

Санкт-Петербургский государственный университет

Выпускная квалификационная работа на тему:

***Психологическое благополучие и отношение к
ребёнку у беременных женщин***

по направлению подготовки 37.03.01 – Психология

основная образовательная программа «Общая психология»

Рецензент:

к.пс.н., доцент

Грандилевская И.В.

Выполнил:

Студент 4 курса

очной формы обучения

Евтушенко Е.А.

Научный руководитель:

к.пс.н., доцент

Савёнышева С.С.

Санкт-Петербург

2017

Аннотация

Задачей данного исследования стало изучение влияния психологического благополучия беременных женщин на отношение к будущему ребёнку.

Актуальность исследования заключается в осведомленности о факторах, влияющих на формирование того или иного типа отношения к ребёнку у беременных женщин.

Исследование включало использование семи методик: анкету для беременных женщин, опросник удовлетворенности жизнью Э.Динера, опросник психологического благополучия К. Рифф, опросник удовлетворенности браком Алешиной, тест отношений беременной И.В. Добрякова, методику определения материнской привязанности матери в пренатальный период, рисуночный тест "Я и мой ребёнок".

В результате исследования обнаружилось, что высокий уровень удовлетворённости жизнью и браком связан с оптимальным типом отношения к ребёнку. У женщин с низким уровнем психологического благополучия обнаружился тревожный тип отношения к ребёнку.

Таким образом, исследование показало, что предполагаемая взаимосвязь существует. Можно сделать вывод о том, что общее психологическое благополучие женщины влияет на формирование того или иного типа отношения к ребёнку.

Ключевые слова: беременность, психологическое благополучие, отношение к ребёнку, пренатальный период, удовлетворенность жизнью.

Abstract

Psychological well-being of pregnant women and their attitude to future children.

This work investigates influence of psychological well-being on the attitude of pregnant women to their future children.

The present study gives valuable information about forming of particular type of attitude of carrying woman to a baby.

There were used 7 methods during the study, including questioning of pregnant women, enquirer of live satisfaction by E.Diner, Scales of Psychological Well-being by K.Ryff's, questioner of marriage satisfaction by Alyeshina, pregnant woman attitude test by Dobriakov, Maternal antenatal attachment scale by J. Condon, painting test "My child and me".

As a result it was found out that the high level of life and marriage satisfaction of pregnant women is connected with the normal attitude to their children. Women with low well-being level were found to have a restless attitude to a child. As a result the strict correlation between general psychological well-being of a woman and her attitude to a future child was shown .

Key words: pregnancy, psychological well-being, attitude to a child, life satisfaction.

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. Анализ научных подходов к изучению психологического благополучия и отношения к ребенку у беременных женщин.....	9
1. Подходы к изучению субъективного благополучия.....	9
2. Отношение к ребёнку у беременных женщин.....	14
2.1. Психологическая готовность к материнству.....	14
2.2. Пренатальная привязанность.....	20
2.3. Типы отношения к беременности.....	24
2.4. Мотивы сохранения беременности. Неблагоприятные факторы при беременности.....	28
1.3 Психологическое благополучие и отношение к супругу и ребёнку у беременных женщин.....	33
1.4. Влияние супружеских взаимоотношений и личности беременной женщины на отношение к ребёнку.....	35
ГЛАВА 2. Организация и методы исследования	41
2.1 Цели и задачи исследования.....	41
2.2 Описание методик исследования.....	42
2.3 Описание выборки.....	49
ГЛАВА 3. Анализ экспериментальных данных.....	51
3.1 Особенности психологического благополучия и супружеских отношений у беременных женщин.....	51
3.2 Анализ отношения к ребенку у беременных женщин.....	52
3.3. Анализ взаимосвязей психологического благополучия и отношения к ребенку и супругу у беременных женщин.....	57

3.3.1 Анализ взаимосвязи психологического и субъективного благополучия у беременных женщин.....	57
3.3.2. Анализ взаимосвязи психологического благополучия и отношения к супругу у беременных женщин.....	59
3.3.3 Анализ взаимосвязи психологического благополучия и отношения к ребенку у беременных женщин.....	61
3.3.4. Анализ взаимосвязи отношения к ребенку и супругу у беременных женщин.....	65
3.3.5. Анализ предикторов отношения к ребенку.....	68
3.3.6. Анализ взаимосвязи психологического благополучия, отношения к ребенку, супругу и социально-демографических характеристик у беременных женщин.....	69
ВЫВОДЫ.....	73
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	75
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	77
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	85
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	87

Введение

Проблема роли материнства в человеческой жизни не теряет своей актуальности в современном мире. Это связано с всевозрастающим числом детей-сирот, детей, воспитывающихся в условиях отвержения и эмоциональной холодности. Нарушения семейного взаимодействия имеют много причин. По большей части, все они обусловлены социально: токсичные отношения родителей с собственной семьёй, нездоровые установки, диктуемые социальной средой. Также оказывают влияние личностные особенности родителей, их жизненный опыт, экологические и экономические факторы.

В данном исследовании мы рассмотрели влияние некоторых факторов на отношение беременной женщины к ребёнку. В число этих факторов вошли субъективное и психологическое благополучие матери, её удовлетворённость брачным союзом. Нельзя недооценивать влияние жизненного благополучия на формирование отношения матери к ребёнку. Ведь не только физическое здоровье и отсутствие болезней и недугов сказывается на становлении детско-родительских отношений на столь ранней стадии взаимодействия. Довольство и счастье матери, желанность и запланированность её беременности, удовлетворённость собой и позитивное отношение к своему прошлому и настоящему становятся факторами, влияющими на первую ступень взаимодействия матери и ребёнка. Не менее важным фактором становится и удовлетворённость супружескими отношениями. Поддержка и принятие от отца ребёнка, от собственного мужа, тёплый и близкий контакт с ним, пробуждает в женщине нежные материнские чувства, направленные на ребёнка, являющегося продуктом их совместного единения и любви.

Также в нашей работе раскрыта тема материнства – этого разностороннего и сложного феномена, так сильно влияющего на развитие малыша в первые годы его жизни. Сложно переоценить влияние матери на ребёнка, на его развитие, воспитание, становление личности. Осознанное и

ответственное материнство – непростая задача для женщины, особенно в ситуации первой беременности. Страх, неуверенность, тревожность, отсутствие понимания, помощи и поддержки могут стать серьёзной преградой для создания крепкой и надёжной привязанности между матерью и малышом, помешать его развитию.

Особенно интересно рассмотреть вопрос о привязанности. Вопреки расхожему мнению, можно смело утверждать, что эта глубокая и сильная связь между матерью и малышом возникает задолго до его рождения, в пренатальный период. Ещё находясь в утробе, малыш чутко воспринимает отношение к нему, исходящее от того единственного, что он пока может воспринять и понять – собственной матери. Влияние пренатального периода на психическое развитие ребёнка столь огромно, что переоценить его влияние сложно.

Именно значимость, важность, исключительная ценность пренатального периода развития в жизни каждого человека подчёркивает **актуальность** исследования этой темы. Необходимо изучить все факторы, влияющие на качество развития ребёнка, поскольку от этого зависит благополучие и процветание каждого человека.

В связи со всем вышперечисленным, **целью** нашего исследования стало изучение особенностей и взаимосвязи отношения к ребёнку и психологического благополучия у беременных женщин.

В соответствии с поставленной целью, были определены **задачи**:

1. Проанализировать существующие в научной литературе подходы к изучению отношения беременной женщины к будущему ребёнку, субъективному благополучию беременной женщины.
2. Исследовать типы отношения к будущему ребёнку у беременных женщин.
3. Изучить особенности психологического и субъективного благополучия, степень удовлетворённости браком у беременных женщин.

4. Проанализировать взаимосвязь между психологическим и субъективным благополучием и отношением к ребёнку у беременных женщин.

5. Исследовать влияние удовлетворённости брачными отношениями на формирование типа отношения к будущему ребёнку.

6. Изучить взаимосвязь психологического благополучия, отношения к супругу и ребёнку и социально-демографических характеристик.

7. Проанализировать взаимосвязь между психологическим и субъективным благополучием и отношением к супругу у беременных женщин.

Глава 1. Анализ научных подходов к изучению психологического благополучия и отношения к ребёнку у беременных женщин.

1.1 Подходы к изучению субъективного благополучия.

В психологическом сообществе существует несколько подходов к определению благополучия. Шамионов Р.М. даёт следующее определение: «субъективное благополучие – это эмоционально-оценочное отношение человека к своей жизни, своей личности, взаимоотношениям с другими и процессам, имеющим важное значение с точки зрения усвоенных нормативно ценностных и смысловых представлений о «благополучной» внешней и внутренней среде, выражающейся в удовлетворённости ею, ощущении счастья» [77; с. 70]. Н.Бредберн определял психологическое благополучие как баланс между позитивными и негативными эмоциями [46]. Принято разделять благополучие на гедонистическое, оно же субъективное, и эвдемоническое, оно же психологическое. Описывая разницу между двумя этими понятиями, К.Рифф утверждает, что субъективное благополучие характеризует общее состояние человека, тогда как психологическое благополучие динамично и напряженно. Определенные экзистенциальные компоненты, например, «цели в жизни» и «личностный рост», отличают его от субъективного благополучия направленностью в будущее [76]. Исследователи благополучия вкладывали разное содержание в это понятие. А.С. Ватерман указывал на особую значимость реализации глубинных ценностей человека для достижения им благополучия [81]. М. Чиксентмихайи описывает состояние благополучия как вовлеченность, погруженность в деятельность, которая приносит удовлетворение. Этот подход к благополучию, достигаемому в процессе отличается от концепций благополучия как результата совершенных действий [37]. Отдельно можно отметить подход К.Рифф к вопросу благополучия. Она определяла благополучие как базовый субъективный конструкт, отражающий восприятие и оценку своего функционирования с точки зрения вершины потенциальных возможностей человека. Модель, предложенная К. Рифф, содержит шесть компонентов: автономность, компетентность, личностный рост, позитивные

отношения, жизненные цели, и самопринятие [76]. Леонтьев Д.А. рассматривал благополучие и счастье человека как чувство, возникающее от соединения желаемого с действительным. При этом он выделяет два вида счастья: счастье-минимум, достигаемое путем удовлетворения базовых потребностей человека и счастье-максимум, достигаемое через самореализацию и реализацию своего экзистенциального потенциала [23]. Рассуждая об отличиях между понятиями «удовлетворённость жизнью» и «субъективное благополучие» Галиахметова Л. И. отмечает, что «удовлетворённость жизнью» входит в состав общего понятия субъективного благополучия и является более устойчивым, чем «субъективное благополучие». Кроме того, «субъективное благополучие» - более широкий термин, охватывающий множество явлений и процессов. [12]

Из всего вышесказанного можно заключить, что несмотря на обширные исследования в области психологического благополучия, на данный момент не существует единой теории и концепции, наиболее полно и точно отражающей это понятие. Различия в определениях, данных авторами разными концепций, исходят из разного понимания сути психологического благополучия.

Особое место среди концепций психологического благополучия занимают теории, опирающиеся на идею о реализации потребностей. Подобную теорию предложил В.Вилсон, утверждающий, что существует прямая взаимосвязь между удовлетворением потребностей человека и уровнем его субъективного благополучия. [83] Э.Деси и Р.Райан в своей теории самодетерминации описывают три потребности человека, значимых как для психологического роста и целостности человека, так и для его благополучия. Это потребности автономности, компетентности и связанности с другими. Перечисленные потребности созвучны компонентам психологического благополучия, предложенными К. Рифф. [75,74]

Ряд исследователей занимались выделением отдельных компонентов субъективного благополучия. Так Э.Динер, определяя субъективное

благополучие, выделял три основных компонента: удовлетворение, комплекс приятных эмоций и комплекс неприятных эмоций. При этом само субъективное благополучие рассматривалось Динером как часть психологического благополучия [49].

Куликов Л.В. выделил 5 взаимосвязанных компонентов, составляющих структуру психологического благополучия:

1. Социальное благополучие, в которое входит удовлетворённость своим социальным статусом, положением в обществе, межличностными отношениями
2. Духовное благополучие, выражающееся в возможности приобщения к духовной культуре, понимании смысла своей жизни
3. Физическое благополучие, состоящее из телесного комфорта и здоровья
4. Материальное благополучие – удовлетворённость материальным достатком
5. Психологическое благополучие, включающее ощущение внутренней целостности, гармоничность личности, слаженность психических процессов, внутреннее равновесие и баланс. [22]

Выделяют аффективный и когнитивный компонент субъективного благополучия. При этом аффективное благополучие определяется частотой и интенсивностью позитивных и негативных эмоций, а когнитивное благополучие определяется глобальными оценками жизни. Оба компонента тесно взаимосвязаны, но различаются по параметру временной стабильности [52,61]. Пучкова Г.В. выделяла 3 компонента субъективного благополучия:

1. Когнитивный, включающий представления о собственном будущем
2. Эмоционально-оценочный, включающий позитивные отношения с окружающими, оптимизм, положительную оценку своего настоящего и прошлого.
3. Мотивационно-поведенческий компонент, позволяющий осуществлять контроль над целями и обстоятельствами жизни. [29]

Можно заключить, что не существует единого мнения относительно компонентов, составляющих субъективное благополучие. Многие исследователи выделяют компонент, относящийся к эмоциональному фону человека, его материальному и физическому состоянию. Из этого можно сделать вывод о том, что большинство исследователей считают субъективное благополучие сложным понятием, охватывающим самые различные аспекты человеческой жизни.

Помимо компонентов, составляющих содержание психологического благополучия, существуют факторы, оказывающие на него влияние. Авторы Батурин Н.А. Башкатов С.А и Гафарова Н.В. разделяют факторы благополучия на внешние и внутренние. При этом, к внешним относят биологические, социальные и материальные факторы, а внутренние описываются как психическое и социальное здоровье, позитивное функционирование. Исследуя такие аспекты, как темперамент, особенности личности и характер, авторы дали следующее определение психологической основе личностного благополучия: «особое сочетание свойств темперамента, личности и позитивных черт характера, обеспечивающих человеку условия для того, чтобы совершать позитивные поступки, иметь благополучные межличностные отношения, глобальное позитивное отношение к себе и миру». [4; с. 8]

Идобаева О.А. выделила факторы, формирующие психологическое благополучие. К ним относятся общие характеристики ситуация развития, такие как возрастные особенности развития, особенности ведущей деятельности, а кроме того, личностные и индивидуально-типологические особенности, характеристики эмоционального благополучия, интенсивность работы защитных механизмов психики. Перечисленные условия могут способствовать формированию психологического благополучия личности или препятствовать ему. [21]

Ряд авторов изучали связь субъективного благополучия с личностными особенностями людей и их социальными связями. Исследователь Павлоцкая

Я.И. установила, что испытуемые, демонстрирующие высокий показатель субъективного благополучия, описывают свои отношения с родителями как позитивные и доброжелательные. Кроме того, людям с высоким уровнем благополучия характерно конструктивное отношение к себе, доверие к миру, вера в себя, принятие своего прошлого. При этом окружающие люди воспринимаются как доброжелательные, достойные доверия. Благополучным людям свойственна устойчивость эмоционального состояния и удовлетворённость ходом своей жизни. Напротив, испытуемые, демонстрирующие низкие показатели субъективного благополучия, описывают свои отношения с родителями как негативные, наполненные чувством обиды, разочарования и отвержения. Разочарованием и страхом характеризуется отношение этих людей к своему прошлому и будущему. Окружающие люди кажутся враждебно настроенными, наблюдается неуверенность в себе, своих силах и возможностях. В целом мир предстаёт в сознании этих людей неопределённым, враждебным, изменчивым, неподдающимся контролю и прогнозу. [28]

Фомина О.О. выяснила, что у людей с низким уровнем психологического благополучия отрицание является ведущим защитным механизмом. Такие люди склонны не признавать важность и значимость тех или иных жизненных событий, поскольку неуверенность в себе и в возможной неудаче травмирует их. Кроме того, испытуемые с низким уровнем благополучия испытывали сложность в определении своего эмоционального состояния, преодолении стресса, формировании положительных отношений с окружающими [35].

