

**БУЧЕЛЬНИКОВА Е. М., ОСИПОВА И. С.**  
**ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЖЕНЩИН**  
**С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА**  
**ДОМИНАНТЫ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Аннотация.** В статье рассматривается одна из проблем перинатальной психологии – проблема психологического компонента гестационной доминанты. Авторы выявляют особенности ценностных ориентаций женщин с разными типами психологического компонента доминанты беременности, описывают особенности работы психолога с беременными женщинами.

**Ключевые слова:** беременность, доминанта беременности, перинатальная психология, психологический компонент гестационной доминанты, ценности, ценностные ориентации.

**BUHELNIKOVA E. M., OSIPOVA I. S.**  
**FEATURES OF VALUE ORIENTATIONS**  
**OF WOMEN WITH DIFFERENT TYPES OF PSYCHOLOGICAL**  
**COMPONENT OF DOMINANT PREGNANCY**

**Abstract.** The article deals with one of the perinatal psychology problem – the problem of the psychological component of gestational dominance. The authors identify the characteristics of the value orientations of women with different types of psychological component of dominant pregnancy. The features of the psychologist's work with pregnant women are described.

**Keywords:** pregnancy, pregnancy dominant, perinatal psychology, psychological component of gestational dominant, values, value orientations.

Гестационная доминанта (доминанта беременности) – это особый психофизиологический механизм, который включается в женском организме с момента зачатия. Его главная функция – это создание таких условий, которые необходимы для благополучного вынашивания ребенка и подготовки женщины к предстоящим родам [1]. Ученые выделяют два компонента доминанты – психологический и физиологический. К основным изменениям со стороны физиологии, происходящим в организме беременной женщины, можно отнести следующие: снижение уровня активности, повышение порога раздражимости к разным факторам (вкус, запах, звук), гормональные изменения и т.д. Психологический компонент гестационной доминанты (далее – ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся при возникновении беременности и формирующих у беременной женщины поведенческие стереотипы,

направленные на сохранение гестации и на создание условий для развития будущего ребенка. Особенности ПКГД проявляются в отношениях женщины к своей беременности, к ее будущему ребенку.

Можно выделить различные типы ПКГД. Так, И. В. Добряков выделяет оптимальный, гипогестогнозический (игнорирующий), эйфорический, тревожный, депрессивный типы [3].

Наиболее благоприятный тип доминанты беременности, который не требует коррекции и принимается за норму – это оптимальный тип ПКГД. Женщина с этим типом спокойно относится к своей беременности, испытывает чувство любви по отношению к будущему ребенку и, следовательно, не пытается скрыть беременность от других. Она часто общается со своим ребенком, довольно рано начинает чувствовать его шевеления и стремится понять его эмоции и потребности. Женщина относится к своему положению ответственно, посещает курсы дородовой подготовки, следит за своим здоровьем, понимает какие трудности ее могут ожидать, она следует указаниям врача и ведет активный образ жизни с учетом всех рекомендаций. Как правило, родственники и близкое окружение в этом случае поддерживают будущую маму, проявляют внимание и заботу.

Гипогестогнозический (или игнорирующий) тип ПКГД довольно часто встречается у молодых женщин, которые еще не закончили учебу, или у женщин, увлеченных своей работой, стремящихся построить карьеру. В большинстве случаев эта беременность наступила незапланированно, женщина старается ее не замечать и продолжает вести тот же образ жизни, что и до беременности. Она не считает, что ее положение требует особого внимания, продолжает нагружать себя учебой или работой, заниматься спортом, ходить на шумные встречи с друзьями, а также не спешит вставать на учет в женскую консультацию и отказывается соблюдать различные рекомендации, считая их лишними. Все проявления беременности женщина воспринимает с негативными эмоциями, плохо представляет себя в роли матери, что требует психологической коррекции.

