

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра психологии детства

ВАЛЬТЕР МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ
РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА**

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность (профиль) образовательной программы
Психология и педагогика семьи

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Ковалевский В.А.

13.08.17

Руководитель магистерской программы:
д.м.н., профессор Ковалевский В.А.

13.08.17

Научный руководитель
к.псх.н., доцент Арамачева Л.В.

13.08.17

Обучающийся
Вальтер М.В.

13.08.17

Красноярск 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА	12
1.1. Понятие «родительское отношение» в психолого-педагогических исследованиях.....	12
1.2. Специфика родительского отношения беременных женщин к будущему ребенку.....	24
1.3. Особенности родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.....	33
1.4. Возможности профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.....	44
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1	53
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА	54
2.1. Организация и методы исследования.....	55
2.2. Специфика родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.....	62
2.2.1. Особенности психологического компонента гестационной доминанты беременных женщин, отказавшихся от аборта.....	62
2.2.2. Особенности родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.....	66
2.2.3. Особенности родительских установок и реакций по отношению к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.....	70
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2	79

ГЛАВА 3.ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА	81
3.1. Программа профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.....	81
3.2. Изучение эффективности программы профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта	88
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 3	101
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	104
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	109
ПРИЛОЖЕНИЕ	115
ПриложениеА	115
Приложение Б	130
Приложение В.....	135

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в России особенно остро стоит проблема демографического кризиса, в связи с чем актуализируется движение по предупреждению аборт. Ряд медико-психологических исследований показал, что процесс вынашивания беременности женщины, отказавшейся от аборта, зачастую сопровождается рядом соматических (токсикозы, склонность к выкидышам, преждевременные роды) и психологических (искажение восприятия беременности; негативное отношение к родам, будущему ребенку) симптомов. Сохраняя изначально нежеланную беременность, женщины часто отталкиваются как от конструктивных, так и от деструктивных мотивов. После рождения ребенка у них могут возникнуть трудности в установлении контакта с ним [30].

По данным Росстата (Федеральной службы государственной статистики) в России за 2013 год было зарегистрировано 1 120 400 аборт, в 2014 году число аборт составило 930 000. В среднем, это около 2 550 аборт в сутки. Неофициальная же статистика говорит о 3,5-4 млн. аборт в год [26].

В Красноярском крае согласно официальной статистике, в год совершается 30тыс. аборт, 9 тыс. из них – в г. Красноярске.

Согласно анализу, представленному в методическом письме Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2010 г. N 15-0/10/2-91622 «Психологическое доабортное консультирование» среди основных причин, по которым женщины принимают решение о прерывании беременности выделяются:

24% случаев – наличие иных жизненных планов (построение карьеры и т.п.);

18% – нестабильность отношений с отцом ребенка;

17% – желание жить «для себя»;

- 13% – неудовлетворительное финансовое положение семьи;
- 10% – страх за собственное будущее и будущее ребенка;
- 9% – неудовлетворительные жилищные условия;
- 7% – психологическое давление со стороны близких;
- 2% – другие причины.

Представленные данные позволяют сделать вывод о том, что более 75% женщин принять решение об аборте вынуждают причины внутреннего характера. В подобных случаях остро необходимой становится помощь квалифицированного специалиста-психолога. Крайне редко жизненная ситуация женщины действительно стала бы критической в связи с рождением ребенка) [39, с. 25].

Вместе с тем, научно доказана важность материнского поведения в момент вынашивания ребенка (соблюдение здорового образа жизни, выполнение рекомендаций врача. Отношение будущей матери к ребенку влияет впоследствии на его психическое и личностное развитие [61].

В связи с этим, актуальным становится вопрос формирования позитивного (благоприятного) родительского отношения к ребенку матерей, отказавшихся в процессе консультативной работы с психологом, от аборта. У таких женщин одновременно имеются мотивы прерывания и сохранения беременности, с которыми психологу необходимо провести глубокую работу в целях формирования оптимального родительского отношения к будущему ребенку, которое будет определять характер всей системы детско-родительских отношений в будущем.

В основе нашего исследования лежит определение о родительском отношении А.Я. Варги, который под данным феноменом подразумевает систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков [14].

В широком смысле понятие родительское отношение определяется как тип связи между родителем и ребенком [56]. Отечественные исследователи выделяют в структуре родительского отношения три компонента (аспекта): когнитивный, эмоциональный и поведенческий [43,59].

Изучение и анализ научной литературы, а также нормативных документов, позволяет говорить о наличии **противоречия** между потребностью в оказании психолого-педагогической помощи женщинам, отказавшимся от аборта, и отсутствием эффективных программ профилактики нарушения родительского отношения к ребенку матерей данной категории.

Необходимость разрешения указанного противоречия обуславливает актуальность настоящего исследования и обозначает его **проблему**, которая заключается в необходимости создания программы профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.

Степень разработанности проблемы. К различным аспектам вопросов в рамках данной темы исследования в разное время обращались исследователи в области психолого-педагогических наук. Различные аспекты родительских установок и позиций в рамках детско-родительских отношений изучали А.Я. Варга, Т.А. Гурко, Р.В. Овчарова, Е.О. Смирнова, А.С. Спиваковская, В.В. Столин, Э. Эрикссон, Л.Б. Шнейдер, Bell, Shaefer, Siegelman и др). Среди современных исследователей этих научных областей можно выделить Н.Н. Васягину, К.Н. Белогай, Т.Н. Высотину С.В. Ковалева и др.

Вопросы изучения психической жизни не рожденного ребенка и их родителей рассматриваются в рамках перинатальной психологии основными современными исследователями в данной области (И.В. Добряков, А.Н. Васина, А.А. Попова, Г.Г. Филиппова, М.Е. Ланцбург, И.А. Кельмансон).

К проблеме совершения абортов, мотивов прерывания и сохранения беременности в своих исследованиях обращаются такие исследователи как И.И. Белобородов, О.С. Куценко, К. Эльячефф, Н. Эйниш и др.

Вопросы коррекции детско-родительских отношений, а также профилактики нарушения родительского отношения рассматривают в своих работах Н.Ю. Синягина, Г.В. Скобло, Н.В. Самоукина и др.

Одновременно с тем, что в современной науке имеется устойчивый интерес ученых к различным аспектам детско-родительских отношений, и в том числе к вопросу родительского отношения к ребенку, актуальным остается вопрос профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, поскольку изначально решением по поводу беременности являлось решение о совершении аборта.

Целью данного исследования является выявление возможностей профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.

В соответствии с поставленной целью необходимо решить ряд исследовательских задач:

1. Провести теоретический анализ исследуемой проблемы (рассмотреть понятия: родительское отношение, специфика родительского отношения беременных женщин к будущему ребенку, особенности родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта, профилактика нарушения родительского отношения).

2. Подобрать методики диагностики.

3. Организовать и провести эмпирическое исследование и интерпретацию полученных данных;

4. Разработать программу профилактических мероприятий, позволяющих предупредить нарушение родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.

5. Выявить эффективность разработанной психопрофилактической программы.

Объект исследования: родительское отношение к ребенку.

Предмет исследования: профилактика нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.

Гипотеза исследования. Мы предполагаем, что родительское отношение к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, может быть нарушено и характеризуется несформированностью позиции принятия по отношению к ребенку, наличием страха, связанного с его будущим (потерей в период вынашивания, тяжелыми родами, отклонениями в развитии), восприятием ребенка как неполноценного, неблагополучного. Программа профилактики, включающая психологическую подготовку женщины к родам и материнству, обеспечение ее благоприятного психоэмоционального состояния, коррекцию межличностных отношений с членами семьи, обеспечит положительные изменения родительского отношения к ребенку.

Теоретико-методологическую основу исследования составляют:

1. Системный подход, который анализирует семью и отношения в ней как общую систему (Варга А.Я., Карабанова О.А., Спиваковская А.С. и др.).

2. Деятельностный подход, который опирается на понимание о том, что природа отношений личности заключается в контексте деятельности воспитания ребенка, при этом личность понимается как социальное и органическое единство (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев).

3. Теоретические представления о природе и компонентах родительского отношения к ребенку, в том числе о специфике отношения

беременной женщины к будущему ребенку (Р.В Овчарова, Е.О. Смирнова и М.В. Соколова, Д.Я. Райгородский).

4. Современные исследования в области перинатальной психологии и доабортного консультирования (И.В. Добряков, Г.Г. Филиппова, М.Е. Ланцбург, О.С. Куценко).

Методы исследования подразделяются на теоретические, эмпирические и статистические.

1. Теоретические методы: анализ, изучение психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, обобщение и синтез информации.

2. Эмпирические методы: психодиагностика, эксперимент.

В качестве диагностического инструментария использовались:

а) методика «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» (И.В. Добряков), позволяющая изучить специфику отношения беременной женщины к состоянию беременности и будущему ребенку;

б) «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин), выявляющий нарушенные типы родительского отношения к ребенку;

в) опросник «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл) с целью изучения установки матери в отношении воспитания ребенка.

3. Статистические методы:

а) оценка достоверности различий между процентными долями двух выборок по критерию углового преобразования(ϕ^*) Фишера;

б) проверка равенства средних значений в двух выборках по критерию (t) Стьюдента.

Исследование проводилось **на базе** Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный

родильный дом». В эмпирическую выборку вошли 40 беременных женщин в возрасте от 20-35 лет, из них 20 человек (экспериментальная группа) – женщины, изначально принявшие решение прервать беременность, но впоследствии, в ходе работы с психологом, отказавшиеся от аборта; 20 человек (контрольная группа) – женщины, изначально планировавшие беременность.

Теоретическая значимость исследования состоит в рассмотрении различных аспектов родительского отношения к будущему ребенку беременных женщин; определении особенностей родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта.

Практическая значимость исследования заключается в расширении представлений о возможностях профилактики нарушения родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта. Полученные результаты исследования и разработанная на их основе программа профилактики могут быть использованы в рамках семейного консультирования, а также для оказания психологической помощи беременным женщинам в условиях женской консультации.

Научная новизна исследования. Установлено, что родительское отношение к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, может быть нарушено и выражается в несформированности позиции принятия по отношению к ребенку, наличием страха, связанного с его будущим (потерей в период вынашивания, тяжелыми родами, отклонениями в развитии), восприятием ребенка как неполноценного, неблагополучного.

Доказано, что программа профилактики, включающая психологическую подготовку женщины к родам и материнству, обеспечение ее благоприятного психоэмоционального состояния, коррекцию межличностных отношений с членами семьи, обеспечивает положительные изменения родительского отношения к ребенку.

Структура диссертации отражает логику исследования и состоит из введения, трех глав с обзором литературы, описанием методов и результатов исследования, выводов по каждой из глав, заключения, библиографического списка и приложений. Текст диссертации изложен на 144 страницах печатного текста, иллюстрирован 6 рисунками, 11 таблицами. Библиографический список включает 70 источников, в том числе 3 – на иностранном языке.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА

1.1. Понятие «родительское отношение»

в психолого-педагогических исследованиях

Анализируя сущностную сторону родительского отношения необходимо отметить, что важнейшей составляющей здесь является переход от биологического способа развития к социальному, так как жизнь ребенка зависит от деятельности других людей [18].

Согласно воззрениям Э. Эриксона и Л. Демоза, детство, с одной стороны, является отражением состояния широкого социума, своего рода моделью господствующих типов отношений в обществе, с другой – оно само задает установочные перспективы формирующегося общества [21,66].

Социальное для ребенка выступает в виде отношений ближайшего микросоциума, которым является семья. Интроецированные в детстве отношения со значимыми людьми становятся своего рода матрицей всей системы отношений взрослых субъектов в целом. Взрослая жизнь человека в широких социальных контекстах во многом является проекцией сформированных в детские годы психических структур, характер которых зависит от внутрисемейных отношений [1].

Р. Бернс утверждает, что тип взаимоотношений, который складывается в семье между ребенком и родителями, является чрезвычайно важным фактором развития его Я-концепции, которая становится интегральным регулятором позиционирования личности [7].

Детско-родительские отношения и социальные отношения едва ли не зеркально отражаются друг в друге. М. Боуэн, например, основываясь на собственной терапевтической практике, утверждает, что, только выстроив

субъективно гармоничные отношения с родителями, взрослый человек способен стать функционально полноценным членом общества [11].

Важно отметить, что появившийся на свет ребенок попадает не просто в исторически обусловленное пространство детства, он оказывается на дороге собственной истории меняющихся взаимоотношений с взрослым социумом, по которой он должен продвигаться к достижению социальной самостоятельности.

Важный аспект заключается в том, что каждый из возрастов обладает собственной специфической сензитивностью. И родительское отношение, соответственно, «вкладывает» разную лепту на разных возрастных этапах.

В настоящее время в различной психологической литературе наблюдается не большое разнообразие к рассмотрению понятия «родительское отношение».

Е.Г. Силяева предполагает, что родительское отношение к ребенку представляет собой культурно-исторический феномен, исторически изменчивое явление, которое находится под влиянием общественных норм и ценностей. Также автор отмечает, что родительское отношение имеет общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителя и ребенка.

А.Я. Варга имеет иное представление о данном феномене, указывая, что родительское отношение представляет собой систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

В психологическом словаре родительское отношение определяется как тип связи между родителем и ребенком [56].

Отечественные исследователи Р.В. Овчарова, Е.О. Смирнова и М.В. Соколова изучали особенности структуры родительского отношения к

ребенку. Р.В. Овчарова отмечает, что в структуре данного отношения имеются три компонента (аспекта): когнитивный, эмоциональный и поведенческий. В когнитивный аспект входят различного рода знания и представления о взаимодействии с ребенком, убеждения в приоритетности определенного рода направлений отношений с ним, которые реализуют матери и отцы [44].

Эмоциональный аспект материнского и отцовского отношения включает в себя суждения о типах такого отношения, а также эмоционально-ценностное отношение к ребенку. Отечественные психологи Т.В. Брагина и Р.В. Овчарова рассматривают эмоциональное отношение к ребенку как родительскую позицию. Также к этому аспекту структуры родительского отношения к ребенку можно отнести любовь матери и отца, которая чаще всего рассматривается как эмоциональное отношение и родительское чувство к ребенку [43,51]

Е.Б. Насонова в своей классификации родительского отношения к ребенку делает основной акцент на характере эмоциональных связей в семье. Так, автор выделила четыре группы семей, отличающихся по типу и окрашенности эмоциональных межличностных связей:

- семьи с наибольшим числом положительных эмоциональных связей и отсутствием негативных эмоций (гиперопекающие родители);
- семьи с преобладанием положительных эмоций при незначительной доле отрицательных, возникающих как непосредственная реакция на запреты родителей, требования дисциплины, порядка, однако не затрагивающих личностных отношений и социальных потребностей ребенка (разумная любовь);
- семьи с сосуществованием в равной мере положительных и отрицательных отношений (амбивалентное родительское отношение);
- семьи с преобладанием отрицательных эмоциональных связей между родителями и детьми [42].

В подтверждение важности эмоциональной составляющей родительского отношения А.И. Запорожец подчеркивает, что только через эмоциональную оценку своих действий взрослым ребенок усваивает и понимает смысл ситуации. По мере развития ребенка эмоциональные переживания начинают играть роль регулятора поведения и в соответствии с требованиями среды и социальными нормами эмоционально корректировать и изменять его [25].

Одним из показателей родительской любви является забота. Понятие заботы в психологической науке рассматривается как отношение к другому человеку, деятельность, активность. Психологи А.А. Баранов и М.В. Белокрылова пишут о том, что «забота заключается в осознании потребностей, целей, ценностей, смыслов, тенденций развития другого человека (например, ребенка), переживании степени их реализации, а также действиях, направленных на создание условий для их реализации с целью содействия его благополучию» [5].

К поведенческому компоненту структуры отношения матери и отца к ребенку, как полагает Р.В. Овчарова, относятся особенности поддержания контакта с ребенком, формы контроля, особенности воспитания (гиперпротекция, гипопротекция, эмоциональное отвержение, жестокие взаимоотношения, повышенная моральная ответственность), проявления дистанции в отношениях [43].

Е.О. Смирнова и М.В. Соколова рассматривают два компонента данной структуры: личностное и предметное. Личностное начало понимается авторами как безоценочное отношение к своему ребенку и признание его индивидуальности. Предметное же начало предполагает ориентацию матерей и отцов на определенные способности ребенка [59].

В ряде работ дополнительно выделяется потребностно-мотивационный и ценностно-смысловой компоненты родительского отношения, которые

связаны с системой мотивов и потребностей личности, побуждающих к рождению ребенка, ценностью ребенка и собственной роли родителя Евсеенкова Ю.В., Дмитриева Н.В., Филиппова Г.Г. [62].

Материнское отношение – это сложное, системно организованное качество поведения матери, являющееся результатом взаимодействия многочисленных мотивационных отношений [68,69]. Представляет собой сложное образование, определяемое в значительной степени социокультурными и психологическими факторами, среди которых существенную роль играют следующие:

- семейная модель материнства;
- опыт игрового взаимодействия со сверстниками;
- культурный и социальный статус женщины.
- понимание материнства в связи с супружеством и половой сферой;
- мотивация рождения ребенка;
- психологическая готовность к материнству и состояние во время беременности;
- взаимодействие с собственным ребенком и удовлетворенность материнством;
- уровень эмоционального благополучия ребенка (Брутман В.И. с соавт., 1994; Самоукина И.В.. 2002) [12].

Г.Г. Филиппова, рассматривает родительское отношение беременной матери к будущему ребенку в каждый момент их взаимодействия и подразумевает под данной категорией комплекс поведенческих, когнитивных и эмоционально-оценочных компонентов [62].

И.В. Добряков рассматривает родительское отношение к ребенку будущих матерей через призму психологического компонента гестационной доминанты, под которым автор понимает совокупность механизмов

психической саморегуляции, включающихся у беременной женщины, направленных на сохранение беременности и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности и ее поведенческие стереотипы [22].

Проанализировав трактовки ряда исследователей в области определения понятия о родительском отношении, в основе данного исследования будем обращаться к определению, сформулированному А.Я. Варгой, которая определяет родительское отношение как систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Существенная роль при формировании того или иного типа родительского отношения отводится влиянию типа семьи, характерного для данной культуры или этапа развития общества; верований народа, его мифология и религия; экономическим условиям (уровень дохода, экономическая стабильность в обществе и т.д.); социальным стереотипам маскулинности и феминности, отцовства и материнства [57].

Обобщая данные разных авторов, выделим 4 основных фактора родительского отношения:

- 1) психологические особенности родителей;
- 2) психологические особенности ребенка;
- 3) психологический климат в семье;
- 4) социальное окружение (Варга А.Я., 1986; Вассерман Л.И. с соавт., 2004; Кроник П.А., 1989, 1998; Смирнова, Быкова М.В., 2000; Филиппова Г.Г., 2001).

В отечественной психологии типы родительского отношения были разработаны С.В. Ковалевым, А.Я. Варгой и Е.Т. Синягиной и др.

С.В. Ковалев в своей типологии родительского отношения рассматривает такие типы, как сотрудничество, паритет, соревнование, конкуренция и антогонизм [31].

Сотрудничество, по мнению автора, характеризуется как идеальный тип отношения, предполагающий взаимную поддержку и помощь. При таком типе отношений воспитание и развитие ребенка может проходить благоприятно и ровно. Такой тип отношения как паритет рассматривается ученым как партнерские и «союзные» отношения, которые основаны на получении взаимных выгод родителей и ребенка. Но в тоже время, С.В. Ковалев предполагает, что здесь царит холодноватая атмосфера и детям не хватает эмоциональной связи со своими родителями.

Что касается соревнования, то здесь преобладает желание добиваться большего по сравнению с другими членами семьи, но при этом, стараться сохранять с ним хорошие взаимоотношения, хотя это не всегда получается. От соревнования отличается конкуренция, которая является неблагоприятным типом отношения родителей к детям, указывающая на проявление авторитаризма и подавления членов семьи друг друга. Также неблагоприятным типом детско-родительских отношений является антогонизм, указывающий, по мнению ученого, на «резкие противоречия между членами семьи, при которых их объединение носит явно выраженный характер и сохраняется из-за сильного давления извне» [31].

Н.Ю. Синягина в своей работе по психологической коррекции детско-родительских отношений предлагает два типа отношения родителей к ребенку: благоприятный и неблагоприятный. Благоприятный тип родительского отношения включает в себя понимающее, покровительствующее и безразличное отношение к ребенку, к неблагоприятному же типу относится подавляющее, тревожное, отстраненное и отвергающее отношение [55].

Так, понимающее родительское отношение предполагает адекватное реагирование матерью и отцом на различные жизненные ситуации, эмоциональное принятие и понимание своего ребенка. Покровительствующее отношение указывает на авторитаризм родителей, реальное оценивание ребенка, его способностей и поступков, а также адекватное отношение к ним. В тоже время последний тип благоприятного отношения матери и отца к ребенку, по мнению автора – это безразличное отношение, рассматривающее эмоциональное отношение к ребенку как слабо выраженное [55].

Неблагоприятное подавляющее отношение Н.Ю. Синягина рассматривает как высокую степень развития у матери и отца эмоционального отвержения ребенка, а также ярко выраженную авторитарность. Здесь детско-родительские отношения рассматриваются как напряженные.

Также к неблагоприятному типу родительского отношения автор относит тревожное, отличающееся наличием повышенной тревожности, неуверенности, сензитивности у матери и отца. Родители такого типа отношения могут быть жестоки по отношению к своему ребенку. Отстраненное родительское отношение характеризуется отсутствием диалогичности во взаимоотношениях с ребенком, авторитарностью, требовательностью, а также симбиотическими отношениями с ребенком. Отвергающий тип отношения указывает на отстраненность в отношениях с ребенком, преобладание отвержения [55].

Причины возникновения того или иного типа родительского отношения имеют многофакторную зависимость. Качество родительского отношения зависит от многих факторов и оказывает значительное влияние не только на психическое развитие ребенка, но и на его поведение, установки в общении на стадии взрослости.

Н.Ю. Синягина указывает на то, что характер взаимоотношений между детьми и их родителями зависит от следующих воздействующих факторов:

1) от особенностей личности родителя (экстраверсивные–интровертивные, уверенные–неуверенные, тревожные и т.д.) и форм его поведения (эмоциональное включение или отвержение ребенка, адекватное или неадекватное отражение ситуации и др.);

2) от особенностей личности ребенка (тревожность, неуверенность, коммуникативные трудности и др.);

3) от психолого-педагогической компетентности и уровня образования родителей;

4) от применяемых родителями и другими взрослыми средств воспитательного воздействия;

5) от учета актуальных потребностей ребенка и степени их удовлетворения в семье и др. [55].

Так, рассматривая влияние данных факторов в ситуации беременности женщины, можно также рассмотреть особенности взаимодействия матери и будущего ребенка. В период беременности, факторами, оказывающими значительное влияние на формирование отношения к ребенку можно назвать особенности личности родителя и его психолого-педагогическая компетентность. Так, можно предположить, что тревожность, неуверенность, интровертированность будущей матери, в сочетании с низким уровнем ее психолого-педагогической компетентности будет скорее способствовать формированию неблагоприятного родительского отношения к будущему ребенку.

Наиболее распространенным подходом рассмотрения типов родительского отношения к ребенку в современной психологии является подход, предложенный А.Я. Варгой и В.В. Столиным. В рамках данного подхода выделяются следующие типы родительского отношения: принятие-

отвержение, кооперация, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация и инфантилизация [15].

Тип отношения «принятие–отвержение» отражает эмоциональное отношение к ребенку. Содержание полюса шкалы «принятие» состоит в том, что родителю нравится ребенок таким, какой он есть, родитель уважает индивидуальность ребенка, симпатизирует ему, одобряет его интересы планы. На другом полюсе шкалы, «отвержение» родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым; ему кажется, что он не добьется успеха в жизни из-за низких способностей дурных склонностей, небольшого ума; по большей части родитель испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду, он не доверяет ребенку и не уважает его [14].

Так, во время беременности, особенности такого типа отношения как принятие вероятнее всего будет проявляться в одобрительных словах, обращенных к ребенку, поглаживаниях по животу во время шевеления плода, установлении контакта с ребенком. Отвержение же будет проявляться в раздраженности или недовольстве будущих матерей по поводу своей беременности и шевеления плода, чувстве злости, жалобах на постоянную усталость и т.п.

Кооперация как тип отношения предполагает заинтересованность родителя в делах и планах ребенка. Родитель старается во всем помочь ребенку и высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него; поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных; родитель доверяет ребенку, старается принять его точку зрения в спорных вопросах [16].

Во время беременности проявление такого типа родительского отношения как кооперация будет выражаться в попытках постоянного

установления и поддержания контакта с ребенком на равных, когда будущие матери разговаривают с будущим ребенком, читают еще не родившемуся ребенку сказки, рассказывают какие-то события, пытаются узнать у ребенка причину шевеления или других изменений.

