

DOI: 10.12731/2218-7405-2015-6-33  
УДК 159.9.07

## **БИОПСИХОСОЦИОНОЭТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

**Рабовалиук Л.Н., Кравцова Н.А.**

*В статье раскрыт ценностный аспект программы психологического сопровождения беременных женщин в контексте биопсихосоциогенетической модели беременности. Представлена структура программы, состоящая из нескольких взаимосвязанных блоков и модулей. Каждый из блоков реализует различные задачи и состоит из специфически организованных методов и приемов. Описано 4 комплекса занятий, направленных на создание условий для переоценки и переосмысления ценностных ориентаций беременных женщин, формирования адекватной ценности ребенка. Проведен формирующий эксперимент с участием 188 беременных женщин и представлена динамика изменения показателей. Работа с ценностно-смысловой сферой беременной женщины, уровнем конфликтности осуществления внешних и внутренних ценностных ориентаций, гармонизируя ее собственную структуру, снижая деструктивные мотивы сохранения беременности, повышая ценность ребенка (при необходимости) и ценность самой беременности и материнства, актуализируя установки на заботу о здоровье, снижая уровень тревоги и стресса – повышается общая готовность к материнству и оптимизируются физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты.*

**Ключевые слова:** беременность; биопсихосоциогенетическая модель; психологическое сопровождение; ценностные ориентации; психологический компонент гестационной доминанты; программа.

## **BIOPSYCHOSOCIOGENESE APPROACH IN PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PREGNANT WOMEN**

**Robovaliuk L.N., Kravtsova N.A.**

*The article described the value aspect of the program of psychological co-activity of preg-*

*nant women in the context biopsychological models of pregnancy. Presents the program structure consisting of several interconnected blocks and modules. Each block implements a variety of tasks and consists of a specifically organized methods and techniques. Described 4 set of classes aimed at creating conditions for reassessment and rethinking of the value orientations of pregnant women, adequate values of the child. Conducted a formative experiment with the participation of 188 pregnant women and the dynamics of changes in indicators. Working with value-semantic sphere of the pregnant woman, the level of conflict in the implementation of the external and internal value orientations, harmonizing its own structure, reducing the destructive motives of keeping the pregnancy, increasing the value of the child (if necessary) and the value of the pregnancy and maternity, facilitating installation on health care, reducing the level of anxiety and stress – improves overall readiness to motherhood and optimized physiological and psychological components of gestational dominant.*

**Keywords:** *pregnancy; biopsychosociogenese model; psychological support.*

На современном этапе развития клинической психологии наблюдается расширение клинико-психологической модели исследования беременности за счет включения духовного компонента (биопсихосоционоэтическая модель Г.В. Залевского, 2005, 2009). Об этом свидетельствуют работы О.В. Магденко, 2012; А.Л. Филоненко, 2012; С.В. Тюлюпо 2011; К.Д. Хломова, 2008; И.Л. Шелехова, 2006 и др.

Генрих Владиславович Залевский справедливо замечает, что «... практика психологической помощи включающая в той или иной степени «терапию духа» с неизбежностью расширяет или уточняет биопсихосоциальную рамочную модель за счет духовного (ноэтического) компонента в системной детерминации нарушения здоровья или его сохранения, восстановления и укрепления» [4, с. 12]. В психотерапии беременных женщин биопсихосоционоэтический подход приобретает особый смысл. Очень часто мы можем слышать такие выражения, связанные с ожиданием ребенка, как, «зарождение новой жизни», «появление новой души», «смысл жизни». Эти термины трудно объяснить только психологическими категориями и психическими процессами – эти понятия лежат в плоскости экзистенциальной психологии и философии, веры и духовности.

Современные исследователи проблем перинатальной психологии А.Л. Филоненко (2010), В.В. Абрамченко, И.П. Коваленко (2000); О.С. Васильева, Е.В. Могилевская (2001); А.С. Батуев, Л.В. Соколова (2003) рассматривают процесс беременности как особое переходное состояние для организма и личности женщины. Период жизни, когда связь психологического и биологического аспектов функционирования человека оказывается наиболее значимой и су-

щественной, когда от взаимодействия телесного и психического зависят не только здоровье самой женщины, но и нарождающаяся новая жизнь, здоровье будущего ребенка [20]. В наше время уже никто не сомневается в том, что есть связь соматического (телесного) проявления с психологическими и социальными факторами, непосредственно влияющими на ход и течение беременности, развитие и формирование новой жизни.

Не смотря на дословный перевод термина «психология», который происходит от древнегреческих слов «*ψυχή* – «душа» и «*λόγος* – «учение», психологи в этом разделе изучают закономерности возникновения, развития и функционирования психики и психической деятельности человека и групп людей. Мало кто согласится отождествлять психические процессы и душу. При помощи естественнонаучного подхода, где необходимо использовать доказательные методы психологии трудно доказать или исследовать душу человека. Хотя история знает примеры, когда применялись неоднократные попытки измерить ее вес, сфотографировать цвет, ощутить ее и так далее. Некоторые опыты и результаты весьма интересны. Тем не менее, как мне представляется, основная масса психологов избегает прямого вопроса что такое душа или отвечает на него весьма уклончиво, согласно своим представлениям о ней, а не опираясь на научные знания. Но вместе с тем практика показывает, что так или иначе при практически любом виде психотерапии происходят изменения в психической сфере и в самосознании клиента и как участника коммуникативного процесса психолога-психотерапевта.