Эйфорический тип ПКГД характеризуется неадекватным восприятием беременности, часто характерен для женщин с истерическим типом личности. У них наблюдается стабильно повышенный фон настроения, ярко выраженные проявления заботы о здоровье и благополучии ребенка, фантазии и т.д. Со стороны может казаться, что все хорошо, так как внешне женщина демонстрирует свою любовь к будущему ребенку, проявления нежности и заботы. Однако, в отличие от нормы обычного повышенного настроения и радости, для женщин с этим типом доминанты характерно не критическое отношение к возможным осложнениям во время беременности и родов, неадекватная оценка своего состояния, абсолютная уверенность в том, что все будет именно так как она себе это представляет. Внешне женщина выглядит очень счастливой и не стремится скрыть свое положение, однако

довольно часто это может быть и признаком скрытой тревоги, которая тщательно подавляется. В случаях, когда проблемы все же появляются, что нередко случается в третьем триместре в связи с ее безответственным отношением, женщины с эйфорическим типом ПКГД склонны сильно преувеличивать и чрезмерно эмоционально реагировать на случившееся.

Для женщин с эйфорическим типом ПКГД характерно позднее вставание на учет в женскую консультацию, а также несоблюдение рекомендаций врачей. Также к характерным чертам относится неадекватно эйфорическая окраска своей беременности и образа будущего материнства. Они полностью уверены в том, что их будущий ребенок будет самым одаренным, послушным, красивым и необыкновенным во всех своих проявлениях. Иногда это может быть связано с неготовностью к трудностям, стремлением уйти от негативных мыслей. Когда появляются первые сложности, и женщина сталкивается с реальной действительностью, она тяжело переживает несоответствие реальности и своих собственных фантазий.

У женщин с тревожным типом ПКГД преобладающим состоянием является тревожность. И. В. Добряков и другие психологи считают, что незначительная тревожность позволяет будущей матери относиться к себе и собственному ребенку более ответственно и бережно, способствует адаптации в этот непростой период [3]. Однако в некоторых случаях, тревога может пересекать границы нормы, что приводит к формированию тревожного типа ПКГД. К факторам, способствующим этому можно отнести следующие: нежелательная беременность, деструктивные мотивы зачатия, отсутствие партнера и поддержки со стороны близких людей, конфликты в семье, низкий уровень материального обеспечения, проблемы с жильем, проблемы со здоровьем, некоторые личностные особенности, высокое чувство ответственности и т.д. Сочетание нескольких факторов ведет к усугублению ситуации.

При депрессивном типе ПКГД характерными проявлениями являются сниженный фон настроения, плаксивость, обидчивость, пассивность женщины. В самых тяжелых случаях могут появиться сверхценные и бредовые идеи, ипохондрические состояния, формируется самоповреждающее поведение, которое может привести к тяжелым последствиям. Женщины болезненно воспринимают изменения в своем теле, переживают, что это может испортить отношения с мужем. Помимо этого, они не испытывают чувства радости, их часто посещают различные беспокойные мысли и чувство вины, они стремятся скрыть свою беременность, боятся осуждения и часто сожалеют, что их жизнь не будет прежней.

В период беременности происходят глубокие личностные преобразования, в том числе и в системе ценностных ориентаций. Так, Т. В. Скрицкая отмечает, что в этот особый для каждой женщины период, ценностные ориентации имеют специфичный характер [6].

Для изучения особенности ценностных ориентаций женщин с разными типами психологического компонента доминанты беременности нами было проведено эмпирическое исследование, в котором приняли участие 89 беременных женщин в возрасте от 17 до 43 лет, где средний возраст испытуемых – 28,1 лет; срок беременности: 1 триместр – 8 чел. (9%); 2 триместр – 19 чел. (21 %); 3 триместр – 62 чел. (70%); среди них замужем – 78 чел. (88%), в гражданском браке – 7 чел. (8%) и не замужем – 4 чел. (4%). Подбор испытуемых и проведение психодиагностики осуществлялись на базе социальной сети «ВКонтакте», а также на базе форумов для беременных. Испытуемым были предложены следующие методики: тест отношений беременной (ТОБ) И. В. Добрякова; методика «Ценностные ориентации» вар. 2 О. И. Мотковой, Т. А. Огневой; методика «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности» С. С. Бубновой [3; 4; 2].

