

На правах рукописи

**Филоненко Анна Леонидовна**

**Становление пренатальной психологической общности  
как условие здоровой беременности**

19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Томск – 2012

Работа выполнена в Федеральном бюджетном государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет», на кафедре генетической и клинической психологии

**Научный руководитель:** Залевский Генрих Владиславович  
доктор психологических наук, профессор

**Официальные оппоненты:** Рогачева Татьяна Владимировна  
доктор психологических наук, профессор,  
ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,  
профессор кафедры клинической психологии

Шелехов Игорь Львович,  
кандидат психологических наук, доцент,  
ФГОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет», доцент кафедры психологии личности

**Ведущая организация** ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Защита состоится 22 марта 2012 года в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16, созданного на базе Федерального бюджетного государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36, учебный корпус № 4.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Томского государственного университета.

Автореферат разослан «\_\_» февраля 2012г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета



Бохан Татьяна Геннадьевна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность.** Задача выявления условий развития физиологически «здоровой беременности» стоит очень остро в связи с тем, что, согласно данным статистики, 15-25% беременностей завершается самопроизвольным абортom, а диагноз «угроза прерывания беременности» ставится, каждой второй беременной женщине (З.С. Зайцева, В.И. Кулаков, О.Ф. Серова, Г.Т. Сухих). Она определяется соответствующей сроку беременности положительной оценкой роста и развития ребенка, состоянием репродуктивной системы женщины (В.И. Кулаков, И.В. Дуда). Основными медицинскими критериями «здоровой беременности» являются гармоничная адаптация женского организма к физиологическим изменениям, связанным с формированием и функционированием новой системы «мать-плацента-плод». Поиск решения проблемы психологических факторов, определяющих условия «здоровой беременности» актуализирует исследовательские задачи по установлению тех факторов и механизмов их возникновения, которые препятствуют развитию симптомокомплексов, свидетельствующих о нарушениях (естественного) физиологического процесса беременности. Среди таких факторов многие исследователи, наряду с биологическими, социальными, экологическими, выделяют и психологические факторы (В.В. Абрамченко, Г.А. Арина, Е.Б. Айвазян, Г.И. Брехман, В.И. Брутман, Г.Н. Вараксина, Е.Г. Ветчанина, А.Е. Волков, С.А. Данилов, И.В. Добряков, С.Н. Ениколопов, Н.П. Коваленко, О.А. Копыл, М.Е. Ланцбург, О.А. Соколова, Г.Г. Филиппова, И.Л. Шелехов, М.В. Швецов, С.Н. Ениколопов, В. Chalmes, M. Meiges, N. Omer, R. Nishri, A. Neri, C Thieles., R. Kumar, U. Waldenstram). В исследованиях показано, что процесс беременности - это особое переходное как для организма, так и для личности женщины, состояние, период жизни, когда связь психологического и биологического аспектов функционирования человека оказывается наиболее значимой и существенной: от взаимодействия телесного и психического зависит не только здоровье самой женщины, но и нарождающаяся новая жизнь, здоровье самого ребенка (В.В. Абрамченко, Е.Б. Айвазян, О.С. Васильева, Е.В. Могилевская, Ю.В. Ковалева; О.А. Соколова).

Рассматривая человека более целостно, исследователи показывают, что наряду с биологическими изменениями происходят изменения у беременной женщины во всех сферах ее психологического функционирования: эмоциональных состояниях, когнитивных, личностных, ценностно-смысловых образованиях, поведении, в образе жизни (В.И. Брутман, О.С. Васильева, О.А. Копыл, Ю.В. Ковалева, С.Ю. Мещерякова, Е.В. Могилевская; О.А. Соколова, Г.Г. Филиппова). Содержание этих изменений свидетельствует о том, что в сознании женщины появляется образ ребенка, отношение к нему, формируется единство, система «мать и дитя».

В психологической литературе смысл психологического единства представлен в социальной психологии в понятии «психологическая общность» (А.Л. Журавлёв, В.П. Поздняков, Л.И. Уманский). В рамках культурно-исторической психологии развития Л.С. Выготского (2000) в понятии «пра-мы», которое он рассматривает как «психическую общность» выступающую «исходным пунктом дальнейшего развития сознания». В теории психологических систем В.Е. Ключко (2005) раскрывает это понятие в категории «совмещенной психологической системы». В теории развития субъективности В.И. Слободчиков (1995) вводит понятие «со-бытийной общности» и определяет его как ценностно-смысловое объединение людей, внутреннего духов-

ного единства, характеризующегося взаимным принятием, взаимопониманием, внутренней расположенностью каждого друг к другу. В рамках теории субъективности Ю.Б. Шмурак (1994) водит понятие «пренатальной психологической общности» и определяет его как систему, ограниченную во времени зачатием и рождением и включающую в себя все связи и отношения с миром, реальные и воображаемые, в которых находится женщина, ожидающая ребенка. Таким образом, «пренатальную психологическую общность» можно рассматривать в качестве новообразования, определяющего сознание и поведение беременной женщины на новом жизненном этапе.

**Разработанность проблемы.** В клинико-психологических исследованиях в соответствии с существующими в психологии представлениями о человеке психологические условия здоровой беременности изучались в рамках исследований факторов, определяющих риск возникновения нарушений физиологического процесса беременности. Изучались социальные, физиологические, психо-эмоциональные, индивидуально-психологические, личностные особенности беременных женщин с нарушениями физиологических процессов беременности (В.В. Абрамченко, Г.И. Брехман, В.И. Брутман, Г.Н. Вараксина, Е.Г. Ветчанина, А.Е. Волков, С.А. Данилов, И.В. Добряков, С.Н. Ениколопов., Ж.В. Завьялова, Г.В. Залевский, Н.П. Коваленко, О.А. Копыл). В развитии научных представлений о психологии беременной женщины и психологических факторах «здоровой беременности» можно отметить тенденцию, связанную с пониманием процесса беременности не только как особого психофизиологического состояния, но и как жизненного этапа, этапа развития, в процессе которого происходят изменения образа «Я» женщины, потеря старой и обретение новой идентичности, перестройка личностных смыслов и т.д. (Г.А. Арина, О.С. Васильева, Е.В. Могилевская, Ю.В. Ковалева, О.А. Соколова). Эта новая идентичность проявляется в формировании роли матери (Н.Н. Авдеева, А.С. Батуев, В.И. Брутман), психологической готовности к материнству (О.А. Копыл, С.Ю. Мещерякова, Г.Г. Филиппова). Такой ракурс изучения проблемы, соответствуя антропоориентированным тенденциям развития психологической науки, направляет исследовательский интерес с негативных и проблемных аспектов психологии беременной женщины на позитивные и сильные стороны – поиска психологических условий «здоровой беременности». Разрозненность существующих данных в отношении психологических условий здоровой беременности и методологические возможности современной психологической науки, проявляющиеся в принципах системности, целостности, интересе к процессам развития, аргументируют необходимость и возможность разработки актуальной для общества и науки проблемы - психологических условий здоровой беременности.

В связи с этим возникает научная задача интеграции существующих представлений об условиях здоровой беременности, позволяющей изучить становление пренатальной психологической общности как сложного, многоуровневого, становящегося психологического новообразования беременной женщины, обуславливающего здоровую беременность.

**Цель исследования** выявить особенности становления пренатальной психологической общности как условия здоровой беременности.

