

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Владимирский государственный университет
имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых»

На правах рукописи

ШАХВОРОСТОВА Татьяна Владимировна

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН**

Специальность: 19.00.05 – социальная психология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
доцент, Зобков Александр Валерьевич

Ярославль 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. ОБЗОР СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ	
БЕСПЛОДИЯ В ПСИХОЛОГИИ	19
1.1. Обзор современного состояния проблемы женского бесплодия в отечественной психологии.....	19
1.2. Обзор современного состояния проблемы женского бесплодия в зарубежной психологии	29
Выводы по главе 1	34
Глава 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВА-	
НИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ	
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН	36
2.1. Методологические основы изучения системы личности женщин с диагнозом «бесплодие»	36
2.2. Методологические основы организации исследования социально- психологических детерминант репродуктивной функции женщин	43
Выводы по главе 2	49
Глава 3. ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ	
ДЕТЕРМИНАНТ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН.....	
3.1. Исследование социально-психологических детерминант состояния инфертильности у женщин с диагнозом «бесплодие», обусловленных социальным статусом в малой группе (семье)	51
3.1.1. Исследование социально-психологических детерминант состояния фертильности у женщин, обусловленных социальным статусом в малой группе (семье)	70
3.1.2. Интерпретация различий социально-психологических	

структур инфертильных и фертильных женщин	87
3.2. Исследование социально-психологических детерминант собственно-психологического уровня личности инфертильных женщин	93
3.2.1. Исследование особенностей личности фертильных женщин на собственно-психологическом уровне	102
3.2.2.Интерпретация результатов исследования собственно-психологического уровня инфертильных и фертильных женщин	106
3.3. Психолого-методологическое сопровождение инфертильных женщин	118
3.3.1. Результаты эмпирического исследования сопровождения инфертильных женщин	123
Выводы по главе 3	130
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	135
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	142
ПРИЛОЖЕНИЯ	162

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Проблема изучения психологического состояния женщин с диагнозом «бесплодие», характеристик их личности исследуется в социальной, медицинской, перинатальной психологии с середины XX века.

Проявления психологического состояния женщин с диагнозом «бесплодие» непосредственно связано с социально-психологическими понятиями: семейная репродуктивная ситуация, репродуктивное поведение, репродуктивная установка, репродуктивные мотивы (А. И. Антонов, В. В. Бойко, В. М. Медков, Д. Н. Узнадзе и др.). Для репродуктивного поведения женщин, имеющих в анамнезе диагноз «бесплодие», характерен набор шаблонов и линий поведения, которые зависят от репродуктивной установки, навязанной социальным окружением и семейными репродуктивными мотивами. В свою очередь, репродуктивные мотивы, как показывают исследования, зависят от семейной репродуктивной ситуации, произошедшей когда-то в онтогенезе самих женщин и их семей [13, 26, 27, 46, 59 – 61, 66, 67, 76, 77, 81, 88, 121, 123, 150, 190].

Психоэмоциональное состояние бесплодных женщин становится отражением социальной реальности, социальной среды, в которой проживают они и их семьи на протяжении многих поколений (Г. М. Андреева, Г. Блумер, Н. Н. Богомолова, М. Кун, Дж. Г. Мид, Я. Морено, Л. А. Петровская и др.). Однако, наряду с вышеописанными теоретическими исследованиями, не рассматривалась взаимосвязь социального статуса бесплодных женщин в малой группе (семье) и нарушений репродуктивной функции.