Согласно современным психологическим исследованиям Г.В. Залевского (2008), О.В. Магденко (2012), А.Л. Филоненко (2012), С.В. Тюлюпо (2011), К.Д. Хломова (2008), И.Л. Шелехова (2006) ведущее место в сохранении здоровья помимо биологических, раскрывающих соматическую природу, и психосоциальных предпосылок отводится духовности (ноэтичности). Г.В. Залевский определяет духовность как принцип самостроительства человека, как выход к высшим ценностным ориентациям конструирования личности и ее менталитета и раскрывает духовность как «неограниченный набор личностных мотиваций, норм поведения, опыта, ценностей и установок, которые основаны на поиске экзистенциального понимания смысла, цели и трансценденции» [5].

Опираясь на данный методологический подход Г.В. Залевского было проведено исследование (2008-2013) 188 беременных женщин в возрасте от 17 до 39 лет (III триместр беременности) [15].

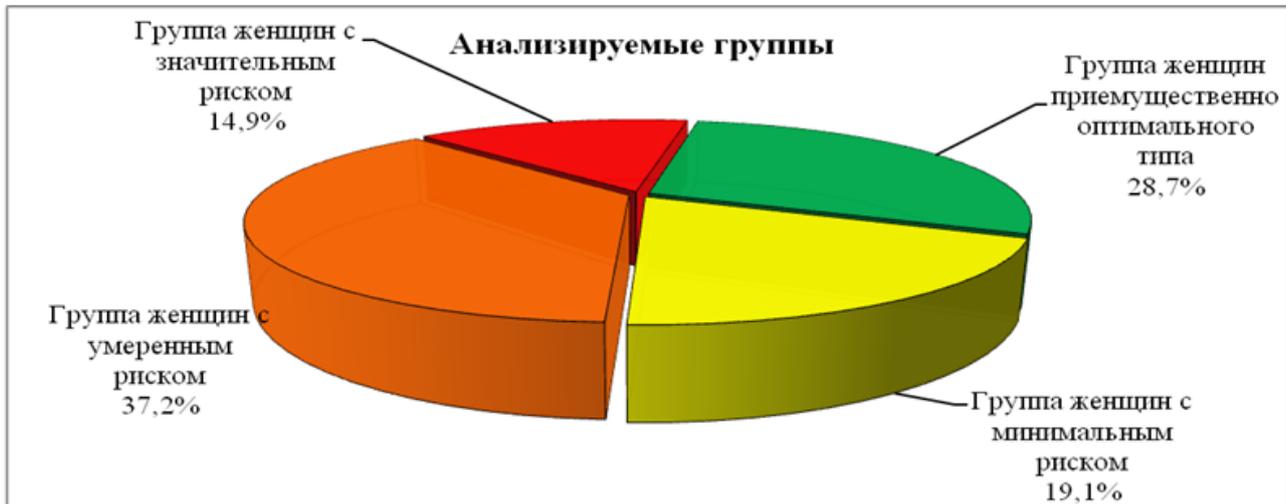
В таблице 1 представлены данные о семейном положении, уровне образования в возрасте и сроке беременности. Из таблицы 1 и рисунка 3 видно, что во всех четырех анализируемых группах средний возраст женщины на момент беременности составляет 25-27 лет.

Таблица 1

*Характеристики респондентов, исследуемых групп*

	Группа женщин преимущественно оптимального типа (пОт ПКГД)	Группа женщин минимального риска (Грм Р)	Группа женщин умеренного риска (ГрУ Р)	Группа женщин значительного риска (ГрЗ Р)	Σ=						
	<i>Средние значения показателей</i>										
	<i>Mean</i>	<i>Std. Dev.</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Dev.</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Dev.</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Dev.</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Dev.</i>	
Возраст	26.69	4.23	25.5	3.40	26.06	5.86	27.5	5.63	26.35	4.99	
Срок беременности в неделях	32.26	7.99	31.31	9.56	33.44	6.86	32.07	8.69	32.49	8.01	
<i>Данные частотного анализа</i>											
		<i>Кол. чел.</i>	<i>%</i>	<i>Кол. чел.</i>	<i>%</i>	<i>Кол. чел.</i>	<i>%</i>	<i>Кол. чел.</i>	<i>%</i>	<i>Кол. чел.</i>	<i>%</i>
Уровень образования	высшее	36	66,7	22	61,1	31	44,3	16	57,1	105	55,9
	сред.-спец. сред.-тех.	12	22,2	6	16,7	26	37,1	8	28,6	52	27,7
	незакончен. высшее	4	7,4	8	22,2	7	10	0	0	19	10,1
	среднее	2	3,7	0	0	6	8,6	4	14,3	12	6,3
Семейное положение	не замужем	4	7,4	2	5,6	2	2,9	2	7,1	10	5,3
	замужем	40	74,1	28	77,8	45	64,3	20	71,4	133	70,7
	гражданск брак	10	18,5	6	16,6	23	32,9	4	14,3	43	22,9
	разведена	0	0	0	0	0	0	2	7,1	2	1,1

В ходе эмпирического исследования выборка была разделена на 4 анализируемые группы по степени выраженности рисков ПКГД [14].



**Рис. 1.** Процентное распределение выборки по группам

Под термином «риск» мы подразумеваем некоторую вероятность того, что неблагоприятный эффект будет иметь место у индивидуума, группы при воздействии определенных вредоносных факторов, в нашем случае это неоптимальный тип ПКГД. Степень выраженности риска зависит и от степени выраженности неблагоприятного ПКГД и от уровня его воздействия и сочетания с другими неблагоприятными факторами (биологическими, социальными, психологическими, ноэтическими).