**Объект исследования:** психологические условия здоровой беременности.

**Предмет исследования:** пренатальная психологическая общность, представленная содержанием структурных компонентов и динамикой их изменения на этапах ее становления.

**Гипотеза исследования** представлена следующими предположениями:

1. Интеграция существующих в психологии представлений о психологических факторах здоровой беременности с позиций антропоориентированных теорий развития и здоровья человека позволит научно аргументировать рассмотрение пренатальной психологической общности как системного, многоуровневого и становящегося новообразования в сознании и поведении беременной женщины.

2. Становление пренатальной психологической общности выступает психологическим условием здоровой беременности.

**Задачи исследования:**

1. Уточнить понятие и критерии здоровой беременности с позиции медицинского и психологического подходов.

2. Объективировать научный потенциал отечественных антропоориентированных теорий для изучения пренатальной психологической общности как психологического условия здоровой беременности.

3. С опорой на методологию отечественных антропоориентированных теорий интегрировать подходы к психологическим условиям здоровой беременности и разработать интегративную исследовательскую модель пренатальной психологической общности, конкретизируя ее структурно-уровневые и процессуально-динамические характеристики.

4. Разработать программу эмпирического исследования, направленную на изучение содержания структурно-уровневых компонентов в динамике основных этапов становления пренатальной психологической общности.

5. Осуществить эмпирическую проверку разработанной модели пренатальной психологической общности на основании выявления и уточнения содержания структурных компонентов и их взаимосвязей на этапах становления пренатальной общности.

6. Установить различия в показателях структурных компонентов пренатальной психологической общности у женщин со здоровой беременностью и угрозой прерывания беременности.

7. Выявить особенности прохождения стадий становления пренатальной психологической общности беременными женщинами со здоровой беременностью и с угрозой прерывания беременности.

8. Определить основные дефициты (негативные психологические факторы), затрудняющие становление пренатальной психологической общности у женщин с угрозой прерывания беременности.

9. Разработать программу психологического сопровождения беременных женщин с угрозой прерывания беременности, провести формирующий эксперимент и оценить его результаты.

**Теоретико-методологическая основа исследования**

Общей методологической основой исследования явился отечественный культурно-исторический подход к развитию человека Л.С. Выготского, теория развития субъективности В.И. Слободчикова и биопсихосоциальноэтическая модель природы человека и его здоровья Г.В. Залевского. Конкретная методологическая основа исследования представлена концепцией «Пренатальной психологической общности» Ю.Б. Шмурак и понятием «здоровой беременности» и «здорового материнства» Г.Г. Филипповой.

### **Подходы и методы исследования:**

1. Теоретический подход: анализ литературных источников для выявления основных направлений изучения психологических факторов нарушения физиологических процессов беременности; определения принципов изучения человека с позиции антропоориентированного подхода; установления структуры и критериев изучения становления «пренатальной психологической общности».

2. Психодиагностический подход: Шкала базисных убеждений Ронни Янов-Бульман, Цветовой тест Люшера, методика «Семантического дифференциала», «Неоконченные предложения» адаптированные под задачи исследования.

3. Феноменологический подход: специально разработанный алгоритм фокусированного интервью, проективный рисунок «Я и мой ребенок» и сочинение на тему «Моя беременность», с последующим применением контент-анализа для качественной и количественной обработки данных.

4. Статистические методы анализа данных, которые проводились с помощью программы Statistica 8.0. Соответственно целям и задачам исследования были использованы методы описательной статистики, дисперсионный анализ (ANOVA / MANOVA), корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Пирсона, кластерный анализ, факторный анализ методом главных компонент.

**Исследовательская база:** отделение гинекологии Томского НИИ Курортологии и физиотерапии города Томска.

В исследовании принимали участие две группы беременных женщин (n=200): одну из них составили женщины со здоровой беременностью, условно названную группой «норма» (n=100), вторую – женщины с угрозой прерывания беременности, с условным названием «патология» (n=100).

### **Научная новизна исследования:**

Теоретически обосновано и эмпирически подтверждено рассмотрение пренатальной психологической общности, как психологического новообразования беременных женщин, в качестве психологического условия здоровой беременности.

С позиций антропоориентированных теорий пренатальная психологическая общность, как система «мать и дитя» в сознании и поведении беременных женщин, представлена интеграцией структурно-уровневых и процессуально-динамических характеристик.

Показана динамика трансформации содержания структурно-уровневых компонентов на этапах становления «пренатальной психологической общности».

Раскрыто содержание и взаимосвязи структурно-уровневых компонентов на основных этапах становления пренатальной психологической общности в норме (у женщин со здоровой беременностью) и патологии (с угрозой прерывания беременности).

Выделены базовые новообразования, обуславливающие динамику становления пренатальной психологической общности, и вариативные характеристики структурно-уровневых компонентов, обусловленные личностными особенностями, состоянием организма и социальной ситуацией развития.

Охарактеризованы трудности становления пренатальной психологической общности у женщин с угрозой прерывания беременности и определены психологические факторы, препятствующие процессу становления пренатальной психологической общности у беременных женщин с угрозой прерывания беременности.

Разработана система дифференциальной психологической помощи беременным женщинами с различными стадиями пренатальной психологической общности.

### **Теоретическая значимость заключается в следующем:**

Разработана интегративная исследовательская модель становления пренатальной психологической общности: научно обосновано определение структурно-уровневых составляющих пренатальной психологической общности; представлены психологические характеристики структурно-уровневых составляющих пренатальной психологической общности на каждой стадии ее становления; определены системные новообразования, обуславливающие переходы на стадии становления пренатальной психологической общности, выделены базовые новообразования и вариативные характеристики пренатальной психологической общности на стадиях ее становления. Определены психологические закономерности нарушения процесса становления пренатальной психологической общности; установлено, что психоэмоциональная напряженность, негативно влияющая на состояние беременной женщины и протекание беременности, обусловлена не самой по себе тревогой, а ее смысловым содержанием, что необходимо учитывать в психологическом сопровождении беременных женщин.

### **Практическая значимость**

Предложена исследовательская модель, позволяющая выявлять и анализировать особенности становления пренатальной психологической общности у женщин в период беременности и рассматривать их в контексте условий здоровой беременности. Разработана и апробирована программа психологического сопровождения беременных женщин с угрозой прерывания беременности, а также определены задачи и методы профилактической работы с женщинами, готовящимися к материнству.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Обращение к научному потенциалу отечественных антропоориентированных теорий развития и здоровья человека объективирует становление пренатальной психологической общности как системы «мать и дитя» в сознании и поведении женщин в период беременности в качестве психологического условия здоровой беременности.

2. Интеграция отечественных антропоориентированных теорий развития и здоровья человека с учетом принципов развития, системности, целостности позволяет сконструировать исследовательскую модель становления пренатальной психологической общности, представленную структурно-уровневыми компонентами и их содержанием на каждой стадии ее становления, характеристиками новообразований, детерминирующих смену стадий.

3. В условиях здоровой беременности у женщин формируются базовые психологические новообразования, специфичные для каждой стадии и являющиеся неизменным условием становления пренатальной психологической общности, и ее вариативные характеристики, обусловленные состоянием организма, психологическими особенностями и особенностями социальной ситуацией развития беременных женщин. Выделенные психологические новообразования и вариативные характеристики не противоречат, а вступают во взаимодействие, взаимообмен с естественным физиологическим развитием здоровой беременности.