В ходе исследования возникли трудности с выделением типов ПКГД, так как на практике в чистом виде они почти не встречаются и представлены чаще в смешанном виде. На основе работ Л. Н. Рабовлюк, которая также столкнулась с такой проблемой при изучении схожей темы, было принято решение выделять не типы ПКГД, а подтипы, что позволило сделать результаты диагностики более точными [5].

При рассмотрении полученных в ходе исследования подтипов доминанты беременности, выделение групп риска происходило следующим способом: в первую группу мы отнесли те подтипы ПКГД, которые не требуют коррекции, так как риск либо не выявлен, либо несущественен. Выбирая из тех подтипов ПКГД, которые были выявлены среди испытуемых, в эту группу можно отнести следующие: преимущественно оптимальный (13 чел.), оптимально-эйфорический (20 чел.), оптимально-гипогестогнозический (1 чел.).

Следующая группа, которую мы выделяем, – это группа умеренного (среднего) риска. Женщины, которые относятся к этой группе, не имеют ярко выраженных симптомов различных психологических нарушений. Работа психолога над незначительными отклонениями от оптимального варианта ПКГД требуют внимания по большей части с точки зрения профилактики и в целях коррекции проблемных зон. В эту группу мы относим беременных женщин со следующими подтипами ПКГД: оптимально-тревожный (9 чел.), преимущественно гипогестогнозический (2 чел.), преимущественно эйфорический (4 чел.), смешанный (14 чел.).

И третья группа, которая требует большего внимания, – это группа значительного риска. В этом случае рекомендуется именно индивидуальный подход, так как проблемы требуют детального рассмотрения и более глубокого анализа. Сюда следует относить женщин со следующими подтипами ПКГД: преимущественно тревожный (2 чел.), тревожно-оптимальный (1 чел.), смешанно-тревожный (23 чел.).

Таким образом, было выделено три основных группы риска – группа преимущественно оптимального типа ПКГД (группа, не требующая коррекции) - 34 человека (38%), группа умеренного риска и группа – 29 человек (33%) и группа значительного риска – 26 человек (29%).

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы.

1. Мы не выявили значимых различий между тремя группами риска по общему критерию конфликтности осуществления всех ценностей. Различия между группами не требующей коррекции и значительного риска существуют лишь на уровне статистической тенденции.

2. Высокие показатели конфликтности осуществления внешних ценностных ориентаций в группе со значительным риском наблюдаются у 8% беременных женщин, а в группе с преимущественно оптимальным типом (не требующая коррекции) только – 3%, при этом в группе умеренного риска не выявлены женщины с высоким уровнем конфликтности осуществления внешних ценностей (0%). Процент женщин со средним уровнем конфликтности в группе, не требующей коррекции и группе умеренного риска одинаков (по 3%), тогда как в группе значительного риска этот процент значительно выше (15%). При сравнении женщин с низким уровнем конфликтности осуществления ценностных ориентаций, мы наблюдаем, что в группе значительного риска процент ниже (77%), чем в группах оптимального и умеренного риска (94% и 97%).

Таким образом, у женщин со значительной группой риска чаще наблюдается конфликт между значимостью и реализацией внешних ценностных ориентаций: хорошее материальное благополучие; известность, популярность; физическая привлекательность, внешность; высокое социальное положение и роскошная жизнь.

3. В структуре реальных ценностных ориентаций беременных женщин доминирующими являются ценностные ориентации на отдых и приятное времяпрепровождение, помощь и милосердие другим людям, любовь и признание и уважение людей.

4. У женщин из группы, не требующей коррекции, доминирующими ценностными ориентациями являются следующие – приятное времяпрепровождение, отдых; помощь и милосердие к другим людям; любовь. К наименее значимым ценностям можно отнести общение, социальную активность, а также высокий социальный статус и управление людьми.

Среди женщин умеренной группы риска доминируют следующие ценностные ориентации – приятное времяпрепровождение, отдых; помощь и милосердие к другим людям; признание и уважение людей и влияние на окружающих. Наименее значимые

ценностные ориентации в этой группе риска: социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе; высокий социальный статус и управление людьми; поиск и наслаждение прекрасным.

