание будет уделяться аспектам ухода за ребенком, а эмоциональная сторона взаимодействия с ним отодвинется на второстепенный план. Айвазян в своей работе говорит о том, что в группе ЭКО на когнитивном уровне внутренней картины беременности ценность беременности утрируется, что находит отражение в усилении значимости преодолеваемых барьеров, переживаемых негативных чувств и ответственности, а также в нивелировании значимости собственного самочувствия, внутренних и внешних

изменений. Это указывает на особый осознаваемый — смысл беременности как «тяжкого труда», «подвига» или приносимой для семьи «жертвы». Можно предположить, что такой осознаваемый смысл беременности выполняет дополнительную функцию — позволяет скомпенсировать актуальное эмоциональное состояние [3].

Также стоит отметить, что сама процедура ЭКО имеет ряд этапов, прохождение которых порождает стрессовую и напряженную ситуацию в жизни родителей. Решение вопроса о выборе в пользу сохранения здоровья плода и благоприятного протекания беременности или же в пользу риска развития многоплодной беременности, но с меньшими потерями в экономическом и психологическом плане, приводит к развитию тревожных переживаний у родителей. У женщин, получивших беременность с помощью ЭКО, тревога связывается с течением и завершением беременности в большей степени, чем со здоровьем и благополучным рождением ребенка. В таком случае можно наблюдать сдвиг мотива на цель. У женщин основной целью становится получение беременности, а последующие последствия в виде реализации себя в материнской сфере уходят из поля зрения женщин. Все мысли и действия женщин направлены на реализацию возможности быть беременной, а не собственно стать матерью.

Следующим немаловажным в опыте становления материнства является отношение у женщин к бесплодию. Как правило, это очень тяжелый и болезненный опыт для супругов, который сопровождается чувством утраты контроля над своей жизнью. Чаще всего у одного или обоих супругов возникает чувство неполноценности из-за неспособности реализовать репродуктивные функции. Это негативно сказывается на оценке себя как потенциально возможного родителя и носителя специфичных паттернов предопределенных гендером. Особенно ярко это проявляется у женщин, так как беременность является заключительной стадией развития собственной женственности, позитивного отношения к своему взрослому телу и сексуальной идентичности. Чем дольше женщина считает себя бесплодной, тем больше нарастает депрессивная симптоматика и есть риск развития личностного экзистенциального кризиса с пересмотром своего жизненного пути. Эти данные подтверждаются исследованием женщин, которые не смогли преодолеть диагноз бесплодие даже с помощью ЭКО. Такие женщины в дальнейшем находят разрешение внутреннего конфликта в реализации себя в профессионально-помогающей деятельности, некоторые осваивают роль тети для племянников, некоторые реализуются в сфере преподавания и работе с детьми и т.д. Так происходит замена реального материнства на схожие по функциональности действия, которые приносят удовлетворение и гармонизацию внутренних противоречивых ощущений.

Так как женщины больше склонны сосредотачиваться на процессе беременности без отсылки к будущему материнству, то у них возникает неопределенность по поводу готовности быть матерью. Период беременности при ЭКО всегда имеет вероятностный характер и большой риск негативного исхода, в связи, с чем женщина до конца не знает, получится ли ей стать матерью. Из-за этого, внесение фигуры ребенка в будущий сценарий жизни затруднен, и соответственно искажается отношение таких женщин к выполнению родительской деятельности.

В пользу данной гипотезы также говорит преобладание индифферентного отношения беременных группы ЭКО к шевелениям ребенка, зачастую они не могут вспомнить и описать характер шевелений, что может свидетельствовать об отсутствии восприятия субъектности ребенка [56]. Очень ярко проявляются радость и эйфория от самого факта беременности, а реальные отношения и связь с будущим ребенком остаются на заднем плане, или же не проявляются вообще. Якупова В.А. связывает такой стиль переживания беременности у женщин, имеющих в анамнезе длительное время диагноз бесплодие, с реализацией фрустрированной потребности быть «нормальной» женщиной, способной выносить ребенка. В таком случае во время беременности на первый план выходят позитивные эмоции не от реализации материнства, как заботы о ребенке и способности дарить ему любовь, а от возможности подтвердить свою женскую идентичность, которая на протяжении долгого времени не могла быть реализована.

Одну из главных ролей в становлении материнской сферы занимает период взаимодействия с собственной матерью. Сложности в обретении материнской роли могут свидетельствовать о неблагоприятных отношениях с матерью у женщин, имеющих диагноз бесплодие. Тип привязанности с собственной матерью у таких женщин имеет амбивалентный характер, чаще проявляется в сложных и конфликтных отношениях. Так как беременная женщина не имела теплых и доверительных отношений с собственной матерью, она не может и развить это чувство к самой себе в роли матери. Таким образом, для участниц программы ЭКО характерно противоречивое отношение к материнству: при выраженном стремлении к рождению ребенка он воспринимается как угроза независимости и свободе [56].

Таким образом, можно говорить, о возникновении уникальной социальной ситуации развития у женщин с диагнозом бесплодие, прибегнувших к процедуре ЭКО. С одной стороны потеря контроля над жизнью, с другой приобретение его в возможности обеспечивать благоприятную среду для успешного ЭКО, при котором уже не ребенок, а зачатие и вынашивание беременности приобретают сверхценные характеристики. Беременность становится самоцелью, а не средством достижения материнства, а сам факт появления ребенка на свет может приводить к трудностям после рождения ребенка

2 Компоненты внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО

2.1 Описание выборки и методов исследования

На течение беременности и дальнейшее развитие плода большое влияние оказывает группа факторов. Социальная ситуация, в которой находится женщина, стресс-факторы, психологическое и физиологическое здоровье, все это имеет непосредственное влияние на психоэмоциональное состояние беременных. Также важным компонентом становления материнской сферы является мотивация сохранения беременности.

Одной из задач данного исследования является изучение различия в показателях психоэмоционального состояния и мотивов сохранения беременности у беременных женщин с нормальным физиологическим течением беременности, с экстрагенитальной патологией и беременных после ЭКО.

Для достижения результата было проведено исследование на базе ОГАУЗ Родильный дом № 4, г. Томска и Медицинского центра «Авицена» г. Новосибирска. В исследовании приняло участие 294 беременных женщин в возрасте от 19 до 43 лет, из которых 49 женщин были отнесены к категории женщин со здоровой беременностью, 72 имеют экстрагенитальную патологию беременности, а 173 женщин, получивших беременность с помощью ЭКО.

В группе беременных с экстрагенитальной патологией все женщины находятся на 3 триместре беременности. Выделяются следующие группы патологии: 1 - сердечно-сосудистые заболевания, 2 – заболевания моче-выводящей системы (пиелонефрит), 3 – венерические заболевания, 4 – заболевания ЖКТ, 5 – эндокринные заболевания, 6 – болезни кожи, 7 – вирусные (ОРВИ), 8 – зрительные болезни (миопия). 39 беременных женщин имеют высшее образование, 23 - средне-специальное, 10 получили среднее образование. Большой процент женщин имеют зарегистрированный брак (62 женщин), 10 находятся в гражданском браке. Одиноких женщин в данной группе нет.

В группе беременных с нормальным физиологическим течением беременности все женщины находятся на 3 триместре беременности. 30 беременных женщин имеют высшее образование, 13 - средне-специальное, 6 получили среднее образование. Большой процент женщин имеют зарегистрированный брак (37 женщин), 12 находятся в гражданском браке. Одиноких женщин в данной группе нет.

Возрастных и социальных данных о группе женщин, получивших беременность с помощью ЭКО, не имеется.

2.2 Описание использованных методик

Для достижения поставленных задач были использованы следующие методики:

1. Анкета «Моя Беременность»

Данная методика использовалась для определения у беременных женщин доминирующего мотива сохранения беременности.

Обработка результатов: Производится подсчет баллов по следующему ключу. Наибольшее количество баллов говорит о яркой выраженности, доминировании данной репродуктивной мотивации.

19, 29, 32, 44, 62 – Беременность для реализации чувства материнства.

2, 24, 42, 50, 65 – Беременность для удовлетворения потребности в любви.

4, 12, 14, 16, 47 – Беременность как соответствие социальным ожиданиям, статусу.

5, 8, 15, 17, 55 – Беременность как протест.

10, 21, 36, 52, 63 – Беременность для сохранения отношений.

7, 13, 22, 30, 53 – Беременность как отказ от прошлого.

1, 23, 34, 49, 64 – Беременность для сохранения собственного здоровья.

3, 9, 28, 39, 57 – Беременность для получения материальной выгоды.

25, 37, 46, 58, 67 – Беременность как уход от одиночества.

26, 38, 48, 59, 68 – Беременность для рождения ребёнка определенного пола.

27, 35, 45, 56, 69 – Беременность для получения поддержки в старости.

20, 33, 43, 54, 66 – Беременность по религиозным убеждениям.

6, 11, 18, 40, 60 – Привлекательность неизвестного.

31. – Беременность не планировали.

41. – Беременность планировали.

51. – Желанная беременность.

61. – Нежеланная беременность.

70. – Искренность / неискренность ответов.

Стимульный материал (См. Приложение А).

2. Тест «Самооценка психических состояний» Г.Айзенка

Эта методика использовалась для анализа личностно-эмоциональных особенностей беременных женщин.