4. У беременных женщин с угрозой прерывания беременности трудности становления пренатальной психологической общности проявляются в ее остановке на определенной стадии, в отсутствии формирования новообразований в структурных

компонентах пренатальной психологической общности, что порождает несоответствие, несогласованность между психологическими условиями и динамикой физиологических изменений. Отсутствие целостности, дезинтегрированность структурно-уровневых компонентов выступает психологическим условием формирования угрозы прерывания беременности.

**Достоверность и обоснованность полученных результатов** обоснованы исходными методологическими позициями; согласованностью эмпирического исследования с теоретической концепцией; применением комплекса надежных методов, соответствующих цели, предмету, задачам исследования; репрезентативностью объема выборки; использованием методов математической обработки эмпирических данных; содержательным анализом выявленных факторов и закономерностей, опытом внедрения результатов исследования в практику.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Результаты исследования были представлены на 4ом Всемирном конгрессе «Психическое здоровье женщины» (Мадрид, 2011); на международных научно-практических конференциях (Новосибирск, 2010; Челябинск, 2010; Одесса, 2011; Москва, 2011) и на межрегиональных научно-практических конференциях (Томск, 2009, 2010).

Данное исследование было поддержано грантами фондов РГНФ и РФФИ в рамках конкурса мобильности молодых ученых на прохождение научных стажировок в Институте психологии РАН (г. Москва) РГНФ № 05-06-06014а (2007 г.), РФФИ № 07-06-90826 моб\_ст (2008 г.) и в Кемеровском государственном университете (г. Кемерово) РФФИ № 11-06-90704-моб\_ст (2011 г.). Фондом РГНФ в рамках целевого конкурса поддержки молодежи РГНФ № 11-36-00202а1 (2011 г.).

**Структура и объем диссертации.** Работа состоит из введения, 3 глав, объединяющих 12 параграфов, заключения, библиографического списка литературы, состоящего из 217 источников, из них – 47 на иностранном языке, 8 приложений. Текст диссертации иллюстрирован 5 рисунками и 13 таблицами. Объем авторского текста 196 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

*Первая глава «Подходы к изучению условий «здоровой беременности» в отечественной и зарубежной литературе»* включает три параграфа.

*В первом параграфе «Клинико-психологические критерии «здоровой беременности»* приведен обзор современных медицинских и психологических исследований, направленных на определение понятия и критериев «здоровой беременности».

В медицинской литературе, с точки зрения акушерства и гинекологии беременность рассматривается как «сложный физиологический процесс, во время которого в организме женщины происходят существенные анатомические, физиологические и биохимические изменения, направленные на создание оптимальных условий для роста и развития плода» (И.В. Дуда, 1997; Г.М. Савельева, 2009). Медицинскими критериями «здоровой беременности» являются: соответствующая сроку беременности положительная оценка роста и развития ребенка, состава крови и мочи женщины, уровень артериального давления и состояния репродуктивной системы женщины (В.И. Кулаков, 2004).



В психологической литературе понятие «здоровая беременность» вводится Г.Г. Филипповой (2003) в рамках категории «здоровое материнство», и опирается на понимание процесса беременности как особого жизненного этапа, сопровождающегося появлением в сознании женщины образа ребенка и его самостоятельной ценности и субъективности. Критериями «здоровой беременности» выступают формирование самостоятельной ценности ребенка и развитие новой материнской идентичности. В исследовании О.А. Соколовой и Е.А. Сергиенко (2007) выделяются личностные особенности беременных женщин, определяющие сохранение здоровья матери и ребенка. К ним относятся: способность будущей матери адекватно изменять собственное поведение, подстраиваясь под требования кризисной ситуации и, осознавая значимость ребенка, изменяться самой, становясь способной ассимилировать вызовы окружающей среды. Б.С. Братусем (1988) определяется уровневая структура психического здоровья, где высший уровень, личностно-смысловой, отвечающий за производство смысловых ориентаций, отношение к себе и к другим, оказывает регулирующее влияние на более нижележащие уровни, формируя адекватные способы поведения и сохраняя физиологическое здоровье личности.

*Во втором параграфе «Психологические факторы, способствующие и препятствующие развитию «здоровой беременности»* представлен обзор современных отечественных и зарубежных исследований, направленных на изучение данных факторов.

Нами выделены два основных подхода к изучению психологических факторов здоровой беременности.

В рамках первого подхода исследовательский интерес направлен на изучение определенных предикторов, как статических психологических характеристик, связанных с нормальным физиологическим течением беременности или с формированием состояний отклонения от естественного процесса беременности (Н.В. Боровикова, 1994; Г.Н. Вараксина, 2002; Е.Г. Ветчанина, 2001; А.Е. Волков, 2001; И.В. Добряков, 2005; Е.Н. Заворотных, 2007; Ж.В. Завьялова, 2000; А.И. Захаров, 1997; О.А. Копыл, 1994; С.Ю. Мещерякова, 2002; Т.В. Скрицкая, 2002; К.Д. Хломов, 2007; И.Л. Шелехов., 2006; R.L. McDonald, 2008; R.W. Newton, K.B. Nuckolls, 2004; D. Cote-Arsenault, D. Bidlach, F.I. Humm, 2001; H.J. Janssen, 1994, M.O. Huttenen, 2001; M. Meiges, 1992; P.E. Silneos, 2003).

В качестве факторов, способствующих развитию здоровой беременности, авторы выделяют на ценностно-смысловом уровне формирование самостоятельной ценности ребенка и материнства, органичное встраивание мотива деторождения в структуру мотивационной сферы женщины. На эмоциональном уровне – готовность к формированию привязанности с внутриутробно развивающимся ребенком, уверенность в себе, активность, оптимизм, низкий уровень ситуативной и личностной тревожности. На когнитивном уровне – интернальный локус контроля в области достижения, адекватную самооценку, на уровне поведения – выбор конструктивных стратегий поведения, гибкую тактику и решительность.

В качестве факторов, препятствующих развитию здоровой беременности, авторы выделяют на ценностно-смысловом уровне сверхценность личной свободы, эгоцентризм, несформированный мотив деторождения, на эмоциональном уровне – высокую личностную тревожность, эмоциональная лабильность, импульсивность, астенизацию эмоций, впечатлительность, ранимость, робость, пессимизм. На когнитивном уровне – склонность к идеям, далеким от реальности, фиксацию на теневых

сторонах жизни; низкую самооценку; на поведенческом уровне – выбор неконструктивных способов поведения в стрессовых и конфликтных ситуациях по типу реакций «ухода», отрицание проблем, покорность, пассивность.

*В третьем параграфе «Антропоориентированные тенденции в развитии представлений о психологических условиях «здоровой беременности»* представлены результаты исследований психологических факторов здоровой беременности в рамках второго выделенного нами подхода.

Исследователи в рамках данного подхода, рассматривают период беременности как особый этап в целостном контексте жизни женщины, в процессе которого происходит непрерывное взаимодействие женщины с новыми условиями жизненного пространства, в результате которого порождаются новые качества, системные новообразования, определяющие гармоничное прохождение данного жизненного этапа на психологическом и на физиологическом уровне.

Исследователями показано, что процесс беременности, как и в любое другое кризисное состояние, может сопровождаться сильными переживаниями, в том числе и негативными; важно, чтобы это приводило к более глубокому пониманию себя, ребенка, его места в своей жизни, то есть являлось средством личностного развития (Н.Н. Авдеева, 1996; О.С. Васильева, Е.В. Могилевская, 2001; Ж.В. Завьялова, 2000; Е.И. Захарова, 2001; О.А. Соколовой, Е.А. Сергиенко, 2007; Н.А. Bennet, A. Einarson, 2004; G. Bohein, B. Hagekull, 2007; S.I. Lusskin, T.M. Pundiak, S.M. Nabib, 2007). Ключевым моментом, который свидетельствует о продуктивном проживании данного кризисного периода, по их мнению, является формирование родительской позиции женщины.

