

УДК-159.95

Большунова Наталья Яковлевна

Доктор психологических наук, профессор кафедры общей психологии и истории психологии, Новосибирский государственный педагогический университет, nat_bolshunova@mail.ru, Новосибирск

Ким Елена Владимировна

Аспирант кафедры психологии развития личности, Томский государственный педагогический университет, prlkim@mail.ru, Томск

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСА БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ GESTАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

Аннотация. В статье рассматривается проблема кризиса беременности и особенностей его протекания при различных типах гестационных доминант. Кризис беременности рассматривается как нормативный, итогом которого при благоприятных условиях становится появление материнской позиции как основы личностного становления женщины, ее отношения к своему положению и будущему ребенку. В эмпирическом исследовании показано, что оптимальная гестационная доминанта связана с позитивным протеканием кризиса, что проявляется в более выраженной жизнестойкости и ее компонентах и применении женщинами более продуктивных копинг-стратегий. В то же время неоптимальные типы гестационных доминант сопровождаются высокой тревожностью беременной женщины и напряженностью психологических защит, имеющих примитивный, непродуктивный характер, применением таких негативных стратегий совладания, как избегание и отвлечение. Показано, что неоптимальный тип гестационной доминанты наблюдается примерно у половины беременных женщин, что обуславливает актуальность исследования и его практическую значимость.

Ключевые слова: психологический кризис, период беременности, гестационная доминанта, материнская позиция, внутриличностные ресурсы, психологические защиты, копинг-стратегии.

Исследование периода беременности весьма актуально не только потому, что он является важным этапом в развитии личности женщины, этот период особенно значим для формирования полноценной материнской позиции, дает возможность актуализировать и реализовать материнскую программу, заложенную природой. Так, исследования свидетельствуют, что те или иные изменения, связанные с беременностью: зачатие (например, ЭКО), протекание беременности (не встающие на медицинский учет женщины и пр.), негативный опыт беременности (выкидыши) – могут достаточно серьезно проявлять себя, преимущественно негативно, в чертах материнской позиции [5; 8; 16]. Период беременности, таким образом, прямо связан с личностным становлением, развитием женщины, обуславливающим не только полноценное, целостное формирование женской идентичности, но и качество отношений, возникающих меж-

ду ней и ее еще не рожденным ребенком. Многочисленными исследованиями подтверждено, что общий характер отношения матери к ребенку, возникающий в период беременности, существенным образом влияет и на отношения, складывающиеся уже после рождения ребенка, что находит свое прямое отражение на дальнейшем развитии ребенка [4; 15; 17].

Период беременности, согласно данным различных исследователей, является нормативным психологическим кризисом личностного становления женщины, обусловленным программой развития и исполнения предназначения женщины, заложенной природой и содержательно заданной социумом [1; 8]. Смысл программы заключается в формировании материнского аспекта личности женщины. Основным новообразованием этого кризиса является формирование внутренней материнской позиции (ВМП) [1; 3], под которой понимается особая си-

стема потребностей материнства как общественно значимой деятельности, включающая в качестве главного компонента мотивационно-смысловую направленность на выполнение материнских функций в ходе беременности, в родах и после рождения ребенка [1]. Главным фактором, влияющим на протекание и исход психологического кризиса беременности, является, на наш взгляд, наличие или отсутствие изменений отношений женщины «внутри себя», проявляющихся в перестройке ее потребностно-мотивационной сферы и актуализации иерархии ценностей, направленных на ребенка, которые и определяют отношение женщины к своему положению, к вынашиваемому ребенку, влияют на успешное или неуспешное выполнение задач, диктуемых кризисом беременности, и формирование материнского начала ее личности. Отношение к беременности проявляет себя в типе психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), свойственном беременной женщине. Характер гестационной доминанты, ее психологическая составляющая определяют содержание и динамику протекания психологического кризиса беременности и, в конечном итоге, формирование материнского аспекта личности женщины.

Понятие «материнская доминанта» было сформулировано И. А. Аршавским, исследовавшим особенности изменения женского организма в период беременности, она включает гестационную доминанту (доминанту беременности), доминанты родов и кормления [2]. Для понимания изменений соматического и психологического состояния женщины в период беременности особую значимость имеют исследования отечественного ученого И. В. Добрякова, который выделяет пять типов гестационной доминанты и подробно описывает психологическую составляющую каждого типа: оптимальный тип, гипогестогнозический (слабовыраженный), эйфорический, тревожный и депрессивный [7].