Изучение субъективного благополучия как феномена, его структуры и факторов, влияющих на его формирование, давно стало предметом исследования многих психологов. Однако, несмотря на большой объем исследовательского материала, до сих пор не существует единой концепции понимания психологического и субъективного благополучия человека.

1.2 Отношение к ребёнку у беременных женщин

1.2.1 Психологическая готовность к материнству

Феномен материнства исследуется целым спектром различных наук. В их числе культурология, история, медицина, социология, физиология, психология. Безусловно, каждая из этих наук вносит свой уникальный вклад в изучение понятия материнства, его функций и развития. Однако, современная наука нуждается в синтезировании всех имеющихся сведений и объединении их в комплексное понятие материнства. Междисциплинарные исследования имеют огромное значение для развития науки, поскольку позволяют изучать объект целиком, включая в исследования всю полноту и разносторонность исследуемого объекта. [33]

С.Ю.Мещерякова следующим образом определяет психологическую готовность к материнству: «...психологическая готовность к материнству рассматривается нами как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку». [26; с. 18] Т.В. Маркелова, В.В. Катунцова, Ж.А. Шуткина дают определение материнскому отношению: «материнское отношение – это конструкт, отражающий специфическую, узконаправленную связь матери с ребёнком, которая выражается в её реакциях, состоянии, чувствах, поведении» [25; с. 63]

Психологические исследования феномена материнства необходимы в связи с рядом проблем. Среди них рост бездомности и беспризорности детей, распад семей, сокращение рождаемости, упадок численности населения, острая необходимость развития отрасли психологической помощи матери и ребёнку.

Материнство в современных исследованиях рассматривается в контексте материнско-детских отношений. Именно взаимодействие матери с ребёнком образует психологический феномен материнства. [34]

Г.Г.Филлипова выделила несколько направлений современного исследования материнства:

1. Культурно-исторические аспекты материнства.

Помимо неоспоримой биологической основы, на которой строится материнство, исследователи указывают на роль социальных, культурных и исторических факторов, влияющих на самосознание матери. Ряд исследователей даже утверждают, что материнского инстинкта не существует, а все установки на заботу и воспитание ребёнка созданы исключительно социальной средой. В их числе Элизабет Бадинтер, исследовавшая исторический путь развития материнства и пришедшая к выводу, что материнские чувства и отношение к собственному ребёнку обусловлены общественными установками и той исторической ситуацией, в которой развивается мать. [34]

Помимо исторических изменений образа матери в общественном сознании, стоит обратить внимание на развитие образа ребёнка, как участника процесса материнско-детского взаимодействия.

Л. Стоун выделил несколько образов новорожденного ребенка в европейской культуре, последовательно представленных в историческом процессе европейской культуры: традиционно-христианский, предполагающий изначальную греховность каждого младенца; социально-педагогический детерминизм, согласно которому ребенок по природе своей не склонен ни к добру, ни ко злу, не обладает никакими изначальными качествами; природный детерминизм, определяющий характер, способности и возможности ребёнка до его рождения; утопически-гуманистический взгляд, утверждающий, что ребенок рождается хорошим и добрым и портится только под влиянием разрушающих воздействий общества [6]

Материнство – это не только поведение матери, обусловленное инстинктами, оно включает, помимо биологической подоплёки, социальную роль. Функции, заложенные в этой роли, последовательно изменяются в связи с развитием общества, укреплением роли женщины в общественном сознании, ухода от традиционного уклада семейной жизни. В связи с возрастающим количеством факторов, влияющих на восприятие сложного

феномена материнства, нет основания утверждать о наличии строго определённых и закреплённых норм материнского поведения. [33]

2. Биологические аспекты материнства.

Современные исследования биологических аспектов материнства сосредотачиваются, по большей части, на нейрогуморальных механизмах полового созревания и лактации. Основную часть этих исследований составляет сопоставление и взаимовлияние эмоциональных особенностей материнского-детских отношений с гормональным фоном матери. Кроме того, изучается влияние гормонов на психологические особенности протекания беременности, физиологические состояния женщины при беременности, возникновение послеродовой депрессии. [33]

Изучение явления материнского инстинкта производится путём сравнения механизма формирования родительских чувств у животных и человека. Однако такое сопоставление не может быть полностью корректным, ибо рассмотрение материнского поведения у человека исключительно с позиций инстинкта исключает значительную роль социального фактора в формировании данного феномена. [33]

3. Психологические аспекты материнства.

Исследователи, занимавшиеся изучением феномена материнства с психологических позиций, придерживались различных подходов к содержанию этого понятия.

Один из таких подходов, названный феноменологическим, описывает поведение, функции, установки и ожидания матери. Исследователи, работающие в феноменологической традиции, склонны уделять особое внимание изменению роли матери в зависимости от возраста её ребёнка. Материнское отношение соотносится с возрастными особенностями ребёнка, и на основе этого строится анализ её деятельности. [33]

Исследователи другого направления изучают влияние психологических особенностей женщины во время беременности на развитие плода. Особое внимание уделяется анализу психопатологий, хронических стрессов и

депрессивных состояний у беременной. Наиболее опасны для ребёнка психологические нарушения матери во втором и третьем триместре беременности. Усиление депрессивных состояний у беременной в третьем триместре увеличивает возникновение послеродовой депрессии и создаёт почву для нарушений развития у ребёнка. [33]

Помимо изучения отклонений и их влияния на развитие ребёнка, психологические исследования беременности включают анализ материнских ожиданий, установок, воспитательных стратегий.

Особенное внимание психологи уделяют взаимодействию матери и ребёнка уже после его рождения. Отношения в диаде «мать-ребёнок» на первых этапах жизни малыша влияют не только на его развитие, но и на формирование материнского чувства у женщины. [33]

Г.Г.Филлипова утверждает, что психологическая готовность к материнству подразумевает определённые личностные особенности: общую личностную зрелость, включающую идентификацию, соответствующую полу и возрасту, способность к принятию адекватных решений и ответственности, прочную привязанность, внутренний локус контроля и личностные качества, необходимые для эффективного материнства, такие как эмпатия, творческие способности, интерес к развитию личности ребёнка, интерес к воспитательной деятельности, культура тела. [32]

Гурьянова Т.А. отмечает, что у женщин с адекватно сформированным чувством материнства выше уровень интернальности, тогда как женщины с несформированным чувством материнства более ригидны, то есть склонны использовать одни и те же схемы поведения в разных обстоятельствах. Кроме того, автор подчёркивает ключевую роль отношений беременной женщины с собственной матерью в раннем детстве как фактора формирования у женщины адекватного материнского чувства [15]

Многие современные исследования обращаются к материнству как к одной из частей личной жизни женщины. Степень удовлетворенности женщиной своей ролью матери играет важную роль в формировании

материнского чувства. Материнство как стадия половозрастной и личностной идентификации рассматривается с точки зрения развития личностных, психологических и физиологических особенностей женщины в период вынашивания, рождения и воспитания ребёнка. При этом остальные циклы жизни женщины не учитываются. Основной репродуктивной фазой в данном подходе считается беременность, которая рассматривается как критическая ситуация в жизни женщины: «В этот период актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты, проблемы во взаимодействии со своей матерью, в переживаниях беременности играют роль особенности модели материнства своей матери, адаптация к супружеству и т.п. В динамике личностных изменений отмечается инфантилизация, обострение внутриличностных конфликтов, повышение зависимости, уровня тревожности» [34; с. 15]

Если адаптация к беременности, включающая принятие новой роли, установление положительного контакта со своей семьей, в частности с мужем-отцом и матерью, преодоление стресса, перестройка сознания проходит успешно, состояние беременности интегрируется в общую картину представлений женщины о себе и о мире. [34]

Нарушение одного из перечисленных процессов зачастую приводит к формированию девиантного материнства. Д.Пинес исследовал основные качества личности женщины, которые приводят к формированию девиантных форм материнства. Он выделил инфантилизм, эгоцентризм, повышенную потребность в любви к себе, сексуальную неразборчивость. [69] Однако помимо личностных качеств беременной, на формирование девиантного материнства могут оказывать влияние другие факторы, например, депривация ребёнка от матери на ранних этапах жизни.

На формирование материнского отношения влияют не только биологические, социальные и культурные факторы. Большое значение имеет личный опыт самой женщины, готовящейся к материнству.

Л.Б.Шнейдер выделял основные факторы, способствующие становлению позитивных материнских чувств:

1. Прообраз материнства. Выраженность материнских и отцовских чувств нескольких предыдущих поколений матери и отца будущего ребёнка.
2. Желание иметь детей, установка на них.
3. Положительный отклик на беременность. Беременность желанна и запланирована.
4. Нежность к зарождающейся жизни. Шевеление ребёнка внутри создаёт у женщины нежные тёплые чувства к нему.
5. Чувство жалости и сострадания к ребёнку. У матери возникает желание защитить беспомощного малыша и заботиться о нём.
6. Чувство близости с ребёнком.
7. Эмоциональная отзывчивость матери на проявления чувств ребёнка. Улыбки, ласка, забота и любовь, направленные на ребёнка. [39]

Исследователь И.Н. Земзюлина изучала переживание беременности в контексте жизненного пути личности. Её исследования показали, что при адекватном типе готовности к материнству в жизненном пути женщины представлен положительный опыт взаимодействия в родительской семье. Женщины с игнорирующим и тревожным типом, напротив, имели неблагоприятные, дистантные, отвергающие отношения с собственной матерью. Кроме того, было установлено, что повышение уровня осмысленности жизни приводит к формированию адекватного типа материнства. [20]

Таким образом, современные исследования психологии склоняются к более комплексному, междисциплинарному изучению особенностей феномена материнства и его формирования в процессе жизни женщины с биологической, физиологической, социальной и психологической составляющей. [34]

2. Пренатальная привязанность

Долгое время считалось, что привязанность между матерью и ребёнком развивается после рождения ребёнка и наибольшую активность имеет в первый год его жизни. Лишь в середине семидесятых годов это мнение стало пересматриваться. Большой интерес в последние годы приобрела тема пренатальной привязанности, то есть отношений матери и ребёнка, находящегося в её утробе.

Теория привязанности берет начало от Джона Боулби, который считал, что гармоничная привязанность матери к ребёнку начинает формироваться во время беременности. Взаимоотношения ребёнка и матери на раннем этапе развития включают не только удовлетворение базовых потребностей ребёнка матерью, малыш нуждается не столько в пище и уходе, сколько в защите и тепле матери. Именно эту глубокую эмоциональную связь между матерью и ребёнком Боулби называет привязанностью. По мнению автора, привязанность способствует развитию адаптации и обеспечивает выживание организма. Привязанность к матери рождает у ребёнка чувство защищённости, безопасности мира, следовательно, ребёнок не боится его познавать. Таким образом, взаимодействие с матерью играет ключевую роль в развитии у человека исследовательской потребности. [8]

М. Эйнсворт продолжила изучение привязанности. Она предложила термин «депривация», означающий нарушение отношений привязанности в диаде «мать-дитя» или прерывание этих отношений. В основном, этот термин употребляется в ситуации разлуки матери и ребёнка на начальном этапе жизни малыша. Кроме того, М.Эйнсворт экспериментально выделила 4 типа привязанности, формирующейся между матерью и ребёнком: надёжную привязанность, тревожно-устойчивый тип, тревожно-избегающий тип и дезорганизованную привязанность. [42]

Сложно переоценить значение взаимодействия с ребёнком на самых ранних стадиях его развития. Пренатальный период развития играет очень важную роль для формирования не только физиологических свойств ребёнка, но и его психологических качеств.

Немаловажное значение при этом имеет пренатальная привязанность женщины к ребёнку. Изучение пренатальной привязанности становится всё более популярным в последние годы.

Исследователи Бенедек и Либман определяют пренатальную привязанность как психическую энергию, которую мать вкладывает в своего будущего ребёнка. Они предположили, что с увеличением срока беременности у женщин возрастёт чувство любви к ребёнку, как к самостоятельной личности. [45]

Мюллер предложил концепцию привязанности, основанную на предположении, что ранние переживания женщиной отношений с собственной матерью влияют на её адаптацию к ситуации беременности и к плоду. [67]

Исследуя стадии формирования чувства привязанности матери к ребёнку, В.И.Брушан выделил две фазы:

1. Фаза преднастройки реализуется до беременности в виде установок, культурных ценностей, воспринимаемых женщиной, её отношений в родительской семье (особое значение имеют отношения с матерью). Формирование Я-концепции матери и концепции ребёнка начинается на ранних этапах беременности.

2. Фаза первичного телесного опыта предполагает отделение ребёнка и матери в сознании беременной, происходящего во время шевеления плода. При этом формируется амбивалентное отношение матери к малышу: с одной стороны, она начинает понимать его отдельность от неё, а с другой воспринимает как частичку самой себя. При нормальном развитии материнского чувства со временем происходит сепарация матери и ребёнка в сознании женщины. [34]

Особое место среди исследований занимает выделение компонентов, составляющих структуру пренатальной привязанности. Ряд исследователей выделяет три компонента:

1. Когнитивный компонент выражается преимущественно в желании женщины быть информированной о развитии и благополучии её ребёнка. Кроме того, этот компонент включает представления женщины о её ребёнке, представление о нём как о личности;

2. Эмоциональный компонент выражается в позитивном отношении к ребёнку, радости от взаимодействия с ним.

3. Поведенческий компонент представлен желанием ухаживать за ребёнком, заботой о собственном здоровье, поддержанием оптимального самочувствия, здоровым образом жизни. [31]

Помимо компонентов, существуют факторы, влияющие на пренатальную привязанность к ребёнку. Савёнышева С.С. выделяет 2 группы таких факторов:

1. Психологические факторы. В эту группу входят отношение с матерью в раннем детстве, социальная поддержка, взаимоотношения с супругом и личностные характеристики. Близкое окружение, из которого женщина получает поддержку, в первую очередь, её супруг и семья, оказывают значительное влияние на формирование пренатальной привязанности. Положительные и тёплые взаимоотношения с матерью и высокая удовлетворённость отношениями с супругом являются ключевыми факторами становления пренатальной привязанности у беременной женщины [31]

2. К социально-демографическим факторам относятся возраст женщины, срок беременности, количество детей в семье, предыдущий опыт беременности, семейное положение, образование. Особенно значительную роль среди этих факторов играет срок беременности. Исследователь М.Лейфер утверждает, что в первом триместре у женщин наблюдается низкий уровень пренатальной привязанности, который значительно возрастает с начала внутриутробного шевеления ребёнка и продолжает расти со сроком беременности [60]. Это подтверждается и в других исследованиях. Так было установлено, что у женщин, обращающих внимание на

внутриутробные движения ребёнка, фиксирующих их, показатели пренатальной привязанности выше, чем у женщин, игнорирующих движения ребёнка и не придающих им значения. [66]

Исследователь Ламли делает вывод о становлении представления женщиной своего ребёнка как настоящего живого человека. По данным исследования установлено, что в 1 триместре данные представления сформированы у 30% женщин, во 2 триместре у 63% женщин, и в 3 триместре у 92 % женщин. [62] Таким образом, можно заключить, что существует прямая связь между сроком беременности женщины и качеством пренатальной привязанности.