Испытуемому предлагается ответить на 40 вопросов, с вариантами ответа да/нет. Затем необходимо произвести подсчет баллов (за каждый ответ «Да» ставится 1 балл, за каждый

ответ «Нет» 0 баллов) по отдельным группам вопросов: тревожность (вопросы 1-10), фрустрация (вопросы 11-20), агрессивность (вопросы 21-30), ригидность (вопросы 31-40)

Интерпретация результатов:

- I. Тревожность - психическая особенность организма, которая заключается в склонности человека к переживаниям различного характера:
0...7 — не тревожны;
8...14 баллов — тревожность средняя, допустимого уровня;
15...20 баллов — очень тревожны.
- II. Фрустрация – психическое состояние организма, которое возникает в следствии неудовлетворенности его желаний и потребностей:
0...7 баллов — не имеете высокой самооценки, устойчивы к неудачам, не боитесь трудностей;
8...14 баллов — средний уровень, фрустрация имеет место;
15...20 баллов — у вас низкая самооценка, вы избегаете трудностей, боитесь неудач, фрустрированы.
- III. Агрессивность - враждебное отношение человека к окружающему миру:
0...7 баллов — вы спокойны, выдержанны;
8...14 баллов — средний уровень агрессивности;
15...20 баллов — вы агрессивны, не выдержанны, есть трудности при общении и работе с людьми.
- IV. Ригидность – не способность, затрудненность человека в изменении сформированной программы деятельности:
0...7 баллов — ригидности нет, легкая переключаемость,
8...14 баллов — средний уровень;
15...20 баллов — сильно выраженная ригидность, неизменность поведения, убеждений, взглядов, даже если они расходятся, не соответствуют реальной обстановке, жизни Вам противопоказаны смена работы, изменения в семье.

Стимульный материал (См. Приложение В).

3. Методика изучения депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI)

Методика направлена на получение количественной оценки интенсивности депрессии.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Результаты теста интерпретируются следующим образом:

0–13 — вариации, считающиеся нормой

14–19 — лёгкая депрессия

20–28 — умеренная депрессия

29–63 — тяжёлая депрессия

Стимульный материал (См. Приложение С).

4. Рисуночный тест «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова).

Испытуемому дается задание нарисовать на листе, как он представляет себе своего ребенка и себя. Обговаривается незначительность качества выполнения рисунка и умения рисовать.

Обработка и интерпретация результатов проводится по диагностическим критериям для каждого симптомокомплекса (выделенные Филипповой Г.Г. типы рисунков), а также по общим признакам, используемых в проективных методах (сила нажатия, расположение рисунка относительно центра, наличие штриховки, закрашиваний и исправлений и т.д.).

1. Благоприятная ситуация материнства

Линии четкие, ровные, без исправлений и закрашиваний; рисунок располагается в центре, соотношений фигур и дополнительных деталей на листе; без долгих обдумываний, что и как рисовать; обязательное наличие фигуры матери и ребенка на рисунке (без замены образов); отсутствие других фигур (отца, бабушек, дедушек, других детей и др.); количество и размер других предметов и деталей на рисунке не затмевают главные образы; наличие телесного контакта матери и ребенка; прорисовка лиц матери и ребенка, с изображением в анфас, ребенок находится на руках у мамы или же имеет с ней контакт, но не скрыт (в животе матери, коляске, кроватке и др.); ребенок изображается в новорожденном или младенческом возрасте.

Пример рисунка, отображающий благоприятную ситуацию материнства (См. приложение D).

2. Проявление тревоги и неуверенности в себе в ситуации материнства

Присутствие штриховки и исправлений; непропорциональный размер фигур относительно размеров листа; расположение рисунка вблизи углов или к низу; изображение фигур матери и ребенка без замены образов; присутствие других фигур (муж, других детей и т.д.); ребенок изображается либо очень большим, либо маленьким; присутствие дополнительных деталей, которые могут выходить на передний план и затмевать образы матери и ребенка; ребенок может изображаться

в закрывающих его предметах (коляске, кроватке и др.) при этом контакт с ребенком сохраняется; лица с достаточной/недостаточной прорисовкой и обращены либо к зрителю, либо в профиль; ребенок может изображаться в раннем или дошкольном возрасте; может отсутствовать совместная деятельность.

Пример рисунка, отображающий проявления тревоги и неуверенности в себе в ситуации материнства (См. приложение Е).

3. Конфликт с беременностью или ситуацией материнства

Нежелание рисовать рисунок или различные отговорки («Яне умею», «у меня не получится» и др.); наличие сильной штриховки, зачеркиваний, перерисовок; непропорциональные фигуры относительно размеров листа (очень маленькие фигуры или, наоборот, слишком большой размер и какие-то детали не умещаются на листе); не изображение на рисунке фигуры матери или ребенка; подмена образов людей на символический образ (растение, животное, и др.); отсутствие контакта с ребенком; ребенок располагается в закрывающем предмете (коляска, кроватка, игрушка, живот матери и т.д.); фигура матери и ребенка изолированы и между ними большое пространство или отделяющий предмет; нет прорисовки лиц или изображение фигур, нарисованных спиной; присутствие других деталей, которые забирают на себя внимание, имеют большой размер и тщательную прорисовку; ребенок изображается в дошкольном, реже в раннем возрасте.

Пример рисунка, отображающий конфликт с беременностью или ситуацией материнства (См. приложение F).

2.3 Анализ мотивационного и эмоционального компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО.

Обработка данных проводилась с помощью программы SPSS 22.0.

Первым этапом обработки полученных данных стало проведение первичного анализа, проверки нормальности распределений и расчет описательных статистик.

Для проверки нормальности распределения использовался метод оценки показателей асимметрии и эксцесса. (См. Таблица 1)

Таблица 1 – Показатели асимметрии и эксцесса участников всей выборки

	Асимметрия	Эксцесс
Тревожность	,110	-,012
Фрустрация	,345	-,243
Агрессия	,139	-,483
Ригидность	-,219	,096
<u>Депрессия</u>	<u>2,275</u>	<u>8,552</u>
<u>Беременность для чувства материнства</u>	<u>-1,489</u>	<u>4,497</u>
<u>Беременность как потребность любви</u>	<u>-1,623</u>	<u>4,578</u>
<u>Беременность для соц. статуса</u>	<u>-1,188</u>	<u>1,871</u>
Беременность как протест	-,001	-,440
Беременность как сохранение отношений	-,454	,008
Беременность как отказ от прошлого	-,366	,351
Беременность для сохранения здоровья	-,162	,193
Беременность для материальной выгоды	,347	,282
Беременность как уход от одиночества	-,286	-,154
Беременность для ребенка определенного пола	,641	-,147
Беременность для поддержки в старости	-,606	,601
Беременность по религии	-,195	,373
Привлекательность неизвестности	-,383	-,208

Продолжение таблицы 1

	Ассиметрия	Экссесс
<u>Беременность не планированная</u>	<u>2,018</u>	<u>2,659</u>
<u>Беременность планированная</u>	<u>-2,395</u>	<u>4,844</u>
<u>Беременность желанная</u>	<u>-1,679</u>	<u>1,732</u>
<u>Беременность нежеланная</u>	<u>3,230</u>	<u>9,618</u>

Из таблицы 1 видно, что показателями, выходящими из диапазона от -1 до 1, отличаются такие шкалы: Депрессия, Беременность для чувства материнства, Беременность как потребность любви, Беременность для соц. статуса, Беременность не планированная, Беременность планированная, Беременность желанная, Беременность нежеланная. Это говорит о том, что данные шкалы обладают ненормальным распределением.

Следующим этапом был подсчет описательных статистик для всех нозологических групп (см. Таблица 2), с помощью которых можно определить средний показатель по всем шкалам. Так из таблицы можно видеть, что показатели теста Айзенка имеют средние значения по шкалам тревожность, ригидность и значения ниже среднего по шкалам фрустрация, агрессия. По результатам методики изучения депрессии Бека, можно говорить о нормированных значениях депрессии, 81,1% всех ответов были даны в диапазоне от 0 до 13, что свидетельствует об отсутствии депрессии у респондентов.

Таблица 2. – Описательные статистики по шкалам всех методик на общей выборке

	N	Среднее	Медиана	Мода
Тревожность	290	8,39	9,00	9
Фрустрация	290	6,53	6,00	5
Агрессия	290	8,49	8,00	4
Ригидность	290	9,17	9,00	10
Депрессия	290	9,45	8,00	4
Беременность для чувства материнства	290	15,98	16,00	18
Беременность как потребность любви	290	14,92	16,00	16
Беременность для соц. статуса	290	16,38	17,00	18
Беременность как протест	290	10,21	10,00	10
Беременность как сохранение отношений	290	12,50	13,00	12
Беременность как отказ от прошлого	290	11,04	11,00	10

Продолжение таблицы 2

	N	Среднее	Медиана	Мода
Беременность для сохранения здоровья	290	10,64	11,00	12
Беременность для материальной выгоды	290	9,01	9,00	8
Беременность как уход от одиночества	290	11,00	11,00	10
Беременность для ребенка определенного пола	290	6,75	5,00	5
Беременность для поддержки в старости	290	14,09	14,00	14
Беременность по религии	290	11,18	11,00	11
Привлекательность неизвестности	290	12,22	12,00	12
Беременность не планированная	290	,57	,00	0
Беременность планированная	290	3,56	4,00	4
Беременность желанная	290	3,28	4,00	4
Беременность нежеланная	290	,29	,00	0

Анализируя ответы, данные испытуемыми на вопросы анкеты моя беременность, можно сделать вывод о том, что доминирующими мотивами сохранения беременности являются Беременность для чувства материнства (15,98), Беременность как потребность любви (14,92), Беременность для соц. статуса (16,38), Беременность для поддержки в старости (14,09), Беременность планированная (3,56), Беременность желанная (3,28), эти мотивы имели высокие показатели среди всех ответов испытуемых. А самые низкие значения были получены по шкалам Беременность для материальной выгоды (9,01), Беременность для ребенка определенного пола (6,75), Беременность нежеланная (0,57), Беременность не планированная (0,29). Это говорит о том, что при желании завести ребенка большой процент женщин не ставили на первое место получение материальной выгоды от беременности и рождение ребенка определенного пола, в данной выборке большая часть беременных считали беременность желанной и планировали ее.