При другом типе отношения (симбиозе) отражается уровень близости в отношениях родителей с ребенком. Родитель старается удовлетворить все его потребности, слиться с ним воедино; постоянно ощущая тревогу за ребенка, ограждает его от трудностей и неприятностей в жизни, считает его маленьким и беззащитным [15].

Такие матери во время беременности, как правило, очень часто пребывают в состоянии тревожности и обеспокоенности, они переживают за любые негативные последствия, которые могут возникнуть во время беременности и родов. При любых даже незначительных изменениях в собственном состоянии, они склонны обращаться за помощью, чтобы иметь возможность полностью контролировать все возможные последствия тех или иных симптомов во время вынашивания плода.

К авторитарной гиперсоциализации можно отнести контроль за ребенком и авторитаризм родителей: требование от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, навязывание ребенку во всем своей воли, родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами [15,16].

Такие матери во время беременности склонны строго придерживаться следованию тех или иных правил во время вынашивания плода, стремятся полноценно контролировать собственный процесс беременности и любые изменения, требовательны к окружающим в отношении вопросов, каким-либо образом связанных с протеканием их беременности. Как правило, во время беременности такие матери не склонны воспринимать будущего

ребенка как личность, можно предположить, что они имеют определенное отношение лишь к самому процессу беременности и вынашивания плода.

Инфантилизация в данной классификации указывает на приписывание ребенку определенного рода несостоятельности. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом; интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными; ребенок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его не успешность, в связи с этим старается оградить ребенка от трудностей жизни и стойко контролировать его действия. [16].

Можно предположить, что при данном типе родительского отношения будущая мать так же не воспринимает своего будущего ребенка как личность на этапе беременности. Вероятно, женщина с данным типом родительского отношения также будет склонна к контролю всех процессов, связанных с беременностью, испытывая повышенную ответственность за все происходящие изменения в процессе течения беременности.

Таким образом, родительское отношение является своеобразной обратной связью, которую родитель дает ребенку в ходе воспитания и взаимодействия с ним. Родительское отношение влияет на личность самого ребенка и его способность усваивать социальный опыт, обучаться и развиваться.

Определяя родительское отношение как систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка и его поступков, можно сделать вывод, что рассмотренные в классификации А.Я. Варги и В.В. Столина типы родительского отношения также проявляются в отношении к будущему ребенку.

Можно сказать, что тот или иной тип родительского отношения

начинает свое формирование еще до рождения ребенка и представляет собой определенную систему установок, взглядов и мнений родителя по поводу того, каким должен быть ребенок, его способности и поведение. Исходя из этого, изучение типов родительского отношения к ребенку среди будущих матерей будет являться правомерным в рамках данного исследования и позволит судить о формировании соответствующих типов родительского отношения к ребенку в будущем, после его рождения, в процессе воспитания.

1.2. Специфика родительского отношения беременных женщин к будущему ребенку

Вопросы относительно специфики родительского отношения беременных женщин к будущему ребенку рассматриваются в психологии и педагогике сравнительно недавно, и представлены в исследованиях И.В. Добрякова, А.И. Захарова, И.А. Логиновой, Д.Я. Райгородского, Г.Г. Филипповой, и др.

Еще до рождения ребенка мать определенным образом относится к нему: любит и желает, чтобы он родился или воспринимает его будущее рождение как лишнюю обузу, принимает решение сохранить беременность под давлением обстоятельств (например, по медицинским показаниям нельзя сделать аборт). Многие матери разговаривают со своим ребенком на этапе беременности, транслируя в своих словах и интонациях свое отношение к нему. Ребенок еще не родился, но его психологический проект уже существует в ожиданиях матери: она уже предполагает, что он обладает определенными чертами личности, характера и способностями.

В работах И.А. Логиновой, Г.Г. Филипповой, Д.Я. Райгородского указывается, что отношение к вынашиваемому ребенку динамично и проходит через определенные этапы, соответствующие триместрам беременности.

В первом триместре беременности наблюдается слабая дифференцированность собственного «Я» женщины от вынашиваемого ребенка, что характеризуется недостаточной представленностью когнитивного компонента. В некоторых случаях отношение женщины к вынашиваемому ребенку может ограничиваться чувством физического симбиоза, при котором плод воспринимается лишь как часть собственного тела, от которой при желании можно с легкостью избавиться. В других же случаях уже на этом этапе наблюдается восприятие ребенка как субъекта отношения [38].

Второй триместр беременности, по мнению исследователей Логиновой И.А., Филипповой Г.Г. сопровождается качественными изменениями в отношении матери к вынашиваемому ребенку. Это связано с таким явлением, как шевеление ребенка, которое именно во втором триместре делает доступным восприятию матери внутриутробную жизнь плода. Ребенок начинает восприниматься женщиной как нечто уже существующее, отличное от нее, но в то же время витально неразрывное с ней. Появляется своеобразное «двойное Я», где ребенок – уже не «мое Я», но одновременно еще не самостоятельное «Я». Именно в этот момент обостряются амбивалентные переживания, связанные с тем, что две разнонаправленные идентификации актуализируются в подсознании женщины.

В третьем триместре беременности осуществляется дальнейшее развитие процессов, начатых ранее: происходит дифференциация образа дитя от представлений матери о себе и других и выстраивание прогностичной модели отношений с ребенком после родов на основе полученного опыта и представлений матери о себе и своем ребенке. В исследованиях указывается на существование взаимосвязи между отношением и восприятием женщины своего ребенка на этапе беременности и последующими детско-

родительскими отношениями [38, с. 79].

Родительское отношение беременной женщины к ребенку начинается с осознания факта предстоящего материнства. Г.Г. Филиппова выделяет девять периодов развития родительского отношения матери к будущему ребенку:

1. Идентификация беременности. Этот период в большинстве случаев непосредственно связан с осознанием факта беременности. Переживание идентификации беременности не влияет на дальнейшее развитие материнства, а отражает «стартовое» содержание материнской сферы.

2. Период до начала ощущения шевеления. Сниженная общая активность, характерная для этого периода имеет адаптивное значение. В это время происходит ограничение контактов с внешним миром, что способствует сохранению беременности и развитию плода.

3. Появление и стабилизация ощущений шевеления ребенка. Этот период является наиболее благоприятным для физического и эмоционального состояния матери. Женщина уже свыклась с фактом беременности. В этот период многие женщины отмечают изменение интересов, концентрацию на задачах беременности и послеродового периода, подготовке к родам.

4. Третий триместр беременности. Этот период считается самым сложным как с медицинской так и с психологической точек зрения. У женщины несколько ухудшается самочувствие, она быстро устает, снижается интерес ко всему, не связанному с ребенком.

5. Предродовой период. В это время ограничена активность и способность резкого эмоционального реагирования. У женщины снижается страх перед родами.

6. Роды и послеродовой период. Происходит образование эмоциональной связи между матерью и ребенком.

7. Новорожденность. Обеспечивается центрация всей жизни матери на ребенке и на своих переживаниях.

8. Совместно-раздельная деятельность матери с ребенком. В этот период у матери уже есть определенный стиль эмоционального сопровождения взаимодействия с ребенком. При благоприятных условиях само развитие ребенка обеспечивает перевод интереса матери с переживаний от контакта с ним на удовольствие от результатов его активности [62].

По мнению А.И. Захарова, беременность обусловлена инстинктом материнства и ее главной целью является продолжение рода. Автор выделяет следующие факторы, способствующие возникновению и проявлению инстинкта материнства в виде формирования последующего благоприятного отношения к ребенку.

1. Прообраз материнства. Выраженность инстинкта у прародителей и родителей.

2. Желание иметь детей, установка на них.

3. Положительный отклик на наступление беременности.

4. Нежность к зарождающейся жизни (первое шевеление плода создает ощущение сопричастности).

5. Чувство жалости и сострадания к ребенку (первый крик новорожденного вызывает чувство радости и желание помочь ребенку).

6. Чувство близости с ребенком (первое прикладывание к груди - опыт, соучастия в жизни ребенка).

7. Эмоциональная отзывчивость матери (улыбка ребенка в ответ на доброжелательное, любящее отношение родителей).

Наличие этих факторов является условием адекватного формирования чувства материнства и эмоционального контакта с ребенком [3, с . 110].

Таким образом, отношение к вынашиваемому ребенку динамично и проходит через определенные этапы, соответствующие триместрам беременности.

В первом триместре беременности наблюдается слабая дифференцированность собственного «Я» женщины от вынашиваемого ребенка. Второй триместр беременности сопровождается качественными изменениями в отношении матери к вынашиваемому ребенку. В третьем триместре беременности осуществляется дальнейшее развитие процессов, начатых ранее.

Существуют различные варианты родительского отношения матери к внутриутробному ребенку в зависимости от ситуации, которая происходит в их жизни.

Французские исследователи К. Эльячефф и Н. Эйниш описывают неустойчивый тип отношения матери к ребенку, при котором важнейшую роль играет характер отношения женщины к отцу ребенка: при изменении отношения беременной к отцу ребенка в негативную сторону, вполне вероятен перенос такого отношения на ребенка. Такие женщины в подобных ситуациях склонны сожалеть о сохранении ребенка, и о том, что ребенок не оправдал изначальных надежд (например, не соединил будущую мать с отцом ребенка). Родительское отношение в таких случаях характеризуется тем, что часто ребенок представляет ценность не сам по себе, а как средство для стимуляции партнера к вступлению в брак и поддержания отношений. Можно также отметить, что **неустойчивое отношение** к ребенку отмечается также у женщин, стремящихся с помощью рождения ребенка сохранить семью [47].

О.С. Куценко в своих работах выделяет такой тип родительского отношения будущей матери как *негативное отношение к внутриутробному ребенку*, который формируется у женщин, внутренне отвергающих беременность. Такие женщины склонны считать, что беременность делает их некрасивыми, уродует их тело, что способствует формированию отношения к внутриутробному ребенку как к «разрушителю» женского тела. В случае

отвержения беременности, как указывает О.С. Куценко, женщина может неосознанно выбрать 3 пути отношения к внутриутробному ребенку:

1. намеренное обесценивание жизни внутриутробного ребенка: «там еще не человек», «он ничего не чувствует», «нет никакого ребенка» и т.д.

2. попытки не думать о будущем ребенке, и возникновении эффекта «параллельных жизней», когда женщина может очень долго не осознавать сам факт беременности, игнорировать такие очевидные признаки как значительная прибавка в весе, шевеления ребенка. Так бывает у несовершеннолетних девушек, в ситуациях после изнасилования, когда сама возможность беременности всячески отвергается женщиной.

3. мысленное «унижение» ребенка, когда женщине он видится монстром, чудовищем, поедающим ее изнутри, разрушающим ее тело [33].

Совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у беременной женщины, направленных на сохранение беременности и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы представляет собой психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД).

И.В. Добряков, в результате изучения анамнестических сведений и клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами выделил пять типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [22].

В целях полноценного понимания различных типов отношения матери к будущему ребенку раскроем краткую характеристику каждого из указанных типов ПКГД.

Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги, относящихся к своей беременности. В этих случаях, как

правило, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка.

Гипогестогнозический (греч.: *hypo* — приставка, означающая слабую выраженность; лат.: *gestatio* — беременность; греч.: *gnosis* — знание) тип ПКГД нередко встречается у женщин, не закончивших учебу и увлеченных работой. Беременность у женщин, не закончивших учебу, часто незапланированная и застает врасплох. Женщины, которые уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом риск возникновения осложнений повышается. С другой стороны, эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них не хватает времени встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения. Женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, манкируют занятиями. После родов среди этой группы женщин часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери очень заняты. При гипогестогнозическом типе ПКГД чаще всего формируются такие типы семейного воспитания, как гипопротекция, эмоциональное отвержение, неразвитость родительских чувств.

Эйфорический (греч.: *eu* — хорошо; *phero* — переношу) 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,

достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания агравируются, трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперпротекция, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т.п.). В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Часто тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенную тревожность нетрудно выявить как врачу женской консультации, так и ведущим курсы дородовой подготовки, однако, к сожалению, беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь. Нередко именно неправильные действия медицинских работников способствуют повышению тревоги у женщин, что приводит к ятрогениям. Большинство из них нуждаются в помощи психотерапевта. При этом типе ПКГД чаще всего в семейном воспитании формируется доминирующая гиперпротекция, нередко отмечается повышенная моральная ответственность. Выражена воспитательная неуверенность матери. Нередко и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, обуславливающее противоречивый тип воспитания.

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. Женщина считает, что беременность «изуродовала ее», боится быть покинутой мужем, часто плачет. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, объясняющих все «капризами», не понимающими, что женщина не здорова. Это еще больше усугубляет состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Гинекологу, акушеру, психологу, всем, кто общается с беременной, очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения. К сожалению, у беременных встречаются и ятрогенные депрессии. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны развивающимся при тревожном типе, но более brutальны. Встречаются также эмоциональное отвержение ребенка, жестокое обращение с ним. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющей ее состояние [22].

Таким образом, родительское отношение матери к ребенку начинает формироваться с ранних стадий беременности. О начале полноценного формирования отношения беременной женщины к ребенку можно говорить с момента, когда у женщины происходит осознание факта предстоящего материнства. Отношение к вынашиваемому ребенку носит динамичный характер и имеет определенные стадии в соответствии с триместрами беременности. Родительское отношение к будущему ребенку может быть как

негативным, так и благоприятным. На полюс родительского отношения влияет множество различных факторов, одним из наиболее значимых можно назвать ту актуальную жизненную ситуацию, которая происходит с будущей матерью. Здесь уместно говорить о бытовом, социальном, материальном, а также эмоциональном благополучии беременной женщины.

В рамках вопроса об отношении женщины к своей беременности, и будущему ребенку целесообразно рассматривать такой аспект как психологический компонент гестационной доминанты, который представляет собой поведенческие стереотипы будущей матери, определенную совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у беременной женщины, направленных на сохранение беременности и создание условий для развития будущего ребенка. Выделяются благоприятные и неблагоприятные типы психологического компонента гестационной доминанты, которые в значительной степени оказывают влияние на формирование того или иного типа родительского отношения с соответствующей направленностью.

1.3. Особенности родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта

Родительское отношение к будущему ребенку беременных женщин, имеет свою специфику, и зависит от целого ряда условий, связанных с внешними обстоятельствами и внутренним отношением матери к происходящему в ее жизни. Так, в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности, женщина оценивает ситуацию исходя из актуальных жизненных обстоятельств, в которых оказалась будущая мать, и перспектив, которые она может себе представлять. В рамках этого вопроса основную роль играют ведущие мотивы прерывания и сохранения беременности, ориентируясь на которые женщина принимает решение отказа

от аборта, что и закладывает основу особенностей ее родительского отношения к ребенку в будущем. Именно поэтому одной из самых основных задач при работе с женщинами, отказавшимися от аборта, является выявление истинных причин прерывания и сохранения беременности.

О.С. Куценко, изучая причины и мотивы сохранения и прерывания беременности, выделяет среди них экономические, социальные и психологические.

Экономические мотивы обуславливают рождение того или иного числа детей, при этом посредством рождения ребенка достигаются определенные экономические цели: стремление приобрести какие-то материальные выгоды или повысить (сохранить) экономический статус. Так же и через аборт – достигаются определенные экономические цели. Женщина или члены ее семьи считают, что рождение этого ребенка нанесет им экономический урон, осложнит материальную ситуацию, и поэтому решают сделать аборт [2].

Социальные мотивы определяют рождение определенного числа детей в пределах бытующих социокультурных норм и являются индивидуальной реакцией на эти нормы. Попова А.А. пишет, что преобладание социально окрашенной мотивации говорит о том, что «женщину в ее родительстве интересует больше всего ее социальный статус, роль, реакция окружающих на происходящее в семье. В этом случае мотивом рождения ребенка или принятия решения о прерывании беременности может быть мнение родственников, наличие или отсутствие официального мужа, социальный статус женщины». [48].

Психологические мотивы: Антонов А.И., Медков В.М. отмечают, что через рождение определенного числа детей достигаются какие-либо сугубо индивидуальные потребности личности. Также как и аборт дает определенный психологический комфорт личности. Беременность означает перестройку системы ценностей для женщины, расстановку жизненных

приоритетов (когда ребенок и забота о нем должны выйти на первое место по сравнению с карьерой и отдыхом), принятие новой роли для себя – роли матери. Все это требует душевных затрат от женщины. И если ей эта работа кажется слишком трудной, то аборт дает ощущение легкости и успокоения («проблема решена») – это и будет той психологической выгодой, которую женщина получит от не рождения ребенка [2].

Психологи выделяют ряд причин, по которым женщины сохраняют беременность, среди которых выделяются конструктивные и деструктивные. Так, к конструктивным причинам сохранения беременности можно отнести желание дать жизнь уникальному человеческому существу, желание принадлежать семейной системе, выражение обоюдного желания партнеров иметь ребенка, психофизиологическая готовность стать матерью. Среди деструктивных же причин сохранения беременности можно выделить попытку через ребенка реализовать свои мечты, бегство от одиночества, восполнение дефицита любви к себе, соответствие социальным ожиданиям, способ сохранения отношений с партнером, псевдодифференциация от родительской семьи, решение сохранить ребенка из-за возможности получения какой-либо выгоды, страх аборта и его последствий, желание рождения ребенка с определенными характеристиками, решение сохранить ребенка как возможность реабилитироваться в своем материнстве, сохранение беременности как желание пройти опыт беременности и родов [33].

Причины же прерывания беременности в большей степени сводятся к описанию экономических и социальных причин, при этом часто игнорируются психологические мотивы, хотя они, являются ведущими в принятии решения, хоть и менее осознаваемыми. Их понимание очень важно при консультировании семей в ситуации репродуктивного выбора.

Рассмотрим распространенные причины прерывания беременности.

Нередко аборт рассматривается как некий «способ скрыть сексуальные отношения». Эта мотивация может встречаться у несовершеннолетних девушек как желание скрыть свою сексуальную жизнь, потерю девственности от родителей и социального окружения, а также у незамужних женщин из определенной социальной группы (мусульманство, православные или католические семьи) с жесткой установкой на сохранение девственности до брака, когда страх потери ребенка для них ниже страха осуждения со стороны социального окружения.

Принятие решение об аборте так же нередко в случае сильного страха перед беременностью и родами. Беременность неотделима от женского тела. И отношение к себе как к женщине, отношение к своему телу в принципе, определит в конечном итоге то, как женщина будет воспринимать себя в беременном состоянии, какие переживания будут вызывать в ней сама беременность, роды и кормление грудью.

Аборт нередкое явление так же в ситуациях, когда у будущей матери имеется жесткая репродуктивная установка. У кого-то представления о том, сколько детей, какого пола, он хотел бы иметь, достаточно подвижны, у кого-то очень жестки и ригидны. Подобное прогнозирование собственного родительства называется «репродуктивной установкой». Установка состоит из трех компонентов: когнитивного (познавательного), аффективного (эмоционального) и поведенческого (побудительного). В демографии получили распространение показатели, измеряющие когнитивный компонент, например: желаемое число детей, ожидаемое число детей, планируемое число детей [33].

Как правило, эти установки очень ригидны, но поверхностны, то есть за ними скрываются мало осознаваемые более глубокие психологические мотивы. Возможные фразы, раскрывающие этот мотив: «У меня уже есть желаемое количество детей. Рожать еще одного я не готова», «Много детей

иметь тяжело; с таким количеством детей мне не справиться», «Детей с такой разницей в возрасте рожать не стоит», «В моем возрасте неправильно рожать ребенка».

Еще одной распространенной причиной прерывания беременности является отвержение ребенка с определенными характеристиками, при которой отказ от родов происходит по той причине, что предполагается рождение ребенка с определенными характеристиками, не желательными для родителя (например, *ребенок может отвергаться из-за предполагаемой патологии плода или из-за пола*). Следовательно, родительское отношение к будущему ребенку таких женщин будет негативным и неблагоприятным, если ребенок не обладает определенными необходимыми характеристиками. В таких ситуациях можно говорить об отсутствии безусловной любви будущей матери к своему ребенку, и неприятии его таким, каким он является.

Принятие решения об аборте также нередко связано с приоритетом у будущей матери других ценностей (карьера, материальное благосостояние, желание «пожить для себя»). Женщины, имеющие конфликтное отношение к семье, к себе как женщине, негативное отношение к детям также относятся к данной категории. Родительское отношение данных матерей характеризуются восприятием собственных детей как обузы, ребенок им мешает в достижении собственных жизненных целей.

Сродни указанной причине прерывания беременности можно еще назвать такую причину как страх перед родительством и нежелание принимать роль матери. Яростное сопротивление самой мысли стать матерью часто наблюдается у женщин, которые все еще ощущают себя маленькими девочками, и при этом не важно, сколько им в действительности лет. Как правило, это инфантильные, растерянные существа, ожидающие, что кто-то возьмет за них ответственность, успокоит, по-матерински утешит. Они

сами еще не насытились теплом матери, поэтому не готовы передавать это тепло дальше – своему ребенку. Родительское отношение таких матерей характеризуется тем, что ребенок также им мешает, ассоциируется для них с рядом лишений, тяготами ухода за ним. Часто такие женщины имеют нарушенные отношения с собственной матерью и словно боятся входить в ее образ через собственное материнство – в таком случае действуют глубокие психологические механизмы решения об аборте, лишь смутно осознаваемые женщиной [33].

Другая группа женщин с подобными мотивами прерывания беременности – это властные, уверенные, напористые женщины, в принципе не желающие иметь детей. По каким-либо причинам они даже с каким-то презрением и неприязнью относятся к детям.

Аборт как уступка социальному давлению характерна для женщин, не имеющих поддержки в идее о рождении и воспитании ребенка. Возможные фразы, раскрывающие этот мотив: «Окружающие настаивают на аборте. Очень тяжело идти против всех», «Никому кроме меня этот ребенок не будет нужен, какой смысл его рожать», «Они заставляют меня сделать аборт, пусть он на их совести и будет», «Окружающие отказывают мне в помощи, а одна я не справлюсь».

Мотивация к *аборту из за страха изменений в семейной системе* чаще наблюдается не у самой беременной, а у членов ее социального (семейного) окружения. Постродители (бабушки и дедушки) боятся и не готовы принять новую социальную семейную роль, или подсознательно сопротивляются взрослению своих детей, не желая отдавать им право на собственное превращение в родителей. В таких ситуациях вероятнее всего будущие матери будут иметь неустойчивый тип родительского отношения к ребенку, которое зависит от мнений и оценок родителей и других значимых членов семьи.

Нередки случаи совершения аборта «на зло», как месть социальному окружению, когда на первый план выступает захлест собственными чувствами, обидами. Превалирующим становится желание «наказать» семейное окружение, а ребенок при этом выступает как объект манипуляции, угроз, шантажа. Мужчина с такой мотивацией может настаивать на аборте из-за желания «наказать» партнершу, требовать, таким образом, к себе большего внимания.

Также нередкой причиной прерывания беременности является страх перед реакцией социального окружения. Ведущей эмоцией будет являться страх социального осуждения. В таких случаях вероятно на первый план выходит именно проблема взаимодействия с социальным окружением, а не проблема материнства.

Такая причина аборта как *«разрыв с прошлым»* может наблюдаться в ситуации развода, разрыва отношений, изнасилования, беременности после нежелательной сексуальной связи, о которой женщине стыдно или неловко вспоминать, в случае измены. Сохранение ребенка в такой ситуации означает необходимость продления прошлого в будущее. Ребенок, рождаясь, будет своим существованием постоянно напоминать женщине о событиях, послуживших причиной его появления. В подобной ситуации женщина может сохранить ребенка, если для нее сам ребенок является большой ценностью, и если она сможет отделить в своем сознании зачатие и личность самого ребенка, восприняв их как разные события [33].

Также может наблюдаться такая ситуация как аборт во имя сохранения отношений. В случае беременности такая женщина может оказаться в ситуации давления со стороны социального окружения (отца ребенка, собственной матери, старшего ребенка), когда беременную ставят перед выбором: «либо я, либо ребенок». В данной ситуации шантажа, если ценность отношений с тем, кто выдвигает ультиматум выше, чем ценность

ребенка, и беременная психологически сильно зависима от «шантажиста», высок риск аборта с последующим переживанием яркого постабортного синдрома и обвинений в адрес «шантажиста».

Из социальных причин аборта наиболее распространенной можно выделить мотивацию основанной на страхе материальных трудностей, связанных с появлением ребенка.

Как упоминалось ранее, при обсуждении вопроса сохранения беременности исследователи выделяют как конструктивные, так и деструктивные мотивы. Но мотивы не существуют в изоляции друг от друга. Всегда будет присутствовать комплекс мотивов.