На основе анализа результатов исследования предложена программа психологического сопровождения беременных женщин с разными вариантами психологического компонента гестационной доминанты, целью которой является создание условий для переоценки и переосмысления ценностных ориентаций беременных женщин, формирования адекватной ценности ребенка.

Ю.В. Кузьмина (2008) в рамках данного методологического подхода определила концептуальные основания и структурные компоненты биопсихосоционоэтической модели беременности, в которой указывает принципы биопсихосоционоэтической оценки беременности в ее динамике:

- антропологический принцип, позволяющий рассматривать беременную женщину как в высшей степени олицетворение сущности человека;
- холистический принцип, на основе которого беременная женщина представляет собой систему со всеми ее свойствами: саморазвитием, самоорганизацией, стремящейся к устойчивости и саморазвивающейся за счёт устойчивости;

- структурно-уровневый принцип, позволяющий изучать особенности беременной женщины на разных уровнях организации (на личностном, на поведенческом и т.д.), что отражается в ее развитии/становлении и нарушении, отклонении и патологии развития;
- генетический принцип рассматривает период беременности в жизни женщины как «социальную ситуацию развития»;
- фазный или динамический принцип – в динамике прохождения основных этапов, триместров беременности;
- суппортивный принцип – требуется психологическая поддержка с учетом биопсихосоциальной модели беременности [8].

Биопсихосоциоэтическая модель беременности предполагает учет объективного медицинского диагноза (биологический уровень), объективного психологического диагноза (с учетом личности и характера, эмоциональной сферы, когнитивной, потребностно-мотивационной, межличностной и духовной сферы беременной женщины), а также субъективной оценки самой беременной.

В статье представлен только «ноэтический» блок программы психологического сопровождения беременных женщин. Упражнения, направленные на коррекцию «соматического», «социального» и «психологического» компонентов представлены в работах [7, 13].

***Подходы:***

1. Психосоматический подход, раскрывающий единство психики и тела.
2. Системный подход, позволяющий рассматривать ценностные ориентации во множестве внешних и внутренних факторов, влияющих на здоровье беременной женщины.
3. Интегративный подход, позволяющий использовать знания других областей науки (философии, медицины).

***Формой организации работы*** являются индивидуальные консультации, групповые занятия и семинары, которые проходили три раза в неделю в течение четырех недель. Продолжительность занятий – около 4-х часов.

***Структура программы психологического сопровождения:***

Психоформирующий комплекс, представляющий собой системное воздействие на ценностные ориентации беременных женщин, состоит из нескольких взаимосвязанных блоков.

Каждый из блоков реализует различные задачи и состоит из специфически организованных методов и приемов.

### Блок 1. Первично-диагностический

Этап выявления факторов риска, разделение женщин на группы, для эффективного специфически направленного психологического сопровождения (рис. 2).

*Цели:*

- диагностика психологических факторов риска ПКГД;
- формулирование психологических, социальных и медицинских факторов риска для каждой группы беременных женщин;
- формулирование общей программы психологической коррекции с учетом специфических особенностей каждой условно выделенной группы беременных женщин.



Рис. 2. Структура программы психологического сопровождения беременных женщин

*Методы:*

- психологический анализ биографической информации и анализ медицинской карты;
- клиническое интервьюирование, выявление соматических жалоб;
- диагностика системы отношений беременной женщины и выявления психологического компонента гестационной доминанты («Тест отношения к беременности») [3];
- психологический анализ переживания беременности и исследование речевой репродукции (проективная методика «Я и мой будущий ребенок») [19];
- психологический анализ мотивов сохранения беременности по биографическим данным и методики «Мотивы сохранения беременности» [12];
- психологический анализ эмоционального состояния беременной женщины (модифицированный восьмицветовой тест Люшера (Л.Н. Собчик)) [16].

**Блок II.** Для женщин с преимущественно оптимальным типом ПКГД имел только диагностический характер, а для женщин с минимальной, умеренной и значительной групп риска – ***Специфически-формирующий, который состоит из нескольких модулей:***

1. Модуль – диагностический.

*Цели:*

- диагностика структуры ценностных ориентаций;
- выявление причин конфликта ценностных ориентаций;
- формулирование общей программы психологической коррекции с учетом специфических особенностей структуры ценностных ориентаций каждой условно выделенной группы беременных женщин.

*Методы:*

- диагностика терминальных и инструментальных ценностных ориентаций (методика «Ценностные ориентации М. Рокича») [9];
- диагностика внешних и внутренних ценностных ориентации, исследование атрибуции конфликта ценностных ориентаций (методика изучения внешних и внутренних ценностей личности О.И. Мотков, Т.А. Огнева, 2008) [11];
- диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности (методика С.С. Бубновой, 2004) [2];
- экспресс-диагностика социальных ценностей личности (Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов, 2002) [18].

2. Модуль – установочный. Включение установочного модуля психокоррекции в общий комплекс связано с необходимостью создания активной установки на психокоррекционную работу, формирования мотивов самопознания и самосовершенствования.

*Цели:*

- снижение уровня тревожности;
- переформулировка запроса, целей психологической коррекции;
- создание активной установки на психологическую работу.

*Методы:*

- информирование о целях и задачах предстоящего формирующего эксперимента;
- лекции «Внедряющаяся ценность ребенка», «Ценностная ориентация на материнство», «Здоровое и осознанное материнство».

3. Модуль – формирующий. Тренинговые занятия с беременными женщинами по коррекции и формированию ценностных ориентаций проводились с учетом выявленных ранее специфических особенностей ценностных ориентаций в разных группах женщин.