Одним из диагностических методов, использовавшихся в данной работе, был рисуночный тест «Я и мой ребенок». Обработка данных этого теста состояла из интерпретации рисунков по диагностическим критериям и отнесения конкретного рисунка к определенной группе (благоприятная ситуация материнства, проявление тревоги и неуверенности в себе в ситуации материнства, конфликт с беременностью или ситуацией

материнства). По результатам обработки получилась сводная таблица частот и процентов по трем нозологическим группам. (См. Таблица 3)

Таблица 3. – Результаты рисуночного теста «Я и мой ребенок» на общей выборке

		Частота	Проценты	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	конфликт с беременностью и ситуацией материнства	25	8,1	18,9	18,9
	наличие тревоги и неуверенности в себе	89	28,7	67,4	86,4
	благоприятная ситуация материнства	18	5,8	13,6	100,0
	Всего	132	42,6	100,0	
Пропущенные Системные	178	57,4			
Всего	310	100,0			

Из таблицы видно, что доминирует по частоте встречаемости показатель тревоги и неуверенности в себе в ситуации материнства (67,4 % по 3-м нозологическим группам), дальше идет конфликт с беременностью (18,9 % по 3-м нозологическим группам), и на последнем месте благоприятная ситуация материнства (13,6 % по 3-м нозологическим группам). Это говорит о том, что большая часть беременных женщин вне зависимости от нозологической группы имеют наличие тревоги в 3 триместре беременности. Для наглядности приведены данные в столбчатой диаграмме. (См. рисунок 1).

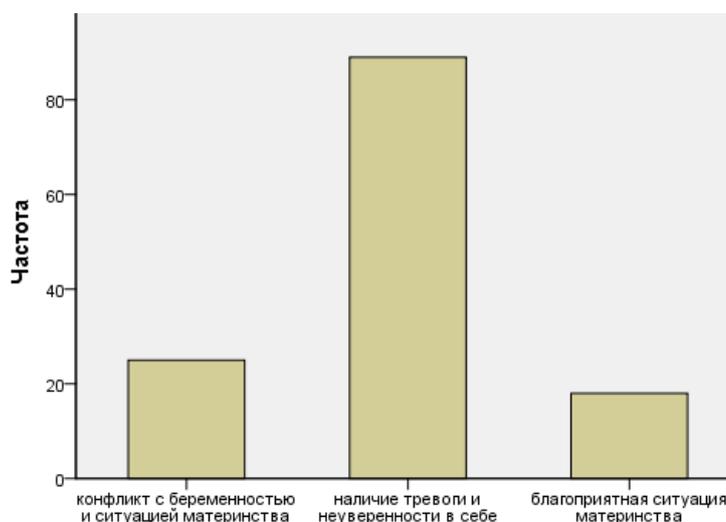


Рисунок 1 – результаты рисуночного теста «Я и мой ребенок» в трех нозологических группах (здоровая беременность, экстрагенитальная патология, ЭКО)

Таким образом, по результатам рисуночного теста можно сделать вывод, о том что основными проявлениями у женщин во время беременности является тревога и неуверенность в себе в ситуации материнства, эти проявления есть в каждой из нозологических групп.

2.4 Различия в показателях компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО.

Третьим этапом обработки данных стал сравнительный анализ трех нозологических групп беременных женщин (здоровые, экстрагенитальная беременность, экстракорпоральное оплодотворение). Для этого использовался непараметрический критерий Краскела-Уоллиса. (См. Таблица 4).

Таблица 4. Результаты сравнительного анализа показателей по трем экспериментальным группам полученные с помощью статистического критерия Краскела-Уоллиса.

	Хи- квадрат	ст.св.	Асимптотическая значимость
Тревожность	1,105	2	,575
Фрустрация	1,777	2	,411
Агрессия	2,102	2	,350
Ригидность	1,934	2	,380
Депрессия	1,410	2	,494
<u>Беременность для чувства материнства</u>	<u>13,786</u>	<u>2</u>	<u>,001</u>
<u>Беременность как потребность любви</u>	<u>5,994</u>	<u>2</u>	<u>,050</u>
Беременность для соц. статуса	4,176	2	,124
<u>Беременность как протест</u>	<u>8,935</u>	<u>2</u>	<u>,011</u>

Продолжение таблицы 4

	Хи- квадрат	ст.св.	Асимптотическая значимость
<u>Беременность как отказ от прошлого</u>	<u>9,865</u>	<u>2</u>	<u>,007</u>
Беременность для сохранения здоровья	5,289	2	,071
<u>Беременность для материальной выгоды</u>	<u>17,609</u>	<u>2</u>	<u>,000</u>
Беременность как уход от одинокости	2,771	2	,250
<u>Беременность для ребенка определенного пола</u>	<u>29,088</u>	<u>2</u>	<u>,000</u>
Беременность для поддержки в старости	4,814	2	,090
Беременность по религии	3,141	2	,208
Привлекательность неизвестности	1,843	2	,398
<u>Беременность не планированная</u>	<u>55,020</u>	<u>2</u>	<u>,000</u>
<u>Беременность планированная</u>	<u>29,415</u>	<u>2</u>	<u>,000</u>
Беременность желанная	1,181	2	,554
<u>Беременность нежеланная</u>	<u>28,861</u>	<u>2</u>	<u>,000</u>
а. Критерий Краскела-Уоллиса			
б. Группирующая переменная: Нозология			

Исходя из полученных данных, можно говорить о значимых различиях по шкалам Беременность для чувства материнства ($p=0,001$), Беременность как потребность любви ($p=0,050$), Беременность как протест ($p=0,011$), Беременность как отказ от прошлого ($p=0,007$), Беременность для материальной выгоды ($p=0,000$), Беременность для ребенка определенного пола ($p=0,000$), Беременность нежеланная ($p=0,000$), Беременность не планированная ($p=0,000$), Беременность планированная ($p=0,000$).

Для определения направления различий необходимо воспользоваться таблицей с ранками средних значений трех нозологических групп (Таблица 5).

Таблица 5. Ранги средних значений трех нозологических групп

	Нозология	N	Средний ранг
Беременность для чувства материнства	здоровая	34	94,50
	экстрагенитальная беременность	44	96,56
	ЭКО	159	130,45
	Всего	237	
Беременность как потребность любви	здоровая	34	141,63
	экстрагенитальная беременность	44	126,47
	ЭКО	159	112,09
	Всего	237	
Беременность как протест	здоровая	34	143,03
	экстрагенитальная беременность	44	133,15
	ЭКО	159	109,95
	Всего	237	
Беременность как отказ от прошлого	здоровая	34	94,06
	экстрагенитальная беременность	44	103,70
	ЭКО	159	128,57
	Всего	237	
Беременность для материальной выгоды	здоровая	34	160,21
	экстрагенитальная беременность	44	128,09
	ЭКО	159	107,67
	Всего	237	

Продолжение таблицы 5

	Нозология	N	Средний ранг
Беременность для ребенка определенного пола	здоровая	34	142,24
	экстрагенитальная беременность	44	160,11
	ЭКО	159	102,65
	Всего	237	
Беременность не планированная	здоровая	34	146,10
	экстрагенитальная беременность	44	155,81
	ЭКО	159	103,02
	Всего	237	
Беременность планированная	здоровая	34	99,82
	экстрагенитальная беременность	44	92,03
	ЭКО	158	129,89
	Всего	236	
Беременность нежеланная	здоровая	34	144,57
	экстрагенитальная беременность	44	130,48
	ЭКО	159	110,36
	Всего	237	

Судя по данным из таблицы 5 можно с уверенностью говорить о различиях по шкалам Беременность для чувства материнства с преобладанием значений в группе ЭКО (94,50<96,56<130,45), Беременность как потребность в любви с преобладанием значений в группе здоровые (141,63>126,47>112,09), Беременность как протест с преобладанием значений в группе здоровые (143,03>133,15>109,95), Беременность как отказ от прошлого с преобладанием значений в группе ЭКО (94,06<103,70<128,57), Беременность для материальной выгоды с преобладанием значений в группе здоровые (160,21>128,09>107,67),

Беременность для ребенка определенного пола с преобладанием значений в группе экстрагенитальная беременность (142,24<160,11>102,65), Беременность планировалась с преобладанием значений в группе ЭКО (99,82>92,03<129,89), Беременность не планировалась с преобладанием значений в группе здоровые (146,10<155,81>103,02), Беременность нежеланная с преобладанием значений в группе здоровые (144,57>130,48>110,36).

Для определения различия в эмоциональном компоненте внутренней картины беременности был использован критерий Хи-квадрат Пирсона, так из таблицы 6 можно видеть наличие значимости по различиям ($p=0,001$).

Таблица 6 – критерий Хи-квадрат Пирсона

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	17,863 ^a	4	,001
Отношения правдоподобия	15,470	4	,004
Линейно-линейная связь	,033	1	,856
Количество допустимых наблюдений	113		

а. Для числа ячеек 4 (44,4%) предполагается значение, меньше 5. Минимальное предполагаемое число равно 1,20.