Среди конструктивных мотивов, конечно, первое место должно занимать признание ценности и уникальности зародившейся жизни. Это самый оптимальный тип мотивации на сохранение беременности. Женщина принимает трудности, сопутствующие рождению ребенка именно как временные сложности, которые, тем не менее, ведут ее к счастью материнства и возможности произвести на свет нового человека.

К конструктивным мотивам также можно отнести обоюдное желание партнеров иметь ребенка. Здесь идет осознание будущей матери того, что выбранный партнер прекрасно подходит для роли отца, желание еще большего единения с партнером, основанное на любви и взаимоуважении.

Также конструктивным мотивом является психофизиологическая готовность женщины стать матерью, когда она четко понимает, что готова к переживанию радости материнства, продиктованной потребностью давать любовь и заботу новой жизни.

Религиозный мотив является конструктивным у женщин, которые характеризуются особым уровнем нравственно-духовного развития и имеющим внутреннее убеждение дать достойную новую жизнь человеку. Важно понимать, что конструктивным этот мотив будет только в сочетании с ценностью ребенка.

Деструктивные причины сохранения беременности – это те, которые позволят сохранить беременность, но впоследствии негативно отразятся на построении детско-родительских отношений и личностном развитии ребенка. Поэтому важно данные мотивы выявить, сделав акцент на их негативной стороне, усиливая при этом конструктивные мотивы, описанные выше.

Одним из наиболее распространенных причин данной категории является потребность будущей матери через ребенка реализовать свои мечты. Возможные фразы, раскрывающие этот мотив: «Мой ребенок будет счастливым и успешным человеком», «Мне бы хотелось, чтобы мой ребенок воплотил те мечты, которые мне не удалось реализовать» [33].

Также распространенным деструктивным мотивом сохранения беременности является бегство женщины от одиночества. Так, нередко женщина решается на рождение ребенка, когда уже не надеется на личное счастье и становится матерью-одиночкой, желая посвятить всю свою жизнь без остатка только ребенку, реализуя при этом мотив рождения ребенка как уход от одиночества [39].

В дальнейшем это негативно сказывается на судьбе ребенка, т.к. мешает ему гармонично развиваться, приобретать свои собственные жизненные навыки и ориентиры [33].

Понкратьева Н.Б. отмечает, что мотивация «одиночество» обычно является ведущей преимущественно у незамужних женщин и часто сочетается с желанием выйти замуж, улучшить жилищные условия. Будущий ребенок представляется средством для реализации потребности в любви. Чувством одиночества мотивируют рождение детей и женщины, не планирующие брак с отцом ребенка. Эти женщины, как правило, пассивны, с узким кругом интересов, общаются лишь с малочисленными родственниками и знакомыми. На принятие ими решения о деторождении часто влияет опыт одиноких или несчастных в браке подруг [47].

В случае разочарования в мужчинах (отец ребенка оставил во время беременности, или отношения сохранились, но она поняла, что на него положиться не может) женщина может решить, что ребенок спасет ее от одиночества, что он точно будет с ней и восполнит своим появлением недостаток любви, ощущаемый женщиной.

В рамках любой традиционной культуры существует забота о старших, уважение к ним и долг перед ними. Однако, если эта позиция переходит в разряд утилитарного отношения к собственному ребенку и становится наиболее доминирующим мотивом рождения ребенка для получения поддержки в старости, то все это в конечном итоге приводит к взаимным конфликтам, обидам, чувству вины и непониманию.

Нередки случаи, когда женщины замотивированы на рождение ребенка наличием потребности «соответствовать социальным нормам». Часть таких женщин ориентируются на «мужской стиль поведения», на стремление к достижению социального успеха, на личную независимость, при этом менее значимым для себя эти женщины считают ведение домашнего хозяйства. Рождение детей в браке для этих женщин считается необходимой социальной нормой, т.к. дети включены в современную социокультурную структуру семьи [33].

Сохранение беременности как способ сохранения отношений с партнером отмечается в случаях, когда женщина привязана к человеку, от которого забеременела: он может быть любимым, либо «перспективным», с которым она хочет продлить отношения. Даже при разрыве отношений (отец ребенка против рождения, ушел от беременной или активно настаивает на аборте) беременная считает, что как бы не складывались отношения сейчас, ребенок все равно останется связующим звеном между ней и отцом ребенка, что даст ей право искать общения с ним.

Также близкой причиной сохранения беременности является причина,

основанная на легализации брака с помощью сложившейся ситуации. Например, когда действительным основанием для заключения брака является факт беременности женщины.

Решение сохранить ребенка как желание почувствовать заботу окружающих возникает у женщин, которые сами сомневались в том, стоит ли делать аборт, но их социальное окружение (отец ребенка, родители беременной и др.) стали активно уговаривать ее сохранить беременность, предлагать помощь, окружать вниманием, сочувствием, заботой, которых до беременности не было в таком количестве.

Нередки ситуации, когда женщина сохраняет беременность только потому, что боится гинекологических осложнений после аборта. Ряд женщин, у которых уже имеются в анамнезе гинекологические заболевания, либо несколько абортов, информируются врачами о том, что аборт опасен для их жизни. Часто такая мотивация активизируется, когда у женщины уже есть дети, и она боится, что если умрет или серьезно заболеет из-за аборта, то дети останутся сиротами. При данной мотивации сохранения беременности у женщины на первый план выходит беспокойство о себе, а ценность ребенка снижена и недостаточна для психоэмоционального благополучия ребенка.

Сохранение беременности как желание пройти опыт беременности и родов является причиной отказа от аборта, продиктованной любопытством. Если это первая беременность, то женщиной может двигать желание прожить это состояние на собственном опыте. Если у женщины уже есть дети, то возможно желание повторить беременность, так как во время нее, женщине уделяли много внимания, было очень уютно, много заботы [33].

Глубокий анализ причин и мотивов прерывания и сохранения беременности существенно позволил рассмотреть ситуации, и обстоятельства, побудившие женщину к принятию решения о сохранении беременности, а также понять, как складываются отношения в семье в связи с

зачатием, беременностью и рождением ребенка, какие при этом потребности женщина может удовлетворять.

Таким образом, особенности родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта, напрямую зависят от изначальных мотивов прерывания беременности, а также от истинных мотивов ее сохранения. Одновременно могут сосуществовать несколько мотивов сохранения беременности, но лишь один из них является основным или доминирующим.

Скрытые деструктивные мотивы сохранения беременности в дальнейшем могут привести к нарастанию эмоционального отчуждения между матерью и ребенком, пренебрежению нуждами ребенка, жестокому обращению с ним, возникновению насилия и негативного психологического климата в семье, дисгармоничных, разрушающих семейных отношений, что ставит под угрозу нервно-психическое и физическое здоровье ребенка, тормозит развитие его личности.

1.4. Возможности профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта

Профилактика нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, начинается с этапа проведения психологической консультации перед абортом. Часто именно в ходе психологического консультирования в ситуации репродуктивного выбора женщина сохраняет беременность, однако далеко не всегда это означает, что она приняла и полюбила зародившуюся жизнь.

В настоящее время все большую актуальность приобретает практика доабортного (преабортного) консультирования.

Доабортное психологическое консультирование представляет собой оказание квалифицированной психологической помощи женщинам в

кризисной ситуации принятия решения о прерывании или сохранении беременности.

Задача психолога на предабортном консультировании не просто помочь будущей матери понять и осознать мотивы прерывания беременности, но и откорректировать деструктивные мотивы сохранения беременности, если таковые появляются.

Методологическую основу вопросов организации и проведения предабортного психологического консультирования составляют исследования таких авторов как Н.А. Першина, С.Р. Матвеева, И.С. Морозова, К.Н. Белогай, Ю.В. Борисенко, Т.О. Отт и др. Таким образом, в ходе доабортного консультирования женщина переоценивает свои мотивы прерывания беременности, и нередко делает выбор в пользу ее сохранения. Важной целью предабортного консультирования является отделение в сознании женщины беременности от предшествующих и сопутствующих проблем.

Следующим этапом работы можно назвать необходимость отслеживания состояния женщины и ее отношения к будущему ребенку. И здесь можно отметить, что именно на этом этапе психологической работы встают самые сложные задачи сопровождения. В ходе предабортного консультирования женщина уже осознала ряд скрытых мотивов, которые толкали ее к мысли об аборте, но теперь конфликты только вышли на поверхность и остались не решенными. С этого момента она переходит в группу женщин, нуждающихся в психологическом сопровождении беременности.

В рамках психологического сопровождения женщин, отказавшихся от аборта, первым этапом профилактики нарушения родительского отношения к ребенку будет являться определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты. Определение варианта

психологического компонента гестационной доминанты, отражающего особенности основных значимых отношений беременной женщины, является очень важной частью работы любого специалиста, общающегося с ней. Это структурирует работу, помогает лучше и всесторонне понять женщину и ее проблемы, сформировать с ней доверительные отношения. Это ориентирует на постановку конкретных целей и задач психологической помощи. В связи с этим определение варианта и индивидуальных особенностей ПКГД женщины, доведение основных результатов исследования (не нарушая правил конфиденциальности) до сведения всех специалистов, работающих с беременной женщиной, является одной из функциональных обязанностей перинатального психолога. Также он должен дать специалистам определенные рекомендации, следование которым будет способствовать установлению оптимального контакта с пациенткой, предупреждению ятрогений.

Основным методом диагностики варианта ПКГД был и остается клинико-психологический, включающий психологическую беседу (интервью) и наблюдение.

Определение типа ПКГД позволяет разобраться в том, как складываются отношения в семье в связи с беременностью, условно разделить женщин на три группы [22].

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД.

Вторая группа может быть названа «группой риска». В нее следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипогестогнозический, иногда тревожный типы ПКГД. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

Третья группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех, имеющих депрессивный тип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Концептуальной основой разработки теории ПКГД послужили идеи В.Н. Мясищева, рассматривающего личность как динамическую систему отношений [41]. Поэтому во время беседы с беременной для определения особенностей формирующегося у нее варианта ПКГД психологу, в форме непринужденного диалога, необходимо касаться темы отношения женщины к зачатию и беременности, того, какие чувства она испытывала, поняв, что беременна, как они менялись со временем. Далее необходимо выяснить отношение женщины к себе беременной, к тем переменам, которые происходят с ее телом, побудить ее рассказать, как меняется отношение к нему. Наконец, перинатальный психолог должен получить сведения о том, как, с точки зрения женщины беременность изменила и продолжает менять отношение к ней мужа, родственников, друзей, сослуживцев, посторонних людей и какие эмоции эти перемены у нее вызывают.

Если психолог придерживается этой простой схемы, он, получив ответы на заданные вопросы, приобретает динамический материал, позволяющий в общих чертах представить себе в довольно полном объеме изменения, которые произошли в личностной системе отношений женщины в связи с беременностью. Это дает возможность сделать заключение о формирующемся варианте ПКГД, не упустив ни одной из значимых тем, которые без наводящего вопроса женщина сама могла бы и не вынести на обсуждение [22].

Важно понимать, что пациентка может не придавать должного значения каким-то отношениям, имеющим для психолога большую диагностическую ценность, а может по разным причинам что-то пытаться утаить. Попытка уйти от ответа на вопрос определенной тематики сама по себе является информативной, но чтобы получить эту информацию, необходимо задавать нужные вопросы.

Проведение структурированной беседы должно осуществляться по заранее определенному плану, во время которой психологу необходимо обращать внимание на длительность паузы после заданного вопроса и, наоборот, на моментальные ответы, на интонации, просодию, громкость и темп речи, отмечать сопровождающую ответы пантомимику, вегетативные реакции, соотносить полученные данные наблюдения с содержанием ответа.

После выявления того или иного типа ПКГД, консультанту необходимо наметить наилучшие пути и способы психотерапевтической и консультативной работы. Рассмотрим направления психологического сопровождения женщин с разными типами ПКГД в рамках психологического консультирования.

Женщины с гипогестозическим вариантом ПКГД производят впечатление вполне благополучных и после родов не привлекают внимания врачей и педагогов. Между тем часто ретроспективно выявляется гипогестозический вариант ПКГД у матерей гиперактивных детей, склонных к делинквентному поведению, проявляющих интерес к употреблению психоактивных веществ (ПАВ), имеющих нервно-психические расстройства. При этом в перинатальном анамнезе факторов, позволяющих отнести ребенка к группе риска, как правило, не отмечается.

В связи с этим выявление гипогестозического варианта ПКГД служит показанием к психотерапии беременной женщины. Этапы психопрофилактической работы при гипогестозическом варианте ПКГД:

- 1) улучшение супружеских отношений;
- 2) коррекция иерархии ценностей;
- 3) снижение уровня тревожности;
- 4) повышение эмпатии и ответственности и др.

Профилактическая работа, построенная в соответствии с указанной последовательностью, положительно влияет на течение беременности и родов, способствует формированию материнских функций и «надежного» типа привязанности ребенка к матери, что способствует его нормальному развитию и хорошему состоянию здоровья.

При эйфорическом (греч. *eu* – хорошо; *phero* – переносить) варианте ПКГД у беременных женщин преобладает повышенный фон настроения. Беременность делает такую женщину претенциозной, она постоянно требует к себе особого отношения и недовольна, если не чувствует достаточного, с ее точки зрения, внимания к своей особе. Нередко это создает напряжение в отношениях с близкими людьми, так как она считает, что многие из них недостаточно рады ее беременности, не понимают, что она теперь нуждается в особом отношении.

При возникновении каких-либо проблем, осложнений течения беременности они застают женщину врасплох, воспринимаются чрезмерно эмоционально, их тяжесть преувеличивается. Отношение к предстоящим родам у таких женщин радужное, беспечное, особенно в первой половине беременности. Столкнувшись с трудностями во время родов, они могут впадать в панику, не способны конструктивно сотрудничать с медицинским персоналом. В третьем триместре беременности нередко появление осложнений, к которым такая женщина оказывается не готова и относится к ним безответственно.

Основные этапы психопрофилактической работы при эйфорическом варианте ПКГД:

- 1) коррекция супружеских отношений;
- 2) формирование адекватного восприятия своего партнера
- 3) снижение уровня тревожности;
- 4) повышение уровня ответственности и др.

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Они отличаются повышенной моральной ответственностью, не уверены в своих силах и способностях воспитывать ребенка. Воспитание детей чаще всего носит характер доминирующей гиперпротекции. Распространено и вынесение конфликта между супругами в сферу взаимодействия с ребенком, обуславливающее противоречивый тип воспитания.

Основные этапы психопрофилактической работы при наличии тревожного типа ПКГД.

1. Снижение уровня тревожности.
2. Стабилизация эмоционального состояния.
3. Формирование адекватного уровня ответственности по отношению беременности, будущему ребенку и процессу его воспитания.
4. Коррекция семейных и супружеских взаимоотношений.

При депрессивном варианте ПКГД отмечается сниженный фон 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. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Психологу очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения. К сожалению, у беременных

встречаются и ятрогенные депрессии. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны развивающимся при тревожном типе, но являются более глубокими. Встречаются также эмоциональное отвержение ребенка, жестокое обращение с ним. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющей ее состояние. Этапы психопрофилактической работы при депрессивном варианте ПКГД могут быть аналогичные как при тревожном, с предварительным обращением и лечением у психиатра/психотерапевта.

Второй этап работы психологического сопровождения в рамках профилактики нарушения родительского отношения состоит в организации и проведении работы, направленной непосредственно на формирование оптимального родительского отношения женщин к будущему ребенку. Данный этап работы условно можно разделить на 3 основных блока:

- 1) психологическое просвещение,
- 2) психоэмоциональная поддержка и коррекция психоэмоционального состояния женщин,
- 3) психокоррекция поведения будущих матерей.

Так, в блок психопросветительских мероприятий целесообразно включать проведение лекций, индивидуальные просветительские занятия и информирование (обеспечение психолого-педагогической литературой, демонстрация видеоматериалов) и т.п.

Блок коррекции психоэмоционального состояния будущих матерей включает в себя моделирующие групповые занятия по оказанию психоэмоциональной поддержки будущим матерям, Занятия по стабилизации психоэмоционального состояния женщин, отказавшихся от аборта. В рамках данного блока важно предоставить женщинам проработать свои внутренние страхи и негативные переживания, связанные с предстоящим материнством. Проводятся данные занятия с применением различных

методов арт-терапии (рисунок будущего материнства, рисование песком на световом столе, интерпретации рисунков и изображений). Использование таких методов позволит осознать свои внутренние страхи и переживания, и направить внимание на источник их формирования – установки, убеждения, закрепленные в мировоззренческих представлениях женщины. Работа с иррациональными установками и убеждениями, напрямую проявляющимся в поведении будет осуществляться в рамках следующего блока работы.

Третий блок психопрофилактической работы направлен на психокоррекцию поведения будущих матерей, в рамках которого целесообразно проведение различных занятий и упражнений практического характера. В рамках данного блока можно реализовывать организацию и проведение различных тренингов (тренинг совладающего поведения; тренинг оптимального родительского отношения к будущему ребенку) и занятия по подготовке к родам.

Таким образом, профилактика нарушения родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта, имеет свои этапы и определенное содержание. Первым этапом профилактических мероприятий будет являться доабортное консультирование, в ходе которого выявляются актуальные проблемы, трудная жизненная ситуация, определяется вариант ПКГД, формируется запрос, определяются направления индивидуальной работы. На втором этапе профилактики нарушения родительского отношения женщин к будущему ребенку целесообразно осуществлять психологическое просвещение будущей матери в тех областях, где это необходимо, проводить психокоррекционную работу в отношении психоэмоционального состояния женщины и ее поведения, в форме различных занятий и упражнений практического характера.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

По результатам проведенного анализа научной литературы удалось сделать ряд важнейших выводов относительно проблемы исследования.

1. Родительское отношение представляет собой некоторую совокупность различных чувств по отношению к ребенку, а также установок и ожиданий в отношении того, каким ребенок должен являться. В понятие родительского отношения включены также поведенческие стереотипы в рамках взаимодействия с ним, особенности понимания характера личности ребенка и мотивации его поступков. Таким образом, родительское отношение можно назвать некоей родительской обратной связью ребенку, которая оказывает непосредственное влияние на комплексное развитие его личности. способность усваивать социальный опыт, обучаться и развиваться.

Исходя из того, что система взаимодействий с ребенком устанавливается родителями еще до его рождения, можно сказать, что родительское отношение начинает свое формирование еще на стадии внутриутробного развития ребенка, где широко известные типы родительского отношения (принятие-отвержение, кооперация, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация, инфантилизм) так же проявляются в отношении к будущему ребенку.

2. Психологический компонент гестационной доминанты закладывает основы формирующегося родительского отношения будущей матери на этапе внутриутробного развития ребенка. Психологический компонент гестационной доминанты позволяет определить поведенческие стереотипы будущей матери, особенности механизмов ее психической саморегуляции, направленных на сохранение беременности и создание условий для развития будущего ребенка. Исходя из этого, можно выделить благоприятные и неблагоприятные типы психологического компонента гестационной доминанты, которые в значительной степени оказывают влияние на

формирование того или иного типа родительского отношения с соответствующей направленностью.

3. В основе родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта, лежат изначальные мотивы прерывания беременности, а также мотивы ее сохранения. Нередко женщина имеет несколько мотивов сохранения беременности, при этом лишь один из них является доминирующим. Выявление истинных мотивов прерывания и сохранения беременности является одной из главных задач доабортного консультирования, которое является первым этапом работы, направленной на профилактику нарушения родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта.

4. Процесс психологического сопровождения женщин отказавшихся от аборта с целью профилактики нарушения родительского отношения к будущему ребенку включает, в первую очередь, выявление актуальных жизненных проблем беременной и формирование запроса. Следующим важнейшим шагом профилактической работы является и определение типа ее ПКГД. В содержание профилактической работы с данной категорией женщин целесообразно включить психологическое просвещение будущей матери в тех областях, где это необходимо, а также коррекционные мероприятия, направленные на стабилизацию эмоционального состояния, а также на коррекцию отдельных поведенческих стереотипов.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА

2.1. Организация и методы исследования

Исследование проводилось на базе Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом».

В эмпирическую выборку вошли 40 беременных женщин в возрасте от 20-35 лет, из них 20 человек составили экспериментальную группу, куда вошли женщины, отказавшиеся от аборта.

Контрольная группа состоит из 20 испытуемых женщин, планировавших беременность.

Подробная характеристика эмпирической выборки представлена в таблице 1.

Таблица 1

Основные характеристики испытуемых эмпирической выборки исследования

Экспериментальная группа			
Испытуемые	Возраст	Семейное положение	Сроки беременности
А.Д.	25	Состоит в незарегистрированном браке	8 недель
А.К.	27	Не состоит в браке	2 недели
В.П.	23	Состоит в незарегистрированном браке	5 недель
Д.А.	31	Не состоит в браке	3 недели
Д.Г.	22	Состоит в незарегистрированном браке	9 недель
Е.К.	26	Состоит в незарегистрированном браке	5 недель
Е.М.	22	Состоит в браке	2 недели
Ж.Д.	32	Не состоит в браке	3 недели
З.Я.	21	Состоит в незарегистрированном браке	7 недель
К.А.	27	Состоит в незарегистрированном браке	2 недели
М.В.	34	Состоит в браке	5 недель
М.Е.	24	Не состоит в браке	3 недели
Н.Г.	22	Состоит в незарегистрированном браке	2 недели
Н.Т.	26	Не состоит в браке	4 недели
О.Г.	29	Состоит в браке	5 недель

Продолжение таблицы 1

П.С.	31	Состоит в браке	3 недели
С.О.	26	Не состоит в браке	9 недель
С.П.	29	Состоит в браке	4 недели
Т.Е.	35	Состоит в браке	7 недель
Т.С.	25	Состоит в незарегистрированном браке	5 недель
Контрольная группа			
А.В.	31	Состоит в браке	8 недель
А.Е.	34	Состоит в браке	5 недель
Е.А.	33	Состоит в браке	10 недель
З.Ю.	26	Состоит в браке	5 недель
И.М.	35	Состоит в незарегистрированном браке	3 недели
К.А.	31	Состоит в браке	9 недель
К.Ю.	32	Не состоит в браке	4 недели
Л.С.	28	Состоит в незарегистрированном браке	3 недели
Л.Ю.	29	Не состоит в браке	12 недель
М.А.	34	Состоит в браке	7 недель
М.Г.	27	Состоит в браке	10 недель
Н.Д.	35	Состоит в браке	5 недель
Н.Д.	24	Состоит в незарегистрированном браке	8 недель
Н.Н.	22	Состоит в незарегистрированном браке	10 недель
О.В.	28	Состоит в браке	6 недель
П.О.	35	Состоит в браке	8 недель
С.В.	33	Не состоит в браке	5 недель
С.Е.	32	Состоит в браке	10 недель
Т.В.	27	Состоит в браке	7 недель
Т.О.	35	Состоит в браке	9 недель

Характеризуя эмпирическую выборку можно отметить, что относительно основных характеристик у испытуемых контрольной и экспериментальной группы имеются отличия.

Так, 60% женщин контрольной группы (планировавшие беременность) состоят в возрасте старше 30 лет, в то время как в группе женщин, отказавшихся от аборта, 75% не достигли 30-летнего возраста. Семейное положение женщин экспериментальной и контрольной групп также различно. 40% отказавшихся от аборта состоят в незарегистрированном браке, 30% не состоит в браке, и соответственно, 30% - в браке, в то время

как 65% женщин планировавших беременность состоят в официальном браке. Эти данные указывают на важность такого фактора как наличие семьи в выборе решения по поводу будущего материнства.

Относительно сроков беременности вся выборка колеблется в показателях от 2 до 10 недель на момент проведения исследования. Отмечается тенденция, что среди женщин, отказавшихся от аборта 50% имеют срок беременности менее 5 недель, в то время как среди будущих матерей планировавших беременность отмечаются более поздние сроки (менее 5 недель – всего 15%).

Таким образом, женщины, отказавшиеся от аборта, как правило, находятся в возрасте младше 30 лет, не состоят в официальном браке и обратились в медицинское учреждение с целью совершения аборта на ранних сроках беременности.

С целью изучения специфики отношения беременной женщины к состоянию беременности и будущему ребенку применялась методика «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова. 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.

Испытуемым дается инструкция выбрать из пяти утверждений, представленных в блоках, одно, наиболее полно отражающее актуальное состояние.

С помощью данной методики определяется доминирующий тип ПКГД из пяти: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, которые относятся к своей беременности ответственно, без излишней тревоги. Оптимальный тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка.

Гипогестогнозический тип ПКГД: внимание к беременности и ребенку снижено. Данному типу чаще всего сопутствуют такие типы семейного воспитания, как гипопротекция, эмоциональное отвержение, неразвитость родительских чувств.