*Цели:*

- осознание собственной структуры ценностных ориентаций;
- переосмысление и переоценивание ценностных ориентаций;
- снижение конфликтности ценностных ориентаций;
- переструктурирование и переакцентирование ценностных ориентаций;
- формирование самостоятельной ценности ребенка, ценности материнства и готовности принимать ситуацию беременности со всеми её позитивными и негативными проявлениями.

*Методы:*

- методика групповой коррекции (для женщин с минимальной и умеренной, значительно групп риска);
- методика индивидуальной коррекции (преимущественно для женщин со значительной группой риска);
- арт-терапия как метод практической коррекции ценностных ориентаций;
- методика сравнения ценностей;
- притчи и сказкотерапия;
- визуализация ценностных ориентаций; тренинговые упражнения.

**Первый комплекс занятий** посвящен осознанию структуры собственных ценностных ориентаций и формированию готовности к принятию ситуации беременности.

На данном этапе возможно использование одной из методик когнитивной психотерапии с элементами эмоционально-рациональной терапии Эллиса, которые призваны выявить и переосмыслить систему ценностных ориентаций (Упражнения «Шкалирование», «Ранжирование», «Ромашка», «Колесо ценностей», «Карта ценностей») и экзистенциальной психотерапии о прояснении значения беременности для женщины и своей роли в этой новой жизненной ситуации.

Формирование готовности к развитию женских, материнских качеств. На данном этапе применяются методики арт-терапии и телесноориентированной терапии, релаксации, медитации, направленные на принятие ситуации беременности в своем теле, готовности и согласия с возникающими физиологическими изменениями.

**Второй комплекс занятий** посвящен переосмыслению и переоценке ценностных ориентаций, снижению конфликтности ценностных ориентаций, работе с эмоциональным состоянием беременных женщин.

Использование позитивной психотерапии с ориентацией на будущее (Упражнения на визуализацию с элементами медитации, «Путь к видению»), и методов эмоционально-ценностных контрастов. В данном комплексе используются упражнения на пробуждение противоположных чувств, при которых обостряются переживания значимых чувств и осознание внедряющихся на данном жизненном этапе ценностей (материнства и ребенка) и последующее их введение их в систему ценностных ориентации личности. Формирование навыков оказания и принятия эмоциональной поддержки, снижение тревожности, работа с чувствами.

Использование методик телесноориентированной терапии в системе «Чувственного сознания» (Эльза Гиндлер и Хайнрих Якоба, Шарлотта Селвер и Чарльз Брукс), аутогенной тренировки и методов релаксации и медиации направлены на процесс познания возвращения в соприкосновении с нашими телами и чувствами, со способностями, которыми мы располагали, будучи детьми, но утратили по мере взросления.

**Третий комплекс занятий** посвящен формированию самостоятельной ценности ребенка и ценности материнства, укреплению конструктивных мотивов сохранения беременности.

В данном комплексе формируется адекватная ценность ребенка с тенденцией к балансу ценностей. Корректируется повышенная ценность ребенка с тенденцией к сдвигу в сторону исключительной ценности ребенка (формируется более адекватный образ); а так же корректируется недостаточная ценность ребенка с тенденцией к сдвигу в сторону ценности ребенка. Делается акцент на самостоятельную ценность ребенка как объекта материнской сферы (фор-

мируются у женщины потребность в контакте с ребенком, как обладателем гештальта младенчества, в заботе о нем); повышается ответственность.

Применяются методики разотождествления, разъединение образов себя и своего ребенка, работа на обособление. Самоотчеты и дневники шевеления, дневники собственного эмоционального состояния и чувств. Семинарские и тренинговые занятия (Упражнения «Я мать», «Мой ребенок»). Просмотр обучающих фильмов («Общаться с ребенком как», «У меня уже есть ребенок», «Ценность материнства»), арт-терапия. Формирование представлений о роли матери в период младенческого возраста и в период его внутриутробного развития, развитие конструктивных мотивов сохранения беременности, работа с образами и представлениями о материнстве, отцовстве и возможных трудностях в реализации данных ролей.

**Четвертый комплекс занятий** посвящен развитию личности беременной женщины, укреплению ценностно-смыслового ядра. При помощи методов гештальт-терапии, реализации возможностей и устремлений, при создании внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции. Развитие у женщин готовности принимать решения и делать выбор, психологическая подготовка к родам, при которой ключевым аспектом является осознание и переживание контакта с самой собой и своим ребенком. Формирование представлений о базовых потребностях внутриутробно развивающегося ребенка в данный период беременности и новорожденного ребенка. О роли женщины в уходе и общении с новорожденным ребенком. Формирование навыков ухода, общения, грудного вскармливания.