Цель работы состоит в выявлении связи между типом гестационной доминанты, проявлениями кризиса и состоянием внутриличностных ресурсов преодоления кризиса беременности. К внутриличностным ресурсам мы относим уровень жизнестойкости и ее компонентов, а также, в определенной

мере, характер психологических защит и копинг-стратегий, предпочитаемых беременной женщиной. В то же время эти параметры могут свидетельствовать о выраженности и направленности кризиса беременности. В настоящем исследовании представлены данные, собранные в ЛОЦ «Здоровая мама – крепкий малыш» г. Томска. В обследовании приняли участие 105 женщин, находящихся в третьем триместре беременности, от 17 до 23 лет. В работе применялись методики, выявляющие тип гестационной доминанты (тест отношений беременной, автор И. В. Добряков) [7] и параметры, через которые проявляет себя психологический кризис: методика диагностики самооценки тревожности (автор Ч. Д. Спилбергер, в адаптации Ю. Л. Ханина) [13], опросник для изучения индекса жизненного стиля Плутчика-Келлермана-Конте (в адаптации У. Б. Клубова) [6], тест «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (авторы теста С. Норман, Д. Ф. Эндлер, Д. А. Джеймс, М. И. Паркер; адаптированный вариант Т. А. Крюковой) [10]; методики, выявляющие внутриличностные ресурсы беременных женщин: тест жизнестойкости (автор С. Мадди, в адаптации Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой) [11], методика «Исследование уровня субъективного контроля – УСК» (разработана Е. Ф. Бажиным, Е. А. Голынкиной, А. М. Эткинд) [12], индивидуально-типологический опросник (ИТО) (автор Л. Н. Собчик) [14].

Обследование показало, что в нашей выборке более половины (50,5 %) женщин с неоптимальным типом гестационной доминанты. Таким образом, распространенность неоптимальных типов гестационной доминанты достаточно велика, что обуславливает необходимость исследования особенностей протекания кризиса беременности и стратегий его преодоления.

Для определения связей между показателями выделенных нами параметров использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Корреляционный анализ параметров используемых методик показал наличие множественных значимых связей между ними при уровне $p < 0,05$.

Результаты статистического анализа формируют определенные корреляционные плеяды.

Параметр оптимального типа ПКГД имеет связи с показателями «решение задачи»

($p = 0,26$), «контроль» ($p = 0,23$), «принятие риска» ($p = 0,20$), «жизнестойкость» ($p = 0,28$), «регрессия» ($p = -0,24$), «депрессивный тип» ПКГД ($p = -0,32$), «тревожный тип» ПКГД ($p = -0,37$) и «гипогестогнозический тип» ПКГД ($p = -0,46$). Эти данные, во-первых, свидетельствуют о том, что женщины с оптимальным типом ПКГД образуют устойчивую группу, противоположную негативным типам психологической компоненты гистационной доминанты. Во-вторых, беременные женщины с оптимальным типом ПКГД предпочитают в кризисной ситуации справляться с жизненными трудностями посредством их решения, склонны контролировать свою деятельность, способны выдерживать психологические нагрузки в трудных ситуациях. Эти беременные женщины в меньшей степени склонны в кризисной ситуации видеть свое положение в негативных тонах и прибегать к «детским» формам защиты, демонстрации беспомощности, болезненности (к чему может предрасполагать ситуация беременности) с целью получения помощи; в меньшей степени подвержены необоснованной тревожности и неприятию своего положения. Иначе говоря, для этой группы беременных менее свойственны негативные проявления кризиса и они предпочитают выбор позитивных стратегий его преодоления.

Параметр «гипогестогнозический тип ПКГД» имеет связи с показателями «ситуативная тревожность» ($p = 0,23$), «вытеснение» ($p = 0,34$), «замещение» ($p = 0,32$), «проекция» ($p = 0,34$), «избегание» ($p = 0,23$), «отвлечение» ($p = 0,30$), «вовлеченность» ($p = -0,20$), «принятие риска» ($p = -0,31$), «жизнестойкость» ($p = -0,39$), «оптимальный тип ПКГД» ($p = -0,46$). Как мы видим, здесь наблюдается связь выраженности этого типа ПКГД с негативными проявлениями кризиса и применением значительного количества малопродуктивных защит. Беременные женщины, не желающие принимать свое положение, склонны проявлять тревожность; предпочитают неосознанно устранять из сознания травмирующие чувства; сдерживать негативные эмоции по отношению к «сильным» и обращать их на «слабых» или на себя; приписывать другим людям собственные неприемлемые мотивы и мысли; избегать жизненных трудностей

или каким-либо образом отвлекаться от них. Они в меньшей степени вовлечены в жизнедеятельность, связанную со своим положением в данный момент; в меньшей степени жизнестойки в ситуации психологического кризиса беременности и не склонны брать на себя ответственность за свое состояние.