Эйфорический тип ПКГД, отмечается у женщин с истерическими чертами личности. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение

сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперпротекция, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Тревожный тип характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Став матерями, они отличаются повышенной моральной ответственностью, не уверены в своих силах и способностях воспитывать ребенка. Воспитание детей чаще всего носит характер доминирующей гиперпротекции. Распространено и вынесение конфликта между супругами в сферу взаимодействия с ребенком, обуславливающее противоречивый тип воспитания.

Депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового дитя, боится умереть в родах. Часто у нее возникают мысли о собственном уродстве. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции.

Опросник родительского отношения (ОРО) направлен на выявление родительского отношения у лиц, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними, разработан В.В. Столиным и А.Я. Варга.

Авторы данной методики понимают отношение родителей к своему ребенку как систему различных эмоций и чувств, паттернов поведения с ребенком, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Опросник состоит из 61 вопроса, которые составляют следующие пять шкал:

Принятие – отвержение ребенка. Эта шкала выражает собой общее эмоционально положительное (принятие) или эмоционально отрицательное (отвержение) отношение к ребенку.

Кооперация. Эта шкала выражает стремление взрослых к сотрудничеству с ребенком, проявление с их стороны искренней заинтересованности и участие в его делах.

Симбиоз. Вопросы этой шкалы ориентированы на то, чтобы выяснить, стремится ли взрослый к единению с ребенком или, напротив, старается сохранить между ребенком и собой психологическую дистанцию. Это – своеобразная контактность ребенка и взрослого человека.

Авторитарная гиперсоциализация. Данная шкала характеризует то, как взрослые контролируют поведение ребенка, насколько они демократичны или авторитарны в отношениях с ним.

Маленький неудачник. Эта, последняя шкала показывает, как взрослые относятся к способностям ребенка, к его достоинствам и недостаткам, успехам и неудачам.

Опросник «Измерение родительских установок и реакций» (PARI) (Е.С. Шефер и Р.К. Белл) позволяет изучить установки матери в отношении воспитания ребенка.

Опросник включает 115 утверждений о семейной жизни и воспитании детей. В него заложены 23 шкалы, касающиеся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье, в каждой из шкал по 5 вопросов. Из них 8 шкал описывают отношение к семейной роли и 15 касаются родительско-детских отношений. В свою очередь эти 15 шкал делятся на следующие 3 группы:

- 1 – оптимальный эмоциональный контакт,
- 2 – излишняя эмоциональная дистанция с ребенком,
- 3 – излишняя концентрация на ребенке.

Есть шкалы, связанные между собой. Суждения расположены в определенной последовательности, и отвечающий должен выразить к ним отношение в виде активного или частичного согласия или несогласия:

А – активное согласие

а – частичное согласие

б – частичное несогласие

Б – полное несогласие.

Родительское отношение «Оптимальный эмоциональный контакт» состоит из 4 признаков (1, 14, 15, 21):

- побуждение словесных проявлений вербализации (1);
- партнерские отношения (14);
- развитие активности ребенка (15);
- уравнительные отношения между родителями и ребенком (21).

Родительское отношение «Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком» состоит из 3 признаков (8, 9, 16):

- раздражительность, вспыльчивость (8);
- суровость, излишняя строгость (9);
- уклонение от контакта с ребенком (16).

Родительское отношение «Излишняя концентрация на ребенке» описывается 8 признаками (2, 4, 6, 10, 12, 18, 20, 22):

- чрезмерная забота, установление отношений зависимости (2);
- преодоление сопротивления, подавление воли (4);
- создание безопасности, опасение обидеть (6);
- исключение вне семейных влияний (10);
- подавление агрессивности (12);
- подавление сексуальности (18);
- чрезмерное вмешательство в мир ребенка (20);
- стремление ускорить развитие ребенка (20).

Каждый признак измеряется с помощью 5 суждений, уравновешенных с точки зрения измеряющей способности и смыслового содержания.

Сумма цифровой значимости определяет выраженность признака:

20 – максимальная оценка признака;

18, 19, 20 – высокие оценки;

8, 7, 6 – низкие оценки;

5 – минимальная оценка признака.

2.2. Специфика родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта

2.2.1. Особенности психологического компонента гестационной доминанты беременных женщин, отказавшихся от аборта

Изучение специфики отношения беременной женщины к состоянию беременности и будущему ребенку осуществлялось с применением методики «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова. Исследованы особенности ПКГД у двух групп: 1) у женщин, планировавших беременность, 2) у женщин, отказавшихся от аборта.

Индивидуальные значения испытуемых полученные по результатам данной методики представлены в таблицах 1,2 Приложения 3.

Наглядно результаты испытуемых полученные по методике определения типа психологического компонента гестационной доминанты представлены на рисунке 1.

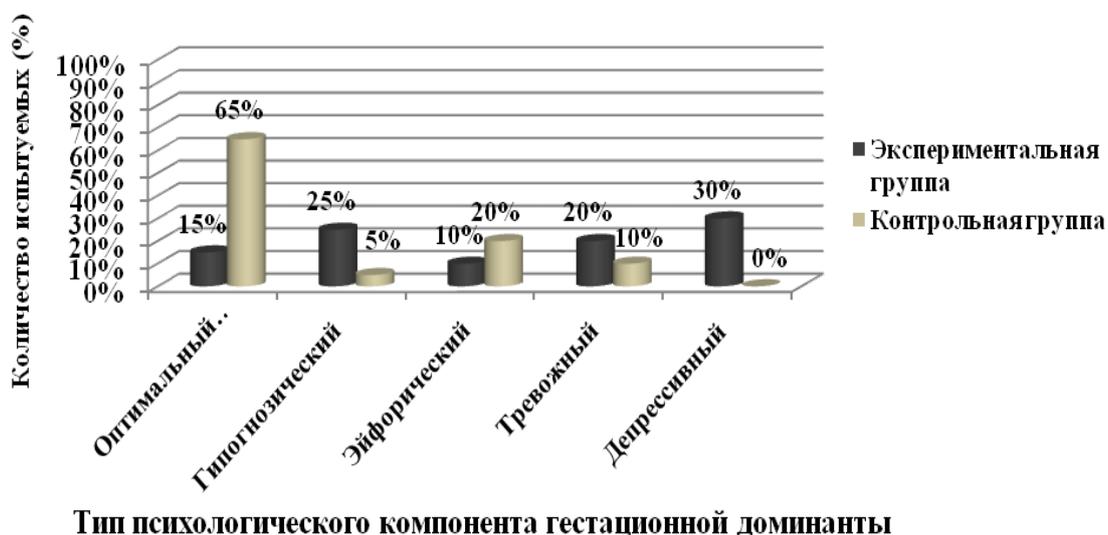


Рис.1. Выявленные типы психологического компонента гестационной доминанты у испытуемых в исследуемых группах (в %)

По итогам проведения диагностики, можем отметить, что большинство испытуемых контрольной группы (65%) имеют оптимальный тип ПКГД, который характеризуется радостью у женщины по поводу своей беременности, ответственным отношением к беременности, адекватной реакцией на возникающие проблемы, конструктивными способами их решения. Этот вариант формируется преимущественно у хорошо социально адаптированных женщин, которые особо не претенциозны и не требуют к себе особого внимания. Среди испытуемых экспериментальной группы данный тип ПКГД отмечается лишь у 15% женщин.

У четверти женщин, отказавшихся от аборта (25%) отмечается наличие гипогнозического типа ПКГД, который характерен для женщин с явным или, чаще, скрытым, бессознательным принятием своей беременности [22]. Нередко до того момента, когда не считаться с изменениями в организме женщина уже не может, у нее отмечается атиофориогнозия (греч. а – отрицание; tiophoria – беременность; gnosis – знание). Женщина с гипогестогнозическим типом ПКГД как бы забывает о беременности,

старается игнорировать ее проявления. В формировании данного состояния определенную роль играют психологические защитные механизмы вытеснения нежелательных, травмирующих переживаний (Pines D.A., 2001). Такие женщины стараются не менять свой образ жизни и пытаются встроить в свою жизнь сначала беременность, а после родов – ребенка, часто ущемляя его интересы. Среди женщин, планировавших беременность такой тип ПКГД выявился всего лишь у 5% от всей группы испытуемых.

При эйфорическом варианте ПКГД у беременных отмечается тот факт, что все события они видят в розовом свете, уверены в благополучном исходе родов. Эйфория делает беременных женщин нечувствительными к объективной реальности. У многих пациенток этой группы отмечаются истерические черты личности. Беременность у этих женщин обычно желанная, но за желанием зачатия нередко стоят рентные установки. Ей очень приятно, когда окружающие, в том числе посторонние, замечают, что она беременна, оказывают ей в связи с этим знаки внимания. Эйфорический тип ПКГД отмечается у 10% испытуемых экспериментальной группы и у 20% женщин контрольной группы.

У 20% женщин отказавшихся от аборта отмечается тревожный тип ПКГД. У женщин с тревожным типом ПКГД довольно часто отмечается сочетание изначально высокого уровня тревожности (как устойчивой личностной характеристики) и реакций на актуальные проблемы (акушерско-гинекологические осложнения, семейные проблемы, надвигающийся срок родоразрешения и пр.). С момента осознания своей беременности они находятся во власти дурных предчувствий, в постоянном нервном напряжении. Возникающие при этом соматовегетативные реакции влияют на субъективное самочувствие, усугубляют состояние.

Их характеризуют такие личностные черты, как ранимость, мнительность, повышенная утомляемость, суетливость, эмоциональная

лабильность. Они не уверены в себе, легко расстраиваются и теряют душевное равновесие. Их отличает высокое чувство ответственности. Среди женщин планировавших беременность, данный вариант ПКГД выявлен лишь у 10%.

Среди 30% женщин экспериментальной группы отмечается депрессивный вариант ПКГД, который отличается резко сниженным фоном настроения у беременных, тревожностью и страхами. Иногда появляются сверхценные и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Встречаются также эмоциональное отвержение ребенка, жестокое обращение с ним, при этом мать испытывает чувство вины, усугубляющей ее состояние. Среди женщин планировавших беременность данный тип ПКГД не выявлен.

Следующим этапом анализа полученных данных является статистический анализ результатов. В рамках статистической оценки данных необходимой задачей становится установление достоверности частоты встречаемости тех или иных типов ПКГД у женщин экспериментальной и контрольной групп. В этих целях для проведения статистического анализа применялся критерий углового преобразования Фишера, предназначенный для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта. Так, проводился анализ частоты встречаемости каждого типа ПКГД в каждой из групп.

В таблице 2 приведены результаты статистического анализа данных полученных по результатам проведения методики «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова.

Таблица 2

Результаты статистического анализа данных полученных по результатам методики «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» И.В. Добрякова

Типы ПКГД	Частота встречаемости типа ПКГД		Ф Фишера	Достоверность
	Экспериментальная (отказавшиеся от аборта)	Контрольная (планировавшие беременность)		
оптимальный	3 (15%)	13 (65%)	3,415	$p \leq 0,01$
гипогестогнозический	5 (25%)	1 (5%)	1,885	$p \leq 0,05$
эйфорический	2 (10%)	4 (20%)	0,895	$p > 0,1$
тревожный	3 (15%)	4 (20%)	0,417	$p > 0,1$
депрессивный	6 (30%)	0 (0%)	2,295	$p \leq 0,05$

Исходя из анализа представленных результатов, можно отметить, что обнаружилось несколько достоверных различий во встречаемости типов ПКГД в исследуемых группах: оптимального типа ПКГД (на уровне значимости $p \leq 0,01$), гипогестогнозического типа (на уровне значимости $p \leq 0,05$), депрессивного типа (на уровне значимости $p \leq 0,05$).

На основании этого можно сделать несколько важных выводов:

- 1) оптимальный тип ПКГД достоверно чаще встречается у женщин, планировавших беременность;
- 2) гипогестогнозический тип ПКГД достоверно чаще встречается у женщин отказавшихся от аборта;
- 3) депрессивный тип ПКГД достоверно чаще встречается у женщин отказавшихся от аборта.

2.2.2. Особенности родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта

Опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столина применялся в данном исследовании с целью выявления преобладающих типов родительского отношения у двух групп будущих матерей: экспериментальной (отказавшихся от аборта), и контрольной (планировавших беременность).

Индивидуальные значения испытуемых, полученные по результатам данной методики представлены в таблицах 3,4 Приложения 3.

Представим наглядно средние значения, полученные по шкалам методики испытуемых двух групп (рис.2)

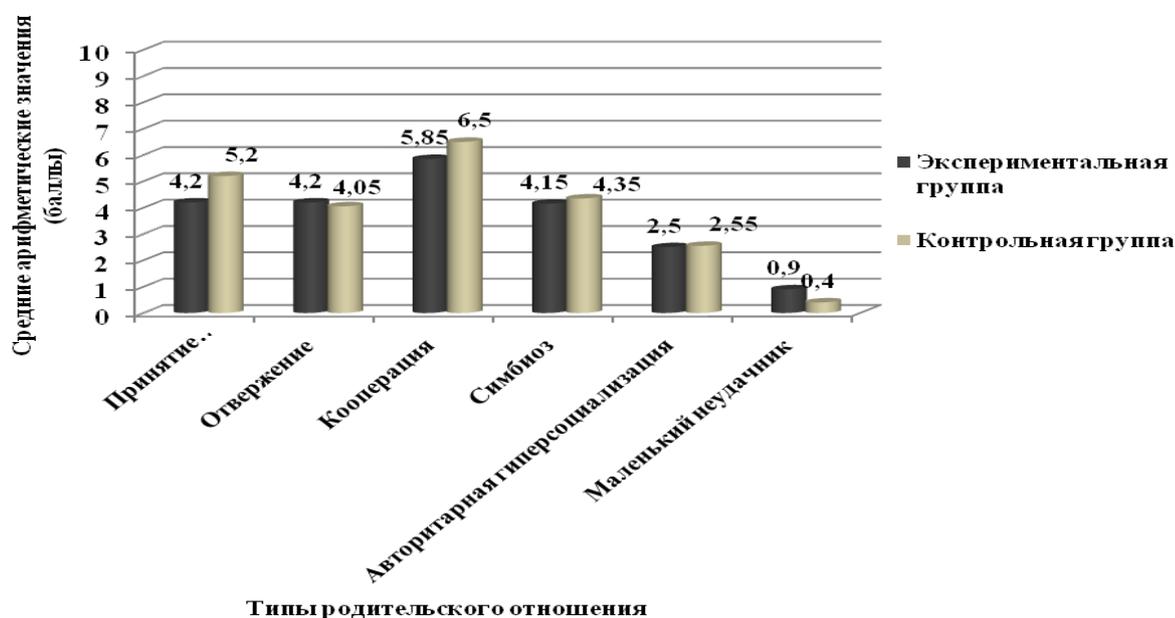


Рис. 2. Средние значения результатов испытуемых контрольной и экспериментальной групп по результатам изучения типов родительского отношения

Перед тем как приступить к анализу полученных данных, необходимо отметить, что полюсы шкалы «принятие-отвержение» в целях более глубокого анализа были рассмотрены по отдельности. Анализ результатов позволяет отметить, что такой тип родительского отношения как принятие в большей степени выражен у испытуемых контрольной группы (5,2), т.е. женщины планировавшие беременность в большей степени отличаются таким типом родительского отношения к будущему ребенку, как принятие. Принятие характеризует выраженное положительное отношение к ребенку. В экспериментальной группе данный тип родительского отношения имеет более низкий средний показатель (4,2). Это указывает на то, что женщины,

отказавшиеся от аборта в меньшей степени готовы принимать будущего ребенка таким, какой он есть, уважать и признавать его индивидуальность. В подтверждение этого, уровень отвержения у данных женщин по отношению к будущему ребенку (4,2) несколько выше, чем у испытуемых контрольной группы (4,05).

В отношении такого типа родительского отношения, как кооперация можно отметить, что среди женщин, планировавших беременность, отмечается более высокий уровень среднего показателя (6,5) в сравнении с аналогичным показателем у женщин экспериментальной группы (5,85). Выявленный факт говорит о том, что женщины, планировавшие беременность в большей степени способны проявлять искренний интерес к ребенку и высоко оценивать способности ребенка, поощрять самостоятельность и инициативу ребенка, стремиться к тому, чтобы быть в отношениях с ребенком на равных, чем женщины, отказавшиеся от аборта.

Незначительную разницу в средних показателях испытуемых можно отметить в отношении такого типа родительского отношения как симбиоз. Женщины, планировавшие беременность несколько больше склонны к проявлению данного типа родительского отношения, чем те, кто отказался от аборта. Симбиоз как тип родительского отношения характеризуется сокращением психологической дистанции между родителем и ребенком, стремлением матери всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные потребности, ограждать от неприятностей окружающего мира.

При таком типе родительского отношения как авторитарная гиперсоциализация поведение взрослого характеризуется как авторитарное по отношению к ребенку. Такой родитель требует от ребенка безоговорочного послушания, задавая ему строгие дисциплинарные рамки и навязывая почти во всем свою волю. Анализ индивидуальных показателей испытуемых по результатам методики в рамках данной шкалы

свидетельствует о том, что данный тип родительского отношения не характерен для испытуемых.

Такой тип родительского отношения, как «маленький неудачник» принимает низкие значения в обеих исследуемых группах, однако необходимо отметить, что среди испытуемых экспериментальной группы этот показатель является несколько выше (0,9), чем среди женщин контрольной группы (0,4). Данный тип родительского отношения присущ взрослым, которые считают своего ребенка маленьким неудачником и относятся к нему как к несмышленому существу. Для таких родителей интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся несерьезными, и он игнорирует их. В целом, анализируя индивидуальные результаты испытуемых по данной шкале, можно сказать, что данный тип родительского отношения не характерен для женщин каждой из исследуемых групп.

Так, качественный анализ показателей по шкалам данной методики свидетельствует о том, что имеются некоторые различия в уровне склонности проявления того или иного типа родительского отношения у будущих матерей контрольной и экспериментальной групп.

Количественный анализ полученных данных проводился посредством статистического анализа с применением t критерия Стьюдента для несвязных выборок.

В таблице 3 приведены сведения о результатах статистического анализа данных, полученных по результатам диагностики по методике Опросник родительского отношения (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столина.

Таблица 3

Результаты статистического анализа данных, полученных по итогам диагностики по методике «Опросник родительского отношения» (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столина

Группа испытуемых Типы Родительского отношения	Эксперименталь ная (отказавшиеся от аборта) М	Контрольная (планировав шие беременность) М	t Стьюдента	Достовер ность
Принятие	4,2	5,2	3.2	$p \leq 0,01$
Отвержение	4,2	4,05	0.4	$p > 0,1$
Кооперация	5,85	6,5	1.6	$p > 0,1$
Симбиоз	4,15	4,35	0.5	$p > 0,1$
Авторитарная гиперсоциализация	2,5	2,55	0.1	$p > 0,1$
«Маленький неудачник»	0,9	0,4	2.6	$p \leq 0,05$

В результате проведения статистического анализа, выявились значимые различия в показателях испытуемых по шкале такого родительского отношения, как «принятие». Так, принимаем альтернативную гипотезу о значимости различий в показателях по шкале «принятие» среди женщин контрольной и экспериментальной групп на высоком уровне достоверности ($p \leq 0,01$). Отмечая, что средний показатель по данной шкале является более высоким в контрольной группе, можно сделать вывод о том, что у женщин планировавших беременность достоверно чаще встречается более высокий уровень принятия по отношению к будущему ребенку, чем у женщин, отказавшихся от аборта.

Также выявились достоверные различия в изучаемых группах по типу родительского отношения «маленький неудачник» (на уровне достоверности $p \leq 0,05$), что позволяет сделать вывод о том, что среди будущих матерей отказавшиеся от аборта, имеется более высокая вероятность проявления данного типа родительского отношения.

2.2.3. Особенности родительских установок и реакций по отношению к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта

Исследование родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, подразумевает изучение родительских

установок, которые представляют собой определенные стереотипы поведения и реакции в различных взаимодействиях с будущим ребенком. С этой целью обратимся к анализу результатов, полученных по итогам проведения опросника «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл).

Индивидуальные значения испытуемых по результатам опросника «Измерение родительских установок и реакций» представлены в таблицах 5, 6 Приложения 3.

При анализе данных, полученных по результатам проведения опросника «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл), нами были подробно рассмотрены типы родительских установок:

- оптимальный эмоциональный контакт,
- излишняя эмоциональная дистанция, излишняя концентрация на ребенке.

Каждый из перечисленных типов родительского отношения включает в себя определенное количество шкал.

Для проведения сравнительного анализа по уровням выраженности типов родительских установок у исследуемых групп проанализируем средние значения, полученные по соответствующим показателям методики, для этого наглядно представим данные на рисунке 3.

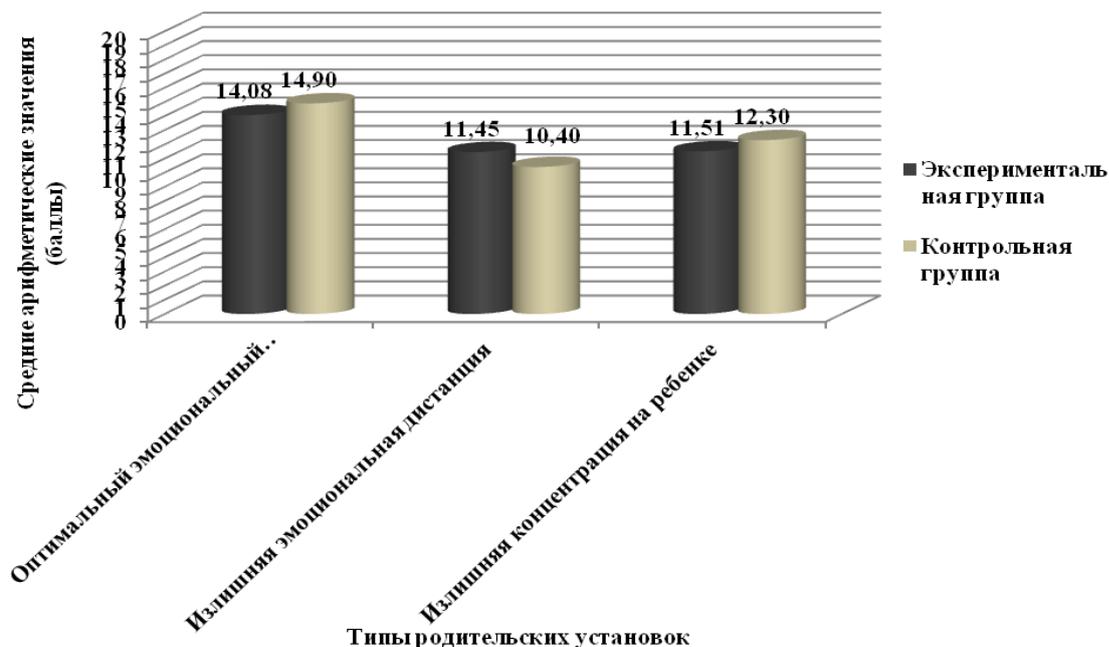


Рис. 3. Средние значения результатов испытуемых контрольной и экспериментальной групп по результатам изучения типов родительских установок

Анализируя представленные данные, можно отметить, что оптимальный эмоциональный контакт как тип родительской установки более выражен у испытуемых контрольной группы (14,9), чем в экспериментальной (14,08), т.е. женщины, планировавшие беременность, в большей степени склонны простраивать с будущим ребенком отношения, характеризующиеся оптимальным уровнем эмоционального контакта. В подтверждение этому можно отметить, что в отношении такой родительской установки, как излишняя эмоциональная дистанция у испытуемых экспериментальной группы отмечается более высокий уровень (11,45), чем у женщин контрольной группы (10,4), что указывает на большую предрасположенность женщин, отказавшихся от аборта к эмоциональному дистанцированию в отношениях с будущим ребенком.

Такой тип родительской установки как излишняя концентрация на ребенке характеризуется проявлением чрезмерной заботы со стороны матери,

установлением отношений зависимости с ребенком, склонностью к чрезмерному вмешательству в мир ребенка.

Сравнивая показатели по данному типу родительской установки, можно отметить, что более высокий уровень здесь присущ женщинам контрольной группы (12,3), чем испытуемым экспериментальной группы (11,5).

Согласно полученным данным, можем констатировать, что женщины, планировавшие беременность, склонны слишком ответственно подходить к вопросу будущего материнства и вопросам воспитания ребенка. Они в большей степени включены в представления о том, «как должно быть правильно» в вопросах воспитания будущего ребенка, в большей степени волнуются за его будущее, что свидетельствует об излишней концентрации на ребенке. Это также может быть связано с тревожностью будущих матерей, основанной на сильных переживаниях о том, как пройдет процесс беременности и родов, и также указывает на повышенный уровень ответственности у таких женщин.