Диагностический и установочный модули для всех женщин, имеющих группу риска (минимальной, средней и значительной степени) были практически одинаковыми. Необходимо заметить, что формирующий модуль имел общую и специфическую части, которые состояли из общих выше перечисленных целей и методов и специфических целей и методов для каждой группы риска. Специфичность методов основана на результатах анализа первичной и вторичной диагностики психологических особенностей женщин и носит разнонаправленный акцентирующий характер. Например, для женщин со значительной группой риска количество занятий было увеличено: помимо общегрупповых занятий (3 раза в неделю) существовало индивидуальное консультирование. Акцент делался на принятие беременности, повышению общей готовности к материнству, снятие чрезмерной тревожности. Формирование самостоятельной ценности ребенка и снижению уровня конфликтности внешних ценностных ориентаций. У женщин с умеренной группой риска, помимо общих целей психопрофилактики, акцент делался на повышение значимости собственных ресурсов и усилий в реализации ценностных

ориентаций, повышение инициативности, снижению внутриличностных конфликтов, обучению (информированию) и принятию беременности. Запросы на индивидуальные консультации часто касались разрешения внутрисемейных конфликтов. Количество занятий для женщин из условно выделенной нами минимальной группы риска по факту было не меньше, хотя изначально предполагалось, что данная группа нуждается в минимальном психологическом сопровождении. В этой группе акцент делался на повышение значимости ценностной ориентации, на здоровье и ответственность за здоровье ребенка, информирование о необходимости некоторых медицинских процедур и разрешение бессознательного конфликта с беременностью, перевод на осознанный уровень переосмысление и принятие беременности.

#### 4. Модуль – оценка эффективности.

##### *Цели:*

- оценка изменений в психологических факторах риска в процессе формирующего эксперимента;
- оценка эффекта формирующего эксперимента.

##### *Методы:*

- самоотчеты беременных женщин;
- специальные экспериментальные процедуры (психодиагностика структуры ценностных ориентаций и ПКГД);

### **Блок III. Итогового изменения психологических показателей**

##### *Цели:*

- оценка изменений в структуре ценностных ориентаций;
- оценка изменений в диагностика системы отношений и изменений психологического компонента гестационной доминанты;
- оценка эффективности психопрофилактических и коррекционных мероприятий;

##### *Методы:*

- диагностика терминальных и инструментальных ценностных ориентаций [9];
- диагностика внешних и внутренних ценностных ориентации, исследование атрибуции конфликта ценностных ориентаций [11];
- диагностики реальной структуры ценностных ориентаций личности [2];
- экспресс-диагностика социальных ценностей личности [18];
- диагностика мотивов сохранения беременности и эмоционального состояния беременной женщины [12];

- диагностика психологического компонента гестационной доминанты и переживания беременности [3];
- статистические методы диагностики (методы описательной статистики, дисперсионный анализ, непараметрический U-критерий Манна-Уитни и W-критерий Вилкоксона).

Данная программа психологического сопровождения беременных женщин направлена в основном на создание условий для переоценки и переосмысления ценностных ориентаций беременных женщин, формирования ценности ребенка (духовный уровень биопсихосоциозной модели Г.В. Залевского, 2009).

Необходимо помнить, что эффективность психологического сопровождения в полной мере проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала.

Программа психологического сопровождения беременных женщин не претендует на полное разрешение трудностей развития материнской сферы беременной женщины, а ставить более узкую цель в ограниченном временном интервале. Главным критерием оценки эффективности психологического сопровождения для нас служит достижение поставленных в программе целей: создание условий для переоценки и переосмысления ценностных ориентаций беременных женщин, формирования ценности ребенка и ценности материнства, оптимизация ПКГД. Для беременных женщин основным критерием успешности своего участия в программе служит эмоциональное удовлетворение и изменение эмоционального баланса в целом в пользу положительных чувств и переживаний (которые фиксировались в дневниках (самоотчетах) беременных женщин), высокая степень удовлетворения запросов, осознание ценности материнства и ребенка, улучшение психосоматического состояния.

М.С. Яницкий, характеризуя процесс формирования системы ценностных ориентаций личности, подчеркивает роль воздействия на ценностные ориентации различных внутренних и внешних факторов (уровня развития когнитивной и эмоционально-волевой сферы, особенности социальной среды, характер и форма психологического воздействия, специфика нарушений психической деятельности) [21]. Естественно в условиях формирующего эксперимента не возможно в довольно короткий промежуток времени, хоть он и является одним из ключевых в развитии личности беременной женщины, полностью перестроить систему ценностных ориентаций.

Таблица 2

*Динамика изменения показателей в результате проведения формирующего эксперимента*

Название шкал		Группа женщин минимального риска (Грм Р)			Группа женщин умеренного риска (ГрУ Р)			Группа женщин значительного риска (ГрЗ Р)		
		До	После	p-level	До	После	p-level	До	После	p-level
Методика изучения внешних и внутренних ценностей личности	Мои природные данные внеш. ц.о.	3,6	3,7	0,05	3,0	3,4	0,05	2,9	3,0	0,05
	Собственные усилия внеш. ц.о.	3,6	3,7	0,05	3,2	3,3	0,06	3,2	3,3	0,05
	Мои природные данные внутр. ц.о.	3,5	3,8	0,02	3,5	3,7	0,01	3,5	3,6	0,06
	Собственные усилия внутр. ц.о.	3,4	3,9	0,001	3,7	3,9	0,02	3,6	3,7	0,01
	Конфликтность осуществл. внеш. цен-х ориентаций	0,4	0,3	0,02	0,1	0,09	0,05	0,8	0,3	0,03
	Конфликтность осуществл. внутр. цен-х ориентаций	0,2	0,195	0,05	0,2	0,195	0,05	0,7	0,4	0,03
Диагностика реальной структуры ц.о.	Высокое материальное благосостояние	2,3	2,3	0,16	2,4	2,4	0,32	3,1	2,4	0,05
	Поиск и наслаждение прекрасным	2,5	2,6	0,05	2,7	2,8	0,05	2,1	2,8	0,05
	Любовь	4,4	4,5	0,04	3,9	4,2	0,01	4,1	4,2	0,02
	Здоровье	3,3	3,3	0,26	2,9	3,2	0,04	3,4	3,4	0,32
Мотивы сохранения беременности	Принятие беременности	45,9	48,3	0,001	46,5	47,9	0,01	45,1	47,6	0,01
	Низкая готовность к материнству	15,7	15,2	0,05	18,6	16,2	0,02	21,2	19,3	0,04
	Ценность Я	17,5	17,4	0,12	17,4	17,5	0,05	24,5	19,9	0,02
	Деструктивные мотивы сохранения беременности	12,5	12,6	0,23	14,3	12,3	0,05	15,7	12,9	0,05
Тест отношений беременной.	Уровень тревоги к беременности	0,3	0,2	0,03	0,3	0,2	0,03	1,4	0,7	0,03
	Уровень тревоги к системе «мать-дитя»	0,4	0,2	0,02	0,9	0,5	0,02	1,7	0,9	0,05
	Уровень тревоги в системе межличностных отношений	0,1	0	0,04	0,3	0,1	0,03	0,7	0,2	0,03
	Оптимальность ПКГД	4	6	0,03	4,9	6	0,05	2	4	0,05