В.И. Брутман (1997) и Г.Г. Филиппова (1998) рассматривают период беременности в качестве «нормативного кризиса» в развитии женской идентичности и как особый этап формирования привязанности между женщиной и внутриутробно развивающимся ребенком. Главным фактором, закладывающим основу формирования привязанности, по их мнению, является возникновение интрацептивного сенсорного опыта взаимодействия с плодом, на основе которого формируются глубокие эмоционально окрашенные связи, определяющие чувство «привязанности» и любви матери к ребенку. Е.Б. Айвазян (2005) определяет беременность как ситуацию развития, которая приводит к формированию новой внутренней позиции – позиции матери и возникновению особой психологической структуры – внутренней картины беременности, в которой отражаются радикальные телесные и эмоциональные изменения, сопровождающие беременность.

В исследованиях Н.Н. Авдеевой, Н.И. Ганошенко (1996), Ж.В. Завьяловой (2000), Е.И. Захаровой (2001), С.Ю. Мещеряковой (2000), и Г.Г. Филипповой (2002) в качестве особого новообразования, формирующегося в период беременности, рассматривается феномен «психологической готовности к родам и материнству», стержневой образующей которой является субъект-субъектная ориентация в отношении матери к своему еще не родившемуся ребенку.

В рамках теории развития субъективности И.В. Слободчикова Ю.Б. Шмурак (1994) вводит понятие «пренатальной психологической общности» и определяет её как систему, ограниченную во времени зачатием и рождением и включающую в себя все связи и отношения с миром, реальные и воображаемые, в которых находится женщина, ожидающая ребенка. Интегрируя психологическую модель беременности и внутриутробной жизни ребенка, Ю.Б. Шмурак раскрывает содержание процесса

развития общности и субъективности в диаде «мать и дитя», которое согласует и упорядочивает пренатальные способности внутриутробного младенца и создает основу для развития психологической готовности к материнству для женщины.

*Вторая глава «Методология и методы исследования становления пренатальной психологической общности как условие здоровой беременности» представлена тремя параграфами.*

*В первом параграфе «Методология исследования»* раскрываются методологические основания исследования, которые определяются культурно-историческим подходом Л.С. Выготского, теорией развития субъективности В.И. Слободчикова (1995) и биопсихосоциоэтической моделью природы человека и его здоровья Г.В. Залевского (2008). Обращение к данным методологическим основаниям позволяет интегрировать разрозненные данные о психологических условиях здоровой беременности, и дает возможность рассматривать беременность, как особый кризисный этап в целостном контексте жизни женщины, гармоничность проживания которого на биологическом и социальном уровне определяется преобразованием личности женщины на психологическом и духовном уровне, что характеризуется изменением личностных мотиваций, форм поведения, установок и трансформацией личностных ценностей и смыслов. Опора на данные методологические принципы позволяет научно аргументировать возможность изучения единства «мать и дитя» как системного психического новообразования, представленного содержанием структурно-уровневых компонентов и процессуально-динамическими характеристиками.

Конкретная методологическая основа исследования представлена концепцией «пренатальной психологической общности» Ю.Б. Шмурак (1994). Ориентация на теоретические положения данной концепции позволяет изучать процесс становления пренатальной психологической общности в период беременности как последовательное преобразование, развитие отношений между матерью и ребенком, гармоничность протекания которого выступает в качестве психологического условия здоровой беременности на психологическом и физиологическом уровне.

Развитие пренатальной психологической общности включает в себя два периода, каждый из которых состоит из двух критических и двух стабильных стадий (Рис. 1).

Период становления событийности		Период реализации самобытности	
Кризис рождения	Стадия принятия	Кризис развития	Стадия освоения
<b>кризис инобытия</b> 0-13 нед. Обособление	<b>стадия принятия</b> 8-16 нед. Совместность - отождествление	<b>кризис фетальности</b> 15-22 нед. Обособление	<b>внутриутробный младенец</b> 20-28 нед. Отождествление

Рисунок 1 – Схема становление пренатальной психологической общности (Ю.Б. Шмурак, 1994)

На основе данного теоретико-методологического анализа нами была разработана интегративная исследовательская модель пренатальной психологической общности с учетом ее структурно-содержательных и процессуально-динамических характеристик.

Структура модели представлена содержанием ценностно-смыслового, эмоционального, когнитивного, физиологического и поведенческого компонентов на каждой стадии.

Ценностно-смысловой компонент определяется особенностями формирования и развития ценностей беременности, материнства и самостоятельной ценности ребенка.

Эмоциональный компонент представлен характеристиками эмоционального состояния женщины на каждой стадии, особенностями переживания и отношения к себе, к ребенку, к беременности и к будущему.

Когнитивный компонент определяется представлениями женщины о себе, о реальной действительности, о будущем, о внутриутробно развивающемся ребенке, а также о возможных способах взаимодействия с ним.

Поведенческий компонент раскрывает содержание форм поведения и их изменение в соответствии с новой жизненной ситуацией.

Содержание физиологического компонента определяется совокупностью физиологических проявлений женского организма на каждом этапе беременности, динамика и сила которых определяет соматическое состояние женщины.

Процессуально-динамические характеристики модели пренатальной психологической общности представлены формированием новообразований, появление которых влечет за собой изменение (трансформацию) содержания всех структурных компонентов на стадиях становления пренатальной психологической общности. Динамика изменения содержания компонентов на каждой стадии подробно описано в тексте диссертации, систематизировано, операционализировано в показателях конкретных методик и наглядно представлено в таблицах.

*Второй параграф «Выборка исследования»* посвящен описанию групп беременных женщин, участвующих в исследовании (n=200). Разделение на группы происходило по медицинским показателям физиологического течения беременности. Первая группа была условно названа группой «нормы» (n=100), её составили женщины со здоровой беременностью, в анамнезе которых не было акушерских осложнений. Вторая группа была названа «патология» (n=100), и её составили женщины с диагнозом «угрозой прерывания беременности», имеющие в анамнезе привычное невынашивание беременности, анемию, токсикоз средней и тяжелой степени тяжести, гестоз средней тяжести. Данные о семейном положении, возрасте, сроке беременности и уровне образования представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Характеристики респондентов экспериментальных групп

	Средние значения показателей	
	Группа «нормы»	Группа «патологии»
Возраст	27,96	29,47
Срок беременности	21,24	22,43
	Данные частотного анализа	
Уровень образования	Среднее – 7% Средне - специальное – 27% Высшее – 66%	Среднее – 4% Средне - специальное – 29% Высшее – 67%
Семейное положение	Не зарегистрир. брак – 27% Зарегистрир. брак – 73%	Не зарегистрир. брак – 38% Зарегистрир. брак – 62%

*Третий параграф «Методы исследования»* посвящен описанию методов и методик, которые были подобраны под задачи исследования и распределены так, чтобы их показатели раскрывали содержание структурно-уровневых компонентов пренатальной психологической общности.

*Третья глава «Становление пренатальной психологической общности у женщин со здоровой беременностью и с угрозой прерывания беременности»* представлена шестью параграфами.