Влияние на пренатальную привязанность также оказывает количество детей, уже имеющих у женщины на момент беременности. Исследователи А.Зимерман, Х.Доан утверждают, что у матерей, не имеющих других детей, уровень пренатальной привязанности выше, чем у матерей, вынашивающих первого ребёнка. [50]

Рубин Р. утверждала, что развитие материнской привязанности начинается в пренатальном периоде. Она считала эмоциональную связь, возникающую между матерью и ребёнком в период вынашивания первой фазой развития материнской привязанности. Исследователь ввела понятия «качественная матрица материнства». Для формирования этой матрицы мать должна решить следующие задачи:

1. Стремление к безопасному для себя и ребёнка протеканию беременности
2. Стремление к благополучному исходу родов
3. Стремление к признанию ребёнка остальными членами семьи
4. Развитие готовности посвящать себя ребёнку. [73]

Таким образом, исследования пренатальной привязанности подтверждают значимость этого периода взаимодействия между матерью и

ребёнком для дальнейшего развития привязанности, установления контакта в диаде «мать-дитя», а также для развития личности ребёнка в целом [31]

3. Типы отношения к беременности

На внутриутробное развитие ребёнка влияет множество различных факторов. Одним из них является отношение будущей матери к протеканию беременности и своему ребёнку. Исследователи выделяют разные типы отношения к беременности.

Г. Г. Филиппова определила шесть стилей переживания беременности в зависимости от эмоционального состояния женщины и ее субъективного опыта переживания беременности:

1. Адекватный стиль - идентификация беременности без сильных и длительных отрицательных эмоций. Размер живота соответствует норме на каждом этапе беременности. Соматические ощущения специфичны для состояния беременности, выражены со средней интенсивностью. Для данного типа характерно общее снижение настроения без депрессивных эпизодов в первом триместре. Во втором триместре благополучное эмоциональное состояние, тревожность отсутствует или выражена слабо. Для третьего триместра характерно повышение тревожности, однако на последней неделе беременности тревожные ощущения снижаются, уступая спокойному эмоциональному состоянию. Активность в третьем триместре направлена на подготовку к послеродовому периоду. Первое шевеление ребенка становится заметно на шестнадцатой-двадцатой неделе, при этом женщина отличает движение ребёнка от других ощущений. В целом, беременность переживается как положительное эмоциональное состояние, не сопровождается отрицательными соматическими и эмоциональными переживаниями. [33]

2. Тревожный стиль характеризуется часто возникающим чувством тревоги и страха на протяжении всей беременности. Размер живота зачастую отклоняется от среднестатистической нормы в большую или меньшую

сторону. В первом триместре беременности наблюдается повышенное тревожное или депрессивное состояние, во втором триместре стабилизация состояния не наступает, тревожность и страх возрастают. В третьем триместре тревожное состояние достигает своего апогея в связи с приближающимися родами. Активная деятельность в третьем триместре связана со страхами завершения беременности, родов, послеродового периода. Первое шевеление, как правило, ощущается рано, сопровождается длительными сомнениями и усиливает тревожность и страх, зачастую шевеление ребёнка ощущается как болезненное впечатление. Дальнейшие движения ребёнка вызывают тревогу о его самочувствии и собственном здоровье. Эти переживания, как правило, заставляют беременную искать дополнительные сведения о внутриутробном развитии ребёнка, обращаться за помощью к специалистам. [33]

3. Для эйфорического стиля характерна излишне радостная, неадекватно эмоциональная реакция на протекание беременности. При этом зачастую направленность внимания сосредоточена не на будущем ребёнке, а на самом факте беременности. Как правило, наблюдается некритическое отношение к возможным проблемам и сложностям беременности и материнства. Шевеление плода наблюдается в положенные сроки, но у будущей матери отсутствует дифференцированное отношение к движениям ребенка. [33]

4. Игнорирующий стиль переживания беременности характеризуется поздней идентификацией состояния беременности. Размер живота сильно меньше нормы для данного периода беременности. Известие о беременности сопровождается чувством досады, глубоко разочарования, неприятного удивления. Соматический компонент не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности. Эмоциональное состояние стабильное, но отличается повышением активности общего эмоционального тонуса в третьем триместре. Первые шевеления ребёнка замечаются поздно, последующие движения определяются как исключительно физиологические

переживания, не включающие эмоциональный компонент отношения к ребёнку. К концу беременности шевеления доставляют беременной физическое неудобство. Активность в третьем триместре повышается, но она не направлена на ребёнка. [33]

5. Общая симптоматика состояния при амбивалентном стиле сходна с тревожным стилем, зачастую проявляются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления ребёнка, в ряде случаев движения плода ощущаются болезненно. Интерпретация своих отрицательных эмоций, тревожных состояний преимущественно связана со страхом за здоровье ребенка. Как правило, беременная винит внешние обстоятельства в неблагоприятном протекании беременности. [33]

6. Отвергающий стиль характеризуется резкие отрицательными эмоциями, связанными с беременностью и развивающимся ребёнком. Беременность воспринимается как кара, наказание, непреодолимое препятствие, разрушающая жизнь трагедия. Вся симптоматика резко выражена и негативно окрашена в физическом и эмоциональном плане. Шевеление ребёнка переживается как неприятное физиологическое ощущение, сопровождается неудобством, брезгливостью, болью. К концу беременности возможно возникновение депрессивных или аффективных состояний. [33]

Исследователь И.В. Добряков, выделил пять поведенческих программ у женщины в период беременности, получившие название психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). ПКГД включает в себя особенности протекания как физиологических, так и нервно-психических процессов в организме будущей матери. [16]

1. Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, наблюдаются гармоничные отношения в семье и между супругами, беременность желанна и запланирована обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни,

своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, занимается на курсах дородовой подготовки. [16]

2. Гипогестогнозический тип ПКГД как правило встречается у женщин, учащихся, строящих карьеру. Зачастую данный тип характерен для слишком юных женщин или очень зрелых, старше 30 лет. Беременность первых частенько не планировалась, они не готовы к ответственному отношению к своей новой роли и совсем не меняют свой образ жизни. У более старших женщин, напротив, беременность тщательно планируется, но они не желают менять линии своего поведения, уходить с работы, зачастую пропускают срок становления на учёт в женской консультации, не выполняют рекомендации врачей. Женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки. Для женщин подобного типа характерно перекладывание ответственности за уход за ребёнком на третьих лиц. [16]

3. Эйфорический тип ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, возможностью для привлечения к себе дополнительного внимания. Женщина всячески декларирует абсолютную любовь к будущему ребенку. Любые недомогания и осложнения преувеличиваются, преподносятся как невыносимые страдания и непреодолимые трудности. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей, исполнения всевозможных желаний. [16]

4. Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги и беспричинных страхов у беременных, что влияет на их соматическое состояние. Тревога может быть оправданной и закономерной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия, возникшие в процессе беременности осложнения), а может быть не обусловлена объективными

причинами. В ряде случаев беременная женщина либо переоценивает возникшие проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Большинство беременных с данным типом ПКГД нуждаются в помощи психотерапевта. [16]

5. Депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового дитя, боится умереть в родах. Часто возникают дисморфоманические идеи. Женщины считают, что беременность уродует её, боится быть покинутой мужем и семьей, часто плачет, впадает в апатичные, депрессивные, тревожные состояния. Зачастую беременные женщины с подобным типом ПКГД не обращаются за помощью к врачам, считая лечение бесполезным, а свою участь беспросветной. Затянувшееся депрессивное состояние в ряде случаев порождает сверхценные, бредовые, ипохондрические, а иногда и суицидальные идеи. [16]

1.2.4 Мотивы сохранения беременности. Неблагоприятные факторы при беременности

Процесс беременности начинается с зачатия. Случаи незапланированного зачатия осложняют психологическое состояние женщины, зачастую обостряются отношения с супругом. Беременность – сложный и неоднозначный период в развитии семьи. Во многих случаях он переживается как кризисный, переломный, меняющий все аспекты жизнедеятельности семьи. [16]

Мотивы к зачатию и сохранению беременности могут быть конструктивными и деструктивными. К конструктивным относят стремление к бессмертию и желание творческого самовыражения через создание и воспитание уникальной личности. [38]

Н. В. Боровикова и С. А. Федоренко выделяли следующие мотивы сохранения беременности:

1. Беременность ради создания нового человека. При формировании данного мотива женщина желает подарить миру человека, которого раньше никогда не было;

2. Беременность от любимого человека. Этот мотив формируется при желании продлить моменты счастья с любимым человеком и создать ребёнка, хранящего частицу любимого;

3. Желание соответствовать социальным ожиданиям;

4. Протестный мотив. Беременность в таком случае носит характер вызова, противопоставления себя миру;

5. Беременность ради сохранения отношений;

6. Беременность как отказ от прошлого. В этом случае женщина стремится начать новую жизнь, уйти от своей прошлой жизни.

7. Беременность как сохранение своего здоровья. Этот тип формируется, когда нежелательное зачатие уже произошло и женщина боится навредить своему здоровью абортom. [7]

Общее психологическое состояние женщин во время беременности характеризуется повышенной тревожностью, подозрительностью, эмоциональной нестабильностью. Страхи и волнения о благополучном исходе предстоящих родов зачастую вводят женщин в состояние хронического стресса. Кроме того, в ряде случаев возрастает непонимание между супругами, рассогласование мотивов и ценностей в связи с будущим родителством. [30]

Внутриутробно развивающийся плод подвержен влиянию внешних и внутренних вмешательств в его жизнь. Помимо позитивных, благоприятно влияющих на развитие зародыша, существуют негативные факторы, к которым относятся мутации и тератогенные факторы. Мутациями называют неблагоприятные изменения наследственной природы, провоцирующие разнообразные формы врожденных заболеваний. Тератогенные факторы определяются как любое вредное воздействие на зародыш в период беременности, грубо нарушающее процессы размножения и специализации

клеток плода и приводит к возникновению аномалий его развития. Основное отличие мутаций от тератогенных факторов состоит в том, что последние не влияют на наследственные структуры и не обусловлены ими. Зачастую пороки развития и различные уродства образуются при сочетании аномалий наследственного аппарата с влиянием тератогенных факторов. Ж.В. Цареградская разделяла неблагоприятные факторы, влияющие на развитие врожденных заболеваний и уродств у зародыша в перинатальный период развития, на внешние и внутренние. К внутренним факторам она относила мутации, тяжелые и длительные заболевания матери и возраст родителей. Внешними неблагоприятными факторами Цареградская обозначала радиационное воздействие, механические повреждения, лекарственные препараты, бытовые и химические вещества, неполноценное питание, инфекционные заболевания. [36]

В. И. Брутман и А. А. Северный выявили, что у нежеланных детей часто возникают факторы риска психической патологии:

1. Наследственно-конституциональный (наличие у родителей психических заболеваний и личностных девиаций);
2. Психологическая неготовность женщины к материнству (враждебность к ребёнку)
3. Психические, поведенческие, соматические нарушения у будущей матери во время беременности
4. Задержки созревания плода и недонашиваемость [10]

Помимо неблагоприятных установок на зачатие и сохранение беременности, существуют также биологические и социальные предпосылки осложнений вынашивания ребёнка.

1. Рост меньше 150 см, масса тела на 25% выше или ниже нормы [16]
2. Возраст беременной младше 18 или старше 35 лет [72,57,71,82]
3. Возраст отца старше 40 лет [16]

4. Плохое соматическое состояние здоровья женщины на момент зачатия. Особенно сильно осложняют протекание беременности неудачные или многократные аборты в прошлом, бактериально-вирусные гинекологические заболевания, пороки развития матки, осложненное течение предыдущей беременности, замершая беременность в прошлом или мертворождение, более 4 беременностей, рождение предыдущих детей с генетическими заболеваниями. [16]

5. Плохое психическое состояние здоровья женщины на момент зачатия [16]

6. Наличие химической зависимости у матери или отца [16]

7. Неблагоприятные социально-бытовые условия [48,51,53,59,65]

8. Неблагоприятная экологическая и климатическая среда [16]

9. Отсутствие возможности медицинского наблюдения у беременной [16]

10. Незапланированная или нежелательная беременность [43,68]

11. Дисгармоничные супружеские отношения [40,59,63]

12. Дисгармоничные отношения с близкими родственниками. Особенное значение играют отношения беременной с собственной матерью [34,69,70]

13. Желанная по неконструктивным мотивам беременность [17]

14. Беременность, сопровождаемая значительными перегрузками [58]

15. Беременность, протекающая на фоне хронической психотравмирующей ситуации [16]

16. Критические события и стресс во время беременности [16]

Все перечисленные факторы играют роль в развитии тех или иных патологий развития плода или осложняют процесс протекания беременности.

Помимо этого, существуют особые периоды переменности, когда неблагоприятные факторы наиболее опасны и оказывают наибольшее влияние на состояние матери, что может негативно отразиться на развитии ребёнка.

Исследователи Батуев А. С., Соколова Л. В. Выделяют следующие неблагоприятные периоды:

1. Первые 5-6 дней после зачатия. В это время оплодотворённая яйцеклетка закрепляется в матке
2. 4-6 неделя беременности. Этот период важен для формирования симбиотических отношений женщины и ребёнка, согласований физиологий двух организмов
3. 20-24 неделя беременности. В это время происходит становление основных систем ребёнка. [3]

Л.Б. Шнейдер выделил несколько групп факторов психического риска для развития ребёнка:

1. Стрессы матери во время беременности. Длительные конфликтные отношения с супругом, сильные потрясения, шоковые состояния, хронические стрессы могут стать причиной развития различных патологий, привести к осложнениям при родах. [39]

2. Страхи матери во время беременности. Наиболее распространёнными страхами во время беременности становятся страхи потери ребёнка, замершей беременности, страх перед сексом, страх за жизнь и здоровье будущего ребёнка, страх за собственную свободу и сексуальную привлекательность. [39]

3. Отрицательное отношение матери к беременности. Женщины, нежелающие будущего ребёнка, больше других склонны пренебрегать рекомендациями врачей. Зачастую они не стремятся избегать вредных воздействий, не испытывают позитивных чувств во время беременности, постоянно находятся в подавленном, угнетённом состоянии. Организм женщины зачастую реагирует на такие проявления преждевременными родами. Дети, рождённые у женщин с нежелательной беременностью,

зачастую оказываются слабыми, часто болеют, имеют плохой аппетит. Кроме того, у таких детей наблюдаются нарушения защитных систем организма, слабый иммунитет. [39]

Самоуправление и самоконтроль матери во время беременности позитивно сказывается на формировании адекватного стиля переживания беременности, вследствие чего уменьшается психологический риск негативных последствий для будущего ребёнка. Напротив, женщины с низкими показателями личной ответственности, со сниженной способностью к принятию решений, склонны к формированию отклоняющихся стилей переживания беременности. Эти выводы свидетельствуют о том, что уровень личной ответственности женщины во многом определяет стиль переживания беременности и связанный с ним риск формирования психических отклонений у будущего ребёнка. [25]

1.3 Психологическое благополучие и отношение к супругу и ребёнку у беременных женщин

На данный момент существует крайне мало работ, посвящённых взаимовлиянию психологического благополучия беременной женщины на её ребёнка. Пробелы в этой области психологической науки указывают на необходимость тщательного исследования влияния психологического и субъективного благополучия беременной женщины на формирование её отношения к собственному ребёнку и беременности, а также на развитие и благополучие самого ребёнка. Ещё одним пробелом в области пренатальной психологии является влияние удовлетворённости брачным союзом женщины на её отношение к ребёнку. Качество и надёжность супружеской связи является важным фактором становления отношений между матерью и ребёнком в пренатальный период его развития. Тем не менее, работ, посвящённых изучению этого фактора, на данный момент нет.