В настоящее время широко распространены научные исследования характеристик личности женщин с диагнозом «бесплодие». Исследуются психологические факторы, предшествующие и сопутствующие заболеванию: черты психического инфантилизма, тревожность, склонность к депрессивным реакциям (В. В. Бойко, Ф. В. Дахно, А. В. Колчин, Э. В. Макаричева, В. Д. Менделевич). Изучаются механизмы преодоления психоэмоционального стресса женщинами с диагнозом «бесплодие» (В. В. Абрамченко, А. И. Антонов, В. Д. Менделевич и др.). Исследу-

ется психосексуальная сфера семейных пар (М. В. Струковская, В. Д. Тополянский), выявляются различия мотивов деторождения у бесплодных пар и пар, имеющих детей (Р. Дж. Пепперел и соавторы). В числе прочего, необходимо рассматривать возможные изменения в социальной структуре личности бесплодных женщин на социально-психологическом уровне, что поможет расширить теоретические представления о социально-психологических детерминантах репродуктивной функции женщин и дополнить знания о социальной структуре личности.

Определено, что диагноз «бесплодие», во-первых, влияет на психологическое состояние женщины, провоцируя у нее хронический стресс (В. В. Васильева, О. С. Карымова, Т. Н. Колгушина, Э. В. Макаричева, Г. Г. Филиппова), приводя к снижению социально-психологической адаптации, дезорганизации жизнедеятельности; во-вторых, на психосоматические проявления ее организма (А. И. Антонов, Л. Н. Белоус, Н. А. Богдан, В. В. Бойко, Ф. В. Дахно, О. С. Карымова, А. Н. Каталевская, К. Н. Кечиян, Э. В. Макаричева, В. М. Медков, В. Д. Менделевич, Г. Г. Филиппова, Е. В. Чадаев и др.).

Хотя в теоретических исследованиях представлено описание влияния стрессовой ситуации, связанной с постановкой диагноза «бесплодие», на общее психоэмоциональное состояние женщин, отсутствует интегративный подход в изучении собственно-психологического и социально-психологического уровней их личности, что затрудняет понимание причин детерминации репродуктивной функции женщин.

Состояние женщин с диагнозом «бесплодие», уходит своими корнями в межпоколенные отношения, где возникали социально-психологические нарушения в семейных отношениях малой группы (семьи), их изучение позволит дополнить характеристики социально-психологического внутриличностного конфликта, который может являться одной из причин нарушений репродуктивной функции у бесплодных женщин.

Исследование социально-психологических детерминант репродуктивной функции приобретает в контексте социальной психологии особое значение, поскольку раскрывает содержание личностных и социальных характеристик, влия-

ющих на социальный статус женщин в малой группе (семье), на их адаптацию в социальной среде и реализацию себя в роли женщины-матери. Их изучение позволит выявить и описать психоэмоциональное состояние, которое возможно является детерминантой репродуктивной функции женщин.

Низкий социально-психологический статус женщин, провоцирующий психоэмоциональный стресс, обозначен как социально-психологический феномен бесплодия, или состояние инфертильности.

В медицине существует пять основных факторов постановки диагноза «бесплодие»: трубно-перитонеальный, эндометриоз, эндокринные нарушения, маточные факторы, сочетание двух и более факторов.

Необходимо отметить, что все женщины с диагнозом «бесплодие» находятся в состоянии инфертильности, однако выборку исследования составили женщины с диагнозом «бесплодие», которые не имеют органических поражений репродуктивной системы и нарушения их репродуктивной функции, по мнению врачей, могут зависеть от их состояния социально-психологической неготовности к социальной роли матери. В настоящее время около 17 – 20 % женщин имеют диагноз «бесплодие».

Согласно международной классификации болезней Всемирной организации здравоохранения женщине, которая не забеременела в течение года, ставится диагноз «бесплодие» [124]. Проблема репродуктивной несостоятельности женщин перестала быть только медицинской, перейдя в русло психологических, социально-психологических, социальных и демографических проблем.

Следует подчеркнуть практическую значимость данного исследования, которая состоит, во-первых, в обосновании, разработке и реализации программы коррекции социально-психологического статуса женщин с диагнозом «бесплодие» в малой социальной группе (семье); во-вторых, в значительной степени в решении социально-демографической проблемы страны; в-третьих, результаты исследования позволят ответить на вопрос: какие доминирующие социально-психологические факторы детерминируют социально-психологический статус женщин в семье, обуславливают их травмирующее психоэмоциональное состоя-

ние, приводя к постановке диагноза «бесплодие» и психосоматическим нарушениям организма?