Таблица 7 –комбинационная таблица Нозология* Рисунки

		Рисунки			Всего
		конфликт с беременностью и ситуацией материнства	наличие тревоги и неуверенности в себе	благоприятная ситуация материнства	
Здоровая	Количество	5	11	7	23
	% общего итога	4,4%	9,7%	6,2%	20,4%
Экстрагенитальная патология	Количество	5	3	0	8
	% общего итога	4,4%	2,7%	0,0%	7,1%
ЭКО	Количество	11	61	10	82
	% общего итога	9,7%	54,0%	8,8%	72,6%
Всего	Количество	21	75	17	113
	% общего итога	18,6%	66,4%	15,0%	100,0%

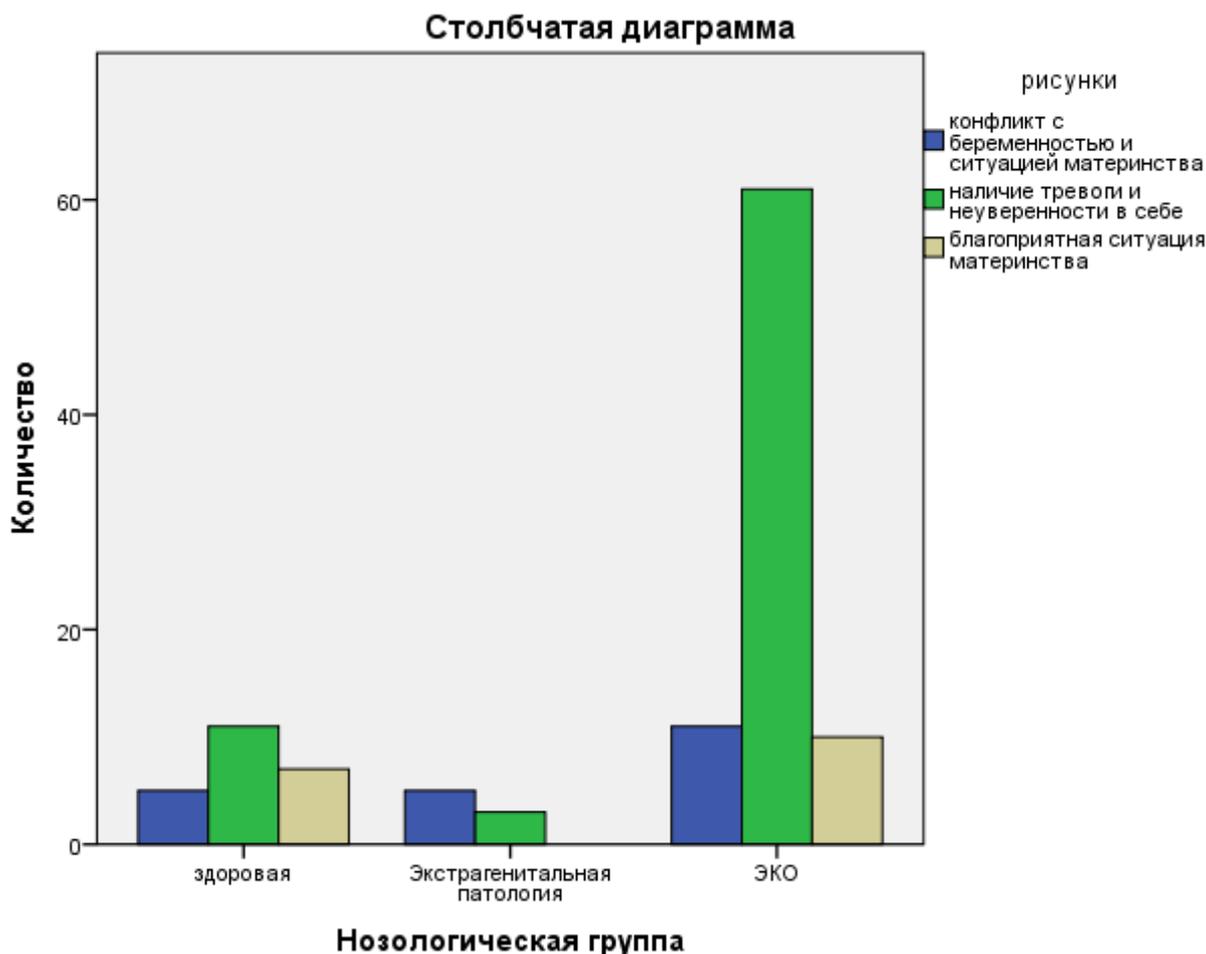


Рисунок 2 – распределение данных рисунка по нозологическим группам

Для определения направлений различий необходимо воспользоваться таблицей 7. Так по данным таблицы 7 и рисунка 2 можно сказать, что наибольший показатель тревожности (54 %) обнаруживается в группе ЭКО, при этом «конфликт с беременностью» (9,7 %) и «благоприятная ситуация материнства» (8,8 %) в этой группе имеют примерно равные низкие значения. Распределение значений в группе здоровая беременность: конфликт с беременностью и ситуацией материнства (4,4 %), наличие тревоги и неуверенности в себе (9,7 %), благоприятная ситуация материнства (6,2 %). А в группе беременность с экстрагенитальной патологией у женщин были выявлены только конфликт с беременностью и ситуацией материнства (4,4 %), наличие тревоги и неуверенности в себе (2,7 %).

ВЫВОДЫ:

В проведенном исследовании полученный результат указывает на то, что статистически значимыми различиями в группах здоровых, экстрагенитальной патологии и ЭКО обладают следующие шкалы:

- Мотив сохранения беременности, определенный по анкете «Моя беременность» - беременность для чувства материнства. Данный мотив имеет высокие показатели по всем трем нозологическим группам, но наибольшая выраженность наблюдается в группе ЭКО. Это говорит о том, что в большей степени женщины, которые прибегают к экстракорпоральному оплодотворению, побуждаются конструктивным мотивом быть матерью (наиболее приближены к обретению внутренней материнской позиции т.к. на начальном этапе имеется готовность к материнству в виде правильной мотивации). Группа экстрагенитальная беременность и здоровые имеют практически одинаковые значения по данной шкале.
- Мотив сохранения беременности, определенный по анкете «Моя беременность» - беременность как потребность в любви. Данный мотив имеет высокие показатели по всем трем нозологическим группам. В наибольшей степени данный мотив проявляется у здоровых беременных женщин, в меньшей степени в экстрагенитальной беременности, и только потом уже в группе женщин с ЭКО. Такое распределение значений показывает наличие в группе здоровых беременных и экстрагенитальной беременности доминирование желания родить ребенка ради удовлетворения потребности в любви.
- Мотив сохранения беременности, определенный по анкете «Моя беременность» - беременность как протест. В сравнении трех выборок более высокие показатели были обнаружены в группе здоровых беременных женщин. А это значит, что у них, мотивация сохранения беременности как проявление своего рода протеста выше, нежели у женщин с экстрагенитальной беременностью и ЭКО.
- Мотив сохранения беременности, определенный по анкете «Моя беременность» - беременность как отказ от прошлого. Мотив сохранения беременности в данном случае представляется, как возможность найти новые смыслы в жизни, отказаться от прошлого, и видеть беременность как новое будущее (в большей степени может опосредоваться желанием избавиться от негативного диагноза «бесплодие»). Данный показатель у беременных женщин с ЭКО, выше, чем у женщин с нормальным течением беременности и экстрагенитальной беременностью.
- Мотив сохранения беременности, определенный по анкете «Моя беременность» - беременность для материальной выгоды. Наличие данной мотивации означает, что посредством рождения ребенка достигаются определенные экономические цели: стремление приобрести какие-то материальные выгоды или повысить (сохранить) экономический статус. В наибольшей степени данный мотив проявляется у здоровых

беременных женщин, в меньшей степени в экстрагенитальной беременности, и только потом уже в группе женщин с ЭКО.

- Мотив сохранения беременности, определенный по анкете «Моя беременность» - беременность для ребенка определенного пола. Более высокие значения по данной шкале преобладают в группе женщин с экстрагенитальной беременностью. Это означает, что женщины данной группы осознают наличие своего ребенка и воспринимают его, и мотивация сохранения ребенка преобладает по определенному полу. В группе здоровых беременных и женщин с ЭКО данный показатель оказался ниже.
- Мотив сохранения беременности, определенный по анкете «Моя беременность» - беременность планировалась. Более высокие значения по данной шкале преобладают в группе женщин с ЭКО. Это объясняется тем, что девушки, готовящиеся к экстракорпоральному оплодотворению, более осознанно подходят к вопросу о создании семьи и планировании беременности, к вопросу о наличии различных патологий здоровья, которые могут повлиять на дальнейшее течение беременности. В группе здоровых беременных это показатель оказался чуть ниже, и самые низкие значения были обнаружены в группе экстрагенитальной беременности. Из чего можно сделать вывод, что в группе с экстрагенитальной беременностью меньше уделяется вопрос планированию беременности. Возможно, это связано с большим уделением внимания вопросам здоровья (наличие соматической патологии) и неготовностью к рождению детей т.к. во внутренней картине человека присутствует понимание наличия физиологических дефектов, которые не будут способствовать нормальному течению беременности, и могут даже усугубить протекание беременности и родов. И соответственно шкала «не планированная беременность» имеет высокие показатели в группе экстрагенитальной беременности, затем идут показатели здоровых беременных и самые низкие значения в группе женщин с ЭКО.
- Мотив сохранения беременности, определенный по анкете «Моя беременность» - беременность нежеланная. Данный мотив имеет низкие показатели по всем трем нозологическим группам. В наибольшей степени данный мотив проявляется у здоровых беременных женщин, в меньшей степени в экстрагенитальной беременности, и только потом уже в группе женщин с ЭКО. Если говорить о планированной беременности, то это больше вопрос осознанности принятия решения завести ребенка, в случае же с желанностью беременностью, ставится вопрос о желании иметь ребенка, быть матерью (даже без определенной подготовки к процессу зарождения жизни), и насколько появление ребенка не будет мешать реализации

ведущих мотивов деятельности в жизни будущих родителей. Поэтому распределение данного мотива в группах представляется довольно предсказуемым, т.к. именно женщины с ЭКО проявляют наибольшую осознанность в принятии решения завести ребенка, но чтобы прийти к этому решению необходимо иметь желание реализовать себя в роли матери, которое в последующем обретет форму цели, и только потом уже будет построена стратегия достижения этой цели.