В *первом параграфе «Психологические особенности беременных женщин со здоровой беременностью и с угрозой прерывания беременности»* с помощью анализа частотных таблиц, дисперсионного, корреляционного и факторного анализа представлены достоверные различия в психологических характеристиках беременных женщин группы «норма» и «патология» по показателям, раскрывающим содержание ценностно-смыслового, эмоционального, когнитивного, поведенческого и физиологического структурных компонентов.

Содержание ценностно-смыслового компонента женщин со здоровой беременностью отличается формированием ценностей беременности, материнства и самостоятельной ценности ребенка. Отличительной особенностью ценностно-смыслового компонента женщин с угрозой прерывания беременности выступает высокая ценность собственного Я.

Содержание эмоционального компонента женщин со здоровой беременностью характеризуется эмоциональным принятием ситуации беременности и своего внутриутробно развивающегося ребенка. У женщин с угрозой прерывания беременности данный компонент характеризуется высоким уровнем тревоги и стресса. Ситуация беременности и развивающегося материнства для них сопровождается состоянием беспокойства, неуверенности в себе и желанием уединения.

Содержание когнитивного компонента женщин со здоровой беременностью определяется формированием позитивной временной перспективы. Для них характерно более четкое представление образа ребенка, понимание его потребностей и способов взаимодействия с ним. Содержание когнитивного компонента женщин с угрозой прерывания беременности отличается потерей оптимистического взгляда в будущее и актуализация базисного убеждения в собственной возможности контролировать события жизни. В своих представлениях о внутриутробно развивающемся ребенке они далеки от его реального образа, что уводит их от понимания его потребностей и реальных возможностей взаимодействия с ним.

Содержание поведенческого компонента женщин со здоровой беременностью определяется готовностью брать ответственность за свое здоровье и здоровье своего ребенка на себя, обращаться к внутренним ресурсам для излечения. Содержание поведенческого компонента женщин с угрозой прерывания беременности характеризуется склонностью к непродуктивной активности. В вопросах сохранения своего здоровья они занимают экстернальную позицию, передавая ответственность врачам или обстоятельствам, принимая роль «жертвы».

Содержание физиологического компонента женщин со здоровой беременностью определяется высоким уровнем работоспособности и активности; женщин с угрозой прерывания беременности - повышенным тонусом вегетативной нервной системы, сверхвозбудимостью, раздражительностью и астенизацией.

Полученные достоверные различия были необходимы для более точной интерпретации результатов исследования становления пренатальной психологической общности в группе «норма» и «патология» и для подтверждения выводов.

*Второй параграф «Эмпирическая проверка содержания структурно-уровневых компонентов интегративной исследовательской модели пренатальной психологической общности»* посвящен описанию содержания структурно-

уровневых компонентов пренатальной психологической общности, выявленных на основе литературных данных и верифицированных с помощью факторного анализа главных компонент с ротацией факторов «varimax normalized».

Фактор F2 условно назван нами «Кризис инобытия» объединил 10% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой компонент* представлен показателями «Ценность ребенка» (0,50), *эмоциональный компонент* – показателями «Тревожность» и «Принятие семьей беременности, оказание поддержки» (0,54), *когнитивный компонент* – показателями «Ощущение энергии будущего» (0,60), «Уверенность в будущем» (0,51), «Установка на заботу о здоровье (0,51)», «Самооценка» (0,48) и «Вера в удачу» (0,50). *Физиологический компонент* представлен «Показателем вегетативного тонуса» (-0,67), «Активностью» (-0,77). Содержание компонентов на стадии «Кризис инобытия» (кризис рождения) определяется появлением самостоятельной ценности ребенка и ростом тревожности, формированием установки на сохранение здоровья и новых форм поведения. Физиологический компонент характеризуется общим снижением активности и всех вегетативных показателей. Условием гармоничного происхождения данной стадии выступает принятие членами семьи факта беременности и оказание эмоциональной поддержки.

Фактор F4 условно назван нами «Стадия принятия» объединил 8% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой компонент* представлен показателями «Ценность беременности» (0,60) и «Ценность Я» (0,53). *Когнитивный компонент* – показателями «Установка на заботу о здоровье» (0,52), «Уверенность в будущем» (0,51), «Степень самоконтроля» (0,41). *Поведенческий компонент* – «Изменение образа жизни (0,50)». Содержание компонентов на «Стадии принятия» (стадия принятия) определяется формированием ценности беременности, что связано с готовностью принимать все её проявления. На данной стадии повышается ценность собственного Я, активность, появляется уверенность в будущем, установка на заботу о здоровье и убеждение в собственной возможности контролировать и подчинять события своей жизни.

Фактор F3 условно назван нами «Кризис фетальности» объединил 9% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой компонент* представлен показателями «Ценность ребенка» (0,68) и «Ценность беременности» (0,64), *эмоциональный* – «Тревожность» (-0,52). *Когнитивный компонент* представлен показателями «Формирование нового образа Я» (0,60), «Ощущение активности проявлений ребенка» (0,56), «Использование внутренних ресурсов для излечения» (0,49), «Ощущение энергии будущего». *Физиологический компонент* определили «Показатель вегетативного тонуса» (0,70), «Работоспособность» (0,70), «Показатель отклонения от вегетативной нормы» (-0,62). В данный фактор также вошел показатель «Угрозы прерывания беременности» (-0,48). Содержание компонентов на стадии «Кризис фетальности» (кризис развития) определяется формированием ценности ребенка и беременности. На данной стадии женщины начинают ощущать активные проявления ребенка, воспринимать его как отдельного субъекта, что связано с началом развития материнской идентичности, формированием позитивной временной перспективы и готовностью обра-

щаться к своим внутренним ресурсам организма. Снижается тревожность и улучшается физиологическое состояние.

Фактор F1 условно назван нами «Внутриутробный младенец» и объединил 17% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой* компонент представлен показателями «Ценность Я» (0,52), «Ценность ребенка» (0,54), «Приоритет карьеры» (-0,57), *эмоциональный компонент* – «Принятие членами семьи беременности и оказание поддержки» (0,55), *когнитивный* – показателями «Изменение образа мира» (0,80), «Формирование нового образа Я» (0,78), «Благосклонность мира» (0,63), «Оценка будущего» (0,59), «Уверенность в будущем» (0,54), «Конструктивное отношение к симптомам болезни» (0,62), «Ощущение силы проявлений ребенка» (0,56). *Поведенческий* – «Изменение образа жизни» (0,59). Содержание компонентов на стадии «Внутриутробный младенец» (стадии освоения) определяется изменением образа мира, образа жизни, отказом от эгоцентричности и формированием материнской идентичности. На данной стадии появляются новые формы поведения, направленные на установление более близких, со-бытийных отношений с ребенком. Условием гармоничного прохождения данной стадии является эмоциональная поддержка семьи.

Фактор F5 условно был назван нами «Ценность ребенка» составил 7% от общей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей «Ценность ребенка» (0,52), «Ощущение активных проявления ребенка» (0,49) и «Установка на использование внутренних ресурсов для излечения» (0,49). Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о том, что формирование самостоятельной ценности ребенка связано с ощущением его проявлений и взаимосвязано с формированием конструктивных поведенческих установок совладания с симптомами болезни.