Эйфорический тип ПКГД имеет связи с показателями «контроль» ($p = 0,23$), «интернальность в области здоровья» ($p = 0,28$), «эмоции» ($p = -0,24$), «избегание» ($p = 0,30$), «отвлечение» ($p = 0,36$), «депрессивный тип» ПКГД» ($p = -0,51$) и «тревожный тип ПКГД» ($p = -0,45$). Это указывает на то, что беременные женщины, иллюзорно «восторженно» оценивающие свое состояние, преувеличивающие проблемы, которые возникают в ходе беременности, на самом деле, по-видимому, хорошо контролируют свою жизнедеятельность и свое состояние, ответственно относятся к своему здоровью, нередко в ущерб материнской позиции. Наши данные подтверждают исследования, согласно которым эйфорический тип ПКГД достаточно часто встречается у женщин, долго ожидающих беременность (наличие выкидышей, ЭКО и пр.), поэтому они в большей мере «зациклены» на состоянии своей беременности, чем на родительской позиции, т. е. беременность является самоценной. Они предпочитают избегать трудностей кризиса беременности, что затрудняет эмоциональное переосмысление своего состояния и, по-видимому, формирование материнской позиции.

Тревожный тип ПКГД имеет связи с показателями личностной тревожности ($p = 0,32$), вытеснения ($p = 0,31$), регрессии ($p = 0,21$), отрицания ($p = 0,23$), компенсации ($p = 0,37$), избегания ($p = 0,31$), отвлечения ($p = 0,25$), тревожности ($p = 0,30$), интернальности в области здоровья ($p = -0,23$), экстраверсии ($p = -0,20$), оптимального типа ПКГД ($p = -0,37$), депрессивного типа ПКГД ($p = 0,22$), эйфорического типа ПКГД ($p = -0,45$). Эти данные свидетельствуют, что беременные женщины, необоснованно тревожно реагирующие на свое состояние на протяжении всего периода беременности, склонны использовать разнообразные, в основном примитивные психологические защиты [9] и копинг-стратегии. Применительно к кризису беременности, можно думать,

что они склонны ситуативно применять для купирования кризиса противоречивые способы работы с отрицательными переживаниями: с одной стороны, вытеснять из сознания и отрицать травмирующую их ситуацию; с другой стороны, подавлять негативные эмоции, инфантилизировать поведение с целью получения помощи, избегать трудностей, отвлекаться от них. В целом они склонны рассматривать свое положение в негативных тонах, не расположены брать на себя ответственность за свое здоровье, не стремятся к расширению социальных контактов. Такие стратегии поведения в ситуации кризиса беременности затрудняют его позитивное преодоление.

Показатель депрессивного типа ПКГД имеет связи с параметрами «личностная тревожность» ($p = 0,31$), «вытеснение» ($p = 0,30$), «отрицание» ($p = 0,25$), «компенсация» ($p = 0,36$), «эмоции» ($p = 0,20$), «избегание» ($p = 0,27$), «отвлечение» ($p = 0,27$), «тревожный тип ПКГД» ($p = 0,22$), «контроль» ($p = -0,23$), «эйфорический тип» ($p = -0,51$) и «оптимальный тип ПКГД» ($p = -0,32$). Эти данные можно интерпретировать следующим образом: беременные женщины с крайне низким фоном настроения склонны воспринимать многие жизненные ситуации как угрожающие и реагировать на них тревожностью, в кризисной ситуации, так же как беременные с тревожным типом ПКГД, применяют множество малопродуктивных (примитивных) защит: склонны отрицать и вытеснять из сознания травмирующую ситуацию, подавлять негативные переживания, чрезмерно эмоционально реагируют на трудности и избегают их, излишне тревожатся по поводу своего состояния. Они плохо контролируют свое состояние и не склонны воспринимать беременность как позитивное состояние.

Таким образом, наши данные подтверждают и дополняют исследования, свидетельствующие о том, что женщины с различными психологическими компонентами гестационной доминанты по-разному проживают кризис беременности. Наиболее успешно протекает кризис беременности у женщин с оптимальным типом ПКГД, они имеют достаточно высокий внутриличностный ресурс и опираются на позитивные стратегии, позволяющие выдерживать пси-

хологические нагрузки и искать решение жизненных трудностей, сохраняя личностную гармонию. Практически все неоптимальные типы ПКГД связаны, так или иначе, с высокой тревожностью беременной женщины и напряженностью психологических защит, применением таких негативных стратегий совладания, как избегание и отвлечение.