Однако существуют данные, подчёркивающие важность качества брачных отношений для формирования субъективного благополучия. Ряд

исследований утверждает, что существует взаимосвязь между уровнем удовлетворённости браком и психологическим благополучием. Фредигер утверждает, что удовлетворённость браком связана с удовлетворённостью жизнью у женщин, а также с общим уровнем счастья и самооценкой у женщин и мужчин. [54] Было установлено, что у людей, неудовлетворённых отношениями в браке, более высокий уровень проявлений депрессивных симптомов, чем у людей, находящихся в благополучном браке. По мнению исследователей, это связано с возрастающим уровнем стресса и напряжения в конфликтных или холодных отношениях, что вызывает снижение уровня сплочённости и надёжности семейных отношений. Кроме того, в неблагополучных браках зачастую возникают агрессивные проявления: вербальная или физическая агрессия, упрёки, критика, унижение. Всё это способствует проявлению депрессивной симптоматики. [44] Кроме того, было достоверно установлено, что удовлетворённость отношениями в браке связана с общим уровнем личностного благополучия. [64]. Исследователи Хорвиц и Уайт утверждают, что вступление в брак укрепляет субъективное благополучие, в отличие от прочих форм романтических отношений и сожительства. [56] Особенно заключение брака позитивно сказывается на молодых людях. [78] Ряд исследователей считает, что уровень удовлетворённости браком уменьшается в первые годы супружеских отношений, но увеличивается в последние. В противовес им, другие исследователи полагают, что удовлетворённость браком имеет тенденцию к снижению с годами, однако может стабилизироваться в конце жизненного пути супругов. [79,80]

Из всего вышесказанного можно заключить, что изучение психологического благополучия у беременных женщин является актуальной психологической проблемой. Также важно исследовать взаимовлияние психологического и субъективного благополучия на степень удовлетворённости браком. Все перечисленные факторы, безусловно, влияют

на внутриутробное развитие малыша и течение беременности, однако степень этого влияния ещё предстоит установить.

1.4 Влияние супружеских взаимоотношений и личности беременной женщины на отношение к ребёнку

Отношение матери к ребёнку – сложнейшее психологическое образование, включающие огромное разнообразие факторов самого различного характера. Социальные, личностные обстоятельства, взаимоотношения с супругом и собственной родительской семьёй и многие другие факторы становятся ключевыми в определении женщиной отношения к будущему ребёнку.

Отдельные аспекты личности женщины могут оказывать наибольшее влияние на развитие ребёнка.

Исследователь Е.А.Грон установила, что женщины с гипертимной и демонстративной акцентуацией имеют наибольшие риски потери беременности, а женщины с застревающим и педантичным типом, напротив, снижают шанс невынашивания. [14]

И.Л.Шелехов изучал влияние акцентуированных черт личности на формирование и реализацию материнских функций. Он пришёл к выводу, что нормативные формы материнского поведения в 68,5 % случаев наблюдались при тревожно-боязливом и эмотивном типе акцентуации, тогда как девиантные формы материнско-детского взаимодействия в большинстве случаев (71,5 %) фиксировались у женщин с демонстративным и возбудимым типом акцентуации личностных черт. [38]

Важную роль в благополучном течении беременности играет взаимоотношение женщины с супругом. Если в семье благоприятный психологический климат, атмосфера взаимного доверия и уважения, глубокий эмоциональный контакт между супругами, то благополучное протекание беременности более вероятно. Голод С.И. даёт определение удовлетворённости браком: «удовлетворённость браком – это результат

адекватной реализации представлений о семье, сложившегося в сознании человека под влиянием встреч с различными событиями, составляющими его опыт в данной сфере деятельности» [13; с. 78]. Критериями благоприятного психологического климата в семье является наличие прочных супружеских чувств, таких как любовь и привязанность, взаимопонимание, эмоциональное единство, ролевая согласованность супружеских функций, удовлетворённость сексуальными отношениями, устойчивость брака во времени. [24]

Исследователь Баландина Л.Л. установила, что удовлетворённость браком является фактором, влияющим на снижение конфронтации между родителями в воспитании ребёнка. Также было выяснено, что высокая удовлетворённость браком родителей позитивно влияет на самооценку их ребёнка. [2]

А.Н. Безрукова отмечает, что на самочувствие беременной женщины влияет ряд социально-психологических факторов, таких как устойчивость семейной позиции и социального положения, материальные и жилищные условия семьи, образование, эмоциональная и этическая мотивация брака, отношения с мужем и родителями, а также другими членами семьи. [5]

Одну из ведущих ролей при формировании здорового образа материнства для каждой женщины играет её отношения и взаимодействия с матерью. Отношение женщины с матерью сильно влияет на отношение женщины и ее ребенка. Если в детстве девочка отвергалась собственной матерью, то подобная депривация материнской любви не дала ей возможности осуществить естественный процесс идентификации с матерью на уровне психологического пола и при формирования материнской роли. Женщины, испытывавшие сложности при взаимодействии со своей матерью склонны формировать отвергающие поведение с младенцем, отношение к будущему ребёнку тоже зачастую строится по отвергающему типу. Таким женщинам присуще практически полное отсутствие характерной динамики сознания и самосознания, перестраивания иерархии мотивов на материнские, перестройки жизненных целей и ценностей на протяжении всей

беременности. При повторной беременности и родах ситуация значительно не изменяется. Это свидетельствует о том, что психологическая неготовность к материнству приводит к резким отклонениям не только в содержании переживаний женщины, но и к более глубоким сдвигам, в том числе на психосоматическом уровне. [30] Исследователи В.И.Брутман, А.Я. Варга и И.Ю. Хамитова изучали влияние нарушений в родительской семье беременной женщины на образование нарушений материнского поведения. Они выяснили, что многие матери-отказницы происходят из семьи, где случаи отказа от ребёнка наблюдаются в нескольких поколениях. Кроме того, девиантные матери отмечали несформированность родительской роли своей матери в детстве. Близких женщин, которые находились рядом в детстве, мать и бабушку, отказницы характеризуют как холодных, равнодушных, конфликтных, отвергающих. Иными словами, в родительской семье роженицы наблюдались нарушения детско-родительского взаимодействия. Девиантные матери воспринимают ребёнка как помеху, препятствие, источник тревоги и страха, при этом отношение к ребёнку проецируется ими на собственную мать, то есть, они относятся к ребёнку так, как, по их мнению, к ним относится мать. При этом у большинства отказниц отсутствует идентификация со своей матерью, но имеется сильная эмоциональная зависимость от неё, желание оправдать её ожидания. [9]

Исследователи Р.Харт и К. Мак-Махон отмечают, что более высокий уровень привязанности к ребёнку наблюдается у женщин с низким уровнем ситуативной и личностной тревожности. [55]

Исследователи В.И.Брутман, Г.Г. Филиппова и И.Ю. Хамитова соотносили степень сформированности материнства с субъективной ценностью ребёнка для будущей матери: «для группы женщин с адекватным материнским отношением (группа I, 48%) характерны адекватная ценность ребенка и сформированная готовность к материнству. Для группы женщин с отклоняющимся от адекватного материнским отношением (группа II, 52 %) была характерна неадекватная ценность ребенка и несформированная

готовность к материнству. Данная группа включала две подгруппы. Подгруппа с тревожным, амбивалентным типом материнского отношения (18 %). Для входивших в нее женщин были характерны повышенная и пониженная ценность ребенка. Для подгруппы с эмоционально отстраненным, регулирующим типом материнского отношения (34 %) была характерна недостаточная ценность ребенка». [11; с. 16]

В случае, если женщина испытывает эмоциональную пустоту, чувство одиночества и непонимания со стороны других членов семьи, это может провоцировать усиление страхов, связанных с переживанием внутрисемейной ситуации, потерю уверенности в том, что в случае неблагоприятного исхода беременности женщина не останется одна со своими переживаниями. Беременность для женщины может выступать как сильный стрессор, как преграда, фрустрирующая значимые для нее потребности, например, профессиональные, карьерные, привычного досуга, сексуальной привлекательности и др. [19]

Выводы по 1 главе

1. Существует ряд сложностей, связанных с определением субъективного благополучия, его отделения от понятий психологического благополучия и удовлетворённости жизнью. Исследователи не сошлись во мнении о компонентах субъективного благополучия и факторах, влияющих на него. Различия исходят из психологических концепций, которые используют исследователи. Авторами выделены компоненты и факторы субъективного благополучия. На данный момент изучение феномена субъективного благополучия не теряет своей актуальности.

2. Изучение взаимовлияния психологического благополучия и удовлетворённости браком на отношение беременной женщины к ребёнку – малоизученная область психологической науки. Однако её

важность не вызывает сомнений. Исследования в этой области должны стать одной из первостепенных задач пренатальной психологии.

3. Готовность к материнству – сложный и многогранный процесс, на протекание которого влияет множество факторов самой различной природы. Социальные, экономические, биологические, физиологические, психологические факторы детерминируют не только состояние готовности матери к выполнению своей новой роли, но и самочувствие будущей матери, а также влияют и на развитие зародыша.

4. Пренатальный период – самая первая ступень развития каждого человека. Именно в это время формируются все системы и органы организма. Каждое вмешательство на ранней стадии в ход развития зародыша оказывает огромное влияние на его развитие. Также немаловажным фактором развития ребёнка в пренатальный период является отношение к нему его матери, её привязанность с самого раннего периода развития малыша.

5. На данный момент исследователями выделено 5 типов психологического компонента гестационной доминанты: оптимальный, эйфорический, гипогестогнозический, тревожный, депрессивный. Эти типы дают информацию о сформированности у беременной женщины отношения к своей беременности и будущему ребёнку.

6. Симбиоз беременной женщины и зародыша играет не последнюю роль в его развитии и дальнейшей жизнедеятельности. Психологическая связь между матерью и ребёнком закладывается именно в период протекания беременности. Все имеющиеся сведения о взаимосвязи и взаимовлиянии женщины и её ребёнка указывают на значимость этой связи для обоих участников процесса. Психологическое благополучие беременной женщины, удовлетворённость её отношений с супругом играют существенную роль в формировании пренатальной привязанности женщины к ребёнку, создании здорового и позитивного отношения к малышу.

Именно этим обусловлена актуальность исследований пренатального периода жизни человека.

7. Существует ряд факторов, влияющих на формирование у беременной женщины оптимального типа отношения к будущему ребёнку. Среди этих факторов и позитивные, доброжелательные отношения с собственной матерью, и удовлетворённость браком, качество социальных связей женщины, её личностные свойства и социально-демографические характеристики.

Глава 2. Организация и методы исследования

2.1 Цели и задачи исследования

Цель данного исследования – изучить особенности и взаимосвязь отношения к ребёнку и психологического благополучия у беременных женщин.

Задачи:

1. Проанализировать существующие в научной литературе подходы к изучению отношения беременной женщины к будущему ребёнку, субъективному благополучию беременной женщины.
2. Исследовать типы отношения к будущему ребёнку у беременных женщин.
3. Изучить особенности психологического и субъективного благополучия, степень удовлетворённости браком у беременных женщин.
4. Проанализировать взаимосвязь между психологическим и субъективным благополучием и отношением к ребёнку у беременных женщин.
5. Исследовать влияние удовлетворённости брачными отношениями на формирование типа отношения к будущему ребёнку.
6. Изучить взаимосвязь психологического благополучия, отношения к супругу и ребёнку и социально-демографических характеристик.
7. Проанализировать взаимосвязь между психологическим и субъективным благополучием и отношением к супругу у беременных женщин.

Гипотеза исследования: для беременных женщин с более высоким уровнем субъективного и психологического благополучия характерно более позитивное отношение к беременности и ребёнку.

Объект исследования: психологическое и субъективное благополучие и отношение к ребёнку.

Предмет исследования: взаимосвязь психологического и субъективного благополучия, супружеских отношений и отношения к ребёнку у беременных женщин.

Выборка: В исследовании приняли участие 42 беременные женщины из города Новокузнецка и Санкт-Петербурга. Средний возраст женщин составил 29,69 лет.

Методы статистической обработки: анализ средних, корреляционный анализ, дисперсионный анализ, регрессионный анализ.

Методы исследования:

1. Анкета для беременных женщин
2. Опросник удовлетворённости браком Ю.Е. Алёшиной
3. Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова
4. Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Л.В. Жуковской, Е.Г. Трошихиной)
5. Шкала материнской привязанности к ребёнку в пренатальный период Дж. Кондон
6. Опросник удовлетворённости жизнью Э. Динера
7. Рисунок «Я и мой ребёнок»

2.2. Описание методик исследования

Анкета для беременных женщин

Анкета включает вопросы о семейном положении, возрасте, образовании женщины. Кроме того, анкета включает вопросы о некоторых аспектах беременности: запланированность, самочувствие женщины, ощущения от движения ребёнка, мысли и желания, связанные с появлением ребёнка. Анкета содержит вопросы об удовлетворённости супружескими отношениями, готовности женщины к материнству, посещении матерью и отцом курсов подготовки к родительству.

Опросник удовлетворённости браком Ю.Е.Алёшиной

Опросник состоит из 16 вопросов с 4 (А-Г) вариантами ответа в каждом вопросе. Вопросы теста отражают оценочный компонент установки испытуемых на свой брак, что и выражает удовлетворенность браком.

В инструкции испытуемым предлагается в каждом вопросе выбрать один наиболее подходящий ответ из четырёх предложенных вариантов.

Результат теста получается путём суммирования баллов каждого ответа. При этом букве А присваивается 0 баллов, букве Б – 1 балл, В- 2 балла, Г – 3 балла. Помимо этого, существует ряд вопросов с обратным подсчётом: А – 3 балла, Б – 2 балла, В – 1 балл, Г – 0 баллов. Уровень удовлетворенности браком по тесту может варьировать от 0 до 48. Средний балл опросника удовлетворённости браком – 29. [1]

Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова

Методика исследует психологический компонент гестационной доминанты. Он представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, запускающихся у беременной женщины, направленных на сохранение беременности и создание благоприятных условий для развития плода, формирующих отношение женщины к своей беременности, а также особенности её поведения.