Психометрическими критериями эффективности психологического сопровождения служат результаты контрольного среза. Так при помощи «Методики изучения внешних и внутренних ценностных ориентаций» наблюдается повышение субъективной значимости собственных усилий в реализации внутренних ценностных ориентаций ( $p=0.001$  в группе женщин минимального риска,  $p=0.01$  в группе женщин значительного риска), что может являться внутренним ресурсом, способствующим личностному развитию. С разрешением в процессе психологического сопровождения внутренних противоречий снизился и уровень конфликтности ценностных ориентаций (табл. 2). Во всех группах риска повысился уровень принятия беременности ( $p=0.001$  – Грм Р;  $p=0.01$  – ГрУ Р;  $p=0.01$  – ГрЗ Р), что способствует не только улучшению общего психоэмоционального фона самой беременной, но и как показывают исследования (Н.Н. Авдеев; О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл, 1993), влияет на формирование психоэмоциональной сферы ребенка, его поведенческие черты, особенности личности в старшем возрасте.

В результате психологического сопровождения уровень тревоги (к беременности, к системе «мать-дитя», к системе межличностных отношений) снизился во всех группах риска (табл. 2). Доказано, что излишние тревожные переживания беременной женщины оказывают существенное влияние на развитие ребенка первых месяцев жизни. Дети тревожных матерей имеют более низкие баллы по психомоторному развитию, и нарушения коммуникативных функций в виде неполноценного «комплекса оживления», наблюдается синдромом вегетативных дисфункций (А.С. Батуев, О.Н. Полякова, А.А. Александров, 2000; А.А. Макарова, 2006; Г.Н. Чумакова, 2007). Тревожные беременные в дальнейшем проявляют себя менее успешными в роли матери, чем женщины с оптимальным типом переживания беременности (А.А. Макарова, 2006).

Таким образом, в результате работы с ценностно-смысловой сферой беременной женщины и уровнем конфликтности осуществления внешних и внутренних ценностных ориентаций, принятием беременности, осознанием ценности ребенка и материнства, уровнем тревожности – повышается общая готовность к материнству и оптимизируется физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты ( $p=0.03$  – Грм Р;  $p=0.05$  – ГрУ Р;  $p=0.05$  – ГрЗ Р).

Результаты контрольного среза, полученные с помощью шкал методик, диагностирующих некоторые ценностные ориентации, уровень тревожности и мотивы сохранения беременности, анализ речевой продукции женщин, рисунков и текстов рефлексии в завершении занятий показали эффективность предложенной программы и оптимизацию ПКГД.

Таким образом, работая с ценностно-смысловой сферой беременной женщины, уровнем конфликтности осуществления внешних и внутренних ценностных ориентаций, гармонизируя ее собственную структуру, снижая деструктивные мотивы сохранения беременности, повышая ценность ребенка (при необходимости) и ценность самой беременности и материнства, актуализируя установки на заботу о здоровье, снижая уровень тревоги и стресса – повышается общая готовность к материнству и оптимизируется физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты.

Эффективности психологического сопровождения беременных женщин будет выше при воздействии не только на Личностный уровень: работа с ценностями, мотивацией, смысловыми образованиями, установками, но и на остальные уровни биопсихосоциозитической модели беременности:

- биологический или психофизиологический уровень (обучение регуляции функциональных и психических состояний средствами аутогенной тренировки, арт-терапии, телесноориентированной терапии и т.д.);
- социальный или межличностный уровень: формирование навыков общения и умений выхода из конфликтных ситуаций;
- психологический уровень:
  - а) работа с эмоциями: поощрение открытого выражения чувств вербальными и невербальными средствами, обучение эмпатийному слушанию;
  - б) работа с когнициями: передача знаний;
  - в) формирование навыков и умений (поведения в родах, ухода за ребенком).

### Список литературы

1. Болдырева Е.А., Лымарев А.П. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. – Волгоград, 2007. С. 185-186.
2. Бубнова С.С. Методика диагностики индивидуальной структуры ценностных ориентаций // Методы психологической диагностики. Вып. 2 / Под ред. Воронина А.Н. – М.: Институт психологии РАН, 1994. С. 144-157.
3. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. С. 93-102.