- Эмоциональный компонент беременности характеризуется различиями по данным рисуночного теста, который показывает, что высокий процент тревожности преобладает в группе ЭКО, по сравнению с другими беременными женщинами. Это говорит о том, что женщины, получившие беременность с помощью ЭКО склонны переживать о течении и исходе беременности, проявляют неуверенность в своей материнской компетенции, что в общем, может негативно сказываться на процессе становления материнства. Также отличительными особенностями обладает группа беременных с экстрагенитальной патологией, в которой не имеются показатели благоприятной ситуации материнства, что также может быть свидетельством тяжелого течения беременности, осложненного наличием болезни у самой матери, и невозможности таких женщин принять ситуацию материнства как благоприятное событие. Восприятие женщинами ситуации материнства только с наличием тревожности или конфликтом с беременностью говорит, о нарушении становления процесса материнства с наличием негативного психоэмоционального состояния будущих матерей. В группе здоровая беременность примерно равный процент женщины имеют либо конфликт с беременностью и ситуацией материнства (4,4 %) либо благоприятную ситуацию материнства (6,2 %). Наличие тревоги и неуверенности в себе в этой группе будет иметь процент немного выше (9,7 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В начале исследования ставились определенные исследовательские задачи. Первой задачей являлся обзор современной литературы. На данном этапе работа строилась по типу поисковой деятельности. Основными результатами данного этапа стало обобщение современных научных данных и выявление психологических особенностей беременных женщин с нормальным течением беременности, с экстрагенитальной патологией и после ЭКО. Были описаны этапы становления материнской сферы, в которых материнство представляется как динамический процесс, не возникающий сиюминутно, а формирующийся на протяжении всей жизни женщины. Было сказано о наличии некоторых предопределяющих форм материнского поведения, которые в период смены социальной позиции (социальная позиция беременной) развиваются и приводят к формированию нового конструкта во внутреннем плане женщины – внутренней материнской позиции. Оно проявляется в отношении матери, ее принятии малыша, ее желании находиться рядом с малышом, оказывать ему поддержку в трудных жизненных ситуациях. Были представлены возможные стили переживания беременности по Г.Г. Филипповой, которые отражают степень готовности к материнству и динамику становления внутренней материнской позиции у беременных женщин. Готовность к материнству подразумевает принятие настоящей беременности, и будущего малыша без страха и тревог за дальнейшую жизнь, принятие роли матери и формирование диады «мать и дитя». Также изучена возможная репродуктивная мотивация и ее влияние на течение беременности. Были описаны специфические механизмы протекания беременности и психологических особенностей матерей в каждой из нозологических групп. Было выделено, что специфическим для беременности с экстрагенитальной патологией является фиксация женщин и врачей на здоровье матери, иногда даже в ущерб здоровью ребенка (в случае осложненной беременности и когда ставится вопрос о сохранении жизни матери). А в случае беременности с помощью ЭКО характерна повышенная фиксация на технической стороне процесса у женщин, иногда это происходит в ущерб собственным психологическим и эмоциональным реакциям. Также особенностью женщин, получивших беременность с помощью ЭКО, является то, что основной целью у них становится получение беременности, а дальнейшие последствия в виде реализации себя в материнской сфере уходят из поля зрения женщин. Все мысли и действия женщин направлены на реализацию возможности быть беременной, а не собственно стать матерью.

2. На втором этапе исследования были проанализированы отношения к материнству, к ситуации беременности и к ребенку у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, экстрагенитальная патология, беременность

после ЭКО. Данный показатель оценивался по результатам рисуночного теста «Я и мой ребенок». Основные выводы, которые можно сделать по результатам методики, заключаются в том, что доминирует по частоте встречаемости показатель тревоги и неуверенности в себе в ситуации материнства (67,4 % по 3-м нозологическим группам), дальше идет конфликт с беременностью (18,9 % по 3-м нозологическим группам), и на последнем месте благоприятная ситуация материнства (13,6 % по 3-м нозологическим группам). Это говорит о том, что тревожный стиль переживания беременности более свойственен для женщин, как имеющих здоровую беременность, так и для беременных женщин с экстрагенитальной патологией и получивших беременность с помощью ЭКО. Возможно, различия в данных группах будет выражаться в причинах появления тревоги. Можно предположить, что в группе «здоровая беременность» женщины имеют тревогу, связанную с течением беременности и исходом родов. В группе «с экстрагенитальной патологией» большая фиксация имеется не только у женщин, но и у врачей на проявлениях соматической патологии, а течение беременности и влияние на здоровье плода остается на втором плане (можно подумать о наличии тревоги, связанной с возможным ухудшением своего текущего состояния здоровья у беременных женщин). В случае экстракорпорального оплодотворения, возможно, женщины более склонны к тревожному стилю переживания беременности, так как в анамнезе уже были неудачные попытки забеременеть и выносить плод, что провоцирует у них страх потерять беременность и большую фиксацию на технической стороне процесса беременности (с точностью выполнять указания врачей, соблюдать все рекомендации, а если не получается, то возникают негативные эмоции и возрастает тревога). Эти предположения могут объяснить степень различия 3-х групп, но они требуют дополнительной проверки и проведения самостоятельного исследования.

3. На третьем этапе исследования проводился анализ эмоционального и мотивационного компонентов внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, экстрагенитальная беременность, беременность после ЭКО. Были получены следующие данные: эмоциональный компонент включал в себя показатели тревожности, фрустрации, ригидности, агрессивности и депрессии, которые в данной выборке имели низкие значения, что говорит о нормальном психоэмоциональном состоянии беременных всех нозологических групп. Основными мотивами сохранения беременности являлись Беременность для чувства материнства (15,98), Беременность как потребность любви (14,92), Беременность для соц. статуса (16,38), Беременность для поддержки в старости (14,09), Беременность планированная (3,56), Беременность желанная (3,28), а наиболее невостребованными оказались мотивы Беременность для материальной выгоды (9,01), Беременность для ребенка определенного

пола (6,75), Беременность нежеланная (0,57), Беременность не планированная (0,29). Это говорит о том, что при желании завести ребенка большой процент женщин не ставили на первое место получение материальной выгоды от беременности и рождение ребенка определенного пола, в данной выборке большая часть беременных считали беременность желанной и планировали ее.

4. На следующем этапе был проведен сравнительный анализ психоэмоционального состояния и мотивов сохранения беременности у беременных женщин с нормальным физиологическим течением беременности, с экстрагенитальной патологией и после ЭКО. В ходе анализа были выявлены и описаны следующие отличия. При сравнении групп значимые различия были обнаружены в мотивах сохранения беременности таких, как: Беременность для чувства материнства, Беременность как отказ от прошлого, Беременность планировалась. В данных мотивах более высокие показатели были у беременных женщин после ЭКО, это может быть обусловлено тем, что девушки, готовящиеся к экстракорпоральному оплодотворению, более осознанно подходят к вопросу о создании семьи и планировании беременности, к вопросу о наличии различных патологий здоровья, которые могут повлиять на дальнейшее течение беременности. Их также может побуждать к беременности с помощью ЭКО, желание избавиться от негативного диагноза бесплодие и обрести новую жизнь, с ощущением себя полноценной женщиной. Значимые различия с преобладанием значений в группе беременных женщин с экстрагенитальной патологией были обнаружены в мотиве сохранения беременности для ребенка определенного пола. А для группы женщин со здоровой беременностью характерно доминирование следующих мотивов: Беременность для материальной выгоды, Беременность как протест, Беременность как потребность в любви, Беременность не желанная, Беременность не планированная. Эти мотивы не имеют высоких показателей по выборке здоровых в целом, но в сравнении с остальными нозологическими группами, они оказываются выше. Это может говорить о неконструктивной репродуктивной мотивации женщин, о том, что женщины со здоровой беременностью не подходили осознанно к вопросу рождения детей. Эмоциональный компонент беременности характеризуется различиями по данным рисуночного теста, который показывает, что высокий процент тревожности преобладает в группе ЭКО, по сравнению с другими беременными женщинами. Это говорит о том, что женщины, получившие беременность с помощью ЭКО склонны переживать о течении и исходе беременности, проявляют неуверенность в своей материнской компетенции, что в общем, может негативно сказываться на процессе становления материнства. Также отличительными особенностями обладает группа беременных с экстрагенитальной патологией, в которой не имеются показатели благоприятной ситуации материнства, что также может быть свидетельством

тяжелого течения беременности, осложненного наличием болезни у самой матери, и невозможности таких женщин принять ситуацию материнства как благоприятное событие.