Фактор F6 условно был назван нами «Самооценка» составил 6% от общей дисперсии и раскрыл взаимосвязь показателей «Самооценка» (0,79), «Случайность» (0,64), «Доброжелательность людей» (0,40), «Позитивная оценка будущего» (0,43), «Ценность ребенка» (0,44) и показатель «Угроза прерывания беременности» (-0,45). Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о том, что формирование адекватной самооценки связано с появлением ценности ребенка, позитивного настроения на будущее, отказом от базисного убеждения в собственной возможности контролировать события своей жизни и со снижением показателя угрозы прерывания беременности.

Анализ факторов и соотнесение их содержания с данными «интегративной исследовательской модели» позволили эмпирически верифицировать и раскрыть содержание структурно-уровневых компонентов модели и определить условия, обеспечивающие гармоничный переход на каждую новую стадию становления общности.

**Третий параграф «Особенности становления пренатальной психологической общности у беременных женщин со здоровой беременностью»** посвящен описанию содержания структурных компонентов на стадиях становления общности в группе «нормы» с помощью факторного анализа с ротацией факторов «varimax normalized».

Факторы F3 условно назван нами «Кризис инобытия» объединил 15% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой компонент* представлен показателями «Ценность ребенка» (0,71); *эмоциональный* – показателем «Активность» (-0,77), «Тревожность»

(0,49) и «Принятие семьей беременности и поддержка» (0,54). *Когнитивный компонент* представлен показателями «Установка на заботу о здоровье» (0,51), «Использование внутренних ресурсов для излечения» (0,69), «Уверенность в будущем» (0,52), «Самооценка» (0,48) и «Вера в удачу» (0,50). *Поведенческий компонент* – показателем «Изменение образа жизни» (0,54), *физиологический* – показателем «Работоспособность» (-0,42). Содержание компонентов на стадии «Кризис инобытия» (кризис рождения) определяется повышением уровня тревожности, снижением активности и работоспособности. Появление самостоятельной ценности ребенка взаимосвязано с формированием установки на сохранение своего здоровья и новых форм поведения.

Факторы F4 условно назван нами «Стадии принятия» объединил 12% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой компонент* представлен показателем «Ценность ребенка» (0,54), *эмоциональный* – «Ощущение собственной активности» (0,54), *поведенческий* – «Изменение образа жизни». *Когнитивный компонент* представлен показателями «Случайность», (0,68), «Благосклонность людей» (-0,54) и «Самооценка» (0,49). Содержание компонентов на «Стадии принятия» (стадия принятия) определяется формированием ценности ребенка, повышением самооценки женщины, возвращением уровня активности в норму и формированием новых форм поведения в соответствие с новой жизненной ситуацией. На данной стадии также происходит актуализация базисных убеждений в том, что окружающим людям нельзя доверять и все события, которые происходят в жизни, подчинены закону случайности, и контролировать их невозможно.

Фактор F6 условно назван нами «Кризис фетальности» объединил 8% от общей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой компонент* представлен показателями «Ценность ребенка» (0,60), «Ценность беременности» (0,50), *когнитивный* – показателями «Ощущение силы проявлений ребенка» (0,67), «Формирование нового образа Я» (0,66), «Оценка будущего» (0,47), «Благосклонность людей» (-0,41) и «Степень самоконтроля» (-0,48). Содержание компонентов на стадии «Кризис фетальности» (кризис развития) определяется формированием ценности ребенка, появлением ощущений его шевелений, началом развития материнской идентичности и построением позитивной временной перспективы. Сохраняются убеждения в том, что окружающим людям нельзя доверять и контролировать события собственной жизни невозможно.

Фактор F1 условно названный нами «Внутриутробный младенец» объединил 20% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой компонент* представлен показателями «Приоритет карьеры» (-0,68), «Ценность Я» (-0,58) и «Ценность ребенка» (0,53), *эмоциональный компонент* – показателями «Ощущение собственной силы и энергии» (-0,45). *Когнитивный компонент* показателями «Изменение образа мира» (0,86), «Формирование нового образа Я» (0,86), «Оценка будущего» (0,65), «Справедливость» (0,58) и «Вера в удачу» (0,47), *поведенческий* – «Изменение образа жизни» (0,67). На стадии «Внутриутробный младенец» (стадия освоения) ребенок и развивающееся материнство гармонично «вписывается» в образ мира и образ жизни



женщин данной группы, снижается ценность собственного Я, уходит эгоцентричность, приоритет карьерного роста и появляется высокая оценка будущего.

Фактор F2 условно был назван нами «Уверенность в будущем» объединил 17% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей *когнитивного компонента*: «Ощущение силы и энергии будущего» (0,84), «Ощущение силы проявлений беременности» (0,78), «Ощущение силы и активности проявлений ребенка» (0,70), «Установка на заботу о здоровье» (0,78), «Использование внутренних ресурсов для излечения» (0,55). Данный фактор показал взаимосвязь формирования позитивного представления о будущем с ощущением проявлений своей настоящей беременности и внутриутробных шевелений ребенка, что в свою очередь связано с установкой на заботу о собственном здоровье.

Фактор F5 условно был назван нами «Формирование нового образа Я» объединил 9% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей «Формирование нового образа Я» (0,51), «Самооценка» (0,50), «Ощущение собственной активности» (-0,48) и «Работоспособность» (0,49). Изменение представлений о себе в период беременности связано со снижением собственной активности, при сохранении работоспособности и повышении самооценки.

Сравнение и соотношение содержания структурных компонентов интегративной исследовательской модели становления пренатальной психологической общности и структурных компонентов стадий становления общности у женщин группы «норма», позволило выделить общие показатели, которые можно квалифицировать как базовые новообразования, обуславливающие динамику становления пренатальной психологической общности.

На первой стадии «Кризис инобытия» (кризис рождения) – это появление самостоятельной ценности ребенка, смысла заботы о своем здоровье и позитивной перспективы будущего. На второй стадии «Стадии принятия» (стадия принятия) в качестве новообразования выступает эмоциональное принятие беременности и ребенка в своей телесности и соответствующее этому изменение образа жизни. Новообразованием третьей стадии «Кризис фетальности» (кризис развития) является появление ценности материнства, проявляющейся в принятии беременности во всех ее проявлениях, идентификации с ролью матери, выделении проявлений активности ребенка на уровне интрацептивных ощущений и придания им определенных значений, как проявлений субъективности ребенка. На четвертой, завершающей стадии, «Внутриутробный младенец» (стадия освоения) новообразованием выступает появление новых смыслов во взаимодействии с ребенком в настоящем и планируемом будущем, расширяющих пространство жизненного мира женщины.

*Четвертый параграф «Особенности становления пренатальной психологической общности у беременных женщин с угрозой прерывания беременности»* посвящен описанию содержания структурно-уровневых компонентов на стадиях становления пренатальной психологической общности в группе «патология» с ротацией факторов «varimax normalized».

Факторы F3 условно назван нами «Кризис инобытия» объединил 15% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Когнитивный компонент* представлен показателями «Изменение образа мира» (-0,55), «Формирование нового образа Я» (-0,57), «Вера в удачу» (0,52), «Ощуще-

ние силы проявлений беременности» (0,59), «Степень самоконтроля» (0,55). *Поведенческий компонент* представлен показателем «Изменение образа жизни» (-0,65), *физиологический компонент* – показателем «Активность» (-0,55). Становление пренатальной психологической общности на стадии «Кризис инобытия» (кризис рождения) определяется дефицитом ценностно-смыслового компонента в виде отсутствия самостоятельной ценности ребенка, что связано с деформацией когнитивного компонента, которая определяется потерей позитивной временной перспективы, актуализацией негативного базисного убеждения о собственной возможности контролировать события жизни и невозможностью формирования нового образа мира и нового образа Я.