4. Залевский Г.В. К проблеме предмета и рамочных моделей современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал. 2006. № 23. С. 6-13.
5. Залевский Г.В. От «демонической» до «биопсихосоцио-ноэтической» модели психического расстройства / Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал. 2009. №32. С. 57-64.
6. Каташинская-Звезда Е.В., Баканина Н.А. Исследование эффективности различных вариантов сопровождения беременности с использованием оценки психоэмоционального статуса, нейро-вегетативной регуляции и системной диагностики минерального обмена // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии. Сборник трудов по результатам материалов Международной научно-практической конференции 23-25 мая 2012 года. – СПб.: ИД «Петрополис», 2012. С. 94-110.
7. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. – СПб.: Ювента, 2000. 362 с.
8. Кузьмина Ю.В. Программа психологического сопровождения беременных женщин в контексте биопсихосоционоэтической модели беременности / Ю.В. Кузьмина // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 113-115.
9. Леонтьев Д.А. Методика изучения ценностных ориентации. – М.: «СМЫСЛ», 1992. 17 с.
10. Магденко О.В. Психокоррекция деструктивных репродуктивных мотиваций у беременных женщин // Репродуктивное здоровье семьи в перинатальной психологии. Сборник трудов по результатам материалов Международной научно-практической конференции 23-25 мая 2012 года. – СПб.: ИД «Петрополис», 2012. С. 56-61.
11. Мотков О.И., Огнева Т.А. Методика «Ценностные ориентации». – М., 2008 [Электронный ресурс]: URL:<http://psychology.rsuh.ru/motkov.htm>; <http://www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html> www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html (дата обращения 19.06.2013).
12. Рабовалюк, Л.Н. Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) / Л.Н. Рабовалюк // Молодой ученый. 2012. №6. Т. 2. С. 350-356.
13. Рабовалюк, Л.Н. Рекомендации по психопрофилактики, психокоррекции ценностных ориентаций и типа психологического компонента гестационной доминанты / Л.Н. Рабовалюк // Детство и семья в современном мире: материалы международной научно-практической конференции / Под ред. Кравцовой. – Владивосток: Мор.гос. ун-т, 2012. С. 56-62.
14. Рабовалюк, Л.Н. Выделение подтипов ПКГД, на основе теста отношений беременной И.В. Добрякова / Л.Н. Рабовалюк // Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения: материалы II международной научно-практической конференции 20-21 апреля 2012 года. – Пенза-Москва-Витебск: Научно-издательский центр «Социосфера», 2012. С. 124-136.

15. Рабовалюк, Л.Н. Сравнительный анализ ценностных ориентаций женщин с разными группами рисков ПКГД / Л.Н. Рабовалюк // [Электронный ресурс] Russian journal of Earth Sciences электронный научный журнал. 2012. №10. – URL: <http://ores.su/index.php/2012-07-19-18-25-29>.
16. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Вып. 3. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири. Метод. руководство. – М.: Академия, 2000. 95 с.
17. Тюлюпо С.В. Мать и ребёнок: общение в свете психосоматической парадигмы // Сибирский психологический журнал. 2001. № 14-15. С. 77-85.
18. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 490 с.
19. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными // Перинатальная психология. Психология родительства: метод. рук-во для специалистов. – М., 2006. С. 34-40.
20. Филоненко А.Л. Реферативный анализ проблемы изучения факторов риска невынашивания беременности / А. Л. Филоненко, Т. Г. Бохан // Вестник Томского государственного университета. 2010. № 334 (май). С. 142-146.
21. Яницкий М.С. Ценностные ориентации личности как динамическая система / М.С. Яницкий. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000. 203 с.

### Reference

1. Boldyreva E.A., Lymarev A.P. *Kliniko-psikhologicheskie metody opredeleniya tipa psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoy dominanty* [Clinical-psychological methods to determine the type of psychological component of gestational dominant Actual problems of experimental and clinical medicine]. – Volgograd, 2007, pp. 185-186.
2. Bubnova S.S. *Metodika diagnostiki individual'noy struktury tsennostnykh orientatsiy* [Technique for diagnostics of individual patterns of value orientations // Methods of psychological diagnostics, vol. 2 / Ed. by Voronin A.N.]. – Moscow. Institute of psychology RAS, 1994, pp. 144-157.
3. Dobryakov I.V. *Kliniko-psikhologicheskie metody opredeleniya tipa psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoy dominanty* [Clinical-psychological methods to determine the type of psychological component of gestational dominant]. – Moscow, 2005, pp. 93-102.