Качественный анализ показателей по данной методике свидетельствует о том, что имеются некоторые различия в уровне проявления тех или иных родительских установок у будущих матерей контрольной и экспериментальной групп.

Количественный анализ данных проводился с использованием t критерия Стьюдента для несвязных выборок посредством сравнения показателей по каждой шкале испытуемых контрольной и экспериментальной групп, включенных в показатель каждого типа родительских установок.

Обратимся к сравнению значений по шкалам, включенных в показатель такого типа родительской установки, как оптимальный эмоциональный контакт (вербализация, партнерские отношения, развитие активности

ребенка, уравненные отношения). Результаты статистического сравнения значений испытуемых контрольной и экспериментальной групп по указанным шкалам представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты статистического сравнения данных испытуемых двух групп по шкалам включенных в показатель «оптимальный эмоциональный контакт», полученных по итогам проведения методики «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

Группа испытуемых Шкалы	Экспериментальная (отказавшиеся от аборта) М	Контрольная (планировавшие беременность) М	t Стьюдента	Достоверность
вербализация	13,95	16,05	4.1	$p \leq 0,01$
партнерские отношения	13,55	13	1.2	$p > 0,1$
развитие активности ребенка	13,05	14,1	1.8	$p > 0,1$
уравненные отношения	15,75	16,45	1	$p > 0,1$

Полученные результаты статистического сравнения значений по шкалам оптимального эмоционального контакта свидетельствуют о том, что имеются достоверные различия в показателях испытуемых контрольной и экспериментальной групп по шкале «вербализация» на высоком уровне достоверности ($p \leq 0,01$). Данное обстоятельство позволяет сделать вывод о том, что женщины, планировавшие беременность в большей степени настроены на то, чтобы уважать мнение своего будущего ребенка, поощрять его самовыражение и учитывать его интересы, чем женщины, отказавшиеся от аборта. Так, испытуемые экспериментальной группы в меньшей степени готовы к выслушиванию собственного мнения от будущего ребенка и проявлению его индивидуальности через вербализацию своих суждений и предпочтений.

Проведем сравнение значений по шкалам, включенных в показатель такого типа родительской установки, как излишняя эмоциональная дистанция (раздражительность, излишняя строгость, уклонение от контакта).

В таблице 5 представлены результаты статистического сравнения значений испытуемых контрольной и экспериментальной групп по указанным шкалам.

Таблица 5

Результаты статистического сравнения данных испытуемых двух групп по шкалам включенных в показатель «излишняя эмоциональная дистанция», полученных по итогам проведения методики «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

Группа испытуемых	Экспериментальная (отказавшиеся от аборта) М	Контрольная (планировавшие беременность) М	t Стьюдента	Достоверность
Шкалы				
раздражительность	11,5	11,65	0,2	$p > 0,1$
излишняя строгость	10,9	9,35	2,2	$p \leq 0,05$
уклонение от контакта	11,95	10,2	3	$p \leq 0,01$

Анализ результатов статистического сравнения показывает, что выявились достоверные различия в показателях испытуемых контрольной и экспериментальной группы по шкалам излишней строгости и уклонения от контакта.

Так, обнаруженные достоверные различия на уровне значимости $p \leq 0,05$ по шкале излишней строгости, свидетельствуют о том, что будущие матери, отказавшиеся от аборта, в большей степени склонны к подобным проявлениям воспитания. Излишняя строгость проявляется в установках матери о том, что воспитание детей и материнство в целом – тяжелый, изнуряющий труд, способный порой доводить до нервного истощения. Присутствие таких установок у будущих матерей указывает на то, что такие

женщины не готовы в полной мере испытывать радость материнства, а родительство для них по большей части связано с различного рода трудностями, которые необходимо постоянно преодолевать.

Достоверные различия в показателях по шкале уклонения от контакта выявлены на высоком уровне значимости и указывают на то, что женщины, отказавшиеся от аборта склонны к таким проявлениям в отношении ребенка как игнорирование его эмоций, переживаний и чувств. Такие матери считают лучшим воспитательным методом в случае негативного поведения ребенка – игнорирование, объясняя это тем, что если обращать внимание на проявления ребенка, которые мать считает негативными, то можно закрепить данный тип поведения. Игнорирование они находят лучшим способом действия в подобных ситуациях, однако данная тенденция поведения скорее свидетельствует о выборе в пользу собственного удобства, чем в пользу наилучшей стратегии воспитания ребенка, способствующей его развитию.

Проанализируем значения по шкалам, включенным в показатель излишней концентрации на ребенке (чрезмерная забота, подавление воли, опасение обидеть, исключение внутрисемейных влияний, подавление агрессивности, подавление сексуальности, чрезвычайное вмешательство в мир ребенка). Результаты статистического анализа представлены в таблице 6.

Таблица 6

Результаты статистического сравнения данных испытуемых двух групп по шкалам включенных в показатель «излишняя концентрация на ребенке», полученных по итогам проведения методики «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

Группа испытуемых	Экспериментальная (отказавшиеся от аборта) М	Контрольная (планировавшие беременность) М	t Стьюдента	Достоверность
Шкалы	М	М		
Чрезмерная забота	12	12,3	3	$p \leq 0,01$

Продолжение таблицы 6

Подавление воли	12	12,55	0,4	p>0,1
Опасение обидеть	13,85	14,85	1,2	p>0,1
Исключение внутрисемейных влияний	12,45	13,3	1,4	p>0,1
Подавление агрессивности	10,55	12,4	1,7	p>0,1
Подавление сексуальности	10,15	11,8	3,4	p≤0,01
Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	10,6	11,05	2,3	p≤0,05
Стремление ускорить развитие ребенка	10,45	10,15	0,6	p>0,1

Анализируя представленные данные, можно отметить, что в результате статистического анализа выявились некоторые достоверные различия по показателям испытуемых двух групп в отношении следующих шкал: чрезмерная забота, подавление сексуальности, чрезвычайное вмешательство в мир ребенка.

В отношении шкалы «чрезмерная забота» обнаружены достоверные различия в показателях двух групп испытуемых на высоком уровне значимости ($p \leq 0,01$). Несмотря на то, что средние показатели по данной шкале у двух групп практически не различаются, анализ индивидуальных значений по шкале свидетельствует о том, что у испытуемых контрольной группы показатели по данной шкале принимают более высокие значения. Чрезмерная забота в поведении матери, как правило, проявляется в попытках уберечь ребенка от всякого рода негативных влияний окружающего мира. Такая мать постоянно пребывает в беспокойстве о безопасности ребенка и в мыслях о том, что она как мать должна сделать все, чтобы уберечь своего ребенка от любого рода неприятностей и разочарований. Такой тип установки является негативным, поскольку не позволяет ребенку полноценно познавать мир и развиваться, ввиду того что мать старается обеспечить

максимально комфортные условия существования для своего ребенка. Таким образом, женщины, планировавшие беременность в большей степени склонны к проявлению чрезмерной заботы по отношению к своему будущему ребенку, чем женщины, впоследствии отказавшиеся от аборта.

В отношении шкалы подавления сексуальности также обнаружены значимые различия в показателях исследуемых групп на высоком уровне достоверности. Высокий уровень по шкале «подавление сексуальности» свидетельствует о том, что женщина не может сформировать адекватную позицию в вопросах сексуального и полового воспитания будущего ребенка. На распространенные темы пола и сексуальной жизни для ребенка такие женщины привыкли накладывать табу, поскольку имеют серьезные опасения и тревоги в отношении сексуального воспитания ребенка. Результаты статистического сравнения свидетельствуют, что более высокий уровень по данной шкале наблюдается у женщин, планировавших беременность, что указывает на более высокий уровень обеспокоенности в данной области воспитания будущего ребенка, чем у женщин, отказавшихся от аборта.

Также статистически значимые различия выявились в отношении показателей испытуемых исследуемых групп по шкале «чрезвычайное вмешательство в мир ребенка». У женщин, планировавших беременность, отмечается более высокий уровень по данной шкале, который статистически различается с показателями испытуемых экспериментальной группы. Это говорит о том, что испытуемые контрольной группы в большей степени склонны к контролю внутреннего мира ребенка: его мыслей, чувств, интересов, предпочтений. Это также указывает на высокий уровень тревоги и беспокойства в отношении будущего ребенка и его воспитания.

Одновременно с этим, для женщин, отказавшихся от аборта в наименьшей степени характерно в отношении будущего ребенка проявление чрезмерного вмешательства в его внутренний мир.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

На основе анализа данных, полученных на этапе констатирующего эксперимента, сделано ряд выводов.

1. Женщины, отказавшиеся от аборта, как правило, находятся в возрасте, не достигающем 30 лет, при этом не состоят в официальном браке и обращаются в медицинское учреждение с целью совершения аборта на ранних сроках беременности.

2. Женщины, планировавшие беременность и отказавшиеся от аборта обладают разными особенностями в проявлении типа психологического компонента гестационной доминанты. Так, оптимальный тип ПКГД характерен для женщин, планировавших беременность, в то время как женщинам, отказавшимся от аборта больше свойственен гипогестогнозический тип ПКГД, а также депрессивный.

3. Родительское отношение к будущему ребенку беременных женщин отказавшихся от аборта характеризуется большей вероятностью проявления отношения по типу инфантилизации («маленький неудачник»), и в меньшей степени будущим матерям, отказавшимся от аборта свойственно принятие как тип родительского отношения.

4. Родительские установки по отношению к будущему ребенку среди беременных женщин, отказавших от аборта, характеризуются излишней строгостью и уклонением от контакта с ребенком. Такие женщины также характеризуются дефицитом готовности к выслушиванию собственного мнения от будущего ребенка и проявлению его индивидуальности через вербализацию своих суждений и предпочтений.

В то же время, среди женщин, планировавших беременность, в большей степени проявляются такие родительские установки как проявление чрезмерной заботы по отношению к своему будущему ребенку и чрезмерное вмешательство в его внутренний мир. Среди будущих матерей, отказавшихся

от аборта, наблюдается обратная картина: им в меньшей степени характерны подобные родительские установки.

ГЛАВА 3. ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА

3.1. Программа профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта

Программа профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, позволит обеспечить готовность женщины к материнству, правильному поведению во время родов и послеродовом периоде, снизить уровень тревожности за собственное будущее и будущее ребенка, а также сформировать психолого-педагогическую компетентность в вопросах воспитания ребенка.

Цели программы:

- 1) создание условий для эффективного функционирования системы профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта
- 2) формирование благоприятного психоэмоционального состояния у беременных женщин, отказавшихся от аборта
- 3) разрешение трудных жизненных ситуаций и проблем, связанных с изначальным принятием решения о необходимости аборта.

Задачи программы:

- 1) психологическая подготовка беременных женщин к родам и материнству;
- 2) обеспечение их благоприятного психоэмоционального состояния;
- 3) коррекция межличностных отношений будущей матери с членами семьи;
- 4) формирование стабильной положительной установки на беременность, роды и отношения с ребенком.

5) раннее выявление семейного неблагополучия и оказание специализированной адресной помощи.

Правовую основу программы профилактики нарушения родительского отношения составляют:

Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 N 438 «О психотерапевтической помощи»;

«Положение об организации деятельности врача-психотерапевта»;

«Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи»;

«Положение об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи»;

«Положение об организации деятельности психотерапевтического кабинета»;

«Положение об организации деятельности психотерапевтического отделения»;

«Положение об организации деятельности психотерапевтического центра»;

Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

Приказ Минтруда России от 24.07.2015 N 514н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.08.2015 N 38575).

Критерии отслеживания эффективности программы:

1. отказ будущих матерей от аборта.
2. благоприятное психоэмоциональное состояние будущих матерей, отказавшихся от аборта.
3. наличие стабильной положительной установки беременных женщин, отказавшихся от аборта на беременность и роды.

4. наличие оптимального родительского отношения к будущему ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.

Содержание программы

Направления психолого-профилактической работы:

- индивидуальные консультации психолога;
- групповые формы работы (занятия по подготовке к родам, тренинг, направленный на формирование положительного образа будущего ребенка);
- психологическое просвещение (обеспечение психолого-педагогической литературой, демонстрация видеоматериалов, социально-психологический патронаж на дому).

Система профилактических мероприятий включает:

- психологическую подготовку женщины к родам и материнству (индивидуальные консультации, просветительская работа и др.),
- обеспечение благоприятного психоэмоционального состояния будущей матери (диагностика психоэмоционального состояния, индивидуальная и групповая коррекционная работа по преодолению страхов, тревожности и беспокойств, связанных с предстоящим материнством методами арт-терапии),
- коррекцию межличностных отношений с членами семьи (Семейное консультирование и коррекция нарушенных взаимоотношений),
- формирование стабильной положительной установки на беременность и роды (аутотренинг, групповые и индивидуальные занятия, направленные на преодоление страхов, связанных с периодом беременности и предстоящими родами с использованием методов и техник арт-терапии).

Система психолого-педагогической работы в рамках программы включала:

1) образовательный компонент (проведение лекций, психопросветительских мероприятий, организация работы фокус-групп, групповых дискуссий, подбор необходимой психолого-педагогической литературы, демонстрация видеоматериалов);

2) консультативный компонент (индивидуальные консультации по запросу, семейное консультирование, диагностика и мониторинг психоэмоционального состояния, консультации по результатам диагностики);

3) воспитательный компонент (развитие эмоционально-положительной направленности матери на общение и взаимодействие с ребенком, формирование позиции принятия по отношению к ребенку. Совершенствование и укрепление супружеских отношений. Проведение занятий на установление эмоциональной связи с ребенком в период вынашивания);

4) психокоррекционный компонент (коррекция межличностных отношений с членами семьи, стабилизация психоэмоционального состояния будущих матерей, коррекция родительских установок и родительского отношения к будущему ребенку будущих матерей и членов их семей).

Основные требования реализации программы:

1) нормирование группы женщин, отказавшихся от аборта в составе 4-10 человек;

2) наличие в медицинском учреждении необходимых специалистов (психолог, социальный работник, юрист, врач акушер-гинеколог), активность и готовность данных специалистов включиться в деятельность по реализации программы в любой необходимый момент;

3) наличие необходимого уровня образования у каждого специалиста, участвующего в реализации программы;

4) наличие кабинетов для проведения индивидуальных и групповых форм работы;

5) составление согласованного плана мероприятий каждого специалиста в рамках реализации программы;

б) гибкость и адаптивность программы, а также самих специалистов, ответственных за реализацию отдельных направлений в соответствии с возникающими обстоятельствами и запросами клиентов.

1. Консультативный компонент

№ п/п	Мероприятие	Форма работы	Ответственные и привлекаемые к работе
1	Организация, проведение и анализ результатов диагностики психоэмоционального состояния женщин, отказавшихся от аборта	Групповая и индивидуальная	Психолог
2	Проведение консультации по результатам психодиагностического обследования	Индивидуальная	Психолог
3	Мониторинг наличия трудных жизненных ситуаций и иных проблем социального, психологического и юридического характера среди женщин, отказавшихся от аборта	Групповая и индивидуальная	Психолог, социальный работник, юрист, медицинский персонал
4	Привлечение специалистов по оказанию психологической, медицинской, социальной и юридической помощи женщинам, отказавшимся от аборта для проведения индивидуальных консультаций по запросу	Индивидуальная	Психолог, социальный работник, юрист, медицинский персонал
5	Проведение семейных консультаций по запросу	Групповая	Психолог, социальный работник, юрист, медицинский персонал

2. Образовательный компонент

№ п/п	Мероприятие	Форма работы	Ответственные и привлекаемые к работе
1	Индивидуальные психопросветительские занятия и информирование (обеспечение психолого-педагогической литературой, демонстрация видеоматериалов)	Индивидуальная	Психолог, психотерапевт, социальный работник
2	Лекция «Особенности протекания процесса беременности»	Групповая	Психолог, врач акушер-гинеколог
3	Лекция «Психоэмоциональная поддержка: сущность, формы, способы проявления»	Групповая	Психолог

4	Лекция «Родительские установки: особенности формирования и воспроизведения в семейной ситуации»	Групповая	Психолог
5	Психопросветительское занятие на тему «Типы родительского отношения к ребенку. Формирование оптимального родительского отношения к будущему ребенку»	Групповая	Психолог

3. Воспитательный компонент

№ п/п	Мероприятие	Сроки	Ответственные и привлекаемые к работе
1	Занятия по подготовке к родам	Групповая	Психолог, врач акушер-гинеколог, медицинский персонал
2	Тренинг оптимального родительского отношения к будущему ребенку	Групповая	Психолог, социальный работник, медицинский персонал
3	Комплекс занятий по совершенствованию и укреплению супружеских отношений.	Групповая	Психолог, социальный работник
4	Обучающие занятия, направленные на установление эмоциональной связи с ребенком в период вынашивания	Групповая	Психолог
5	Аутотренинг, направленный на формирование стабильной положительной установки на беременность и роды		Психолог

4. Психокоррекционный компонент

№ п/п	Мероприятие	Форма работы	Ответственные и привлекаемые к работе
1	Занятия по стабилизации психоэмоционального состояния женщин, отказавшихся от аборта	Групповая и индивидуальная	Психолог
2	Тренинг совладающего поведения	Групповая	Психолог
3	Моделирующие групповые занятия по оказанию психоэмоциональной поддержки будущим матерям	Групповая	Психолог
4	Использование различных техник рисования с целью коррекции эмоциональной нестабильности и негативных эмоциональных состояний беременных	Групповая и индивидуальная	Психолог
5	Психокоррекция нарушенных взаимоотношений в семье	Групповая	Психолог

В процессе реализации программы у женщин, отказавшихся от аборта, устанавливается благоприятное психоэмоциональное состояние посредством

диагностики актуального состояния, проведения соответствующей необходимой индивидуальной работы, а также за счет участия в групповых формах работы и мониторинга динамики состояния.

Кроме этого, при наличии имеющихся нарушенных семейных отношений, в рамках программы возможно проведение семейных консультаций и психокоррекции взаимоотношений. К решению проблем различного характера также подключаются специалисты различного профиля (юрист, социальный работник, врач акушер-гинеколог и др.)

Формирование стабильной положительной установки на беременность и роды, а также оптимальных установок и родительского отношения к будущему ребенку осуществляется посредством аутотренинга, специально организованных групповых и индивидуальных занятий с использованием методов и техник арт-терапии.

Условия реализации программы

1) Необходимо обеспечить достаточный уровень мотивации для участия в программе у целевой аудитории. Данное обстоятельство по большей части зависит от проведения индивидуальных консультаций психолога, установлении доверительного контакта психолога с клиентом, через который клиент имеет возможность максимально открыть свои цели и намерения перед консультантом. Формируя запрос, опираясь на цели клиента у психолога появляется возможность развить достаточный уровень мотивации к работе и поддерживать его на протяжении всего периода реализации программы.

2) Обеспечить оптимальный уровень взаимодействия специалистов, участвующих в реализации программы с целью повышения ее эффективности и возможности реагировать на изменяющиеся условия процесса психопрофилактической работы.

3) Параллельное проведение групповых и индивидуальных форм психопрофилактической работы с целью отслеживания индивидуальных особенностей и динамики состояния у клиентов.

4) С целью сохранения достаточно высокой эффективности деятельности по реализации программы объем целевой аудитории не должен превышать 8 человек. Оптимальное количество 4-6 человек.

5) Соблюдать правило «ответственности клиента», в рамках которого клиент понимает, что самостоятельно принимает решение на участие в данной программе, осознает, что за процесс и эффективность работы несет ответственность он сам, специалисты лишь помогают ему в достижении своей цели и поддержании мотивации на оптимальном уровне.

6) Придерживаться недирективного стиля в процессе реализации программы: давать клиенту самостоятельно направлять процесс психокоррекции и терапии в сторону актуальных для него проблем и задач. При таком стиле специалист гибок в своей тактике и с уважением относится ко всем требованиям и пожеланиям клиента, создает для него атмосферу эмоционального комфорта.

3.2. Изучение эффективности программы профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта

По итогам проведения формирующих мероприятий мы провели контрольный срез исследования у женщин экспериментальной выборки, отказавшихся от аборта. Все женщины, данной группы на этапе контрольного эксперимента являются матерями и имеют грудных детей. Мы измерили в данной группе повторно состояние психологического компонента гестационной доминанты чтобы определить динамику изменений.

На рисунке 4 представлены результаты распределения испытуемых по типам психологического компонента гестационной доминанты на этапе констатирующего и контрольного эксперимента в процентном соотношении.

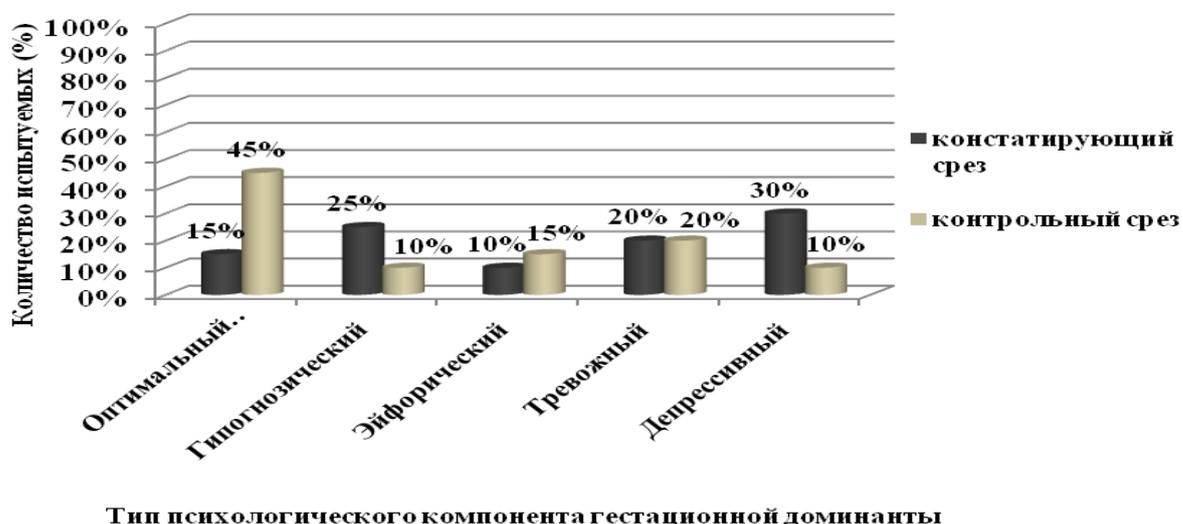


Рис. 4. Распределение испытуемых по типам ПКГД на этапе констатирующего и контрольного эксперимента (в %)

Анализируя представленные данные мы можем видеть, что значительно повысилось количество женщин с оптимальным типом ПКГД. Так, на этапе констатирующего эксперимента это количество составляло всего 15%, но уже после проведения формирующих мероприятий количество таких испытуемых возросло на 30% и составило 45% от всей экспериментальной группы. Это свидетельствует о том, что мероприятия формирующего эксперимента позволили многим женщинам выйти на более благоприятный, оптимальный уровень отношения к собственной беременности. Об этом же свидетельствуют показатели в отношении таких типов ПКГД как гипогнозический и депрессивный. Данные типы ПКГД являются неблагоприятными, и мы можем отметить, что произошло снижение процентной доли испытуемых имеющих данные типы ПКГД:

представленность гипогнозического типа снизилась на 15% (констатирующий эксперимент – 25%, контрольный – 10%); наличие среди испытуемых депрессивного типа ПКГД снизилось на 20% (констатирующий эксперимент – 30%, контрольный срез – 10%).

Незначительные изменения произошли в отношении эйфорического типа ПКГД, доля представленности которого на этапе контрольного среза повысилась на 5% (констатирующий – 10%, контрольный – 15%), что свидетельствует о расширении сферы родительских чувств к ребенку у некоторых матерей. Одновременно с этим, в процентном соотношении не отмечается изменений в отношении представленности тревожного типа ПКГД (20% на контрольном и констатирующем этапе эксперимента).

С целью статистического подтверждения произошедших изменений обратимся к статистическому анализу полученных данных с помощью применения критерия углового преобразования Фишера (ϕ). С помощью данного критерия мы измерили, насколько достоверны различия встречаемости каждого из типов ПКГД у испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента (таблица 7).

Таблица 7

Результаты статистического анализа данных полученных на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по методике «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты»

И.В. Добрякова

Типы ПКГД	Частота встречаемости типа ПКГД		ϕ Фишера	Достоверность
	Констатирующий эксперимент	Контрольный эксперимент		
оптимальный	3 (15%)	9 (45%)	2,138	$p \leq 0,05$
гипогестогнозический	5 (25%)	2 (10%)	1,274	$p > 0,1$
эйфорический	2 (10%)	3 (15%)	0,478	$p > 0,1$
тревожный	3 (15%)	4 (20%)	0	$p > 0,1$
депрессивный	6 (30%)	2 (10%)	1,629	$p > 0,1$

Результаты проведенного статистического анализа указывают на наличие значимых различий встречаемости оптимального типа ПКГД у испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента при уровне достоверности $p \leq 0,05$. В отношении остальных типов ПКГД достоверных различий частоты встречаемости на этапе констатирующего и контрольного эксперимента не обнаружено.