Фактор F2 условно назван нами «Стадии принятия» составил 17% от всей дисперсии и представлен взаимосвязью показателей, которые соответствуют критериям данной стадии и раскрывают следующее содержание структурных компонентов. *Ценностно-смысловой компонент* представлен показателем «Ценность Я» (0,57), *эмоциональный компонент* – показателями «Тревожность» (0,81) и «Активность» (0,40), *когнитивный* – показателем «Формирование нового образа Я» (0,62), «Ощущение силы будущего» (0,66) и «Ощущение активности проявлений ребенка» (0,56). *Физиологический компонент* определили «Показатель отклонения от аутогенной нормы» (0,81), «Показатель вегетативного тонуса» (-0,80) и «Работоспособность» (-0,79). Содержание компонентов на «Стадии принятия» (стадии принятия) определяется появлением ощущений шевелений ребенка, что стимулирует изменение образа Я, повышает активность и уверенность в позитивном будущем. Однако, отсутствие ценности ребенка определяет дефицит ценностно-смыслового компонента, что взаимосвязано с деформацией физиологического и эмоционального компонентов, которые характеризуются повышением уровня тревожности, развитием тяжелого соматического состояния, связанного со снижением вегетативного тонуса, отклонениями показателей от аутогенной нормы и сохранением угрозы прерывания беременности.

Фактор F1 с условным названием «Ценность ребенка» составил 23% от всей дисперсии и раскрыл личностные особенности женщин со сформированной ценностью ребенка. Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о том, что формирование самостоятельной ценности ребенка связано с убеждением женщин в благосклонности мира, с активностью и уверенностью в своих силах в возможности контролировать и управлять событиями своей жизни, с заботой о здоровье и использованием внутренних ресурсов организма для излечения.

Факторный анализ не выявил факторов, совокупность показателей которых раскрывает содержание структурных компонентов второго периода становления общности (периода реализации самобытности) и определяет прохождение стадий «Кризис фетальности» (кризис развития) и «Внутриутробный младенец» (стадия освоения). Отсутствие сформированной ценности материнства, являющейся новообразованием второго периода становления, делает невозможным развитие общности в данный период и приводит к её остановке.

Анализ выявленных факторов позволил определить психологические факторы на уровне личности, на уровне состоянии и на уровне социального взаимодействия, способствующие и препятствующие становлению пренатальной психологической общности у женщин с угрозой прерывания беременности.

**Пятый параграф «Психологические характеристики структурных компонентов пренатальной психологической общности, способствующие и препятствующие становлению пренатальной психологической общности»**

Кластерный анализ методом Ward'a выделил 6 типов беременных женщин с различными особенностями становления пренатальной психологической общности.

Первую группу «Неуверенность и направленность на карьеру» (n=25) составили женщины второго триместра беременности с высоким приоритетом карьеры, неуверенные в будущем, удерживающие образ жизни прежним, каким он был до наступления беременности. Большую часть этой группы (60%) составили женщины с угрозой прерывания беременности.

Вторую группу «Принятие беременности» (n=26) составили женщины второго триместра беременности с низкими показателями ценности ребенка и с высокими показателями принятия беременности, конструктивным отношением к симптомам болезни и изменением образа жизни. Половину (54%) женщин данной группы составили женщины со здоровой беременностью.

В третью группу «Контролирование симптомов беременности» (n=25) вошли женщины первого триместра беременности с высокими показателями принятия беременности, с низкими показателями ценности ребенка и выраженным базисным убеждением в собственной возможности контролировать события жизни. Большинство женщин данной группы (60%) составили женщины угрозой прерывания беременности.

Четвертую группу «Активность и эгоцентризм» (n=37) составили женщины третьего триместра беременности с максимальными показателями ценности Я и активности, при средних значениях ценности ребенка. Большую часть (70%) составили женщины с угрозой прерывания беременности.

Пятую группу «Ценностью ребенка и материнская идентичность» (n=40) составили женщины второго триместра беременности с максимальной ценностью ребенка, минимальной ценностью Я, формированием нового образа Я и изменением образа мира. Большинство (75%) из них составили женщины со здоровую беременность.

Шестую группу «Астения, эгоцентризм и сверх-контроль» (n=36) составили женщины второго триместра беременности с максимальной ценностью Я, минимальной ценностью ребенка, с высокими показателями убеждения в самоконтроле и отрицательными показателями собственной силы и энергии. Весь состав группы (100%) определили женщины с угрозой прерывания беременности.

Проведенный анализ изучаемых показателей в вышеуказанных группах с учетом полученных результатов сравнительного, корреляционного и факторного анализов в экспериментальных группах, позволил выявить и подтвердить психологические характеристики (факторы) компонентов пренатальной психологической общности, способствующие и препятствующие становлению общности на каждой стадии.

В качестве факторов, способствующих развитию общности, выступают ценность ребенка и ценность материнства, принятие беременности, установка на сохранение своего здоровья, конструктивное отношение к симптомам болезни и готовность обращаться к внутренним ресурсам для излечения.

Негативными психологическими факторами, которые приводят к остановке в развитии общности и взаимосвязаны с угрозой прерывания беременности, являются отсутствие ценности ребенка, актуализация базисного убеждения в собственной возможности контролировать и подчинять события своей жизни, высокая ценность собственного Я женщины, приоритет карьеры.

Выявленные особенности становления пренатальной психологической общности легли в основу создания программы психологического сопровождения для беременных женщин с трудностями становления пренатальной психологической общности.

*Шестой параграф «Формирующий эксперимент психологического сопровождения беременных женщин с различными трудностями становления пренатальной психологической общности»* раскрывает задачи, подходы, методы, формы организации, этапы и результаты работы.

В формирующем эксперименте участвовали беременные женщины с угрозой прерывания беременности (n=20). Программа проводилась на базе отделения гинекологии Томского НИИ Курортологии и физиотерапии г. Томска.

Результаты контрольного среза, полученные с помощью шкал методик, диагностирующих содержание структурных компонентов общности, контент-анализ речевой продукции женщин, рисунков и текстов рефлексии в завершении занятий, показали динамику развития новообразований на стадиях становления пренатальной психологической общности, улучшение эмоционального состояния, снятие симптомов угрозы прерывания беременности констатировалось в 65% случаев (Таблица 2).

Таблица 2. Динамика изменений показателей до и после проведения формирующего эксперимента (n=20)

Название шкал	До	После	p-level
Формирование и развитие ценности ребенка	2,05	3,22	0,005
Принятие беременности	3,18	3,89	0,03
Ценность Я	3,85	2,46	0,04
Приоритет карьеры	1,5	0,4	0,05
Степень самоконтроля	4,10	3,65	0,02
Уровень тревоги	2,74	1,30	0,002
Уровень стресса	3,74	1,30	0,0001
Активность	0,02	1,36	0,002
Показатель вегетативного тонуса	0,58	0,37	0,05
Использование внутренних ресурсов для излечения	2,04	2,72	0,000
Конструктивное отношение к симптомам болезни	0,87	1,71	0,000
Установка на заботу о здоровье	1,77	2,54	0,004

**В заключении** обобщены результаты исследования, изложены **выводы**:

1. Опора на научный потенциал антропоориентированных теорий развития и здоровья человека позволила рассмотреть пренатальную психологическую общность как систему «мать и дитя» в сознании и поведении женщин в период беременности в качестве психологического новообразования, свидетельствующего о процессе саморазвития женщины и выступающего психологическим условием в системе факторов, обуславливающих физиологическое течение здоровой беременности.