4. Zalevskiy G.V. *K probleme predmeta i ramochnykh modeley sovremennoy klinicheskoy psikhologii* [To the problem of the subject and the framework of models of modern clinical psychology] // Siberian psychological journal. 2006. No. 23, pp. 6-13.
5. Zalevskiy G.V. *Ot «demonicheskoy» do «biopsikhosotsio-noeticheskoy» modeli psikhicheskogo rasstroystva* [From «demonic» to «biopsychosocial-noetic» model of mental disorder] Siberian psychological journal. 2009. No. 32, pp. 57-64.
6. Katashinskaya-Zvezdina E.V., Bakanina N.A. *Issledovanie effektivnosti razlichnykh variantov soprovozhdeniya beremennosti s ispol'zovaniem otsenki psikhoemotsional'nogo statusa, neyrovegetativnoy regulyatsii i sistemnoy diagnostiki mineral'nogo obmena* [A study of the effectiveness of various maintenance of pregnancy using estimates of mental and emotional status, neurovegetative regulation and system diagnostics of mineral metabolism] Reproductive health family in perinatal psychology. Proceedings of the results of the International scientific-practical conference may 23-25, 2012. – SPb.: ID «Petropolis», 2012, pp. 94-110.
7. Kovalenko N.P. *Perinatal'naya psikhologiya*. [Perinatal psychology]. – SPb.: Juventa, 2000, pp. 362.
8. Kuz'mina Y.V. *Programma psikhologicheskogo soprovozhdeniya beremennykh zhenshchin v kontekste biopsikhosotsionoeticheskoy modeli beremennosti* [Program of psychological support of pregnant women in the context biopsychological models pregnancy] Siberian psychological journal. 2008. No. 27, pp. 113-115.
9. Leont'ev D.A. *Metodika izucheniya tsennostnykh orientatsii* [Methodology of the study of value orientation]. – Moscow, «MEANING», 1992, pp. 17.
10. Magdenko O.V. *Psikhokorreksiya destruktivnykh reproductivnykh motivatsiy u beremennykh zhenshchin* [Psychocorrection destructive reproductive motivations in pregnant women] Reproductive health family in perinatal psychology. Proceedings of the results of the International scientific-practical conference may 23-25, 2012. – SPb.: ID «Petropolis», 2012, pp. 56-61.
11. Motkov O.I., Ogneva T.A. *Metodika «Tsennostnye orientatsii»* [Technique of «Value orientation»]. – Moscow, 2008. URL:<http://psychology.rsuh.ru/motkov.htm>; <http://www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html>
12. Rabovalyuk, L.N. *Metodika issledovaniya motivov sokhraneniya beremennosti (MIMSB)* [Research methodology the explanation of continuing the pregnancy (MISB)] Young scientist. 2012. No. 6. Vol. 2, pp. 350-356.
13. Rabovalyuk, L.N. *Rekomendatsii po psikhoprofilaktiki, psikhokorreksii tsennostnykh orientatsiy i tipa psikhologicheskogo komponenta gestatsionnoy dominanty* [Recommendations for psycho-

prophylaxis, correction of value orientations and the type of psychological component of gestational dominant] Childhood and family in the modern world: materials of the international scientifically-practical conference / Ed. Kravtsova. – Vladivostok: Mor. GOS. University, 2012, pp. 56-62.

14. Rabovalyuk, L.N. *Vydelenie podtipov PKGD, na osnove testa otnosheniy beremennoy I.V. Dobryakova* [The subtyping PKGD, on the basis of a test of the relationship of the pregnant I.V. Dobryakov] Social science and public health: theoretical approaches, empirical research, practical solutions: materials of II international scientific-practical conference on April 20-21, 2012. – Penza-Moscow-Vitebsk: Scientific publishing center «Sociosphere», 2012, pp. 124-136.
15. Rabovalyuk, L.N. *Sravnitel'nyy analiz tsennostnykh orientatsiy zhenshchin s raznymi gruppami riskov PKGD* [Comparative analysis of value orientations of women with different risk groups PKGD] Russian journal of Earth Sciences electronic scientific journal. 2012. No. 10 URL: <http://ores.su/index.php/2012-07-19-18-25-29>
16. Sobchik L.N. *Metody psikhologicheskoy diagnostiki*. [Methods of psychological diagnostics]. Vol. 3. Diagnosis of interpersonal relations. A modified version of interpersonal diagnosis of T. Leary. Method. guide. – Moscow, Academy, 2000, pp. 95.
17. Tyulyupo S.V. *Mat' i rebenok: obshchenie v svete psikhosomaticheskoy paradigmy* [Mother and child: communication in the light of psychosomatic paradigm] Siberian psychological journal. 2001. No. 14-15, pp. 77-85.
18. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuylov G.M. *Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malyykh grupp* [Socio-psychological diagnostics of development of the person and small groups]. – Moscow, Publishing house of Institute of Psychotherapy, 2002, pp. 490.
19. Filippova G.G. *Metod risunochnogo testa v psikhologicheskoy rabote s beremennymi* [Method of drawing psychological test in working with pregnant women] Perinatal psychology. Psychology of parenthood: method. hand-in for professionals. – Moscow, 2006, pp. 34-40.
20. Filonenko A.L. *Referativnyy analiz problemy izucheniya faktorov riska nevyznashivaniya beremennosti* [Abstract analysis of the problem of studying risk factors of miscarriage] Bulletin of the Tomsk state University. 2010. No 334 (may), pp. 142-146.
21. Yanitskiy M.S. *Tsennostnye orientatsii lichnosti kak dinamicheskaya sistema* [The value orientation of personality as a dynamic system]. – Kemerovo: Kuzbassvuzizdat, 2000, pp. 203.

#### **ДАнные ОБ АВТОРАХ**

**Рабовалюк Любовь Николаевна**, кандидат психологических наук, ассистент кафедры

клиническая психология

*Тихоокеанский государственный медицинский университет  
пр. Острякова, 2, г. Владивосток, Приморский край, Россия  
e-mail: kholoval@yandex.ru*

**Кравцова Наталья Александровна**, доктор психологических наук, доцент, заведующая  
кафедрой клинической психологии

*Тихоокеанский государственный медицинский университет  
пр. Острякова, 2, г. Владивосток, Приморский край, Россия  
e-mail: kranatali@yandex.ru*

#### **DATA ABOUT THE AUTHORS**

**Rabovalyuk Lyubov Nikolaevna**, Ph.D., assistant professor of clinical psychology

*Vladivostok State Medical University  
pr. Ostryakov, 2, Vladivostok, Primorsky Krai, Russia  
e-mail: kholoval@yandex.ru*

**Kravtsova Natalya Aleksandrovna**, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor,  
Head of Department of Clinical Psychology

*Vladivostok State Medical University  
pr. Ostryakov, 2, Vladivostok, Primorsky Krai, Russia  
e-mail: kranatali@yandex.ru*