Таким образом, статистически доказано, что после проведения формирующих мероприятий отмечается увеличение количества испытуемых с оптимальным типом ПКГД.

Изменения, произошедшие у испытуемых в рамках родительского отношения к ребенку, были зафиксированы при помощи проведения повторной диагностики матерей диагностическим инструментарием, применяемым на этапе констатирующего эксперимента.

Обратимся к рассмотрению результатов полученных на этапе контрольного эксперимента при помощи методики «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин).

На рисунке 5 представлены средние показатели испытуемых по измеряемым шкалам на этапе констатирующего и контрольного эксперимента.

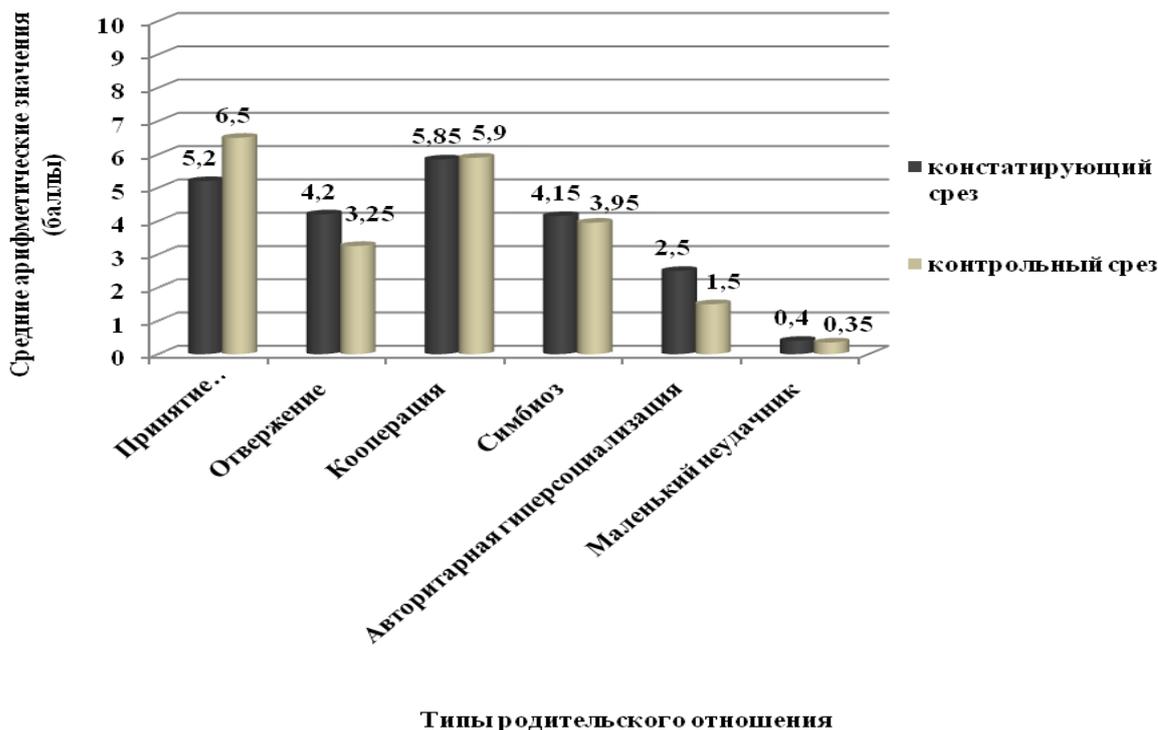


Рис. 5. Распределение средних значений результатов среди испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по методике изучения типов родительского отношения

Анализируя данные представленные на рисунке 5, можем увидеть, что заметные изменения произошли в отношении таких шкал как «принятие», «отвержение», «авторитарная гиперсоциализация».

В рамках анализа по данной методике мы разделили шкалу принятия на два ее полюса – «принятие» и «отвержение», по которым соответственно отмечаются изменения. Так, по шкале принятия на этапе контрольного эксперимента отмечается повышение среднего показателя среди испытуемых на 1,3 балла (констатирующий эксперимент – 5,2 балла, контрольный эксперимент – 6,5 баллов). Это указывает на то, что женщины экспериментальной группы после участия в формирующих мероприятия стали в большей степени принимать своего ребенка безусловно, любить его таким, какой он есть. Соответственно, по шкале отвержения отмечается

снижение показателя (констатирующий срез – 4,2, контрольный – 3,25 баллов). Это еще раз доказывает изменения произошедшие у испытуемых в пользу повышения уровня принятия своего ребенка.

По шкале «авторитарная гиперсоциализация» отмечается снижение среднего показателя по выборке. Так, на этапе констатирующего эксперимента уровень по данной шкале принимал значения в 2,5 балла, в то время как после проведения формирующего эксперимента по результатам контрольного среза данный показатель снизился до 1,5 баллов. Это свидетельствует о снижении авторитарности матерей в воспитании своего ребенка, большем уважении и принятии воли ребенка, проявлении демократического стиля в воспитании, когда отношения матери и ребенка приближаются к взаимодействию на равных, уважаются и признаются желания и стремления ребенка.

В отношении других типов родительского отношения по результатам сравнительного анализа качественных показателей заметных изменений не обнаружено.

Обратимся к статистическому анализу полученных результатов исследования на этапе констатирующего и контрольного эксперимента, который проводился с использованием t-критерия Стьюдента для связанных выборок (таблица 8).

Таблица 8

Результаты статистического анализа данных, полученных на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по итогам диагностики по методике «Опросник родительского отношения» (ОРО)

А.Я. Варга, В.В. Столина

Группа испытуемых	Констатирующий этап (М)	Контрольный этап (М)	t Стьюдента	Достоверность
Типы Родительского отношения				
Принятие	4,2	6,5	6,2	$p \leq 0.01$

Продолжение таблицы 8

Отвержение	4,2	3,25	4,1	$p \leq 0,01$
Кооперация	5,85	5,9	0,2	$p > 0,1$
Симбиоз	4,15	3,95	0,7	$p > 0,1$
Авторитарная гиперсоциализация	2,5	1,5	3,6	$p \leq 0,01$
«Маленький Неудачник»	0,9	0,35	0,4	$p > 0,1$

Результаты статистического анализа данных свидетельствуют о том, что на высоком уровне достоверности обнаружены значимые различия в показателях испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по шкалам «принятие», «отвержение», «авторитарная гиперсоциализация».

Полученные результаты статистически подтверждают различия, обнаруженные в ходе проведения качественного сравнительного анализа показателей по этапе констатирующего и контрольного эксперимента.

Таким образом, участие в формирующем эксперименте женщин, отказавшихся от аборта, позволило повысить уровень выраженности такого типа родительского отношения, как принятие и снизить уровень выраженности авторитарного контроля.

Обратимся к анализу результатов полученных на этапе контрольного эксперимента при помощи методики «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл).

Даная методика в обобщенном виде измеряет следующие типы родительских установок: оптимальный эмоциональный контакт, излишняя эмоциональная дистанция, излишняя концентрация на ребенке.

Представим наглядно полученные результаты испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента на рисунке 6.

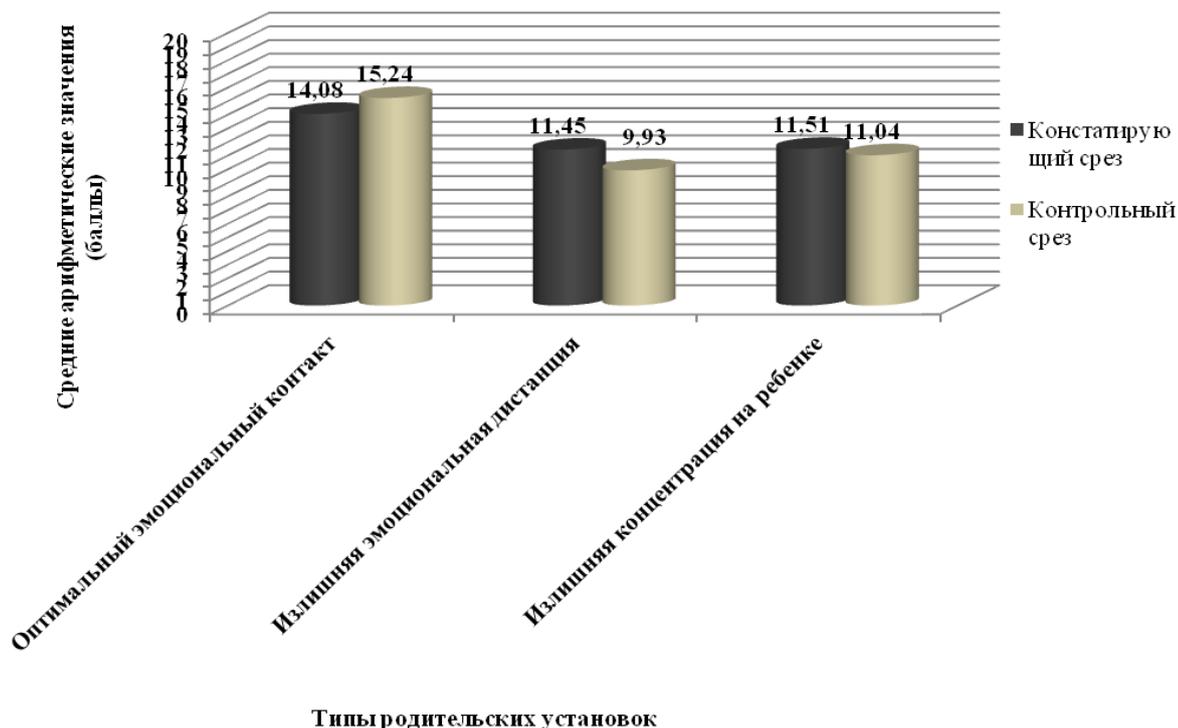


Рис. 6. Распределение средних значений среди испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по результатам проведения методики «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

Анализируя представленные показатели, можем отметить заметные изменения по всем представленным шкалам. Так, по шкале оптимального эмоционального контакта на этапе контрольного эксперимента отмечается заметное повышение показателя (с 14,08 баллов до 15,24 баллов). Это указывает на то, что среди большинства испытуемых произошли изменения в родительских установках, которые отражают степень выраженности оптимального эмоционального контакта с ребенком. Так, оптимальный эмоциональный контакт указывает на построение детско-родительских отношений с равных позиций, где уважают интересы и воля ребенка, поощряется его активность, учитывается его мнение и пожелания при принятии каких-либо внутрисемейных решений и разрешении вопросов.

По показателю излишней эмоциональной дистанции отмечается снижение показателя (с 11,45 баллов до 9,93 баллов), что указывает на определенные изменения у матерей в отношении родительских установок, входящих в данный показатель. Так, можем говорить о том, что у матерей снизился уровень излишней строгости, раздражительности по отношению к ребенку, а также снизилась степень уклонения от контакта с ребенком, что указывает на большее желание матерей взаимодействовать с ребенком, заботиться о нем.

На этапе контрольного эксперимента можно отметить, как заметно снизился показатель излишней концентрации на ребенке. На этапе констатирующего эксперимента этот показатель принимал значения в 11,51 баллов, и уже после проведения формирующих мероприятий стал принимать значения в 11,04 баллов. Это указывает на то, что у испытуемых значительно снизилась излишняя концентрация на ребенке, которая проявлялась в чрезмерной заботе, вмешательстве в мир ребенка, подавлении его воли, подавлении собственной агрессивности и либидо.

С целью доказательства произошедших изменений на статистическом уровне, обратимся к статистическому анализу полученных результатов исследования на этапе констатирующего и контрольного эксперимента, который проводился с использованием t-критерия Стьюдента для связанных выборок.

Обратимся к сравнению значений по шкалам, включенных в показатель такого типа родительской установки, как оптимальный эмоциональный контакт (вербализация, партнерские отношения, развитие активности ребенка, уравненные отношения). Результаты статистического сравнения значений по указанным шкалам испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента представлены в таблице 9.

Таблица 9

Результаты статистического сравнения данных испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по шкалам включенных в показатель «оптимальный эмоциональный контакт», полученных по итогам проведения методики «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

Группа испытуемых	Констатирующий срез	Контрольный срез	t Стьюдента	Достоверность
Шкалы				
вербализация	13,95	15,15	3,5	$p \leq 0,01$
партнерские отношения	13,55	15,1	3,7	$p \leq 0,01$
развитие активности ребенка	13,05	14,7	5,2	$p \leq 0,01$
уравненные отношения	15,75	16	0,3	$p > 0,1$

Итак, анализируя результаты статистического анализа испытуемых констатирующего и контрольного этапа эксперимента можем отметить наличие значимых различий на высоком уровне достоверности ($p \leq 0,01$) по таким шкалам, как «вербализация», «партнерские отношения», «развитие активности ребенка». Повышение показателя по шкале вербализации указывает на то, что женщины в большей степени стали привержены уважению мнения и воли своего ребенка, они с большей готовностью, чем раньше намерены поощрять высказывания своего ребенка в выражении своих взглядов и интересов.

Более высокий уровень по шкале партнерских отношений свидетельствует о том, большем стремлении матерей к установлению взаимоотношений с ребенком на равных, которые подразумевают уважение позиции ребенка, и определяют, что ответственность за благоприятный контакт с ребенком лежит, прежде всего, на родителях. Достоверно более высокий показатель по шкале развития активности ребенка указывает на тот

факт, что матери после участия в формирующих мероприятиях стали в большей степени заинтересованы в высоком уровне активности своего ребенка который проявляется в уважении его инициативности и включении в различные виды деятельности.

Проведем сравнение значений по шкалам, включенных в показатель такого типа родительской установки, как излишняя эмоциональная дистанция (раздражительность, излишняя строгость, уклонение от контакта).

Результаты статистического сравнения значений испытуемых полученных на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по указанным шкалам представлены в таблице 10.

Таблица 10

Результаты статистического сравнения данных испытуемых полученных на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по шкалам включенным в показатель «излишняя эмоциональная дистанция», полученных по итогам проведения методики «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

Группа испытуемых	Констатирующий срез	Контрольный срез	t Стьюдента	Достоверность
Шкалы				
раздражительность	11,5	9,95	4,4	$p \leq 0,01$
излишняя строгость	10,9	9,45	4,5	$p \leq 0,01$
Уклонение от контакта	11,95	10,4	4	$p \leq 0,01$

Результаты статистического анализа, представленные в таблице 10, свидетельствуют о наличии значимых различий в показателях испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по всем шкалам, входящим в общий показатель родительской установки «излишняя эмоциональная дистанция» на высоком уровне достоверности ($p \leq 0,01$). Так, отмечается четкая тенденция снижения показателей по шкалам «раздражительность», «излишняя строгость», «уклонение от контакта».

Достоверные снижения показателей по указанным шкалам еще раз подтверждают тот факт, что после формирующего эксперимента у матерей стали в большей степени проявляться принятие ребенка, уважение его воли и стремлений, а значит, в меньшей степени проявляются признаки авторитарности в воспитании и восприятии ребенка.

Проанализируем значения по шкалам, включенным в показатель такого типа родительской установки, как излишняя концентрация на ребенке (чрезмерная забота, подавление воли, опасение обидеть, исключение внутрисемейных влияний, подавление агрессивности, подавление сексуальности, чрезвычайное вмешательство в мир ребенка). Результаты статистического сравнения значений испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по указанным шкалам представлены в таблице 11.

Таблица 11

Результаты статистического сравнения данных испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента по шкалам включенным в показатель «излишняя концентрация на ребенке», полученных по итогам проведения методики «Измерение родительских установок и реакций»

(Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

Группа испытуемых Шкалы	Констатирующий срез	Контрольный срез	t Стьюдента	Достоверность
Чрезмерная забота	12	11,15	2,9	$p \leq 0,01$
Подавление воли	12,55	11,4	4,8	$p \leq 0,01$
Опасение обидеть	14,85	12,9	5,7	$p \leq 0,01$
Исключение внесемейных влияний	13,3	11,85	4,3	$p \leq 0,01$
Подавление агрессивности	12,4	10,85	5,7	$p \leq 0,01$
Подавление сексуальности	11,8	10,6	3,8	$p \leq 0,01$
Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	11,05	10	3,8	$p \leq 0,01$

Стремление ускорить развитие ребенка	10,15	9,6	1,9	p>0,1
--------------------------------------	-------	-----	-----	-------

Анализируя результаты, представленные в таблице 11, можем увидеть, что в отношении большинства из шкал входящих в показатель родительского отношения «излишняя концентрация на ребенке», отмечаются значимые различия в показателях испытуемых после проведения формирующих мероприятий и до их проведения. Только в отношении шкалы «стремление ускорить развитие ребенка» не обнаружилось статистически значимых различий в показателях испытуемых констатирующего и контрольного среза. Так, по всем остальным шкалам можем отметить достоверное снижение показателей. Снижение показателя по шкале чрезмерной заботы и подавления воли свидетельствует о том, что у матерей снизился уровень авторитарности по отношению к своему ребенку. Более низкий показатель по шкале «опасение обидеть» указывает на то, что у матерей в меньшей степени стала проявляться чрезмерное стремление обеспечить ребенку безопасность и уберечь его от множества разнообразных влияний внешнего окружающего мира. На основе данного обстоятельства можно сделать вывод о том, что после проведения формирующего эксперимента у матерей снизился общий уровень тревожности в том числе и в отношении ребенка.

Снижение показателя по шкале «исключение внесемейных влияний» говорит о том, что матери стали более спокойно относиться к влияниям на воспитание ребенка аспектов внешнего мира: других людей, групп, общества в целом. Что также может указывать на снижение уровня тревожности у матерей в отношении воспитания ребенка, расширение границ семьи, подвижность установок в отношении вопросов воспитания.

Достоверно снизился уровень по шкале «подавление агрессивности» что указывает на то, что любые проявления ребенка в выражении своих

негативных эмоций (агрессивности, гнева, недовольства) теперь не подавляются немедленно и не пресекаются сразу, матери стали более толерантными и терпимыми к негативным проявлениям ребенка.

Снижение показателя по шкале «подавление сексуальности» указывает на то обстоятельство, что матери стали более демократичными в вопросах воспитания ребенка: вопросы пола и гендерных различий перестали быть запретной темой при воспитании, матери намного легче стали идти на контакт в случае, когда ситуация касается подобных вопросов.

Достоверные различия в отношении показателей по шкале «чрезвычайное вмешательство в мир ребенка» свидетельствуют о том, что после формирующего эксперимента матери в меньшей степени склонны «сливаться» со своим ребенком, пытаются контролировать все чувства, мысли и переживания ребенка.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 3

На основе полученных результатов эмпирического исследования на этапе констатирующего эксперимента, были определены основные направления психокоррекционной и профилактической работы с женщинами, отказавшимися от аборта в рамках коррекции их родительского отношения к будущему ребенку, определены методы и формы работы, длительность реализации программы сопровождения, основные средства воздействия.

Реализация программы осуществлялась в рамках формирующего эксперимента, с беременными женщинами, ранее принявшими решение о прерывании беременности, но в ходе работы с психологом отказавшимися от аборта в течение года. К концу реализации программы все женщины стали молодыми матерями. Эффективность психопрофилактической программы оценивалась по итогам проведения контрольного эксперимента, который

представлял собой повторную диагностику женщин при помощи диагностического инструментария, использовавшегося на констатирующем этапе исследования.

С целью установления произошедших изменений был проведен сравнительный анализ показателей испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента, сделаны выводы, статистически доказаны обнаруженные различия.

Так, в ходе статистического анализа полученных данных на этапе контрольного эксперимента было установлено, что после проведения формирующих мероприятий произошли определенные изменения в особенностях родительского отношения женщин экспериментальной группы к своему ребенку.

Количество женщин с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты увеличилось на 30%, в то время как женщин с депрессивным типом ПКГД снизилось на 20%, с гипогестогнозическим – на 15%. Это свидетельствует о том, что у большинства испытуемых изменилось отношение к собственной беременности и будущему ребенку.

Особенности родительского отношения у данной категории женщин после проведения формирующих мероприятий характеризуются снижением уровня контроля и авторитарности в воспитании и повышением уровня принятия ребенка. Повысился уровень оптимального эмоционального контакта с ребенком: отмечается готовность к принятию суждений и мнений ребенка его воли и интересов, стремление к проработке отношений с ребенком на равных, стремление к участию в жизни ребенка, без навязчивого вмешательства в его мир.

Таким образом, в ходе реализации программы психопрофилактики нарушения родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от

аборта, отмечаются изменения в сторону оптимального состояния родительского отношения и родительских установок по отношению к своему ребенку. На основании этого можем сделать вывод о том, что реализация разработанной программы доказала свою эффективность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема нарушенного родительского отношения к ребенку по-прежнему сохраняет свою актуальность в настоящее время, поскольку именно отсюда берут свое начало проблемы детско-родительских отношений. Нарушенное родительское отношение может быть связано с ранним эмоциональным отвержением ребенка на самых ранних этапах его внутриутробного развития, когда будущая мать думает над решением прерывания беременности. В рамках данного исследования мы рассматривали ситуацию дальнейшего сохранения беременности будущей матерью, предполагая, что именно при таких обстоятельствах нарушается родительское отношение к будущему ребенку. И таким образом актуальным в рамках данного исследования был вопрос формирования позитивного (благоприятного) родительского отношения к ребенку будущих матерей, отказавшихся от аборта.

В ходе данного исследования осуществлен подробный теоретический анализ исследуемой проблемы, рассмотрены понятия в научной литературе о родительском отношении, конструктивных и деструктивных мотивах родительства.

В ходе теоретического анализа мы определили, что родительское отношение представляет собой особую систему совокупности чувств, оценок родителя по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков. Структура родительского отношения включает три компонента (аспекта): когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Подобран диагностический инструментарий для проведения исследования включающий:

а) методику «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» (И.В. Добряков), позволяющую изучить специфику отношения беременной женщины к состоянию беременности и будущему ребенку;

б) «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин), выявляющий нарушенные типы родительского отношения к ребенку;

в) Опросник «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл) изучающий установки матери в отношении воспитания ребенка.

Осуществлен анализ научной литературы в рамках проведения психологического сопровождения беременных женщин, принимающих решение о прерывании или сохранении беременности. Рассмотрены аспекты проведения доабортного консультирования и его содержания в рамках предполагаемой модели программы профилактики нарушения родительского отношения к ребенку женщин данной категории. Выделены основные 2 этапа профилактики нарушения родительского отношения женщин, отказавшихся от аборта.

Первый этап – проведение доабортного консультирования с установлением истинных причин и мотивов прерывания и сохранения беременности, актуальной жизненной ситуации, выявление варианта ПКГД.

Второй этап работы посвящен непосредственно профилактике нарушения родительского отношения женщин, отказавшихся от аборта и условно включает 3 основных блока:

- 1) психологическое просвещение;
- 2) психоэмоциональная поддержка и коррекция психоэмоционального состояния женщин;
- 3) психокоррекция поведения будущих матерей.

Организовано и проведено эмпирическое исследование, состоящее из 3

этапов: констатирующего, формирующего и контрольного.

На этапе констатирующего эксперимента выявлены особенности родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта: доминирующий тип ПКГД – депрессивный и гипогнозический; сниженный уровень принятия по отношению к будущему ребенку; склонность к авторитарному стилю воспитания, к игнорированию эмоций (в особенности, негативных), переживаний, мнений и интересов ребенка.

На основе полученных результатов определены направления психокоррекционной работы, составлена психопрофилактическая программа коррекции родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта. Содержание разработанной программы включает несколько важнейших компонентов сопровождения и психопрофилактики:

1) образовательный компонент (проведение лекций, психопросветительских мероприятий, организация и проведение фокус-групп, групповых дискуссий, обеспечение психолого-педагогической литературой, демонстрация видеоматериалов);

2) консультативный компонент (индивидуальные консультации по запросу, семейное консультирование, диагностика и мониторинг психоэмоционального состояния, консультации по результатам диагностики);

3) воспитательный компонент (развитие эмоционально-положительной направленности матери на общение и взаимодействие со своим ребенком, формирование позиции принятия по отношению к ребенку, совершенствование и укрепление супружеских отношений, проведение занятий на установление эмоциональной связи с ребенком в период вынашивания, общения с ним);

4) психокоррекционный компонент (коррекция межличностных отношений с членами семьи, стабилизация психоэмоционального состояния

будущих матерей, коррекция родительских установок и родительского отношения к будущему ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, а также у других членов их семьи).

В рамках формирующего эксперимента осуществлена реализация программы профилактики и коррекции родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта.

На этапе контрольного эксперимента осуществлено повторное исследование родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, с помощью диагностического инструментария, используемого на этапе констатирующего эксперимента.