Тест содержит три блока утверждений, отражающих отношение беременной женщины:

1. К себе беременной (блок А).
2. К формирующейся системе «мать—дитя» (блок Б).
3. К тому, как к ней относятся окружающие (блок В).

В каждом блоке есть три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

Блок А (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами:

1. Отношение к беременности.
2. Отношение к образу жизни во время беременности.
3. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

Блок Б (отношения женщины к формирующейся системе «мать—дитя») представлен следующими разделами:

1. Отношение к себе как к матери.
2. Отношение к своему ребенку.
3. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

Блок В (отношение беременной женщины к тому, как к ней относятся окружающие) представлен следующими разделами:

1. Отношение ко мне беременной мужа.
2. Отношение ко мне беременной родственников и близких.
3. Отношение ко мне беременной посторонних людей.

Обработка результатов теста производится следующим образом: подсчитывается количество набранных баллов для каждого типа ПКГД, обозначенных буквами, где «О» - оптимальный тип, «Г» - гипогестогнозический (отвергающий), «Э» - эйфорический, «Т» - тревожный, «Д» - депрессивный. Если в результате тестирования набрано 7-9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, он может считаться определяющим. [41]

Шкала психологического благополучия К. Рифф (адаптация Л.В. Жуковской, Е.Г. Трошихиной)

Методика предназначена для диагностики актуального психологического благополучия человека на данном этапе жизненного пути и измерения степени выраженности основных компонентов психологического

благополучия. Методика состоит из шести шкал: автономность, компетентность, личностный рост, позитивные отношения, жизненные цели, самопринятие. Шкала автономности отражает самостоятельность, независимость личности, её способность регулировать свои поступки, опираясь на собственные критерии, а не на навязанные обществом установки. Шкала компетентности отражает способность человека справляться с ежедневными жизненными задачами. Показатель по шкале личностного роста демонстрирует уровень актуальной самореализации личности, её стремление к раскрытию своего потенциала. Показатель по шкале позитивных отношений отражает наличие стабильных и надёжных связей испытуемого с окружающими людьми, его способность заботиться и сопереживать, изоляцию от общества или активную включенность в систему общественных отношений. Шкала жизненных целей служит для выявления у испытуемого оформленных жизненных стремлений и смыслов, намерений и целей. Показатель по шкале самопринятия отражает способность человека принимать свои сильные и слабые стороны, удовлетворённость собственным прошлым.

Тест включает в себя 54 утверждения, согласие с которыми испытуемым предлагается оценить по пятибалльной шкале. Утверждениям приписывается значение в баллах, при этом некоторые пункты интерпретируются в обратных значениях. Происходит подсчёт баллов отдельно для каждой шкалы, а также общая сумма баллов за тест. В соответствии с полученными баллами делаются выводы об актуальном психологическом благополучии личности. Среднее значение суммарного показателя по всем шкалам - 192,64, для шкалы автономности – 30,5, для шкалы компетентности – 29,15, для шкалы личностного роста – 33,61, для шкалы позитивных отношений – 33,74, для шкалы жизненных целей – 33,56, для шкалы самопринятия – 32,08. [18]

Шкала материнской привязанности к ребёнку в пренатальный период Дж.Кондона

Методика «Шкала пренатальная привязанность» была разработана Дж. Кондоном (J. Condon) в 1993 г. для диагностики привязанности матери к ребёнку, находящемуся в её утробе. Она получила название «Шкала материнской привязанности к ребёнку в пренатальный период» – «Maternal Antenatal Attachment Scale» (MAAS). В методике анализируются 3 показателя: качество привязанности, интенсивность включения в поведение привязанности и общий показатель привязанности к ребёнку в пренатальный период.

Опросник состоит из 19 вопросов, относящихся к мыслям и чувствам женщины о будущем ребёнке. Испытуемому предлагается выбрать из 5 утверждений одно, наиболее полно отражающее их отношение к находящемуся в утробе ребёнку. Каждое высказывание оценивается от 1 до 5 баллов. Ряд высказываний оценивается обратным образом: от 5 до 1 балла. Происходит подсчёт баллов отдельно для каждого показателя, а также общая сумма баллов за тест. Максимальная сумма общего показателя составляет 95 баллов, показателя качества пренатальной привязанности – 50 баллов, показателя интенсивности включения в поведение привязанности – 40 баллов. Один из вопросов опросника включён только в подсчёт общего показателя привязанности. Для сравнений уровня пренатальной привязанности у женщин используются средние значения по каждому показателю. [47]

Опросник удовлетворённости жизнью Э.Динера

Опросник удовлетворённости жизнью измеряет эмоциональное переживание индивидом собственной жизни как целого, отражает общий уровень субъективного благополучия. Опросник включает в себя 5 утверждений, с которыми респондентам необходимо выразить своё согласие по семибалльной шкале. Полученные баллы суммируются. Уровень

удовлетворённости жизнью оценивается по шкале от 7 до 35 баллов. Показатели удовлетворённости жизнью интерпретируются следующим образом: 30–35 баллов — в высшей степени доволен жизнью, высокий уровень субъективного благополучия; 25–29 баллов — очень доволен жизнью, высокий уровень субъективного благополучия; 20–24 баллов — более-менее доволен жизнью, средний уровень субъективного благополучия; 15–19 баллов — слегка недоволен жизнью, средний уровень субъективного благополучия; 10–14 баллов — недоволен жизнью, низкий уровень субъективного благополучия; 5–9 баллов — очень недоволен жизнью, низкий уровень субъективного благополучия. [27]

Рисунок «Я и мой ребёнок»

Проективная методика «Я и мой ребёнок». Испытуемым предлагается нарисовать, как они представляют себя и будущего ребёнка. Интерпретация производится по отдельным признакам и деталям рисунка, позволяющим определить стиль восприятия беременности женщиной.

Выделяют четыре стиля восприятия женщиной собственной беременности:

1. Адекватный стиль.

Формальные признаки: хорошее качество линии; расположение рисунка в центральной части листа; размеры рисунка соответствуют принятым в психодиагностике (отражают нормальное состояние без признаков тревоги и неуверенности в себе); рисунок занимает большую часть листа; отсутствие стираний, зачеркивания, перерисовок, рисования на обратной стороне листа; отсутствие длительных обсуждений (как и что рисовать) или отговорок (я не умею и т.п.).

Содержательные признаки: наличие на рисунке себя и ребенка; отсутствие замен образов себя и ребенка на растения, животных, неживые объекты, символы; соразмерность фигур матери и ребенка; отсутствие других людей; дополнительные предметы и детали одежды не составляют главную

часть рисунка, их количество, степень прорисовки, размеры не превышают размеры фигур матери и ребенка; наличие совместной деятельности матери и ребенка; наличие телесного контакта (мать держит ребенка на руках или за руку); ребенок не спрятан (в кроватке, коляске, пеленках или животе матери) и не изолирован; прорисовка лица ребенка; все фигуры нарисованы лицом к зрителю.

2. Незначительные симптомы тревоги, неуверенности.

Формальные признаки: недостаточно крупный рисунок; расположение в нижней части листа или ближе к одному из углов; небольшое наличие штриховки.

Содержательные признаки: наличие на рисунке себя и ребенка без замены их на образы; фигура ребенка слишком большая или слишком маленькая; наличие мужа, других детей; большое количество дополнительных предметов, их размеры значительно превышают размеры фигур матери и ребёнка; все фигуры лицом к зрителю, или в профиль; совместная деятельность может отсутствовать.

3. Тревожный стиль.

Формальные признаки: плохое качество линии; рисунок очень мелкий, расположен внизу листа или в углу; штриховки в большом количестве.

Содержательные признаки: наличие на рисунке себя и ребенка без замены их на образы; фигура ребенка слишком большая или слишком маленькая; большое количество дополнительных объектов, тщательная прорисовка деталей одежды; недостаточная прорисовка фигур и лиц себя и ребенка, схематизация; отсутствие совместной деятельности; контакт с ребенком может быть незначительным; наличие на рисунке нескольких членов семьи, своей матери; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры.

4. Конфликт с беременностью.

Формальные признаки: отказ от рисования; переворачивание, сгибание листа; наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний; большие пятна черного

цвета; неадекватное использование размеров листа (слишком мелко прорисованы мать и ребёнок или, напротив, не уместились на листе).

Содержательные признаки: отсутствие на рисунке себя и\или ребенка; замена образа ребенка и\или себя на растение, животное, символ; отсутствие совместной деятельности и контакта с ребенком; ребенок спрятан (в пеленках, коляске, кроватке, животе матери); ребенок изолирован при помощи предметов, отделяющих его от матери или полностью изолирован без контакта с матерью; большая пространственная дистанция между фигурами матери и ребенка; фигуры, нарисованные спиной; отсутствие у фигур лица или тела; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры. [33]

2.3 Описание выборки

В исследовании приняли участие 42 беременные женщины в возрасте от 16 до 43 лет. Средний возраст по выборке составил 29,69 лет.

14,3% составили женщины, проживающие в Санкт-Петербурге (участницы фестиваля «Планета детства 2017»), 85,7% - женщины, проживающие в городе Новокузнецке, Кемеровской области (Производственно-оздоровительный центр «Василиса» АО ЕвразЗСМК г. Новокузнецка; Родильный дом №2 г. Новокузнецка). Беременность всех женщин протекала без патологий.

81% испытуемых на момент исследования состояли в зарегистрированном браке, из них 19% вступили в повторный брак, 12% находились в гражданском браке, 7% женщин не состояли в браке.

Из всех женщин, принявших участие в исследовании, 47,5% имели высшее образование, 12% - неполное высшее образование, 31% - среднее специальное образование, 9,5% - среднее образование.

16,7% испытуемых на момент исследования имели двоих детей, 38,1% имели одного ребёнка, 45,2% были беременны первым ребёнком.

В среднем по выборке срок беременности составил 30,21 недель. При этом минимальный срок составил 17 недель, а максимальный – 42 недели.

Средний стаж брака по выборке составил 4,46 года. Минимальный стаж в браке составил 0,2 года, а максимальный – 14 лет.

3. Анализ экспериментальных данных

3.1. Особенности психологического благополучия и супружеских отношений у беременных женщин.

Изучение особенностей психологического и субъективного благополучия у беременных женщин позволило выявить следующее.

Подсчёт средних показателей субъективного и психологического благополучия беременных женщин обнаружил общий уровень удовлетворённости жизнью выше среднего (26 по опроснику удовлетворённости жизнью Э. Динера при среднем 17) и средний уровень психологического благополучия (198,6 по шкале психологического благополучия К. Рифф при среднем 192). Отдельные показатели психологического благополучия продемонстрировали значения на уровне средних. Показатель автономности отражает самостоятельность, независимость личности, её способность регулировать свои поступки, опираясь на собственные критерии, а не на навязанные обществом установки. Показатель компетентности означает способность человека справляться с задачами и целями, которые ежедневно ставит ему жизнь. Показатель по шкале личностного роста демонстрирует уровень актуальной самореализации личности, её стремление к раскрытию своего потенциала. Показатель по шкале позитивных отношений отражает наличие стабильных и надёжных связей испытуемых с окружающими людьми, их способность заботиться и сопереживать, изоляцию от общества или активную включённость в систему общественных отношений. Показатель жизненных целей демонстрирует у испытуемых наличие оформленных жизненных стремлений и смыслов, намерений и целей, позитивного взгляда в будущее. Показатель по шкале самопринятия отражает способность человека принимать свои сильные и слабые стороны, качества собственной личности, удовлетворённость своими поступками в прошлом.

Табл. 1.

Средние показатели по шкалам психологического благополучия

Показатели	Средние	Ст. откл.	Средние по выборке
Автономность	30,5	4,6	30,38
Компетентность	29,15	5,01	31,9
Позитивные отношения	33,74	4,86	34,33
Жизненные цели	33,56	5,17	34,62
Самопринятие	32,08	5,15	33,24
Сумма	192	22,29	198,6

Можно заключить, что выявленные значения по перечисленным показателям приближаются к средним значениям по шкалам. Это означает, что в среднем женщины удовлетворены своей жизнью и находятся в состоянии психологического благополучия.

Изучение особенностей супружеского взаимодействия и удовлетворённости браком при помощи методики «Опросник удовлетворённости браком» Ю.Е. Алёшиной выявило следующие результаты.

Подсчёт средних показал, что у испытуемых высокая удовлетворенность браком (38,77 при среднем значении 29). Также высокую оценку отношений с супругом женщины продемонстрировали, отвечая на вопросы анкеты (8,57 при среднем значении 5). Получившиеся данные позволяют сделать вывод об удовлетворенности брачными отношениями среди женщин данной выборки.

3.2 Анализ отношения к ребенку у беременных женщин.

Анализ различных параметров отношения к ребенку показал следующее.

Изучение особенностей отношения к беременности и ребенку с помощью методики ТОБ И.В. Добрякова выявил, что гестационная доминанта сформировалась следующим образом: из 9 баллов 4,79 у

оптимального типа, 1,02 у тревожного, 2,1 у эйфорического, 0,07 у депрессивного, 1,02 у гипогестогнозического (игнорирующего). Это означает, что у испытуемых наиболее выражен оптимальный тип отношения к ребёнку, при котором женщина ответственно относится к своему здоровью и здоровью своего ребёнка. Эйфорический тип отношения, при котором женщина склонна требовать к себе излишнее внимание, чрезмерно декларировать свою любовь к ребёнку и восторженно относится к своей беременности, выражен значительно меньше. Показатели, относящиеся к отвержению ребёнка, излишней тревожности и депрессивному отношению к ребёнку выявили самые низкие показатели. Следовательно, менее всего испытуемые склонны отвергать, пренебрегать своим ребёнком или испытывать излишнюю тревогу по поводу своей беременности.

Табл. 2.

Выраженность типов ПКГД у беременных женщин (по методике ТОБ)

Тип ПКГД	Средние	Ст.откл.
Оптимальный тип	4,79	1,69
Эйфорический тип	2,1	1,428
Гипогестогнозический тип	1,02	1,137
Тревожный тип	1,02	1,239
Депрессивный тип	0,07	0,261

Отношение беременных женщин к ребёнку

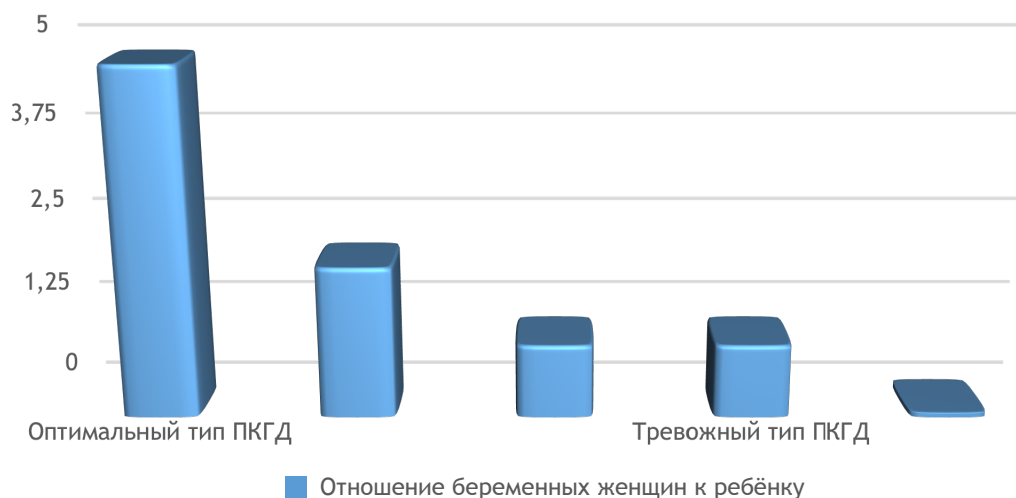


Рис.1. Изучение отношения беременных женщин к будущему ребёнку (по методике ТОБ)

Исследование, посвящённое изучению пренатальной привязанности с использованием методики Дж.Кондон «Шкала материнской привязанности к ребёнку в пренатальный период» выявило высокие показатели по шкале «качество пренатальной привязанности» (42,19 при среднем значении 25), кроме того, высокие значения продемонстрировал показатель общего уровня пренатальной привязанности (74,21 при среднем 48). По шкале «интенсивность включения» были выявлены значения, превышающие средние (27,48 при среднем значении 20).