2. Интегративная исследовательская модель становления пренатальной психологической общности позволила операционализировать феномен «пренатальной психологической общности» в его структурно-уровневых и процессуально-динамических проявлениях согласно методологической основе исследования.

3. В норме у женщин в период беременности становление пренатальной психологической общности представлено появлением базовых новообразований на каждой стадии ее развития и соответствующим им содержанием структурных компонентов (ценностно-смыслового, эмоционального, когнитивного, поведенческого и физиологического). К базовым новообразованиям относятся:

- в «кризисе инобытия» (рождения) – появление самостоятельной ценности ребенка, смысла заботы о своем здоровье и позитивной перспективы будущего;

- в «стадии принятия» – эмоциональное принятие ребенка в своей телесности и соответствующее этому изменение форм поведения, образа жизни;

- в «кризисе фетальности» (развития) – появление ценности материнства, проявляющейся в принятии беременности во всех ее проявлениях, идентификации с ролью матери, выделении проявлений активности ребенка на уровне интрацептивных ощущений и придании им определенных значений, как проявлений субъектности ребенка;

- на этапе «внутриутробного младенца» (стадия освоения) – появление новых смыслов во взаимодействии с ребенком в настоящем и будущем, расширяющих пространство жизненного мира, на основе ценностей материнства.

4. Состояние организма, личностные особенности и особенности социальной ситуации развития выступают во взаимосвязи и обуславливают вариативные составляющие компонентов пренатальной психологической общности.

5. У большинства беременных женщин с угрозой прерывания беременности выявлены следующие трудности становления пренатальной психологической общности:

- отсутствие базовых новообразований, определяющих динамику становления пренатальной психологической общности;

- деформация содержания компонентов на стадиях первого периода становления пренатальной психологической общности: в «кризисе инобытия» – отсутствие динамики изменения образа мира и образа жизни; на «стадии принятия» – значимость ценности собственного Я в связи с ухудшением соматического состояния (повышение тонуса вегетативной нервной системы, снижение работоспособности, отклонением физиологических показателей от аутогенной нормы);

- отсутствие формирования новообразований и содержания компонентов пренатальной психологической общности, соответствующего второму периоду развития (стадиям «кризис фетальности» и «внутриутробный младенец») свидетельствует об остановке в развитии пренатальной психологической общности;

- выделена группа беременных женщин с угрозой прерывания беременности и с психологическими характеристиками, соответствующими содержанию структурных компонентов гармоничного становления пренатальной психологической общности, что может свидетельствовать о том, что в системе факторов, обуславливающих формирование угрозы прерывания беременности в данной группе женщин, детерминирующим является биологический фактор.

6. Установлены психологические факторы, негативно влияющие на трансформацию содержания структурно-уровневых компонентов пренатальной психологиче-

ской общности на основных этапах ее становления: на уровне личности – гиперконтроль и гиперответственность, ригидность, недоверие окружающему миру; на уровне состояния – ухудшение соматического статуса, на уровне социального взаимодействия – отсутствие переживания эмоциональной поддержки со стороны семьи.

7. Получены позитивные результаты в реализации программы психологического сопровождения беременных женщин, которые показали что формирование ценностей ребенка и материнства, готовность принимать ситуацию беременности во всех её проявлениях и развивать новые формы поведения способствуют более благоприятному прохождению стадий становления пренатальной психологической общности и сохранению здоровой беременности.

### **Содержание диссертации отражено в следующих публикациях автора:**

#### **Статьи в журналах, рекомендованных ВАК**

1. Филоненко А.Л. Реферативный анализ проблемы изучения факторов риска невынашивания беременности / А.Л. Филоненко, Т.Г. Бохан // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 334. – С. 138-142. (доля авторского участия 50%)

2. Филоненко А.Л. Базисные убеждения, особенности состояния и переживания беременных женщин / А.Л. Филоненко // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 37. – С. 14-20.

3. Филоненко А.Л. Особенности становления «пренатальной психологической общности» беременных женщин с нормальным физиологическим течением беременности и с угрозой её прерывания» / А.Л. Филоненко // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 12 (113). – С. 112-117.

#### **Публикации по теме диссертации в других изданиях**

4. Филоненко А.Л. Особенности смысловой сферы и субъективного благополучия беременных женщин / А.Л. Филоненко, С.А. Богомаз // Психологические проблемы смысла жизни и акме : материалы XII симпозиума. – М., 2007. – С. 106-107. (доля авторского участия 70%)

5. Филоненко А.Л. Психологические особенности беременных женщин с диагнозом «угроза прерывания беременности» / А.Л. Филоненко // Клиническая психология в медицинской и социальной практике : тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции / под ред. В.Я. Семке. – Томск : Иван Федоров, 2010. – С. 167-171.

6. Филоненко А.Л. Особенности смысловой сферы и субъективного благополучия беременны женщин с угрозой прерывания беременности / А.Л. Филоненко // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения : сборник тезисов II региональной конференции молодых ученых и специалистов / под ред. В.Я. Семке. – Томск : Иван Федоров, 2010. – С. 107-109.

7. Филоненко А.Л. Базисные убеждения, особенности состояния и переживания беременных женщин с угрозой прерывания беременности / А.Л. Филоненко // Человек в современном обществе: вопросы психологии : материалы международной заочной научно-практической конференции. – Новосибирск : ЭНСКЕ, 2010. – С. 152-157.

8. Филоненко А.Л. Особенности базисных убеждений беременных женщин с угрозой прерывания беременности / А.Л. Филоненко // Актуальные проблемы со-

временной психологии и педагогики : материалы международной научно-практической конференции. – Челябинск : Матрица, 2010. – С. 78-81.

9. Филоненко А.Л. Особенности ценностно-смысловой сферы беременных женщин с различным течением беременности / А.Л. Филоненко // Ценностные основания психологии и психология ценностей : сборник материалов IV Сибирского психологического форума. – Томск : Томское университетское издательство, 2011. – С. 87-91.

10. Филоненко А.Л. Методологические основания изучения становления «пренатальной психологической общности» как условие «здоровой беременности» / А.Л. Филоненко // Научные исследования и их практическое применение. Современное состояние и пути развития '2011 : сборник материалов международной научно-практической конференции. – Одесса, 2011. – С. 89-92.

11. Филоненко А.Л. Особенности становления «пренатальной психологической общности» как условие «здоровой беременности» у женщин с угрозой прерывания беременности и без нее / А.Л. Филоненко, Н.Л. Мамышева, О.Ю. Суднева // Психология – наука будущего : сборник материалов IV международной конференции молодых ученых. – М. : Изд-во ИП РАН, 2011. – С. 154-161. (доля авторского участия 70%)

12. Филоненко А.Л. Различия в становлении «пренатальной психологической общности» беременных женщин с нормальным физиологическим течением беременности и с угрозой её прерывания / А.Л. Филоненко, Н.Л. Мамышева, О.Ю. Суднева / Современная психология: теория и практика : сборник материалов II Международной научно-практической дистанционной конференции. – М., 2011. – С. 256-261. (доля авторского участия 70%)

Подписано в печать 17.02.2012 г.  
Формат А4/2. Ризография  
Печ. л. 1,5. Тираж 100 экз. Заказ № 51  
Отпечатано в ООО «Позитив-НБ»  
634050 г. Томск, пр. Ленина 34а