В результате статистического анализа полученных данных на этапе контрольного эксперимента было установлено, что после проведения формирующих мероприятий произошли определенные изменения в особенностях родительского отношения женщин экспериментальной группы к своему ребенку: увеличилось количество женщин с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты, в то время как наличие депрессивного и гипогнозического типа ПКГД среди беременных женщин, отказавшихся от аборта, достоверно снизилось. Это свидетельствует о том, что у большинства испытуемых изменилось отношение к будущему ребенку.

Особенности родительского отношения у данной категории женщин после проведения формирующих мероприятий характеризуются снижением уровня контроля и авторитарности в воспитании и повышением уровня принятия ребенка. Повысился уровень оптимального эмоционального контакта с ребенком: отмечается готовность к принятию суждений и мнений ребенка его воли и интересов, стремление к проработке отношений с ребенком на равных, стремление к участию в жизни ребенка, без навязчивого вмешательства в его мир.

Таким, образом, выдвинутая нами гипотеза о том, что родительское отношение к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта, является нарушенным и характеризуется несформированностью позиции принятия по отношению к ребенку, подтвердилась.

Разработанная программа профилактики, включающая, коррекцию психоэмоционального состояния беременной женщины, коррекцию ее поведенческих реакций и установок, межличностных отношений с членами семьи, является эффективной и обеспечивает положительные изменения родительского отношения к ребенку.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аликин И.А., Лукьянченко Н.В. Нормативная динамика родительского отношения в современном обществе: возрастной и гендерный аспекты 2012 / Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. С. 228–234.
2. Антонов А.И. Социология семьи / Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. М.: Изд-во МГУ: Изд-во Международного университета бизнеса и управления («Братья Карич»), 1996. 304с.
3. Артамонова Е.И. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования.: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.И. Артамонова, Е.В. Екжанова, Е.В. Зырянова и др. М.: Академия, 2004. 192с.
4. Асмолов А.Г. Психология личности. М.: МГУ, 1990. 385 с.
5. Баранов А.А. Педагогическая забота как атрибут профессионализма субъекта обучения и воспитания / А.А. Баранов, М.В. Белокрылова // Вестник Российского государственного университета им. И. Канта. Калининград: РГУ им. И Канта, 2007. № 11. С. 57–61.
6. Белобородов И.И. Аборты в России: история, последствия, альтернативы// Материалы всероссийской конференция центров защиты материнства. М., 2007. 157 с.
7. Берне Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М.: Прогресс, 2011. 360 с.
8. Берталанфи Л. История и статус общей теории систем. В кн.: Системные исследования. Методологические проблемы. Ежегодник. М.: Наука, 1973. С. 20–37.
9. Бодалев А.А. Психология межличностных отношений. М.: Смысл, 2013. 477 с.
10. Борисов В.А. Демографическая ситуация в современной России. URL: <http://www.demographia.ru> (дата обращения: 10.11.2016).

11. Боуэн М. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: основные понятия, методы и клиническая практика. М.: Когито-Центр, 2008. 496 с.
12. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. №2. С. 79–87.
13. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2012. 144 с.
14. Варга А.Я. Типы неправильного родительского отношения: автореф. дис. ... канд. псих. наук. М., 1987. 67 с.
15. Варга А.Я. Столин В.В. Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы. М.: МГУ, 2012. 128 с.
16. Варга А.Я. Структура и типы родительских отношений. М.: ВЛАДОС, 2007. 358с.
17. Васина А.Н. Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода. М.: Издательство УРАО, 2014. 328 с.
18. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика, 1991. 480 с.
19. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. М.: Просвещение, 2006. 1235 с.
20. Гурко Т.А. Родительство в изменяющихся социокультурных условиях // Социс. 1997. №1. С. 72–79.
21. Демоз Л. Психоистория. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 512 с.
22. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб, 2010. 272 с.
23. Доманецкая Л.В. Психология семьи и семейного воспитания: учебное пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. 212с.
24. Дружинин В.Н. Психология семьи. М.: КСП, 1996.84 с.

25. Запорожец А.И. Эмоциональное развитие дошкольника. М.: Международный образовательный и психологический колледж, 1985. 260 с.
26. Здравоохранение в России. 2015: Стат. сб. / Росстат. М., 2015. 174 с.
27. Эльячефф К., Эйниш Н. Дочки-матери. 3-й лишний? Издательство: Кстати, Институт общегуманитарных исследований, 2006. 448 с.
28. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. М.: Гардарики, 2005. 320 с.
29. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 2001. 304 с.
30. Кельмансон И.А. Перинатология и перинатальная психология. СПб.: Спец Лит, 2015. 30с.
31. Ковалев С.В. Психология современной семьи. М.: Просвещение, 2012. 199 с.
32. Кочюнас Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия. М.: Академический Проект; ОППЛ, 2002. 464 с.
33. Куценко О.С. Аборт или Рождение? Две чаши весов / Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора. СПб.: 2 переиздание, 2011. 375 с.
34. Лазурский А.Ф. Избранные труды по общей психологии. СПб.: Алетейя, 2013. 192 с.
35. Ланцбург М.Е. О применении экзистенциального гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей //Журнал практического психолога. 2003, № 4-5. С. 22–37.
36. Ланцбург М.Е. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. М.: Изд-во УРАО, 2015. С. 38–41.

37. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. М.: Наука, 1983. 560 с.
38. Логинова И.А. О специфике детско-родительских отношений // Семейная психология и семейная терапия. 1998. № 4. 61 с.
39. Магденко О. Классификация мотивов рождения. URL: http://www.mladamir.ru/article/klassifikacia_motivov/(дата обращения: 14.12.2016).
40. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. М.: Наука, 2013. 428 с.
41. Мясищев В.Н. Проблема личности и отношений человека// Материалы совещаний по психологии. М.: Изд-во АПН, 1957. С. 71–72.
42. Насонова О.Б. Становление детской личности в семейных взаимоотношениях// Воспитателю о психологии и педагогики сексуального развития ребенка. Киев, 1996. С. 73–81.
43. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. 496с.
44. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2003. 240 с.
45. Петровский А.В. Проблема развития личности с позиций социальной психологии // Вопросы психологии. 1984. № 4. С. 15–29.
46. Петровский А.В. Психология развивающейся личности. М., 1987. 566 с.
47. Понкратьева Н.Б. Внутриличностный конфликт (первичное бесплодие) как нарушение связи с процессами смерти и умирания / Дипломная работа Института танатотерапии, 2010 г. URL: <http://subscribe.ru/archive/psychology.tanatos/200912/31105952.html>(дата обращения: 17.02.2017).
48. Попова А.А. Диагностика мотивации рождения ребенка /Перинатальная психология и психология родительства, 2004, №1. 156 с.

49. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
50. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Под ред. Силяевой Е.Г. 3-е изд., стереотип. М.: Академия, 2005. 192 с.
51. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ беременности. Учебное пособие по психологии материнства. Для факультетов: психологических, медицинских и социальной работы. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2003. 784 с.
52. Родители и дети: психология взаимоотношений / Под ред. Е.А. Савиной и Е.О. Смирновой. М.: Когито-Центр, 2003. 230 с.
53. Рождественская Н.А. Негармоничные стили семейного воспитания и восприятия родителями своих детей // Вестник Московского университета. 2002. № 2. С. 48–53.
54. Самоукина Н.В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // Вопросы психологии. 2000. № 3. С. 3–14.
55. Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. М.: ВЛАДОС, 2001. 96 с.
56. Большой психологический словарь / Сост. и общ.ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК. 2003. 672 с.
57. Скобло Г.В., Дубровик О.Ю. Система «мать дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. №2. С. 75–78.
58. Скрицкая Т.В. Материнство как социально обусловленный феномен. «Вестник Кемеровского Государственного Университета» №2 (22). Кемерово: ЮНИТИ, 2005. URL: <http://hpsy.ru/public/x2472.htm> (дата обращения: 17.03.2017).

59. Смирнова Е. О. Динамика родительского отношения в онтогенезе ребенка / Е. О. Смирнова, М. В. Соколова // Психолог в детском саду. 2003. № 4. С. 102–108.
60. Уилке Дж. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы. М., 2003. 380 с.
61. Филиппова Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход // Психол. журн. 1999. Т. 20. № 5. С. 81–88.
62. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология родительства – новая область исследования в психологии / Журнал практического психолога. № 4-5. С. 3–21.
63. Черников А.В. Системная семейная психотерапия. Теория и практика // Семейная психология и семейная терапия. 1998. № 1. С. 103–111.
64. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Изд. 3-е. СПб.: Речь, 2007. 352 с.
65. Эйдемиллер, Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999. 656 с.
66. Эльконин Д. Психология игры. М.: Владос, 1999. 360 с.
67. Эриксон Э. Детство и общество. СПб.: Ленато, АСТ, 1996. 592 с.
68. Brody S. Patterns of Mothering. N. Y.: International Universities Press, 2001. 355 с.
69. Ginott H.G. between Parent and Children. N.Y., 1977. 219 с.
70. Jones, E.E., Nisbett R.E. The Actor and the Observer: Divergent Perceptions of the Causes of Behavior. N. J., 1971. 289 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение А

Методика «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» (И.В. Добряков)

Инструкция: «Просим Вас из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее Ваше состояние».

А

1	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна	
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна	
	3	С тех пор как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении	
	4	В основном мне приятно сознавать, что я беременна	
	5	Я очень расстроена тем, что беременна	
2	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни	
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать	
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни	
	4	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной	
	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим надеждам	
3	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах	
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь	
	3	Я думаю, что во время родов все могу сделать правильно и не испытываю особого страха перед ними	
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их плохом исходе	
	5	Я думаю о родах, как о предстоящем празднике	
Б			
1	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери	
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью	
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве	
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью	
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью	
2	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним	
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю	

	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать	
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю	
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого	
3	1	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью	
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью	
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью	
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью	
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью	

В

1	1	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка	
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка	
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне	
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне	
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка	
2	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними	
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении	
	3	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, мои отношения с ними ухудшились	
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей	
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит	
3	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают что я «в положении»	
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении»	
	4	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении»	
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении»	

Обработка результатов после выполнения задания необходимо сверить полученные результаты в таблицу, отметив соответствующую утверждению цифру (таблица 1).

Ключ к методике

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
1	1	4	2	1	3	5
	2	2	3	4	1	5
	3	3	1	5	2	4
2	1	5	3	4	1	2
	2	1	4	2	3	5
	3	3	1	2	5	4
3	1	3	2	1	5	4
	2	1	4	2	5	3
	3	5	4	3	2	1
	Всего					

В нижней строке таблицы – «Всего» – выставляется результат подсчета количества отмеченных цифр (баллов, не суммы цифр!) в каждом столбце. Столбец «О» отражает утверждения, характеризующие преимущественно оптимальный тип ПКГД, «Г» – гипогестогнозический, «Э» – эйфорический, «Т» – тревожный, «Д» – депрессивный.

7–9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД свидетельствует об определяющем типе.

«Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин)

Инструкция: «Внимательно прочтите предложенные утверждения, касающиеся вашего отношения к своему ребенку, и в случае согласия сделайте соответствующую отметку в бланке ответов».

Отвечая на вопросы опросника, испытуемый должен выразить свое согласие или несогласие с ними с помощью оценок «да» или «нет».

Стимульный материал

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, о чем думает мой ребенок.

3. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.
4. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
5. Я испытываю к ребенку чувство симпатии.
6. Я уважаю своего ребенка.
7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто мне неприятен.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда недоброе отношение к ребенку приносит ему пользу.
11. По отношению к своему ребенку я испытываю досаду.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что другие дети потешаются над моим ребенком.
14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые заслуживают осуждения.
15. Мой ребенок отстает в психологическом развитии и для своего возраста выглядит недостаточно развитым.
16. Мой ребенок специально ведет себя плохо, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок, как губка, впитывает в себя все самое плохое.
18. При всем старании моего ребенка трудно научить хорошим манерам.
19. Ребенка с детства следует держать в жестких рамках, только тогда из него вырастет хороший человек.
20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.
21. Я всегда принимаю участие в играх и делах ребенка.
22. К моему ребенку постоянно «липнет» все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успехов в жизни.
24. Когда в компании говорят о детях, мне становится стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как другие дети.

25. Я жалею своего ребенка.
26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, то они кажутся мне воспитаннее и разумнее, чем мой ребенок.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок вырастет, и с нежностью вспоминаю то время, когда он был еще совсем маленьким.
29. Я часто ловлю себя на том, что с неприязнью и враждебно отношусь к ребенку.
30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг того, что лично мне не удалось в жизни.
31. Родители должны не только требовать от ребенка, но и сами приспособливаться к нему, относиться к нему с уважением, как к личности.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы и пожелания моего ребенка.
33. При принятии решений в семье следует учитывать мнение ребенка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. Я часто признаю, что в своих требованиях и претензиях ребенок по-своему прав.
36. Дети рано узнают о том, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь с ребенком.
38. Я испытываю дружеские чувства по отношению к ребенку.
39. Основная причина капризов моего ребенка – это эгоизм, лень и упрямство.
40. Если проводить отпуск с ребенком, то невозможно нормально отдохнуть.
41. Самое главное – чтобы у ребенка было спокойное, беззаботное детство.
42. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения моего ребенка.
44. Мой ребенок кого угодно может вывести из себя.
45. Огорчения моего ребенка мне всегда близки и понятны.

46. Мой ребенок часто меня раздражает.
47. Воспитание ребенка – это сплошная нервотрепка.
48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
49. Я не доверяю своему ребенку.
50. За строгое воспитание дети потом благодарят своих родителей.
51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.
52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.
53. Мне близки интересы моего ребенка, я их разделяю.
54. Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, и если он это делает, то обязательно получается не так, как нужно.
55. Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни.
56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.
57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.
58. Я восхищаюсь своим ребенком.
59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.
60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.
61. Ребенок должен дружить с теми детьми, которые нравятся его родителям.

При подсчете тестовых баллов по всем шкалам учитываются положительные ответы, совпадающие с ключом, за которые начисляется по 1 баллу.

Ключ к методике

1. Принятие-отвержение: 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.
2. Кооперация: 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.
3. Симбиоз: 1, 4, 7, 28, 32, 41, 58.
4. Авторитарная гиперсоциализация: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

5. «Маленький неудачник»: 9, 11, 13, 17, 22, 54, 61.

Высокий тестовый балл по соответствующим шкалам интерпретируется как:

- 1) отвержение,
- 2) социальная желательность,
- 3) симбиоз,
- 4) авторитарная гиперсоциализация,
- 5) инфантилизация (инвалидизация).

**Опросник «Измерение родительских установок и реакций» (PARI)
(Е.С. Шефер и Р.К. Белл)**

Инструкция: «Прочтите каждое утверждение, данное ниже, и оцените каждое из них следующим образом:

- х А – полностью согласен;
- х а – почти согласен;
- х б– скорее согласен;
- х Б– полностью не согласен.

Здесь нет правильных или неправильных ответов, поэтому вы отвечаете согласно своему мнению. Очень важно, чтобы вы ответили на все вопросы. Многие утверждения будут казаться похожими, но все они необходимы, чтобы уловить слабые различия во взглядах».

Стимульный материал

1. Если дети считают свои взгляды правильными, они могут не соглашаться со взглядами родителей.
2. Хорошая мать должна оберегать своих детей даже от маленьких трудностей и обид.
3. Для хорошей матери дом и семья –самое важное в жизни.
4. Некоторые дети настолько плохи, что ради их же блага нужно научить их бояться взрослых.

5. Дети должны отдавать себе отчет в том, что родители делают для них очень много.
6. Маленького ребенка всегда следует крепко держать в руках во время мытья, чтобы он не упал.
7. Люди, которые думают, что в хорошей семье не может быть недоразумений, не знают жизни.
8. Ребенок, когда повзрослеет, будет благодарить родителей за строгое воспитание.
9. Пребывание с ребенком целый день может довести до нервного истощения.
10. Лучше, если ребенок не задумывается над тем, правильны ли взгляды его родителей.
11. Родители должны воспитывать в детях полное доверие к себе.
12. Ребенка следует учить избегать драк, независимо от обстоятельств.
13. Самое плохое для матери, занимающейся хозяйством, чувство, что ей нелегко освободиться от своих обязанностей.
14. Родителям легче приспособиться к детям, чем наоборот.
15. Ребенок должен научиться в жизни многим нужным вещам, и поэтому ему нельзя разрешать терять ценное время.
16. Если один раз согласиться с тем, что ребенок съябедничал, он будет это делать постоянно.
17. Если бы отцы не мешали в воспитании детей, матери бы лучше справлялись с детьми.
18. В присутствии ребенка не надо разговаривать о вопросах пола.
19. Если бы мать не руководила домом, мужем и детьми, все происходило бы менее организованно.
20. Мать должна делать все, чтобы знать, о чем думают дети.
21. Если бы родители больше интересовались делами своих детей, дети были бы лучше и счастливее.

22. Большинство детей должны самостоятельно справляться с физиологическими нуждами уже с 15 месяцев.
23. Самое трудное для молодой матери — оставаться одной в первые годы воспитания ребенка.
24. Надо способствовать тому, чтобы дети высказывали свое мнение о жизни и о семье, даже если они считают, что жизнь в семье неправильная.
25. Мать должна делать все, чтобы уберечь своего ребенка от разочарований, которые несет жизнь.
26. Женщины, которые ведут беззаботную жизнь, не очень хорошие матери.
27. Надо обязательно искоренять у детей проявления рождающейся ехидности.
28. Мать должна жертвовать своим счастьем ради счастья ребенка.
29. Все молодые матери боятся своей неопытности в обращении с ребенком.
30. Супруги должны время от времени ругаться, чтобы доказать свои права.
31. Строгая дисциплина по отношению к ребенку развивает в нем сильный характер.
32. Матери часто настолько бывают замучены присутствием своих детей, что им кажется, будто они не могут с ними быть ни минуты больше.
33. Родители не должны представлять перед детьми в плохом свете.
34. Ребенок должен уважать своих родителей больше других.
35. Ребенок должен всегда обращаться за помощью к родителям или учителям вместо того, чтобы разрешать свои недоразумения в драке.
36. Постоянное пребывание с детьми убеждает мать в том, что ее воспитательные возможности меньше умений и способностей (могла бы, но...).

37. Родители своими поступками должны завоевывать расположение детей.
38. Дети, которые не пробуют своих сил в достижении успехов, должны знать, что потом в жизни могут встретиться с неудачами.
39. Родители, которые разговаривают с ребенком о его проблемах, должны знать, что лучше ребенка оставить в покое и не вникать в его дела.
40. Мужья, если не хотят быть эгоистами, должны принимать участие в семейной жизни.
41. Нельзя допускать, чтобы девочки и мальчики видели друг друга голыми.
42. Если жена достаточно подготовлена к самостоятельному решению проблем, то это лучше и для детей, и для мужа.
43. У ребенка не должно быть никаких тайн от своих родителей.
44. Если у Вас принято, что дети рассказывают Вам анекдоты, а Вы — им, то многие вопросы можно решить спокойно и без конфликтов.
45. Если рано научить ребенка ходить, это благотворно влияет на его развитие.
46. Нехорошо, когда мать одна преодолевает все трудности, связанные с уходом за ребенком и его воспитанием.
47. У ребенка должны быть свои взгляды и возможность их свободно высказывать.
48. Надо беречь ребенка от тяжелой работы.
49. Женщина должна выбирать между домашним хозяйством и развлечениями.
50. Умный отец должен научить ребенка уважать начальство.
51. Очень мало женщин получает благодарность детей за труд, затраченный на их воспитание.
52. Если ребенок попал в беду, в любом случае мать всегда чувствует себя виноватой.

53. У молодых супругов, несмотря на силу чувств, всегда есть разногласия, которые вызывают раздражение.
54. Дети, которым внушили уважение к нормам поведения, становятся хорошими и уважаемыми людьми.
55. Редко бывает, что мать, которая целый день занимается ребенком, сумела быть ласковой и спокойной.
56. Дети не должны вне дома учиться тому, что противоречит взглядам их родителей.
57. Дети должны знать, что нет людей более мудрых, чем их родители.
58. Нет никакого оправдания ребенку, который бьет другого ребенка.
59. Молодые матери страдают по поводу своего заключения дома больше, чем по какой-нибудь другой причине.
60. Заставлять детей отказываться и приспособливаться — плохой метод воспитания.
61. Родители должны научить детей найти занятие и не терять свободного времени.
62. Дети мучают своих родителей мелкими проблемами, если с самого начала к этому привыкнут.
63. Когда мать плохо выполняет свои обязанности по отношению к детям, это, пожалуй, значит, что отец не выполняет своих обязанностей по содержанию семьи.
64. Детские игры с сексуальным содержанием могут привести детей к сексуальным преступлениям.
65. Планировать должна только мать, так как только она знает, как положено вести хозяйство.
66. Внимательная мать знает, о чем думает ее ребенок.
67. Родители, которые выслушивают с одобрением откровенные высказывания детей о их переживаниях на свиданиях, товарищеских

встречах, танцах и т.п., помогают им в более быстром социальном развитии.

68. Чем быстрее слабеет связь детей с семьей, тем быстрее дети научатся разрешать свои проблемы.
69. Умная мать делает все возможное, чтобы ребенок до и после рождения находился в хороших условиях.
70. Дети должны принимать участие в решении важных семейных вопросов.
71. Родители должны знать, как нужно поступать, чтобы дети не попали в трудные ситуации.
72. Слишком много женщин забывает о том, что их надлежащим местом является дом.
73. Дети нуждаются в материнской заботе, которой им иногда не хватает.
74. Дети должны быть более заботливы и благодарны своей матери за труд, вложенный в них.
75. Большинство матерей опасаются мучить ребенка, давая ему мелкие поручения.
76. В семейной жизни существует много вопросов, которые нельзя решить путем спокойного обсуждения.
77. Большинство детей должны воспитываться более строго, чем происходит на самом деле.
78. Воспитание детей — тяжелая, нервная работа.
79. Дети не должны сомневаться в разумности родителей.
80. Больше всех других дети должны уважать родителей.
81. Не надо способствовать занятиям детей боксом или борьбой, так как это может привести к серьезным проблемам.
82. Одно из плохих явлений заключается в том, что у матери нет свободного времени для любимых занятий.

83. Родители должны считать детей равноправными во всех вопросах жизни.
84. Когда ребенок делает то, что обязан, он находится на правильном пути и будет счастлив.
85. Надо оставить ребенка, которому грустно, в покое и не заниматься им.
86. Самое большое желание любой матери — быть понятой мужем.
87. Одним из самых сложных моментов в воспитании детей являются сексуальные проблемы.
88. Если мать руководит домом и заботится обо всем, вся семья чувствует себя хорошо.
89. Так как ребенок — часть матери, он имеет право знать все о ее жизни.
90. Дети, которым разрешается шутить и смеяться вместе с родителями, легче принимают их советы.
91. Родители должны приложить все усилия, чтобы как можно раньше справляться с физиологическими нуждами.
92. Большинство женщин нуждаются в большем количестве времени для отдыха после рождения ребенка, чем им дается на самом деле.
93. У ребенка должна быть уверенность в том, что его не накажут, если он доверит родителям свои проблемы.
94. Ребенка не нужно приучать к тяжелой работе дома, чтобы он не потерял охоту к любой работе.
95. Для хорошей матери достаточно общения с семьей.
96. Порой родители вынуждены поступать против воли ребенка.
97. Матери жертвуют всем ради блага собственных детей.
98. Самая главная забота матери — благополучие и безопасность ребенка.
99. Естественно, что двое людей с противоположными взглядами в супружестве ссорятся.
100. Воспитание детей в строгой дисциплине делает их более счастливыми.

101. Естественно, что мать "сходит с ума", если у нее дети эгоисты и очень требовательны.
102. Ребенок никогда не должен слушать критические замечания о своих родителях.
103. Прямая обязанность детей — доверие по отношению к родителям.
104. Родители, как правило, предпочитают спокойных детей драчунам.
105. Молодая мать несчастна, потому что многие вещи, которые ей хотелось бы иметь, для нее недоступны.
106. Нет никаких оснований, чтобы у родителей было больше прав и привилегий, чем у детей.
107. Чем раньше ребенок поймет, что нет смысла терять время, тем лучше для него.
108. Дети делают все возможное, чтобы заинтересовать родителей своими проблемами.
109. Немногие мужчины понимают, что матери их ребенка тоже нужна радость.
110. С ребенком что-то не в порядке, если он много расспрашивает о сексуальных вопросах.
111. Выходя замуж, женщина должна отдавать себе отчет в том, что будет вынуждена руководить семейными делами.
112. Обязанностью матери является знание тайных мыслей ребенка.
113. Если включать ребенка в домашние заботы, он легче доверяет им свои проблемы.
114. Надо как можно раньше прекратить кормить ребенка грудью и из бутылочки (приучить самостоятельно питаться).
115. Нельзя требовать от матери слишком большого чувства ответственности по отношению к детям.