Средние показатели по шкалам пренатальной привязанности

Шкалы	Средние	Средние по выборке	Ст.откл. по выборке
К а ч е с т в о пренатальной привязанности	25	42,19	5,438
Интенсивность пренатальной привязанности	48	74,21	5,718
Общий показатель привязанности	20	27,48	10,517

Получившиеся данные свидетельствуют о том, что испытуемые сформировали сильную привязанность к будущему ребёнку в период его вынашивания. Они уделяют ему время и внимание, испытывают позитивные переживания, связанные с размышлениями о ребёнке.

Дисперсионный анализ показал, что женщины, чья беременность была запланирована, больше думают о своём ребёнке, придумывают ему имя и черты характера, чем женщины, не планировавшие беременность ($p < 0,05$). Также было обнаружено, что у женщин, не планировавших беременность, физическое состояние во втором триместре более оптимальное, чем у женщин, чья беременность была запланирована ($p < 0,05$). Женщины с запланированной беременностью продемонстрировали более высокий уровень по всем показателям пренатальной привязанности ($p < 0,05$). Из полученных данных можно заключить, что женщины, планировавшие стать матерью, с большей заботой и привязанностью относятся к будущему ребёнку, чем женщины, не планировавшие беременность.

Табл.4.

Дисперсионный анализ по фактору запланированности беременности

	З а п л . беременност ь	Н е з а п л . беременнос ть	Ст.откл.1	Ст.откл.2	F.	Знч.
Отношение к ребёнку (по анкете)	6,86	5,62	1,329	1,71	6,60 2	0,01 4
Физическое самочувстви е в о 2 триметсре	2,55	2,92	0,572	0,277	4,90 5	0,03 3
К а ч е с т в о пренатально й привязаннос ти	43,34	39,62	4,169	7,077	4,59 2	0,03 8
Интенсивно с т ь включения	28,83	24,46	5,714	4,612	5,85 3	0,02
О б щ и й показатель привязаннос ти	76,79	68,46	9,306	11,133	6,37 1	0,01 6

Анализ отношения беременной женщины к ребёнку при помощи рисуночной методики «Я и мой ребёнок» выявил, что у 11,9% испытуемых наблюдается адекватный стиль восприятия ребёнка, при котором мать положительно относится к своему ребёнку, сфера материнства сформирована адекватно. У 31% испытуемых обнаружались незначительные признаки

тревоги и неуверенности. Также 31% женщин продемонстрировали тревожный стиль, характеризующийся беспокойством, неуверенностью и тревогой. У 26,1% женщин обнаружился конфликт с беременностью, характеризующийся принятием своей беременности и ребёнка, нарушениями в формировании материнской сферы.



Рис. 2. Стили переживания беременности по рисуночной методике «Я и мой ребёнок»

Из этих данных можно сделать вывод, что немногие женщины из опрошенных продемонстрировали адекватное отношение к ребёнку. Большинство женщин в той или иной степени испытывают тревогу или неуверенность относительно беременности и ребёнка. Около четверти выборки продемонстрировали в рисуночном тесте конфликт с беременностью, принятие своего нового положения.

3.3. Анализ взаимосвязей психологического благополучия и отношения к ребёнку и супругу у беременных женщин

3.3.1 Анализ взаимосвязи психологического и субъективного благополучия у беременных женщин

Анализ взаимосвязи психологического и субъективного благополучия у беременных женщин позволил выявить следующее.

Корреляционный анализ взаимосвязи субъективного и психологического благополучия беременных женщин выявил значимые связи по большинству параметров. Удовлетворённость жизнью положительно коррелирует с самопринятием, позитивными отношениями и общим психологическим благополучием ($p < 0,01$), а также с компетентностью и жизненными целями ($p < 0,05$). Из этого можно заключить, что показатели психологического благополучия тесно связаны с общим уровнем субъективного благополучия. Высокий уровень принятия себя, наличие устойчивых позитивных отношений с окружающими, наличие и реализация жизненных целей и задач, компетентность и способность преодолевать жизненные трудности, а также общее психологическое благополучие связано с более широкой категорией – субъективным благополучием.



Условные обозначения:

- Положительная корреляционная связь ($p < 0,05$)
- ===== Положительная корреляционная связь ($p < 0,01$)

Рис. 3. Взаимосвязь компонентов психологического и субъективного благополучия у беременных женщин

Для уточнения связей субъективного и психологического благополучия нами был проведен регрессионный анализ, который показал, что предиктором субъективного благополучия является показатель самопринятия ($\beta = 0,499$; $p < 0,001$). Т.о. для удовлетворенности своей жизнью у беременной женщины наиболее важным является принятие себя, своих различных сторон и качеств (как положительных, так и отрицательных).

3.3.2. Анализ взаимосвязи психологического благополучия и отношения к супругу у беременных женщин

В результате анализа взаимосвязи психологического благополучия беременных женщин и их удовлетворённости браком получились следующие данные.

Корреляционный анализ выявил положительную корреляцию между оценкой отношений с супругом, которую испытуемые давали в анкете, и удовлетворённости жизнью ($p < 0,01$). Данные, полученные по опроснику удовлетворённости браком, выявили значимые связи с показателями психологического благополучия. Так уровень автономности, компетентности, самопринятия, наличия жизненных целей достоверно связан с уровнем удовлетворённости браком ($p < 0,01$). Кроме того, удовлетворённость браком связана с общим уровнем психологического и субъективного благополучия

($p < 0,01$). Позитивные отношения также выявили связь с уровнем удовлетворённости браком у беременных женщин ($p < 0,05$).

Эти данные означают, что, как правило, женщины, удовлетворённые своими отношениями с супругом и своим браком, демонстрируют высокие показатели личностной автономности и компетентности в жизненных ситуациях, имеют стабильные и надёжные связи с окружающими людьми, обладают высоким уровнем общего психологического и субъективного благополучия.

Регрессионный анализ показал, что предиктором удовлетворённости браком являются следующие показатели психологического благополучия: жизненные цели ($\beta = 0,446$; $p < 0,01$) и самопринятие ($\beta = 0,304$; $p < 0,05$). Это говорит о том, что для удовлетворённости браком беременных женщин наиболее значимую роль играет их принятие себя, а также наличие жизненных целей и задач.



Условные обозначения:

- Положительная корреляционная связь ($p < 0,05$)
===== Положительная корреляционная связь ($p < 0,01$)

Рис.4. Взаимосвязь показателей психологического и субъективного благополучия и удовлетворённости браком у беременных женщин

3.3.3 Анализ взаимосвязи психологического благополучия и отношения к ребёнку у беременных женщин

Исследование взаимосвязи психологического благополучия беременных женщин и их отношения к ребёнку выявило следующие результаты.

Удовлетворённость жизнью отрицательно коррелирует с тревожным типом отношения к ребёнку ($p < 0,01$). Это означает, что чем выше уровень субъективного благополучия беременной женщины, тем меньше она склонна формировать тревожный тип отношения к ребёнку.

Личная компетентность положительно коррелирует с показателями пренатальной привязанности и отрицательно с гипогестогнозическим типом отношения к ребёнку ($p < 0,01$). Эти данные означают, что женщины, более активные в реализации личных потребностей и целей не склонны формировать отвергающий тип отношения к ребёнку, зато формируют более надёжную привязанность к нему.

Общее психологическое благополучие положительно коррелирует с оптимальным типом отношения к ребёнку ($p < 0,01$). Обнаруженная связь подтверждает главную гипотезу исследования: чем выше психологическое благополучие беременной женщины, тем больше она склонна к формированию оптимального типа отношения к своему ребёнку.

Удовлетворённость жизнью положительно коррелирует с качеством пренатальной привязанности и оптимальным типом отношения к ребёнку и отрицательно с гипогестогнозическим типом ($p < 0,05$). Получившиеся связи свидетельствуют о том, что беременные женщины с высокими показателями удовлетворённости жизнью склонны формировать оптимальный тип отношения к ребёнку, а женщины с низким – тревожный и отвергающий типы.

Были получены связи между показателями психологического благополучия и типами отношения к ребёнку у беременных женщин. Уровень личной автономности отрицательно коррелирует с депрессивным типом отношения к ребёнку ($p < 0,05$) и положительно – с оптимальным типом ($p < 0,01$). Кроме того, была выявлена положительная связь уровня автономности с позитивным отношением к внутриутробным движениям ребёнка ($p < 0,01$). Уровень компетентности положительно коррелирует с эйфорическим типом отношения к ребёнку ($p < 0,05$). Уровень личностного роста и позитивных отношений с окружающими положительно коррелируют с оптимальным типом отношения к ребёнку ($p < 0,05$). Уровень самопринятия выявил положительную связь с показателями пренатальной привязанности и эйфорическим типом отношения к будущему ребёнку и отрицательную - с тревожным типом ($p < 0,05$). Кроме того, тревожный тип отрицательно коррелирует с уровнем общего субъективного благополучия ($p < 0,05$).

Получившиеся данные говорят о том, что определенные факторы субъективного благополучия, такие как самопринятие и личностная компетентность, способствуют созданию привязанности между женщиной и ребёнком в пренатальный период его развития. Женщины с высоким уровнем личностной автономии, то есть самостоятельности, обособленности от других, склонны позитивно относиться к движениям ребёнка в утробе и меньше остальных склонны к депрессивному отношению к беременности. Многие показатели субъективного благополучия и уровень удовлетворённости жизнью связаны с оптимальным типом отношения к

ребёнку. Это означает, что благополучные женщины склонны формировать оптимальный тип. Испытуемые с низким уровнем личностной компетентности склонны к отвергающему типу, а также демонстрируют низкие показатели пренатальной привязанности. В то же время, женщины с высоким уровнем самопринятия образуют устойчивую и качественную привязанность с будущим ребёнком.

Следует отметить, что компонент субъективного благополучия «жизненные цели» не выявил значимых связей ни с одним показателем отношения к ребёнку.

Условные обозначения:

—————	Положительная корреляционная связь ($p < 0,05$)
=====	Положительная корреляционная связь ($p < 0,01$)
- - - - -	Отрицательная корреляционная связь ($p < 0,05$)
== == == == ==	Отрицательная корреляционная связь ($p < 0,01$)

Рис. 5. Взаимосвязь компонентов психологического благополучия и отношения к беременности

3.3.4. Анализ взаимосвязи отношения к ребёнку и супругу у беременных женщин

Изучение взаимосвязи отношения к ребёнку у беременных женщин и их удовлетворённости отношениями с супругом позволило выявить следующее.

Удовлетворённость браком положительно коррелирует со всеми показателями пренатальной привязанности и отрицательно с гипогестогнозическим (игнорирующим) типом отношения к ребёнку ($p < 0,01$). Это даёт основание сделать вывод о том, что женщины с благополучным браком формируют более качественную и стабильную привязанность со своим ребёнком в пренатальный период его развития, кроме того, высокая удовлетворённость браком препятствует образованию отвергающего типа отношения женщины к будущему ребёнку.

Оценка отношений с супругом положительно коррелируют с качеством пренатальной привязанности и эйфорическим типом отношения к ребёнку ($p < 0,05$), а также с интенсивностью включения и общим показателем пренатальной привязанности ($p < 0,01$) и отрицательно – с

гипогестогнозическим типом ($p < 0,01$). Кроме того, была получена достоверная связь между оценкой отношений с супругом и готовность к материнству ($p < 0,05$). Это означает, что женщины, высоко оценивающие свои отношения с мужем, склонны формировать более надёжную привязанность к своему ребёнку в пренатальный период его развития. Испытуемые, низко оценивающие отношения с мужем, склонны к формированию игнорирующего типа отношения к ребёнку.

Отношение к ребёнку, которое испытуемые продемонстрировали в анкете, положительно связано со степенью удовлетворённости браком ($p < 0,05$). Также была выявлена достоверная связь между оценкой отношений с супругом и отношением к ребёнку, которые женщины давали в анкете для беременных женщин ($p < 0,05$). Это означает, что женщины, удовлетворённые своим браком и отношениями с супругом, склонны думать о своём ребёнке, придумывать ему имя и черты характера, в отличие от женщин с низким уровнем удовлетворённости браком.

Удовлетворённость браком положительно коррелирует с желанностью и запланированностью беременности и позитивным отношением к внутриутробным движениям ребёнка ($p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о том, что испытуемые с высокой удовлетворённостью отношениями в браке склонны планировать беременность, позитивнее относятся к самому ребёнку и его внутриутробным движениям, чем испытуемые с низкими показателями удовлетворённости браком.

Удовлетворённость браком положительно коррелирует с оптимальным типом отношения к ребёнку ($p < 0,05$). Беременные женщины, находящиеся в счастливом браке, формируют оптимальный тип отношения к будущему ребёнку.

Условные обозначения:

—————	Положительная корреляционная связь ($p < 0,05$)
=====	Положительная корреляционная связь ($p < 0,01$)
== == == == ==	Отрицательная корреляционная связь ($p < 0,01$)

Рис. 6. Взаимосвязь показателей отношения к ребёнку и супругу у беременных женщин

3.3.5. Анализ предикторов отношения к ребёнку

Для уточнения влияния показателей психологического и субъективного благополучия, а также отношений с супругом на отношение к ребёнку был проведен регрессионный анализ, который показал, что для качества привязанности и для общего уровня пренатальной привязанности наибольшее значение имеет показатель компетентности ($\beta = 0,502$; $p < 0,001$ и $\beta = 0,527$; $p < 0,001$). Т.о. уровень компетентности беременной женщины, её способность справляться с жизненными трудностями и самостоятельность являются фактором, влияющим на развитие качественной привязанности к будущему ребёнку.

Анализ предикторов оптимального и гипогестогнозического типов показал, что предиктором гипогестогнозического типа является удовлетворенность браком ($\beta = -0,540$; $p < 0,001$), что говорит о том, что отвергающий тип отношения к ребёнку чаще всего формируется при конфликтных, негармоничных отношениях с супругом.

Изучение факторов оптимального типа отношения к беременности показало, что ведущую роль в его формировании играют удовлетворенность жизнью ($\beta=0,342$; $p<0,05$) и автономность ($\beta=0,305$; $p<0,05$). Таким образом, уровень субъективного благополучия беременной женщины, а также уровень её самостоятельности и независимости играют значительную роль в формировании оптимального типа отношения к ребёнку.