5. Данные выводы имеют большое значение в построении комплексных методик, которые будут способствовать улучшению действенности программ по введению беременности у женщин с экстрагенитальной патологией и ЭКО в медицинских учреждениях, психологических центрах, в центрах репродуктивного здоровья и т.д. Результаты, полученные в исследовании, позволят проводить комплексную психологическую работу с беременными женщинами, с учетом специфики их беременности (здоровые, экстрагенитальная беременность, беременность после ЭКО). Такая коррекция будет способствовать нахождению новых смыслов своей беременности или выявлению иных более конструктивных мотивов беременности, а именно сохранение беременности ради самого ребенка. Таким образом, можно говорить о подтверждении гипотезы исследования о существовании различий в эмоциональном и мотивационном компонентах внутренней картины беременности у беременных женщин трех нозологических групп: здоровая беременность, беременность с экстрагенитальной патологией, беременность после ЭКО.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. - СПб. : Изд-во, 2001. – 243 с.
2. Абрамченко В. В. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности / В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей. Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 2001. – С. 24–28.
3. Айвазян Е. Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности: дис... канд. психол. наук : 19.00.04 / Е. Б. Айвазян. – М. 2005. – 319с.
4. Альманах психологических тестов / Сост. С. Римский, Р.Р. Римская – М.: "КСП", 1995.- 400 с.
5. Афанасьева Е.Д. Направления психологической помощи ВИЧ-инфицированным матерям /Е.Д. Афанасьева // Ученые записки университета Лесгафта – 2011. –№8 – С.15-19.
6. Баженова О.В. Готовность к материнству [Электронный ресурс] / О.А. Копыл, О.В. Баженова, Л.Л. Баз. // Синапс. - 1993. - № 4. URL: <http://www.psymama.ru/articles/kopyl1.html> (дата обращения: 25.05.2016).
7. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В.А. Бодров – М.: Институт психологии РАН, 1995. - 128 с.
8. Брехман В.И. Пути многоуровневого взаимодействия матери и её неродившегося ребенка / В.И. Брехман // Материалы Всерос. конференции с междунар. участием. Иваново – 2001., - Т.2., - С. 150-180.
9. Брутман В.И. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности / В.И. Брутман, М.С. Родионова // Вопросы психологии. – 1997. - № 6. - С. 38-47.
10. Брутман В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. 2002. - №1. - С. 59-68.
11. Вараксина Г.Н. Особенности течения беременности и развития симптомов угрожающего аборта у женщин под влиянием характерологических психосоциальных факторов: автореф. дис. ... канд. псих. Наук / Г.Н. Вараксина – Казань, 2002.
12. Ветчанина Е. Г. Психологические состояния беременных женщин в условиях острого и хронического стресса и особенности их психокоррекции: Дис. канд. психол. наук / Е.Г. Ветчанина – Томск, 2003. - 191 с.
13. Волков А.Е. Внутренняя картина беременности / А.Е. Волков // Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии,

педиатрии и терапии. Мат. Всероссийской конференции с междунар. участием. – Иваново, 2001. С. 117-119.

14. Володина Н.Н. Перинатальная психология и психиатрия/ Н.Н. Володина, П.И. Сидорова – М.: Издательский центр «Академия», 2009 – 304с.

15. Герасимова Т.Г. Психические состояния беременных женщин и их коррекция в условиях специально организованного обучения: Автореф. дис. . канд. психол. наук / Т.Г. Герасимова – Иркутск, 2003. - 17 с.

16. Дуева А.А. Взаимодействие с матерью детей, рождённых в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО): привязанность и особенности стиля воспитания [Электронный ресурс] / А.А. Дуева // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2014. – №1. – URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/2/Dueva.phtml> (дата обращения 23.10.2018).

17. Жарких А.В. Беременность и экстрагенитальная патология / А.В. Жарких, В.Г. Сюсюка, В.А. Плотник // Запорожский государственный медицинский университет - Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений – 2014.

18. Жданова Т.Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности [Электронный ресурс] / Т.Н. Жданова // Автореферат – URL: <http://www.dissercat.com/content/osobennosti-emotsionalno-lichnostnoi-sfery-narkozavisimykh-i-vich-infitsirovannykh-zhenshchi> (дата обращения: 15.12.2018).

19. Завьялова Ж.В. Психологическая готовность к родам и метод ее формирования: Автореф. дис. канд. психол. наук / Ж.В. Завьялова – М., 2000. – 18 с.

20. Захаров А.И. Влияние эмоционального стресса матери на течение беременности и родов / А.И. Захаров // Сборник трудов конференции "Перинатальная психология в родовспоможении" – СПб., – 1997. – С. 54-56.

21. Захарова Е.И. Проблема содержания психологической готовности к родам / Е.И. Захарова // Книга материалов III Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию «Медико-психологические аспекты современной перинатологии». – М.: Academia, 2001, с. 93-97

22. Захарова Е.И. Роль ценностно-смысловой ориентировки в психологической подготовке женщины к родам / Е.И. Захарова // Журнал практического психолога. - 2002. - №4-5.

23. Иоанниди Е.А. Особенности клинического течения ВИЧ-инфекции у беременных / Е.А. Иоанниди, Н.А. Морозова // Волгоградский научно-медицинский журнал – 2006. –№1 –С.6-7.

24. Карташова К. С. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности [Электронный ресурс] / Шелехов И. Л., Мытникова М. Н., Кожевников В. Н. // Вестник ТГПУ. 2010. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-harakteristika-zhenschin-na-pozdnieh-etapah-beremennosti> (дата обращения: 07.10.2018).
25. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. дис. . канд. психол. наук / Н.П. Коваленко – СПб., 1998. – 24 с.
26. Корда И.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях [Электронный ресурс] / И.В. Корда // URL: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/gynecology2/classes_stud/ru/med/lik/ptn (Дата обращения: 25.05.2018).
27. Кочнева М.А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности / М.А. Кочнева, А.Е. Сумовская, М.М. Орлова // Акушерство и гинекология. – 1990. – №3. –С. 13-16.
28. Крюкова Т.Л. Социокультурный контекст совладания в ситуации болезни (ВИЧ-инфекции) / Т.Л. Крюкова, О.В. Шаргородская // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика – 2012. – №4 – С.135-142.
29. Куликов Л.В. Проблема описания психических состояний //Психические состояния / Под ред. Л.В. Куликова. СПб.: Питер, 2000. - с.11- 42.
30. Макаров И. О. Современный взгляд на ведение беременности на фоне ВИЧ-инфекции / И.О. Макаров, Т.В. Шеманаева // Акушерство, гинекология и репродукция. 2012. №2 С.31-34.
31. Макинтайр Д. ВИЧ при беременности [Электронный ресурс] / Д. Макинтайр, П. Броклхерст // ЮНЭЙДС/ВОЗ – 1999 (перевод на русский язык, ноябрь 1999) - URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc151-hiv-in-pregnancy_ru_0.pdf (дата обращения: 26.11.2018).
32. Махмутова Р.К. Материнство как психологический феномен / Р.К. Махмутова // Вестник УдмГУ. – 2007. – №9 – С.159-166.
33. Медведь В.И. Основные вопросы экстрагенитальной патологии / В.И Медведь // Медицинские аспекты здоровья, № 6 (46), 2011, с. 5-11.
34. Методическое письмо "Психологическое доабортное консультирование" для использования в работе лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения и социального развития РФ - URL: <http://www.uzo.kurgan-med.ru/files/public/med%20pismo.pdf> (дата обращения: 22.05.2017)

35. Мещерякова С.Ю, Изучение психологической готовности к материнству как фактора развития последующих взаимоотношений ребенка и матери / С.Ю. Мещерякова, Авдеева Н.Н., Ганошенко Н.И. // Соросовские лауреаты. Философия. Психология. Социология – М.,1996.
36. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18-27.
37. Мишина А. В., Незванова Т. В. Анализ клинического случая беременности у женщины с ВИЧ-инфекцией /А.В. Мишина, Т.В. Незванова // Вестник СМУС74. – 2014. – №5 – С.32-34.
38. Наумов А.В. Психологические проблемы беременности и перинатального периода / А.В. Наумов // Журнал прикладной психологии – 2000. – №6. – С. 17-19.
39. Нечаева М.А. Классификация и психологическая диагностика отношения к беременности / М.А. Нечаева, М.А. Беребин // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2010. №17 (193). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsiya-i-psihologicheskaya-diagnostika-otnosheniya-k-beremennosti> (дата обращения: 27.12.2018).
40. Пемчин Т.А. Развитие учения о психических состояниях / Т.А. Пемчин // Психические состояния / Под ред. Л.В. Куликова. СПб.: Питер, 2000., - с. 47-52.
41. Пересада О.А. Ведение беременности и родов ВИЧ-инфицированных женщин / О.А. Пересада, Л.Ф. Косинская, Т.И. Тимошенко, И.И. Солонко // Медицинские новости – №2, – 2011.
42. Семенова М.В., Набеева Д.А. Психологические особенности и состояние здоровья беременных женщин, угрожаемых на преждевременные роды / Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3
43. Сенаторова Л. В. Особенности течения и исхода беременности у женщин, инфицированных вирусом иммунодефицита человека / Л.В. Сенаторова // ВНМТ. 2006. №3 С.148-150.
44. Свердлова Е.С. Течение беременности и родов у женщин с ВИЧ-инфекцией, диагностированной до и во время беременности / Е.С. Свердлова, Т.В. Дианова, Е.В. Савченко, С.И. Кулинич // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2009. – №6 – С.245-252.
45. Сидельникова В.М. Особенности течения и тактика ведения беременности после ЭКО и ПЭ. В: Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / З.С. Ходжаева, М.Б. Стрельченко; под ред. Кулакова В.И., Леонова Б. В., Кузьмичева Л.Н. // Русское информационное агентство – 2005. – С. 574-579.
46. Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2016 г.» [Электронный ресурс] // Федеральный научно-методический центр по профилактике и

борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии ростпотребнадзора - URL: http://http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2016.pdf (дата обращения: 22.05.2017)

47. Ставропольская Л. В. Социально-гигиенические характеристики ВИЧ-позитивных матерей / Л.В. Ставропольская // Казанский медицинский журнал. – 2007. – №5

48. Стоянова И.Я. Мотивации деторождения беременных женщин в ракурсе становления материнской идентичности [Электронный ресурс] / И.Я. Стоянова, О.В. Магденко // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 22.05.2018).

49. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. -2001. № 2. - с. 22-36.

50. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Г.Г. Филиппова: Сост. А.Н. Васина. – М.: Изд-во УРАО, 2005. — 328с. — С. 62 — 65

51. Филиппова Г.Г. Психология материнства. / Г.Г. Филиппова – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. - 239 с.

52. Хломов К.Д. Исследование психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей беременных с угрозой [Электронный ресурс] / К.Д. Хломов, С.Н. Ениколопов //Журнал «Перинатальная психология и психология родительства». 2007. №3 - URL: http://www.psymama.ru/articles/khlomov_enikolopov.html (дата обращения: 15.09.2018).