Обработка результатов

Результаты тестирования заносятся в специальную таблицу, в строках которой располагаются номера 5 вопросов, «измеряющих» тот или иной аспект (признак) родительского отношения к ребенку (шкалы методики).

Аспекты - признаки (шкалы)

Опросник объединяет следующие шкалы:

1. Вербализация
2. Чрезмерная забота
3. Зависимость от семьи
4. Подавление воли
5. Ощущение самопожертвования
6. Опасение обидеть
7. Семейные конфликты
8. Раздражительность
9. Излишняя строгость
10. Исключение внутрисемейных влияний
11. Сверх авторитет родителей
12. Подавление агрессивности
13. Неудовлетворенность ролью хозяйки
14. Партнерские отношения
15. Развитие активности ребенка
16. Уклонение от конфликта
17. Безучастность мужа
18. Подавление сексуальности
19. Доминирование матери
20. Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка
21. Уравненные отношения
22. Стремление ускорить развитие ребенка
- 23. Несамостоятельность матери**

Ключ

А — 4 балла; а — 3 балла; б — 2 балла; Б — 1 балл.

№ признака	Признаки	№ вопросов				
Отношение к семейной роли						
3	Зависимость от семьи	3	26	49	72	95
5	Ощущение самопожертвования	5	28	51	74	97
7	Семейные конфликты	7	30	53	76	99
11	Сверх авторитет родителей	11	34	57	80	103
13	Неудовлетворенность ролью хозяйки	13	36	59	82	105
17	Безучастность мужа	17	40	63	86	109
19	Доминирование матери	19	42	65	88	111
23	Несамостоятельность матери	23	46	69	92	115
Отношение родителей к ребенку						
Оптимальный эмоциональный контакт						
1	Вербализация	1	24	47	70	93
14	Партнерские отношения	14	37	60	83	106
15	Развитие активности ребенка	15	38	61	84	107
21	Уравненные отношения	21	44	67	90	113
Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком						
8	Раздражительность	8	31	54	77	100
9	Излишняя строгость	9	32	55	78	101
16	Уклонение от контакта	16	39	62	85	108
Излишняя концентрация на ребенке						
2	Чрезмерная забота	2	25	48	71	94
4	Подавление воли	4	27	50	73	96
6	Опасение обидеть	6	29	52	75	98
10	Исключение внутрисемейных влияний	10	33	56	79	102
12	Подавление агрессивности	12	35	58	81	104
18	Подавление сексуальности	18	41	64	87	110
20	Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	20	43	66	89	112
22	Стремление ускорить развитие ребенка	22	45	68	91	114

Приложение Б

Содержание психопрофилактической программы

Содержание программы:

Направления психолого-профилактической работы:

- х Индивидуальные консультации психолога;
- х групповые формы работы (занятия по подготовке к родам, тренинг, направленный на формирование положительного образа будущего ребенка);
- х психологическое просвещение (обеспечение психолого-педагогической литературой, демонстрация видеоматериалов, социально-психологический патронаж на дому).

Система профилактических мероприятий включает:

- Психологическую подготовку женщины к родам и материнству (индивидуальные консультации, просветительская работа и др.),
- Обеспечение благоприятного психоэмоционального состояния будущей матери (диагностика психоэмоционального состояния, индивидуальная и групповая коррекционная работа по преодолению страхов, тревожности и беспокойств, связанных с предстоящим материнством методами арт-терапии),
- Коррекцию межличностных отношений с членами семьи (Семейное консультирование и коррекция нарушенных взаимоотношений),
- Формирование стабильной положительной установки на беременность и роды (аутотренинг, групповые и индивидуальные занятия, направленные на преодоление страхов, связанных с периодом беременности и предстоящими родами с использованием методов и техник арт-терапии).

Система психолого-педагогической работы в рамках программы включала:

- 1) Образовательный компонент (проведение лекций, психопросветительских мероприятий, организация работы фокус-групп, групповых дискуссий, подбор необходимой психолого-педагогической литературы, демонстрация видеоматериалов).

2) Консультативный компонент (индивидуальные консультации по запросу, семейное консультирование, диагностика и мониторинг психоэмоционального состояния, консультации по результатам диагностики).

3) Воспитательный компонент (развитие эмоционально-положительной направленности матери на общение и взаимодействие с ребенком, формирование позиции принятия по отношению к ребенку. Совершенствование и укрепление супружеских отношений. Проведение занятий на установление эмоциональной связи с ребенком в период вынашивания).

4) Психокоррекционный компонент (коррекция межличностных отношений с членами семьи, стабилизация психоэмоционального состояния будущих матерей, коррекция родительских установок и родительского отношения к будущему ребенку будущих матерей и членов их семей).

Основные требования реализации программы:

1) Формирование группы женщин, отказавшихся от аборта в составе 4-10 человек

2) Наличие в медицинском учреждении необходимых специалистов (психолог, социальный работник, юрист, врач акушер-гинеколог), активность и готовность данных специалистов включиться в деятельность по реализации программы в любой необходимый момент

3) Наличие необходимого уровня образования у каждого специалиста, участвующего в реализации программы

4) Наличие кабинетов для проведения индивидуальных и групповых форм работы

5) Составление согласованного плана мероприятий каждого специалиста в рамках реализации программы

б) Гибкость и адаптивность программы а также самих специалистов, ответственных за реализацию отдельных направлений в соответствии с возникающими обстоятельствами и запросами клиентов.

1. Консультативный компонент

№ п/п	Мероприятие	Форма работы	Ответственные и привлекаемые к работе
1.	Организация, проведение и анализ результатов диагностики психоэмоционального состояния женщин, отказавшихся от аборта	Групповая и индивидуальная	Психолог
2.	Проведение консультации по результатам психодиагностического обследования	Индивидуальная	Психолог
3.	Мониторинг наличия трудных жизненных ситуаций и иных проблем социального, психологического и юридического характера среди женщин, отказавшихся от аборта	Групповая и индивидуальная	Психолог, социальный работник, юрист, медицинский персонал
4.	Привлечение специалистов по оказанию психологической, медицинской, социальной и юридической помощи женщинам, отказавшимся от аборта для проведения индивидуальных консультаций по запросу	Индивидуальная	Психолог, социальный работник, юрист, медицинский персонал
5.	Проведение семейных консультаций по запросу	Групповая	Психолог, социальный работник, юрист, медицинский персонал

2. Образовательный компонент

№ п/п	Мероприятие	Форма работы	Ответственные и привлекаемые к работе
1.	Индивидуальные психопросветительские занятия и информирование (обеспечение психолого-педагогической литературой, демонстрация видеоматериалов)	Индивидуальная	Психолог, психотерапевт, социальный работник
2.	Лекция «Особенности протекания процесса беременности»	Групповая	Психолог, врач акушер-гинеколог
3.	Лекция «Психоэмоциональная поддержка: сущность, формы, способы проявления»	Групповая	Психолог
4.	Лекция «Родительские установки: особенности формирования и воспроизведения в семейной ситуации»	Групповая	Психолог

5.	Психопросветительское занятие на тему «Типы родительского отношения к ребенку. Формирование оптимального родительского отношения к будущему ребенку»	Групповая	Психолог
----	--	-----------	----------

3. Воспитательный компонент

№ п/п	Мероприятие	Сроки	Ответственные и привлекаемые к работе
1.	Занятия по подготовке к родам	Групповая	Психолог, врач акушер-гинеколог, медицинский персонал
2.	Тренинг оптимального родительского отношения к будущему ребенку	Групповая	Психолог, социальный работник, медицинский персонал
3.	Комплекс занятий по совершенствованию и укреплению супружеских отношений.	Групповая	Психолог, социальный работник
4.	Обучающие занятия, направленные на установление эмоциональной связи с ребенком в период вынашивания	Групповая	Психолог
5.	Аутотренинг, направленный на формирование стабильной положительной установки на беременность и роды		Психолог

4. Психокоррекционный компонент

№ п/п	Мероприятие	Форма работы	Ответственные и привлекаемые к работе
1.	Занятия по стабилизации психоэмоционального состояния женщин, отказавшихся от аборта	Групповая и индивидуальная	Психолог
2.	Тренинг совладающего поведения	Групповая	Психолог
3.	Моделирующие групповые занятия по оказанию психоэмоциональной поддержки будущим матерям	Групповая	Психолог
4.	Использование различных техник рисования с целью коррекции эмоциональной нестабильности и негативных эмоциональных состояний беременных	Групповая и индивидуальная	Психолог
5.	Психокоррекция нарушенных взаимоотношений в семье	Групповая	Психолог

В процессе реализации программы у женщин, отказавшихся от аборта, устанавливается благоприятное психоэмоциональное состояние посредством диагностики актуального состояния, проведения соответствующей необходимой индивидуальной работы, а также за счет участия в групповых формах работы и мониторинга динамики состояния.

Кроме этого, при наличии имеющихся нарушенных семейных отношений, в рамках программы возможно проведение семейных консультаций и психокоррекции взаимоотношений. К решению проблем различного характера также подключаются специалисты различного профиля (юрист, социальный работник, врач акушер-гинеколог и др.)

Формирование стабильной положительной установки на беременность и роды, а также оптимальных установок и родительского отношения к будущему ребенку осуществляется посредством аутотренинга, специально организованных групповых и индивидуальных занятий с использованием методов и техник арт-терапии.

Приложение В

Результаты психодиагностического исследования испытуемых

Таблица 1

Индивидуальные значения испытуемых экспериментальной группы по результатам диагностики с помощью методики «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» (И.В. Добряков)
(констатирующий этап)

n/n	Ф.И.О. испытуемого	Психологический компонент гестационной доминанты				
		Оптимальный	Гипогнозический	Эйфорический	Тревожный	Депрессивный
1.	А.Д.				3	
2.	А.К.				3	
3.	В.П.	1				
4.	Д.А.					5

5.	Д.Г.					5
6.	Е.К.				3	
7.	Е.М.		4			
8.	Ж.Д.	1				
9.	З.Я.		4			
10.	К.А.					5
11.	М.В.					5
12.	М.Е.			2		
13.	Н.Г.		4			
14.	Н.Т.		4			
15.	О.Г.			2		
16.	П.С.				3	
17.	С.О.					5
18.	С.П.		4			
19.	Т.Е.					5
20.	Т.С.	1				
Всего (Σ)		3	5	2	4	6
М (средние арифметические значения)		0,15	0,25	0,1	0,2	0,3

Таблица 2

Индивидуальные значения испытуемых контрольной группы по результатам диагностики с помощью методики «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» (И.В. Добряков)

n/p	Ф.И.О. испытуемого	Психологический компонент гестационной доминанты				
		Оптимальный	Гипогнозический	Эйфорический	Тревожный	Депрессивный
1.	А.В.	1				
2.	А.Е.	1				
3.	Е.А.	1				
4.	З.Ю.	1				
5.	И.М.	1				

6.	К.А.	1				
7.	К.Ю.	1				
8.	Л.С.				3	
9.	Л.Ю.		4			
10.	М.А.	1				
11.	М.Г.	1				
12.	Н.Д.	1				
13.	Н.Д.			2		
14.	Н.Н.	1				
15.	О.В.			2		
16.	П.О.				3	
17.	С.В.	1				
18.	С.Е.			2		
19.	Т.В.			2		
20.	Т.О.	1				
Всего (Σ)		13	1	4	2	0
М (средние арифметические значения)		0,65	0,05	0,2	0,15	0

Таблица 3

Индивидуальные значения испытуемых экспериментальной группы по результатам диагностики с помощью методики «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин)

№ n/n	Ф.И.О. испытуемого	Типы родительского отношения					
		Принятие	Отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
1	А.Д.	4	4	7	7	3	1
2	А.К.	4	4	7	5	1	1
3	В.П.	4	4	8	6	2	1
4	Д.А.	5	4	6	5	1	0
5	Д.Г.	3	4	6	3	1	0
6	Е.К.	4	5	7	5	4	1
7	Е.М.	4	4	6	5	2	1
8	Ж.Д.	4	4	7	7	7	0

9	З.Я.	4	4	5	2	5	1
10	К.А.	6	3	4	4	3	2
11	М.В.	4	6	5	4	2	1
12	М.Е.	5	4	7	2	1	0
13	Н.Г.	4	5	5	4	3	1
14	Н.Т.	4	4	8	3	1	0
15	О.Г.	4	3	5	3	2	1
16	П.С.	4	4	4	2	4	1
17	С.О	3	4	5	3	2	1
18	С.П.	6	5	5	2	1	3
19	Т.Е.	4	5	3	4	2	1
20	Т.С.	4	4	7	7	3	1
Всего (Σ)		87	87	117	83	50	18
М (среднеарифметические значения)		4,2	4,2	5,85	4,15	2,5	0,9

Таблица 4

Индивидуальные значения испытуемых контрольной группы по результатам диагностики с помощью методики «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин)

n/n	Ф.И.О. испытуемого	Типы родительского отношения					
		Принятие	Отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
1	А.В.	5	4	6	4	1	1
2	А.Е.	4	3	5	4	2	0
3	Е.А.	5	4	8	5	4	0
4	З.Ю.	4	4	6	3	3	0
5	И.М.	3	5	8	3	2	0
6	К.А.	5	2	8	5	4	1
7	К.Ю.	4	4	6	3	1	0
8	Л.С.	6	4	5	3	2	1
9	Л.Ю.	4	3	5	4	3	1
10	М.А.	8	5	7	5	6	1
11	М.Г.	6	6	7	5	4	0
12	Н.Д.	5	3	8	4	3	0
13	Н.Д.	7	6	7	5	2	1
14	Н.Н.	6	4	6	4	3	0
15	О.В.	6	4	8	5	1	1
16	П.О.	5	5	6	5	1	0
17	С.В.	4	3	5	3	1	0
18	С.Е.	6	4	6	5	3	0

19	Т.В.	5	5	8	6	3	1
20	Т.О.	6	4	5	6	2	0
Всего (Σ)		104	81	130	87	51	8
М (средние арифметические значения)		5,2	4,05	6,5	4,35	2,55	0,4

Таблица 5

Индивидуальные значения испытуемых экспериментальной группы по результатам диагностики с помощью опросника «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

n/n	Ф.И.О. испытуемого	Направленность родительского отношения														
		Оптимальный эмоциональный контакт				Излишняя эмоциональная дистанция			Излишняя концентрация на ребенке							
		1	14	15	21	8	9	16	2	4	6	10	12	18	20	22
1.	А.Д.	13	15	14	16	15	12	14	13	14	14	14	16	12	14	13
2.	А.К.	17	17	13	17	13	9	10	11	10	14	14	8	8	9	8
3.	В.П.	14	13	13	15	11	11	12	12	13	14	13	11	11	11	12
4.	Д.А.	15	11	11	14	10	10	10	10	10	14	12	12	9	8	8
5.	Д.Г.	14	13	12	12	12	12	13	11	12	12	10	10	8	8	8
6.	Е.К.	12	13	13	15	12	12	12	10	12	12	12	9	8	13	10
7.	Е.М.	13	12	13	20	8	10	13	13	12	15	10	10	11	10	11
8.	Ж.Д.	15	14	15	17	11	12	12	13	11	15	12	11	8	9	11
9.	З.Я.	14	13	14	16	14	11	13	15	11	11	10	11	8	9	10
10.	К.А.	14	11	11	14	10	10	10	11	15	18	16	11	11	19	16
11.	М.В.	12	14	15	18	14	11	13	15	11	12	12	10	11	10	8
12.	М.Е.	13	12	11	13	13	12	14	11	11	11	11	10	10	11	8
13.	Н.Г.	16	16	13	15	12	8	10	11	10	11	11	11	11	10	9
14.	Н.Т.	14	11	12	15	8	11	12	12	12	11	11	11	11	9	12
15.	О.Г.	17	13	15	19	15	12	12	13	11	14	14	11	12	11	12
16.	П.С.	12	17	14	13	9	10	14	11	13	19	14	11	12	11	11
17.	С.О.	12	13	13	14	12	12	13	10	11	15	14	10	9	12	9
18.	С.П.	15	14	15	20	9	12	10	13	15	15	12	10	8	12	10
19.	Т.Е.	12	14	13	17	10	9	12	12	13	15	15	8	12	8	11
20.	Т.С.	15	15	11	15	12	12	10	13	13	15	12	10	13	8	12
М		13,95	13,55	13,05	15,75	11,5	10,9	11,95	12	12	13,85	12,45	10,55	10,15	10,6	10,45
Всего (Σ)		279	271	261	315	230	218	239	240	240	277	249	211	203	212	209
М (средние арифметические значения)		14,075				11,45			11,50625							

Таблица 6

Индивидуальные значения испытуемых контрольной группы по результатам диагностики с помощью опросника «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)

n/n	Ф.И.О. испытуемого	Направленность родительского отношения														
		Оптимальный эмоциональный контакт				Излишняя эмоциональная дистанция			Излишняя концентрация на ребенке							
		1	14	15	21	8	9	16	2	4	6	10	12	18	20	22
1.	А.В.	14	12	14	13	12	9	13	13	12	17	12	12	16	10	10
2.	А.Е.	16	12	11	14	12	6	8	7	15	14	12	10	9	12	12
3.	Е.А.	15	14	15	19	14	11	11	8	13	15	14	13	12	10	10
4.	З.Ю.	18	14	18	14	10	6	8	16	11	10	13	11	9	10	12
5.	И.М.	16	13	13	20	10	6	10	16	13	16	14	14	13	10	10
6.	К.А.	18	13	18	16	14	11	8	8	13	15	14	13	11	10	12
7.	К.Ю.	15	13	12	16	10	11	13	11	11	16	13	13	12	8	6
8.	Л.С.	14	12	12	15	10	9	9	14	14	16	13	14	12	12	11
9.	Л.Ю.	15	14	12	17	12	7	8	12	14	18	16	15	15	16	11
10.	М.А.	18	14	18	18	16	12	9	12	11	10	12	11	11	10	12
11.	М.Г.	16	12	16	15	11	7	12	16	12	17	12	13	11	12	11
12.	Н.Д.	18	14	13	18	10	7	10	11	13	16	12	12	15	10	11
13.	Н.Д.	17	13	12	15	10	8	8	14	14	14	12	8	6	11	6
14.	Н.Н.	18	14	14	16	11	7	7	16	12	15	14	12	8	13	12
15.	О.В.	13	12	13	15	11	7	10	11	15	16	16	11	15	15	10
16.	П.О.	16	12	16	18	10	15	13	14	11	17	12	14	13	12	12
17.	С.В.	17	14	14	17	14	14	8	11	12	13	13	15	11	8	6
18.	С.Е.	18	14	12	20	10	13	13	9	11	15	12	13	13	12	10
19.	Т.В.	14	11	17	18	14	8	12	16	11	17	14	10	9	10	8
20.	Т.О.	15	13	12	15	12	13	14	11	13	10	16	14	15	10	11
М		16,05	13	14,1	16,45	11,65	9,35	10,2	12,3	12,55	14,85	13,3	12,4	11,8	11,05	10,15
Всего (Σ)		321	260	282	329	233	187	204	246	251	297	266	248	236	221	203
М (средние арифметические значения)		14,9				10,4			12,3							

Таблица 7

Индивидуальные значения испытуемых экспериментальной группы по результатам диагностики с помощью методики «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты» (И.В. Добряков)
(контрольный этап)

n/n	Ф.И.О. испытуемого	Психологический компонент гестационной доминанты				
		Оптимальн	Гипогнозический	Эйфорический	Тревожный	Депрессивный
1.	А.Д.			2		
2.	А.К.				3	
3.	В.П.	1				
4.	Д.А.				3	
5.	Д.Г.					5
6.	Е.К.	1				
7.	Е.М.		4			
8.	Ж.Д.	1				
9.	З.Я.	1				
10.	К.А.			2		
11.	М.В.				3	
12.	М.Е.	1				
13.	Н.Г.	1				
14.	Н.Т.		4			
15.	О.Г.			2		
16.	П.С.				3	
17.	С.О.					5
18.	С.П.	1				
19.	Т.Е.	1				
20.	Т.С.	1				
Всего (Σ)		9	2	3	4	2
М (средние арифметические значения)		0,45	0,1	0,15	0,2	0,1

Таблица 8

Индивидуальные значения испытуемых экспериментальной группы по результатам диагностики с помощью методики «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин)
(контрольный этап)

n/ n	Ф.И.О. испытуемого	Типы родительского отношения					
		Принятие	Отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гипер социализация	Маленький неудачник
1	А.Д.	7	4	6	5	2	1
2	А.К.	4	3	4	6	1	0
3	В.П.	7	2	8	4	1	0
4	Д.А.	5	4	5	6	1	0
5	Д.Г.	4	4	6	3	2	1
6	Е.К.	6	3	7	4	2	0
7	Е.М.	4	3	5	5	1	1
8	Ж.Д.	7	4	8	4	3	0
9	З.Я.	6	2	5	2	1	1
10	К.А.	8	3	4	6	2	1
11	М.В.	7	5	5	4	2	0
12	М.Е.	6	2	7	3	1	0
13	Н.Г.	7	3	7	3	1	0
14	Н.Т.	6	4	7	2	0	0
15	О.Г.	8	3	5	3	1	1
16	П.С.	8	5	5	4	3	0
17	С.О	6	3	6	3	1	0
18	С.П.	8	2	6	2	1	0
19	Т.Е.	7	3	5	3	2	0
20	Т.С.	9	3	7	7	2	1
Всего (Σ)		130	65	118	79	30	7
М (средние арифметические значения)		6,5	3,25	5,9	3,95	1,5	0,35

Таблица 9

Индивидуальные значения испытуемых экспериментальной группы по результатам диагностики с помощью опросника «Измерение родительских установок и реакций» (Е.С. Шефер и Р.К. Белл)
(контрольный этап)

n/n	Ф.И.О. испытуемого	Направленность родительского отношения														
		Оптимальный эмоциональный контакт				Излишняя эмоциональная дистанция			Излишняя концентрация на ребенке							
		1	14	15	21	8	9	16	2	4	6	10	12	18	20	22
1.	А.Д.	17	15	16	16	14	12	10	12	10	12	12	11	14	8	10
2.	А.К.	19	17	16	17	10	9	10	13	15	12	8	10	6	11	12
3.	В.П.	15	13	16	15	11	10	9	10	10	15	13	13	10	10	9
4.	Д.А.	17	18	11	15	8	9	10	11	11	10	11	8	9	9	9
5.	Д.Г.	15	15	14	12	8	8	14	12	11	13	12	10	10	9	10
6.	Е.К.	12	13	18	16	10	9	11	9	13	13	14	11	11	8	10
7.	Е.М.	14	15	15	20	8	6	7	11	11	13	13	11	12	10	7
8.	Ж.Д.	16	14	17	18	9	10	10	11	12	15	11	12	12	11	10
9.	З.Я.	17	15	14	17	11	11	13	14	12	15	15	13	10	12	11
10.	К.А.	12	11	10	12	9	7	9	11	10	7	11	8	10	10	8
11.	М.В.	13	14	16	18	12	11	10	13	12	16	12	11	8	11	9
12.	М.Е.	13	12	11	13	13	12	14	11	13	16	12	12	15	10	11
13.	Н.Г.	18	17	16	15	7	8	8	10	11	12	6	8	6	9	6
14.	Н.Т.	14	15	12	15	9	10	11	10	12	13	12	12	8	11	13
15.	О.Г.	17	15	18	19	13	12	10	10	13	13	14	10	14	13	10
16.	П.С.	13	17	16	13	9	8	12	11	10	15	12	12	13	10	11
17.	С.О.	13	17	13	15	10	11	12	10	10	13	11	12	9	7	6
18.	С.П.	16	17	17	20	9	9	10	11	10	13	12	11	13	11	10
19.	Т.Е.	17	15	15	18	7	6	8	10	11	12	12	10	9	11	9
20.	Т.С.	15	17	13	16	12	11	10	13	11	10	14	12	13	9	11
Всего (Σ)		303	302	294	320	199	189	208	223	228	258	237	217	212	200	192
М (средние арифметические)																

значения)															
15,114,7169,959,4510,411,1511,412,911,8510,8510,6109,615,1															

Лист нормоконтроля

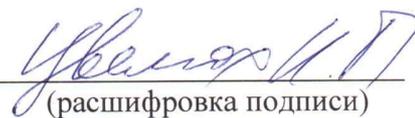
Дипломник Вальтер Мария Владимировна
фамилия, имя, отчество

Тема ВКР: Профилактика нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта

Нормоконтроль пройден.

Нормоконтролер

 11.05.2012
(подпись, дата)


(расшифровка подписи)