Полученные нами данные могут помочь в организации оптимальной психологической помощи и поддержки беременных женщин, включающей работу с внутриличностными ресурсами и неоптимальными стратегиями совладания в период кризиса беременности.

Библиографический список

1. Айвазян Е. Б., Арина Г. А. Становление вунтерней материнской позиции в период беременности // Дефектология. – 2008. – № 2. – С. 8–15.
2. Аршавский И. А. Мы все равны друг перед другом. – Рига: Педагогический центр «Эксперимент», 2002. – 288 с.
3. Бармина Т. В. Материнская позиция как детерминанта самоопределения женщины: дис. ... канд. псих. наук. – Комсомольск-на-Амуре, 2006. – 289 с.
4. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. – 1997. – № 6. – С. 38–47.
5. Василенко Т. Д., Денисова О. В. Особенности эмоционально-смысловой сферы беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2010. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 24.08.2015).
6. Гребень Н. Ф. Психологические тесты для профессионалов: научно-популярная литература. – Минск: Современная школа, 2007. – 487 с.
7. Добряков И. В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2011. – 271 с.
8. Захарова Е. И., Якупова В. А. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО [Электронный ресурс] // Национальный психологический журнал. – 2015. Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vnutrennyaya-materinskaya-pozitsiyazhenshinberemennost-kotoryh-nastupila-s-pomoschyu-eko> (дата обращения: 23.07.2015).
9. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., Перевозкина Ю. М., Козырева Т. С. Использование адаптивных психологических защит в терапии девиантного поведения // Сибирский педагогический

журнал. – 2014. – № 6. – С. 143–149.

10. Крюкова Т. Л. О методологии исследования и адаптации опросника диагностики совладающего (копинг) поведения // Психология и практика: сб. научн. трудов. Вып. 1. – Кострома: Изд-во КГУ им. Н. А. Некрасова, 2001. – С. 70–82.

11. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости: научное издание. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.

12. Машиков В. Н. Дифференциальная психология человека: учеб. пособие. – СПб.: Питер, 2008. – 288 с.

13. Романова Е. С. Психодиагностика: учеб. пособие для вузов. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.

14. Собчик Л. Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений: практикум. – СПб.: Питер, 2003. – 96 с.

15. Филиппова Г. Г. Психология материн-

ства. – М.: Издательство Института психотерапии, 2002. – 238 с.

16. Хазова С. А., Золотова И. А. Особенности гестационной доминанты женщин, не встающих на учет по беременности [Электронный ресурс] // Научно-исследовательская лаборатория психологии совладающего поведения: электронный научный журнал. – 2015. – URL: <http://www.coping-kostroma.com/index.php/content/articles/63-osobennosti-gestatsionnoj-dominanty-zhenshchine-vstayushchikh-na-uchet-po-beremennosti> (дата обращения: 24.07.2015).

17. Хамитова И. Ю. Семейная история и ее влияние на переживание беременности // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – № 4. – С. 27–31.

Bolshunova Nataliya Yakovlevna

Dr. Sci. (Psycholog.), Prof. of the Department of the General Psychology and History Psychologists, Novosibirsk State Pedagogical University, nat_bolshunova@mail.ru, Novosibirsk

Kim Elena Vladimirovna

Postgraduate student of Department of Psychology of Development of the Personality, Tomsk State Pedagogical University, prkim@mail.ru, Tomsk

**CONDITION OF INTRA PERSONAL RESOURCES
OF OVERCOMING OF CRISIS OF PREGNANCY AT DIFFERENT TYPES
OF THE GESTATIONAL DOMINANT**

Abstract. In the article the problem of crisis pregnancy and the characteristics of its flow in different types of gestational dominant. Crisis pregnancy is seen as normative, the result of which under favorable conditions is the appearance of maternal position as the basis for personal development of women, its relationship to its position and the unborn child. The empirical study shows that the optimal gestational dominant connected with the positive course of the crisis, which is manifested in more pronounced of resilience and its components and the use of women more productive coping strategies. At the same time, suboptimal types of gestational dominant followed by high anxiety of the pregnant woman and intensity of psychological protection, which has a primitive, unproductive, using such negative coping strategies, such as avoidance and distraction. It is shown that the suboptimal type of gestational dominant observed in about half of pregnant women, hence the importance of research and its practical significance.

Keywords: psychological crisis, pregnancy, gestational dominant, maternal position, intrapersonal resources, psychological protection, coping strategies.

Поступила в редакцию 25.07.2015