53. Чернявская О. А. Введение беременной пациентки с ВИЧ-инфекцией и множественными вторичными заболеваниями на фоне выраженного иммунодефицита / О.А. Чернявская //Вестник РГМУ –2017. – №1,

54. Якимова А.В. Беременность и роды у ВИЧ-инфицированных [Электронный ресурс] / А.В. Якимова // Сайт ГБУЗ НСО Родильный дом №7, 2013 - URL: <http://7roddom.ru/articles/beremennost-i-rodyi-u-vich-inficzirovannyix> (дата обращения: 23.04.2017)

55. Якупова В.А. Особенности становления внутренней позиции матери при использовании вспомогательной репродуктивной технологии ЭКО: дис... канд. псих. Наук / В.А. Якупова – М. 2015. – 196с.

56. Яценко Д. С. Течение беременности, родов и состояние новорожденных у женщин, инфицированных ВИЧ инфекцией / Д.С. Яценко // БМИК. 2015. №5 С.448.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета «Моя Беременность»

ФИО _____ Срок _____

Предлагаемая анкета содержит утверждения о беременности.

Прежде всего, ознакомьтесь с предлагаемым перечнем возможных утверждений. На каждое утверждение нужно выбрать только один из предлагаемых вариантов ответа. Обведите соответствующий балл в ячейке рядом с предлагаемым утверждением. В анкете нет «правильных» или «неправильных» утверждений. Постарайтесь отвечать быстро, не задумываясь.

Я считаю, что...

№	Текст опросника	абсолютно не согласна	скорее нет, чем да	возможно	скорее да, чем нет	Полностью согласна
1.	Беременность мне необходима по медицинским показаниям.	0	1	2	3	4
2.	Моя беременность от любимого человека.	0	1	2	3	4
3.	В период беременности мне надо улучшить материальные условия моей жизни.	0	1	2	3	4
4.	Муж (родители, старшие дети) давно ждут появления малыша.	0	1	2	3	4
5.	Моя беременность позволяет осознать близкому человеку (родителям) самостоятельность и твердость моих решений.	0	1	2	3	4
6.	Беременность привлекает меня чем-то неизвестным и новыми ощущениями.	0	1	2	3	4
7.	Хочу что-то поменять в своей жизни.	0	1	2	3	4
8.	Состояние беременности позволит мне быть более взрослой и независимой.	0	1	2	3	4
9.	Беременность позволит создать уют и комфорт в моей жизни.	0	1	2	3	4

Продолжение приложения А

10.	Эта беременность поможет к лучшему изменить мои отношения с близким человеком.	0	1	2	3	4
11.	Мне хочется испытать необычные эмоции, чтобы расширить кругозор.	0	1	2	3	4
12.	Все мои подруги и знакомые уже имеют своих детей.	0	1	2	3	4
13.	Хочу начать новый этап в своей жизни.	0	1	2	3	4
14.	В семье должен быть хотя бы один ребенок.	0	1	2	3	4
15.	Я достойна, чтобы ко мне в период беременности относились с уважением.	0	1	2	3	4
16.	Женщине в моём возрасте уже положено иметь ребёнка.	0	1	2	3	4
17.	Беременность позволит мне ощутить свою ценность и значимость.	0	1	2	3	4
18.	Беременность позволит мне приобрести новый опыт и почувствовать себя женщиной.	0	1	2	3	4
19.	Хочу родить удивительного и особенного человека.	0	1	2	3	4
20.	Вера в Бога помогает беременной женщине.	0	1	2	3	4
21.	Рождение ребенка позволит внести нечто новое в отношения с близким для меня человеком.	0	1	2	3	4
22.	Только благодаря беременности у меня начался новый этап в моей жизни.	0	1	2	3	4
23.	Беременность и рождение ребенка положительно влияют на здоровье женщины.	0	1	2	3	4

Продолжение приложения А

24.	Вижу продолжение нашей любви в ребенке.	0	1	2	3	4
25.	Очень важно посвятить всю свою жизнь без остатка только ребенку.	0	1	2	3	4
26.	У меня есть желание родить ребенка определенного пола.	0	1	2	3	4
27.	Надо воспитать ребенка так, чтобы он смог в будущем позаботиться о своих родителях.	0	1	2	3	4
28.	Мне хочется материального и комфортного благополучия.	0	1	2	3	4
29.	Могу сотворить и родить человека, которого ещё не было.	0	1	2	3	4
30.	Во время беременности можно переключиться и не заикливаться на неудачах в прошлом.	0	1	2	3	4
31.	Я не планировала беременность.	0	1	2	3	4
32.	Мне хочется проявить свою любовь к ребенку.	0	1	2	3	4
33.	Рождение ребенка – это Божий дар.	0	1	2	3	4
34.	Лучше уж родить ребенка, если так советует сделать врач.	0	1	2	3	4
35.	Ребенок – моя поддержка в благополучной старости.	0	1	2	3	4
36.	Рождение ребенка позволит укрепить семью.	0	1	2	3	4
37.	Самое важное – это жить во имя ребенка.	0	1	2	3	4

Продолжение приложения А

38.	Всегда хотела родить только (девочку/мальчика).	0	1	2	3	4
39.	Беременность самый подходящий период, чтобы к лучшему изменить жилищные условия или улучшить материальное положение.	0	1	2	3	4
40.	Мне очень интересно испытать новые ощущения.	0	1	2	3	4
41.	Я планировала эту беременность.	0	1	2	3	4
42.	Я благодарна любимому человеку за наше счастье.	0	1	2	3	4
43.	Верующая женщина должна вынашивать ребенка в молитве.	0	1	2	3	4
44.	Я с умилением представляю себе своего ребенка.	0	1	2	3	4
45.	Ребенок – помощник и опора своим родителям.	0	1	2	3	4
46.	Я смогу позаботиться о ребенке и жить только для него.	0	1	2	3	4
47.	Близкий человек (родственники и старшие дети) с нетерпением ожидают рождения ребенка.	0	1	2	3	4
48.	Пол ребенка для меня имеет большое значение.	0	1	2	3	4
49.	Беременность и роды оказывают благоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщины.	0	1	2	3	4
50.	Хочу родить ребенка от самого дорогого для меня человека.	0	1	2	3	4
51.	Я беременна, потому что этого очень хотела.	0	1	2	3	4
52.	Рождение ребенка сплачивает семью.	0	1	2	3	4

Продолжение приложения А

53.	Беременность позволит мне на время отвлечься и уйти от неудач и проблем.	0	1	2	3	4
54.	Я верю в Бога, поэтому у меня должно быть много детей.	0	1	2	3	4
55.	В период моей беременности близкие люди стали считаться с моим мнением.	0	1	2	3	4
56.	Ребенок должен помогать своим родителям и проявлять к ним уважение и заботу.	0	1	2	3	4
57.	Благодаря беременности появляется возможность улучшить жилищно-бытовые условия жизни.	0	1	2	3	4
58.	Беременность и рождение ребенка позволяют женщине уйти от одиночества.	0	1	2	3	4
59.	Мне важно знать пол моего ребенка.	0	1	2	3	4
60.	Мне интересно чувствовать шевеления ребенка, икоту, испытывать новые ощущения в период беременности.	0	1	2	3	4
61.	Мою беременность нельзя назвать желанной.	0	1	2	3	4
62.	Надо разговаривать и общаться с ребенком не зависимо от того родился он или ещё находится в утробе матери.	0	1	2	3	4
63.	Благодаря беременности и рождению ребенка семейные отношения становятся прочными.	0	1	2	3	4
64.	Женщине следует родить ребенка, чем утратить возможность к деторождению в будущем.	0	1	2	3	4
65.	Я решила на рождение ребенка только потому, что люблю своего мужа.	0	1	2	3	4

Продолжение приложения А

66.	Мои религиозные убеждения помогают мне иначе относиться к беременности.	0	1	2	3	4
67.	Знаю уже сейчас, что нужно будет моему ребенку в будущем.	0	1	2	3	4
68.	Важно узнать на УЗИ пол своего ребенка.	0	1	2	3	4
69.	Ребенок должен ценить своих родителей и ухаживать за ними, как когда-то о нём заботились они.	0	1	2	3	4
70.	Я практически всегда говорю людям то, что действительно думаю.	0	1	2	3	4

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Тест «Самооценка психических состояний» (по Айзенку)

Предлагаем вам описание различных психических состояний. Если вам это состояние часто присуще, ставится 2 балла, если это состояние бывает, но изредка, то ставится 1 балл, если совсем не подходит — 0 баллов.

I

1. Не чувствую в себе уверенности.
2. Часто из-за пустяков краснею.
3. Мой сон беспокоен.
4. Легко впадаю в уныние.
5. Беспокоюсь о только воображаемых еще неприятностях.
6. Меня пугают трудности.
7. Люблю копаться в своих недостатках.
8. Меня легко убедить.
9. Я мнительный.
10. Я с трудом переношу время ожидания.

II

11. Нередко мне кажутся безвыходными положения, из которых все-таки можно найти выход.
12. Неприятности меня сильно расстраивают, я падаю духом.
13. При больших неприятностях я склонен без достаточных оснований винить себя.
14. Несчастья и неудачи ничему меня не учат.
15. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесплодной.
16. Я нередко чувствую себя беззащитным.
17. Иногда у меня бывает состояние отчаяния.
18. Я чувствую растерянность перед трудностями.
19. В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, чтобы пожалели.
20. Считаю недостатки своего характера неисправимыми.

III

21. Оставляю за собой последнее слово.
22. Нередко в разговоре перебиваю собеседника.
23. Меня легко рассердить.
24. Люблю делать замечания другим.

Продолжение приложения Б

25. Хочу быть авторитетом для других.
26. Не довольствуюсь малым, хочу наибольшего.
27. Когда разгневаюсь, плохо себя сдерживаю.
28. Предпочитаю лучше руководить, чем подчиняться.
29. У меня резкая, грубоватая жестикуляция.
30. Я мстителен.