3.3.6. Анализ взаимосвязи психологического благополучия, отношения к ребенку, супругу и социально-демографических характеристик у беременных женщин

Годы совместной жизни положительно коррелируют с готовностью к материнству, а также с желанностью и запланированностью беременности ($p<0,01$). Это означает, что супруги, прожившие вместе больше лет, стремятся обзавестись ребёнком больше, чем молодожёны.

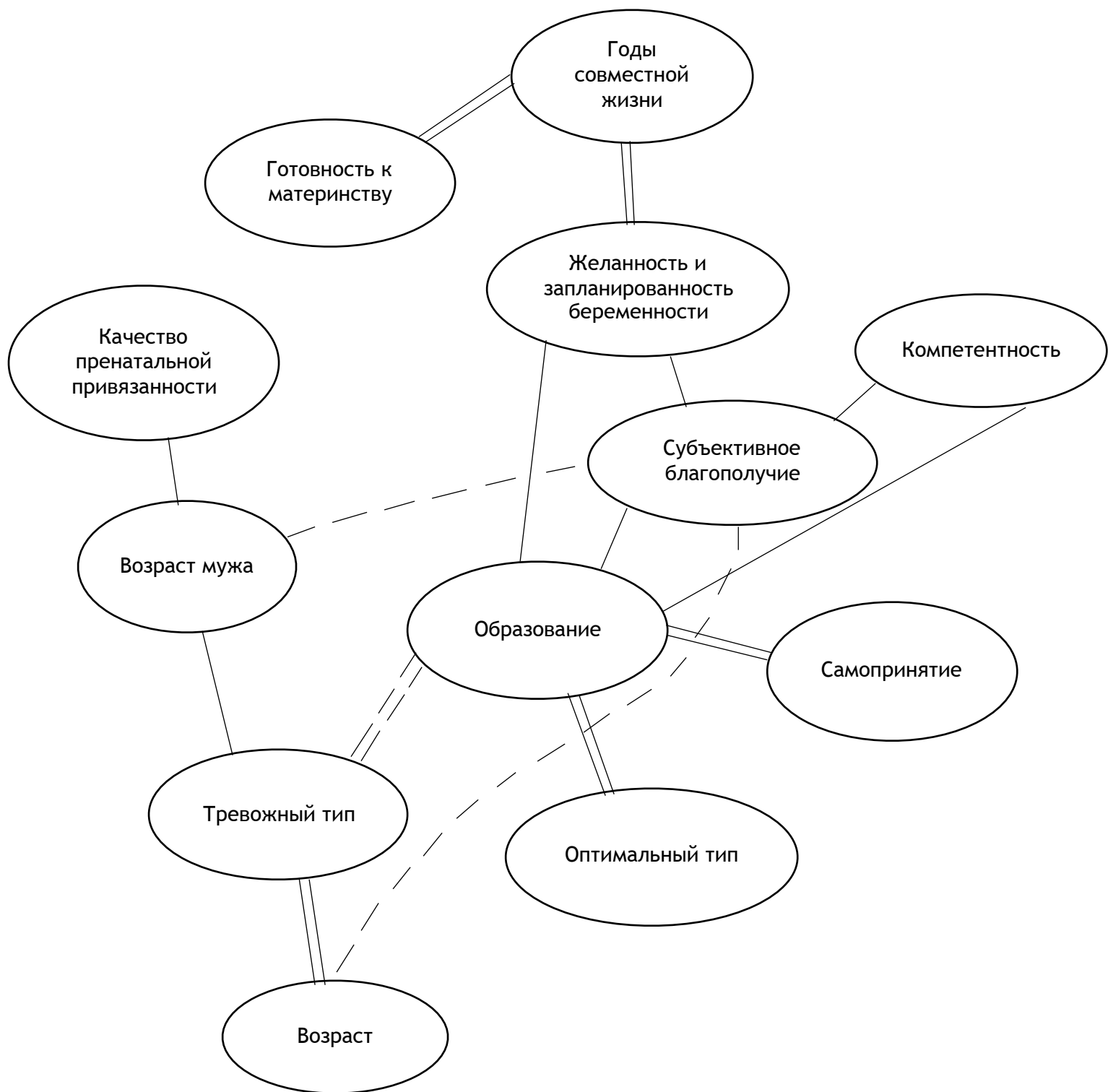
Возраст женщины положительно коррелирует с тревожным типом отношения к будущему ребёнку ($p<0,01$). Возраст мужа беременной положительно коррелирует с качеством пренатальной привязанности женщины и тревожным типом отношения к ребёнку ($p<0,05$). Это может быть связано с тем, что роды женщины в более зрелом возрасте зачастую имеют осложнения.

Уровень образования положительно коррелирует с общим показателем субъективного благополучия, самопринятием, оптимальным типом отношения к ребёнку и отрицательно с тревожным типом ($p<0,01$). Беременные женщины с высоким уровнем образования демонстрируют высокие показатели субъективного благополучия. Также более образованные женщины склонны к принятию себе больше, чем женщины с низким уровнем образования. Кроме того, высокий уровень образования способствует формированию оптимального типа отношения к ребёнку и препятствует образованию тревожного типа.

Уровень удовлетворённости жизнью положительно коррелирует с уровнем образования и отрицательно с возрастом женщины и возрастом её мужа ($p < 0,05$). Уровень образования положительно коррелирует с уровнем компетентности, а также с желанностью и запланированностью беременности ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что высокий уровень образования связан и с общим субъективным благополучием, и с уровнем личной компетентности беременной женщины, то есть способности справляться с жизненными трудностями, а также влияет на запланированность и желанность беременности.

Дисперсионный анализ показал, что готовность к материнству более выражена у беременных женщин, имеющих других детей. Испытуемые, беременные первым ребёнком, не выказали уверенности в своей готовности стать матерью ($p < 0,01$). Из полученных данных можно заключить, что женщины, уже имеющие детей, обладают определённым опытом по уходу за ребёнком и воспитанию, поэтому склонны выше оценивать свою готовность к материнству, чем женщины, вынашивающие первого ребёнка.

Обширное количество связей позволяет сделать вывод о том, что отношения беременных женщин с социальной средой, а также компоненты психологического благополучия влияют на формирование того или иного типа отношения к ребёнку.



Условные обозначения:

—————	Положительная корреляционная связь ($p < 0,05$)
=====	Положительная корреляционная связь ($p < 0,01$)
== == == == == ==	Отрицательная корреляционная связь ($p < 0,01$)

Рис. 7. Взаимосвязь факторов психологического благополучия, отношения к ребенку, супругу и социально-демографических характеристик у беременных женщин

Выводы

1. Анализ субъективного и психологического благополучия беременных женщин показал, что в среднем по выборке наблюдается средний уровень психологического благополучия и высокий уровень субъективного благополучия.

2. Исследование особенностей отношения беременных женщин к своему ребёнку показало, что в среднем по данной выборке наблюдается позитивное отношение женщин к ребёнку и беременности, что проявилось в высоком уровне пренатальной привязанности и доминировании оптимального типа гестационной доминанты. Однако на бессознательном уровне наблюдается преобладание тревожного типа переживания беременности.

3. Изучение отношений с супругом показало высокий уровень удовлетворённости браком и высокий уровень субъективной оценки отношений с супругом у беременных женщин.

4. Изучение взаимосвязи показателей психологического и субъективного благополучия у беременных женщин позволило установить, что большинство компонентов психологического благополучия находятся в тесной связи с удовлетворённостью жизнью. Предиктором удовлетворенности жизнью у беременных женщин является принятие себя.

5. Исследование взаимосвязи психологического и субъективного благополучия беременных женщин и отношений с супругом позволило установить тесную взаимосвязь между этими показателями. Удовлетворённость жизнью беременных женщин оказалась тесно связана с качеством отношений с мужем, а для удовлетворенности браком в свою

очередь наибольшее значение имеет самопринятие и наличие целей в жизни.

6. Анализ взаимосвязи психологического благополучия беременных женщин, удовлетворённости браком и формированием отношения к ребёнку установил, что уровень психологического, субъективного благополучия и удовлетворённость браком оказывают влияние на образование психологического компонента гестационной доминанты и пренатальной привязанности. При этом для формирования пренатальной привязанности наибольшую роль играет психологическая компетентность, а для формирования положительного отношения к беременности – удовлетворенность жизнью и удовлетворенность браком.

7. Анализ социально-демографических характеристик беременных женщин показал, что уровень образования связан с показателями компетентности и самопринятия по шкале психологического благополучия, а также с оптимальным типом отношения к ребёнку. Кроме того, женщины с высоким уровнем образования меньше остальных склонны к формированию тревожного типа отношения к ребёнку.

Заключение

В 1 главе данной работы рассмотрены различные научные подходы к вопросам психологического и субъективного благополучия, материнства, пренатальной привязанности и отношения беременной женщины к ребёнку. Проанализированы основные работы, касающиеся взаимодействия женщины с ребёнком, находящимся в её утробе. Затронуты вопросы взаимодействия беременной с ближайшим окружением: собственной родительской семьёй и супругом.

Многочисленные исследования подтверждают значимость пренатального периода не только для развития ребёнка, но и для формирования привязанности между матерью и малышом, становления диады «мать-ребёнок». Огромное значение имеет развитие материнской сферы, на которое влияет множество факторов, но в первую очередь, взаимодействие женщины с собственной матерью в раннем детстве.

Немаловажную роль в развитии материнской сферы играет качество взаимодействия женщины со своим мужем. Удовлетворённость брачными узами, надёжность супружеской связи положительно влияют на развитие малыша, формирование материнской привязанности к ребёнку. Благоприятное течение беременности во многом зависит от отношений женщины с отцом будущего ребёнка.

Актуальность проведенного исследования состоит в том значении, которое имеет формирование здоровых отношений между матерью и ребёнком. Привязанность, образующаяся между матерью и ребёнком в первые годы его жизни, тепло, любовь и забота, которые женщина дарит своему малышу во многом определяют благополучие и развитие ребёнка на долгие годы. Пренатальный период – первая ступень развития, самая

уязвимая и самая важная для малыша. Именно поэтому следует изучать все факторы, влияющие на протекание столь значительного периода в жизни каждого человека.

В ходе исследования подтвердилась главная гипотеза: психологическое и субъективное благополучие, удовлетворённость брачными отношениями влияют на формирование оптимального типа отношения к ребёнку у беременных женщин. Из этого можно заключить, что доброжелательное и ответственное отношение к ребёнку зависит во многом от благополучия и счастья его матери.

Возможность оказания психологической помощи беременным женщинам, консультирование пар, ожидающих ребёнка, грамотное психологическое сопровождение беременности составляют практическую значимость представленной работы.

Список литературы:

1. Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. Спецпрактикум по социальной психологии М.: МГУ, 1987.
2. Баландина Л.Л. Удовлетворённость браком в системе родительско-детских и супружеских отношений//Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2014. Вып. № 1. С. 125-136.
3. Батуев А. С., Соколова Л. В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя»//Вестник Ленинградского университета, 1994. № 10.
4. Батурин Н.А. Башкатов С.А, Гафарова Н.В. Теоретическая модель личностного благополучия//Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2016. Вып. № 4. Т.6. С. 4-13.
5. Безрукова О.Н. Материнство в контексте социальных и психологических проблем репродуктивного здоровья//Биосоциальная природа материнства и раннего детства/под ред. А.С.Батуева. СПб.: СПбГУ, 2007. С. 41–119.
6. Берк Л. Развитие ребенка. СПб.: Питер, 2006. 1056 с.
7. Боровикова Н.В., Федоренко С.А. Гендерный подход в психолого-акмеологическом анализе потенциала личностного развития // Актуальные вопросы психиатрии, медицинской психологии и наркологии. Алматы, 2000.

8. Боулби Д. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 480 с.
9. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери. 2000. №2. С.79-87.
10. Брутман В.И., Северный А.А. Некоторые современные тенденции социальной защиты детей- сирот и вопросы профилактики социального сиротства//Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. М., 2006. 60 с.
11. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов//Вопр. Психол., 2002. №1. С. 59-68.
12. Галияхметова Л.И. Благополучие, субъективное благополучие, удовлетворённость жизнью: проблема взаимосвязи// Вестник Башкирского университета. 2015. Вып. № 3. Т. 20. С. 1114-1117.
13. Голод С. И. Стабильность семьи: социологический и демографический аспекты. Л.: Наука, 1984. 136 с.
14. Грон Е.А. Генетические и психологические аспекты невынашивания беременности: автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 2004.
15. Гурьянова Т.А. Особенности образа себя как матери и образа ребенка у женщин с разным типом психологической готовности к материнству//Вестник БГПУ: Психолого-педагогические науки. 2004. Вып. 4. с. 43 – 53.
16. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб: Питер, 2010. 234 с.

17. Добряков И. В. Тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты//Психология и психотерапия. Тревога и страх: единство и многообразие взглядов: Материалы V ежегодной Всероссийской научно-практической конференции. СПб.: СПбГУ, 2003.
18. Жуковская Л.В., Трошихина Е.Г. Шкала психологического благополучия К. Рифф//Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 2. С. 82-93.
19. Захарова Е.И., Булушева Е.А. Особенности страхов беременных женщин, связанных с переживанием внутрисемейной ситуации//Перинатальная психология и психология родительства, 2009. №3. С.15–35.
20. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности как фактор формирования готовности к материнству/Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, №91, 2009. С. 31-42.
21. Идобаева О.А. К построению модели исследования психологического благополучия личности: психолого-развитийный и психолого-педагогический аспекты//Вестник Томского государственного университета. 2011. Вып. № 351. С. 128-134.
22. Костенко К.В. Субъективная картина жизненного пути и удовлетворённость жизнью в позднем возрасте: дис. канд. псих. наук Краснодар, 2005. 153 с.
23. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации//Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1 / под ред Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 56–65.

24. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия. М.: Эксмо, 2007. 992 с.
25. Маркелова Т.В., Катунова В.В., Шуткина Ж.А. Взаимосвязь уровня личностной ответственности женщины и стиля переживания беременности//Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Вып. № 1. Том 22. 2016. С. 62-66.
26. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. Вопросы психологии, 2000. № 5.
27. Осин, Е.Н., Леонтьев, Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия. В сб.: Материалы III Всероссийского социологического конгресса. М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов. 2008.
28. Павлоцкая Я.И. Психологическое благополучие в контексте системы отношений личности//Теория и практика общественного развития. 2014. Вып.№ 14. С. 28-31.
29. Пучкова Г.В. Субъективное благополучие как фактор самоактуализации личности: дис. канд. психол. наук: Хабаровск, 2003. 163 с.
30. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ беременности. Самара: Бахрах-М. 2003. 784 с.
31. Савёнышева С.С. Пренатальная привязанность: понятие, структура, детерминанты//Мир науки, культуры, образования. 2017. Вып.1 (62). С. 243-248.
32. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству//Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода. М.,2005.
33. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М., 2003.

34. Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез. М.: Жизнь и Мысль, 1999.
35. Фомина О.О. Факторы и возможные типы психологического благополучия личности//Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. 2016. Вып№ 2. Т. 5. 2016. С. 168-173.
36. Цареградская Ж.В. Ребенок от зачатия до года. М.: Астрель: АСТ, 2005. 281 с.
37. Чиксентмихайи М. Поток. Психология оптимального переживания: пер. с англ. М.: Альпина нон-фикшн, 2013. 464 с.
38. Шелехов И.Л. Влияние типа акцентуации личности и структуры ценностей на формирование материнской функции беременных женщин: автореф. дис. канд. психол. наук. Томск, 2006.
39. Шнейдер Л.Б. Основы семейной психологии. Екатеринбург: Деловая книга, 2006. 768 с.
40. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия: Методические рекомендации. – СПб. 2001.
41. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., Добряков И.В. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб, 2007.
42. Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J., Erlbaum. 1978.
43. Barber J. S., Axinn W. G., Thornton A. Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships//J Health Soc Behav. 1999. Vol. 40. № 3.

44. Beach, S. R. H., Arias, I., & O'Leary, K. D. The relationship of marital satisfaction and social support to depressive symptomatology// *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1986. №8. P. 305 – 317.
45. Benedek T, Liebman S. Psychological aspects of pregnancy and parent-child relationships. Oxford, England: Lippincott; 1958. 1–16 p.
46. Bradburn N. The Structure of Psychological well-being. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. 320 p.
47. Condon, J.T. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument//*British Journal of Medical Psychology*. 1993. № 66. P.167–183.
48. Cooklin A. R., Rowe H. J., Fisher J. R. Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being//*Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2007. Vol. 47. № 6.
49. Diener E. Subjective well-being//*Psychological Bulletin*. 1984. № 95. P. 542–575.
50. Doan H.M., Zimmerman A. Conceptualizing Prenatal Attachment: Toward a Multidimensional View//*Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2003. №18. P. 109-129.
51. Edge D. Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression – a comparative study among inner-city women in the United Kingdom.//*J Psychosom Res.* – 2007. Vol. 63. № 3.
52. Eid M., Diener E. Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability//*Social Indicators Research*. 2004. Vol. 65(3). P. 245–277.

53. Escribe-Aguir V., Gonzalez-Galarzo M. C., Barona-Vilar C. et al. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences//J. Epidemiol Community Health. 2008. Vol. 62. № 5.
54. Freudiger, P. Life satisfaction among three categories of married women//Journal of Marriage and the Family. 1983. № 45. P. 213 – 219.
55. Hart R., McMahon C.A. Mood state and psychological adjustment to pregnancy//Archives of Women's Mental Health, 2006. №9. P. 329–337.
56. Horwitz, A. V., White, H. R., & Howell-White, S. Becoming married and mental health: A longitudinal study of a cohort of young adults// Journal of Marriage and the Family. 1996. №58. P. 895 – 907.
57. Kahn R. S. Depression and unintended pregnancy in young women//BMJ. 2002. Vol. 324. № 7345.
58. Kanner A. D., Coyne J. C., Schaefer C, Lasarus R. S. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassels and uplifts versus major life events//Journal of Behavioral Medicine, 1981. № 4.
59. Kitamura T., Sugawara M., Sugawara K. Psychosocial study of depression in early pregnancy//Br. J. Psychiatry. 1996. Vol. 168. № 6.
60. Leifer M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. Genet Psychol Monogr.1977.
61. Luhmann M., Hawkey L.C., Eid M., Cacioppo J.T. Time frames and the distinction between affective and cognitive well-being// Journal of Research in Personality. 2012. № 46. P. 431–441.
62. Lumley JM. Attitudes to the fetus among primigravidae. Australian Pediatric Journal. 1982 №18 P. 106–109.
63. Lusskin S. I., Pundiak T. M., Habib S. M. Perinatal depression: hiding in plain sight//Can. J. Psychiatry. 2007. Vol. 52. № 8.

64. Marital Quality and Personal Well-Being: A Meta-Analysis// Journal of Marriage and Family. 2007. № 69. P. 576–593.
65. McKee M. D., Cunningham D., Jankowski K. R. et al. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population//Obstet Gynecol. 2001. Vol. 97. № 6.
66. Mikhail M., Freda M., Merkatz R., Rolizzotto R., Mazloom E., Merkatz I. The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus//Am J Obstet. Gynecol. 1991. Vol. 165. P. 988-991.
67. Muller M.E. The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory. 1990.
68. Myhrman A., Rantakallio P., Isohanni M. Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child//BMJ. 1996. Vol. 169. № 5. Muller M.E. The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory. 1990.
69. Pines D. A. Woman's Unconscious Use of Her Body. New Haven: Yale University Press, 1994.
70. Raphael-Leff J. Psychological Processes of Childbearing. Fourth Edition. London: The Anna Freud Centre. 2005.
71. Reardon D. C., Cogle J. R. Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study// BMJ. 2002. Vol. 324. № 7330.
72. RTS Counselor Manual. A Gundersen Lutheran Hospital – La Cross, Inc., 1997.
73. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy//Mat. Child Nurs J. 1975. № 4. P. 143-153.

74. Ryan R.M., Deci E.L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being//Annual Review Psychology. 2001. № 52. P. 141–166
75. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing//Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 57. P. 1069–1081.
76. Ryff C.D. The structure of psychological well-being revisited//Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69. P. 719-727.
77. Shaminov R.M. Ethno-cultural factors of personality subjective well-being//Psechological Journal, 2014, vol.35, iss. 4, pp. 68-8.
78. The Long-Term Consequences of Relationship Formation for Subjective Well-Being//Journal of Marriage and Family. 2009. № 71 P. 1254 – 1270.
79. Vaillant, C. O., & Vaillant, G. E. Is the Ucurve of marital satisfaction an illusion? A 40-year study of marriage//Journal of Marriage and the Family. 1993. №55. P. 230 – 239.
80. VanLaningham, J., Johnson, D. R., & Amato, P. Marital happiness, marital duration, and the U-shaped curve: Evidence from a five-wave panel study. Social Forces, 2001. P.1313 – 1341.
81. Waterman A.S. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment//Journal of Personality and Social psychology. 1993. № 64. P. 678–691.
82. Welles-Nystrom B. L., de Chatau P. Maternal age and transition to motherhood: prenatal and perinatal assessments//Acta Psychiatr Scand. 1987. Vol. 76. № 6.
83. Wilson W.R. Correlates of Avowed Happiness//Psychological Bulletin. 1967. Vol. 67(4). P. 294–306.

Ваше имя: _____

1. Ваш возраст: _____ Возраст мужа: _____
2. Ваше семейное положение: а) замужем; б) в гражданском браке; в) в разводе; г) не замужем.
3. Если вы замужем, какой по счету у Вас брак? _____
4. Сколько лет у Вас совместной жизни: _____.
5. Ваша родительская семья: а) полная, б) неполная, в) был развод родителей (в каком возрасте ____), г) другое _____
6. Ваше образование: а) неполное среднее; б) среднее; в) среднее специальное; г) неполное высшее; д) высшее; е) ученая степень.
7. Сколько всего у Вас детей (укажите их пол и возраст)?

8. Какой сейчас срок беременности: _____

Часть II. Беременность.

1. Была ли беременность запланированной? ДА / НЕТ / Другое

2. Является ли для вас беременность желанной: Да _; Трудно сказать _; Были сомнения _; Нет _.
3. С чьей стороны исходила инициатива?

4. Почему Вы решили родить ребенка (если беременность запланированная)?

5. Решали ли Вы вопрос о сохранении или прерывании беременности, когда узнали о ней (если беременность незапланированная)? _____
6. Ваши первые впечатления и мысли, когда вы узнали, что беременны: _____

7. Как муж отреагировал на беременность?

8. Пытаетесь ли Вы представить своего будущего ребенка? ДА / НЕТ
9. Придумываете ли Вы имя для ребенка? ДА / НЕТ
9. Разговариваете ли Вы со своим будущим ребенком, если да, то как часто? ЧАСТО/ РЕДКО/НЕТ
10. Какой была ваша реакция, когда ребенок пошевелился в первый раз:

11. Какие чувства Вы испытываете сейчас, ощущая шевеление ребенка?

Оцените каждое утверждение, обведя в кружок одну из цифр, обозначающих:
0-никогда 1-иногда 2-часто 3- почти всегда:

Невыразимо приятны	0	1	2	3
Весьма приятны	0	1	2	3
Скорее приятны, чем неприятны	0	1	2	3
Скорее неприятны, чем приятны	0	1	2	3
Достаточно неприятны	0	1	2	3
Болезненны	0	1	2	3
Бывают не ко времени	0	1	2	3
Мешают мне (спать, что-то делать)	0	1	2	3

12. Представляете ли вы качества характера или качества личности будущего ребенка: Да _; Нет _

13. Какие качества своего будущего ребенка вы хотели бы видеть:

14. Посещаете(ли) ли вы курсы по подготовке к материнству: Да _; Нет _.

15. Посещаете(ли) ли ваш муж занятия по подготовке к отцовству: Да _; Нет _.

16. Как Вы думаете, какие трудности Вас ждут?

17. Оцените Вашу готовность к материнству (укажите по 100-бальной шкале, насколько Вы готовы быть матерью) _____.

18. Оцените Вашу удовлетворенность отношениями с супругом/партнером на данный момент: 1 – плохие, 10 - очень хорошие. _____

19. Ваше состояние во время беременности:

1. Ваше эмоциональное состояние в 1-й триместр: тревожное, переменчивое _; спокойное, радостное _; раздраженное, мрачное, депрессивное _; другое _

_____.

2. Ваше эмоциональное состояние во 2-й триместр: тревожное, переменчивое _; спокойное, радостное _; раздраженное, мрачное, депрессивное _; другое _

_____.

3. Ваше эмоциональное состояние в 3-й триместр: тревожное, переменчивое _; спокойное, радостное _; раздраженное, мрачное, депрессивное _; другое _

_____.

4. Ваше физическое состояние в 1-й триместр: оптимальное/хорошее _; изменчивое _; плохое, ужасное _; другое _ _____.

5. Ваше физическое состояние во 2-й триместр: оптимальное/хорошее _; изменчивое _; плохое, ужасное _; другое _ _____.

6. Ваше физическое состояние в 3-й триместр: оптимальное/хорошее _; изменчивое _; плохое, ужасное _; другое _ _____.

7. Ваше отношение к изменению своей внешности: хорошее/спокойное _; испытывала дискомфорт/медленная адаптация _; отрицательное/недовольство/беспокойство _.

8. Испытывали ли вы состояние эмоционального стресса: Да _; Иногда _; Нет _.

Дата заполнения:

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ !

Приложение Б

Шкала материнской привязанности к ребенку в пренатальный период (Дж. Кондон)

Ниже представлены вопросы, касающиеся Ваших мыслей и чувств о Вашем развивающемся внутриутробно ребенке. Пожалуйста, выберите только один ответ на каждый вопрос.

- 1) За прошедшие 2 недели я думала или была поглощена мыслями о ребенке внутри меня:
Почти все время
Очень часто
Часто
Время от времени
Совсем нет
- 2) В прошедшие 2 недели, когда я говорила или думала о развивающемся внутри меня ребенке, чувства, которые я испытывала, были:
Очень слабыми или их не было
Достаточно слабыми
Средними по выраженности
Достаточно сильными
Очень сильными
- 3) В прошедшие 2 недели мои чувства о моем ребенке были:
Очень позитивными
Преимущественно позитивными
Смешанными (смесь позитивных и негативных чувств)
Преимущественно негативными
Очень негативными
- 4) За прошедшие 2 недели у меня возникало желание прочитать или получить информацию о растущем ребенке. Это желание было:
Очень слабым или совсем не возникало
Достаточно слабым

Ни сильным, ни слабым
Умеренно сильным
Очень сильным

- 5) За прошедшие 2 недели я пыталась представить, как действительно выглядит сейчас мой растущий ребенок:
- Почти все время
 - Очень часто
 - Часто
 - Время от времени
 - Совсем не пыталась
- 6) За прошедшие 2 недели я думала о развивающемся ребенке большей частью как о:
- Настоящей личности со своими характеристиками и особенностями
 - О ребенке, таком же, как другие дети
 - О человеческом существе
 - О живом существе
 - О создании, еще в действительности не существующем
- 7) В прошедшие 2 недели я чувствовала, что благополучие ребенка внутри меня зависит от меня:
- Полностью
 - Во многом
 - Умеренно
 - Немного
 - Совсем не зависит
- 8) В прошедшие 2 недели, я замечала, что разговариваю с ребенком, когда я одна:
- Нет, совсем не разговариваю
 - Время от времени
 - Часто
 - Очень часто
 - Почти все время, когда я одна
- 9) В прошедшие 2 недели, когда я думала (или говорила) о моем ребенке, мои мысли:
- Были всегда нежными и любящими
 - Были преимущественно нежными и любящими
 - Были смесью нежности и раздражения
 - Содержали немного раздражения
 - Содержали большое количество раздражения
- 10) Представление о том, как выглядит ребенок внутри меня:
- Очень четкое
 - Довольно четкое
 - Довольно расплывчатое
 - Очень расплывчатое
 - У меня совсем нет никакого представления

- 11) В течение прошедших 2х недель, когда я думала о моем ребенке, у меня возникали чувства:
Сильной грусти
Умеренной грусти
Смеси счастья и грусти
Умеренного счастья
Сильного счастья
- 12) Некоторые женщины временами бывают так раздражены ребенком внутри себя, что им кажется, что они хотят повредить ему или наказать его:
Я не могла бы представить, что я когда-либо чувствовала подобное
Я могу представить, что я могла бы иногда чувствовать себя подобным образом, но на самом деле никогда не чувствовала подобное
Однажды я чувствовала себя подобным образом
Я чувствую себя время от времени подобным образом
Я часто чувствую себя подобным образом
- 13) Последние 2 недели я чувствовала:
Сильную эмоциональную дистанцию (холодность/сдержанность) в отношении к своему ребенку
Умеренную эмоциональную дистанцию в отношении к своему ребенку
Слабо выраженную эмоциональную близость к своему ребенку
Эмоциональную близость к своему ребенку
Очень выраженную эмоциональную близость к своему ребенку
- 14) Последние 2 недели я была внимательна с тем, что я ем, чтобы быть уверенной, что ребенок получает хорошее питание.
Совсем нет
Один или два раза, когда я питалась
Время от времени, когда я ем
Достаточно часто, когда я ем
Каждый раз, когда я ем
- 15) Когда я впервые увижу своего ребенка после рождения, я почувствую:
Сильную привязанность
В основном привязанность
Мне может что-то не понравиться в виде ребенка
Мне не понравятся довольно многое в виде ребенка
В основном мне он не понравится
- 16) Когда мой ребенок родится, я хотела бы взять ребенка:
Сразу
После того, как его завернут в пеленку
После того как его помогут
Спустя несколько часов, как все успокоится
На следующий день
- 17) За прошедшие две недели у меня были сновидения о беременности или ребенке:

Совсем нет
Время от времени
Часто
Очень часто
Почти каждую ночь

18) За прошедшие 2 недели я замечала, что ощущаю или потираю рукой внешнюю часть живота - там, где находится ребенок.

Много раз за день
По крайней мере раз в день
Время от времени
Только раз
Никогда

19) Если бы беременность прервалась в это время (из-за выкидыша или другого случайного события) без какой-либо боли или вреда для меня, я предполагаю, что я бы почувствовала себя:

Очень печальной
Умеренно печальной
Нейтрально (т.е., ни печальной, ни довольной, или смешанные чувства)
Довольной
Очень довольной