В группе значительного риска можно выделить следующие особенности: в качестве доминирующих ценностных ориентаций выступают те же, что в группе умеренного риска, а в качестве менее значимых – поиск и наслаждение прекрасным; высокий социальный статус и управление людьми; социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе; общение.

5. Для женщин из группы, не требующей коррекции, такая ценностная ориентация как любовь, является более значимой, чем у женщин из группы значительного риска ( $U=297$ ,  $p=0,024$ ). Эти данные позволяют сделать предположение о том, что у женщин с оптимальным типом ПКГД (или другим, не требующим коррекции) любовь является более определяющим чувством в их жизни, а такие важные события как заключение брака, зачатие и рождение ребенка реже имеют деструктивные мотивы и основаны на сильных чувствах любви.

6. У женщин из группы значительного риска выраженность ценностной ориентации на общение выше, чем у женщин из группы, не требующей коррекции ( $U=354,5$ ,  $p=0,03$ ). Это говорит нам о том, что потребность в общении у женщин, испытывающих сложности с принятием беременности выше, что предположительно может быть связано с нехваткой поддержки в семье.

Работа психолога с женщинами из разных групп риска также отличается своими особенностями.

Для женщин из группы, не требующей коррекции, как правило, психологическая помощь является необязательной и проводится только при личном обращении женщины или в тех случаях, когда диагностируются гипогестогнозо-оптимальный подтип или оптимально-гипогестогнозический подтип доминанты беременности. Так как в этом случае мы наблюдаем неполное принятие своего ребенка, нарушения в ролевой идентификации женщины, и целью психокоррекции будет являться формирование благоприятного отношения к беременности, предстоящим родам и материнству, а также установление близких эмоциональных связей с пренейтом. Не менее важным является и просветительская деятельность, так как чаще всего, женщины с этими подтипами ПКГД пренебрегают рекомендациями своего врача и продолжают вести образ жизни нежелательный для беременных.

Психологическое сопровождение женщин из группы умеренного риска уже можно назвать обязательным, несмотря на то, что работа психолога над незначительными

отклонениями от оптимального варианта доминанты беременности требуют внимания по большей части с точки зрения профилактики и в целях коррекции проблемных зон. Оно может быть направлено на снижение уровня личностной и ситуативной тревоги, установление близкого эмоционального контакта с будущим ребенком, обучение навыкам саморегуляции и управления стрессом, работу со страхами женщины, работу с мотивационным компонентом и т.д. Цели работы с психологом подбираются индивидуально, в зависимости от проблем, выявленных в ходе психодиагностики.

При проведении групповых занятий с беременными также необходимо формировать группы с учетом подтипа доминанты беременности. Например, нельзя собирать в единую группу всех женщин с повышенной тревогой, так как это плохо скажется на общей атмосфере занятий, а уровень тревоги у женщин будет только расти. Предварительный отбор позволит избежать нежелательных последствий и повысить эффективность оказания психологической помощи.

К женщинам из группы значительного риска требуется самое большое внимание психолога и окружающих людей, так как здесь наблюдается наибольшее количество проблем и высокая степень их выраженности. При работе с женщинами из этой группы не допускается ведение групповых занятий – их эффективность будет низка, или в некоторых случаях может даже вредить, что является недопустимым.

Программа психологического сопровождения должна включать в себя работу с тревожными и депрессивными состояниями беременной, психокоррекцию, направленную на принятие новой социальной роли и принятие своего ребенка, а также работу с деструктивными мотивами. Психологу необходимо учитывать негативный прошлый опыт беременной, который при наличии может оказывать сильное влияние на психоэмоциональный статус женщины.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аршавский И. А. Очерки по возрастной физиологии. – М.: Медицина, 1967. – 476 с.
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. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 271 с.
4. Мотков О. И., Огнева Т. А. Методика «Ценностные ориентации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.psychology-online.net/articles/doc-1128.html> (дата обращения: 15.03.2022).

5. Рабовалюк Л. Н. Выделение подтипов ПКГД на основе теста отношений беременной И. В. Добрякова // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2012. – № 18. – С. 124–136.
6. Скрицкая Т. В. Ценностные ориентации женщин в период беременности: дисс. ... канд. психол. наук. – Новосибирск, 2002. – 162 с.