IV

31. Мне трудно менять привычки.
32. Нелегко переключать внимание.
33. Очень настороженно отношусь ко всему новому.
34. Меня трудно переубедить.
35. Нередко у меня не выходит из головы мысль, от которой следовало бы освободиться.
36. Нелегко сближаюсь с людьми.
37. Меня расстраивают даже незначительные нарушения плана.
38. Нередко я проявляю упрямство.
39. Неохотно иду на риск.
40. Резко переживаю отклонения от принятого мною режима дня.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Методика изучения депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI)

Этот опросник состоит из 21 групп утверждений. Прочтите внимательно и обведите кружком номер (0, 1, 2 или 3) утверждения, наилучшим образом отражающего Ваше самочувствие в течение ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ, включая СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ. Если подходящими Вам кажутся несколько утверждений в группе, обведите каждое из них. Убедитесь, что Вы прочитали все утверждения в каждой группе, прежде, чем сделать выбор.

1.
 - 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
 - 1 Я расстроен.
 - 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
 - 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.
2.
 - 0 Я не тревожусь о своем будущем.
 - 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
 - 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
 - 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.
3.
 - 0 Я не чувствую себя неудачником.
 - 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
 - 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
 - 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.
4.
 - 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
 - 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
 - 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
 - 3 Я полностью не удовлетворен жизнью. и мне все надоело.
5.
 - 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
 - 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
 - 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
 - 3 Я постоянно испытываю чувство вины.
- 6.

Продолжение приложения В

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
 - 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
 - 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
 - 3 Я чувствую себя уже наказанным.
- 7.
- 0 Я не разочаровался в себе.
 - 1 Я разочаровался в себе.
 - 2 Я себе противен.
 - 3 Я себя ненавижу.
- 8.
- 0 Я знаю, что я не хуже других.
 - 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
 - 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
 - 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.
- 9.
- 0 Я никогда не думал покончить с собой.
 - 1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.
 - 2 Я хотел бы покончить с собой.
 - 3 Я бы убил себя, если бы представился случай.
- 10.
- 0 Я плачу не больше, чем обычно.
 - 1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.
 - 2 Теперь я все время плачу.
 - 3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.
- 11.
- 0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.
 - 1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.
 - 2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.
 - 3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.
- 12.
- 0 Я не утратил интереса к другим людям.
 - 1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.
 - 2 Я почти потерял интерес к другим людям.
 - 3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

Продолжение приложения В

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
 - 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
 - 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
 - 3 Я больше не могу принимать решения.
- 13.
- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
 - 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
 - 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.
 - 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.
- 14.
- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
 - 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
 - 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
 - 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.
- 15.
- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
 - 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
 - 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
 - 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.
- 16.
- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
 - 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
 - 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
 - 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.
- 17.
- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
 - 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
 - 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
 - 3 У меня вообще нет аппетита.
- 18.
- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

Продолжение приложения В

- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

ДА _____ НЕТ _____

19.

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
- 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
- 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

20.

- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
- 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
- 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
- 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Пример рисунка, отражающего 1-й тип в методике «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой.



Рисунок Г.1 – Благоприятная ситуация материнства

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Пример рисунка, отражающего 2-й тип в методике «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой.



Рисунок Д.1 – Проявление тревоги и неуверенности в себе в ситуации материнства

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Пример рисунка, отражающего 2-й тип в методике «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой.

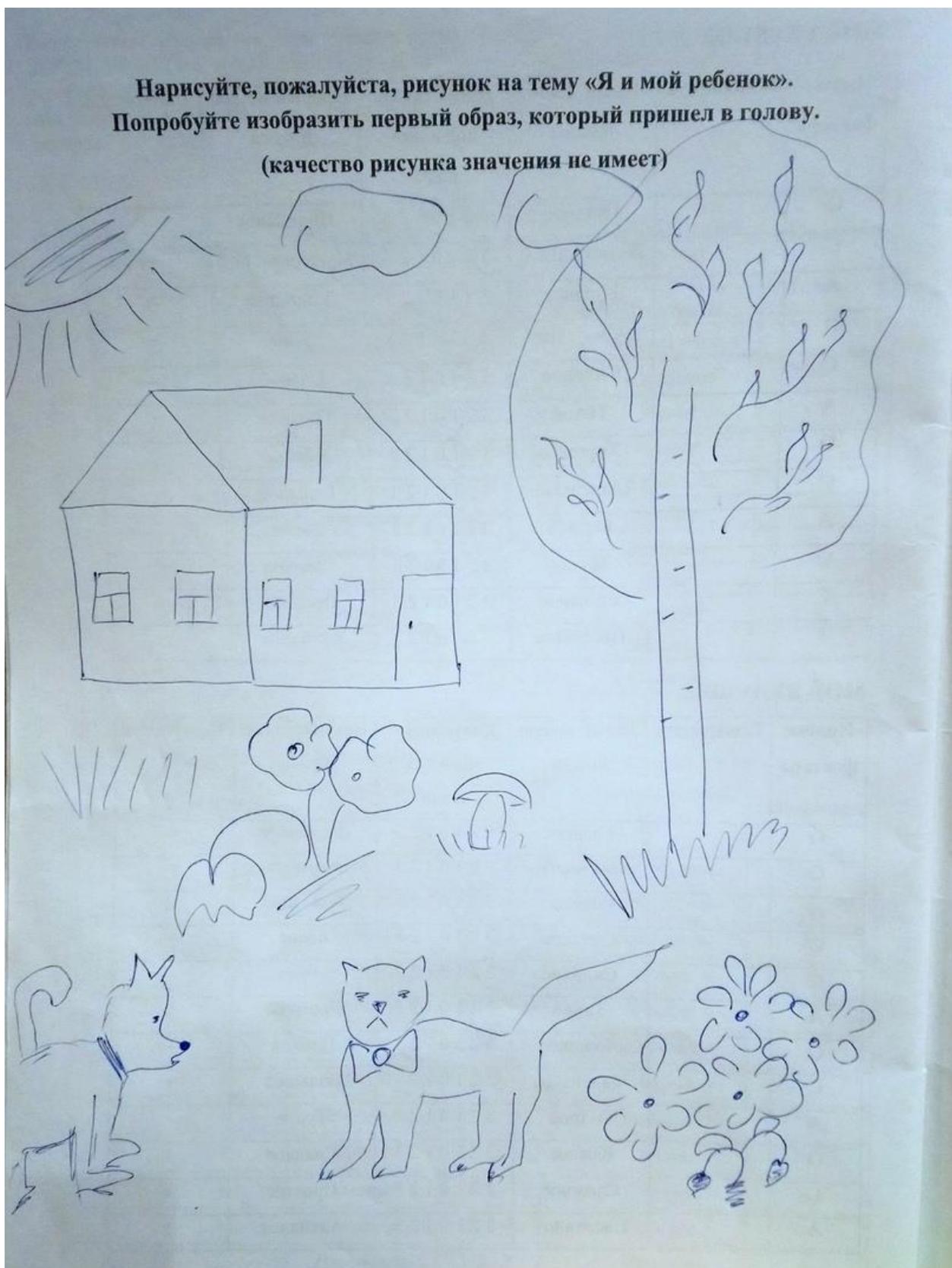


Рисунок Е.1 - Конфликт с беременностью или ситуацией материнства



Поиск заимствований в научных текстах^β

Введите текст:

...или загрузите файл:

Файл не выбран...

Выбрать файл...

Укажите год публикации:

Выберите коллекции

- | | | |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Все | Википедия | Российские журналы |
| Рефераты | Российские конференции | Энциклопедии |
| Авторефераты | Иностранные журналы | Англоязычная википедия |
| Иностранные конференции | | |
| PubMed | | |

Анализировать

Проверить по расширенному списку коллекций системы Руконтекст (<http://text.rucont.ru/like>)

Обработан файл:

Диплом_Иванова Т.А._20.01.docx.

Год публикации: 2019.

Оценка оригинальности документа - 97.04%

Процент условно корректных заимствований - 0.0%

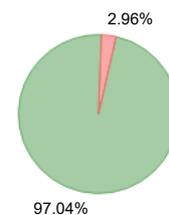
Процент некорректных заимствований - 2.96%

[Просмотр заимствований в документе](#)

Время выполнения: 35 с.

Документы из базы

Источники заимствования



В списке литературы

Источники
Заимствования

1. ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ПОЗИЦИИ МАТЕРИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭКО ([http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=att_case&fld=autoref&key\[\]=205700](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=att_case&fld=autoref&key[]=205700))

Авторы: Якупова Вера Анатольевна.

Год публикации: 2015. Тип публикации: автореферат диссертации.

[http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=att_case&fld=autoref&key\[\]=205700](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=att_case&fld=autoref&key[]=205700)

([http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=att_case&fld=autoref&key\[\]=205700](http://vak.ed.gov.ru/az/server/php/filer.php?table=att_case&fld=autoref&key[]=205700))

[Показать заимствования \(10\)](#)

1.6%

2. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности (<http://dlib.rsl.ru/loader/view/01003009312?get=pdf>)

Авторы: Айвазян, Екатерина Борисовна.

Год публикации: 2005. Тип публикации: автореферат диссертации.

<http://dlib.rsl.ru/loader/view/01003009312?get=pdf> (<http://dlib.rsl.ru/loader/view/01003009312?get=pdf>)

[Показать заимствования \(5\)](#)

1.36%

[Дополнительно](#)

[Значимые оригинальные фрагменты](#)

[Библиографические ссылки](#)

[Искать в Интернете](#)

© 2015 2019 Институт системного анализа Российской академии наук (<http://www.isa.ru/index.php?lang=ru>)