Таким образом, проблема исследования психоэмоциональное состояние, характерное для женщин с диагнозом «бесплодие», не достаточно изучено на социально-психологическом уровне, который позволяет выявить особенности взаимоотношений таких женщин в малой группе (семье).

Не выявлены социально-психологические и личностные детерминанты репродуктивной функции женщин, не изучена их связь и роль в изменении репродуктивной функции. Не выявлены социально-психологические и собственно-психологические структуры их личности.

Результаты исследования могут обеспечить дальнейшую теоретическую разработку направлений изучения социально-психологических основ репродуктивного поведения, установок и мотивов, социальной теории личности и ее статуса, обусловленных включенностью инфертильных женщин в социальную структуру малой группы (семьи). Расширить знания о социальной структуре личности инфертильных и фертильных женщин. Позволить оптимизировать программы психологической коррекции социальных и личностных детерминант репродуктивной функции женщин, способствующих ее восстановлению. Это и обуславливает актуальность нашего исследования.

Цель исследования: изучить социально-психологические детерминанты репродуктивной функции женщин.

Объект исследования: детерминанты репродуктивной функции женщин.

Предмет исследования: социально-психологические детерминанты репродуктивной функции женщин.

Общая гипотеза исследования: инфертильность женщин определяет низкий социально-психологический статус в малой группе (семье) и наличие психоэмоционального стресса.

Частные гипотезы:

- Социально-психологический статус инфертильных женщин детерминируется определенными личностными особенностями, социально-психологической и собственно-психологической направленности.

- Психоэмоциональный стресс инфертильных женщин провоцируется собственно-психологическими характеристиками, к которым следует отнести: мотивационную незрелость, хроническую депрессию, несформированную самооценку, тревожность.

Исходя из поставленной цели и сформулированных общей и частных гипотез, в исследовании решались следующие теоретические и эмпирические **задачи**:

- рассмотреть современное состояние проблемы «бесплодия», разработать теоретический подход изучения системы личности инфертильных женщин;

- изучить социально-психологический статус инфертильных и фертильных женщин в малой группе (семье), выявить факторы, детерминирующие психоэмоциональное состояние и статус женщин в семье;

- выявить статистические различия в структуре взаимосвязи социально-психологических детерминант репродуктивной функции фертильных и инфертильных женщин;

- разработать и эмпирически проверить программу коррекции социально-психологических детерминант репродуктивной функции инфертильных женщин.

Методологическая основа исследования базируется на принципе объективности, требующем глубокого анализа множества факторов, влияющих на развитие изучаемого явления; диалектике, предлагающей целостное и всестороннее рассмотрение явлений в их развитии и взаимосвязи; интегративном подходе как общеметодологическом принципе науки; а также на следующих подходах и концепциях:

- основных положениях, раскрывающих связь психических процессов, свойств личности и деятельности (К. А. Абульханова, В. А. Зобков, А. В. Карпов, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, В. Д. Шадриков, Р.М. Шамионов и др.), в рамках которого человек рассматривается как активный творец своей жизнедеятельности;

- общенаучных подходах, обеспечивающих целостность исследования сложных явлений, в частности на системном подходе к концепции детерминации психических явлений (А. В. Карпов, Б. Ф. Ломов и др.);

- методологических положениях квалиметрии человека (А. И. Субетто, Н. П. Фетискин);

- основных принципах и положениях экспериментальной психологии, психодиагностики, а также организации эмпирических психологических исследований (В. Н. Дружинин, А.В. Карпов, Т. И. Миронова, Н. П. Фетискин и др.);

- теоретических концепциях трансгенерационного подхода в исследованиях М. Боуэна, Л. Г. Жедуновой, А. А. Королевой, И. Н. Мальковой, С. Минухина, Я. Морено, М. В. Сапоровской, И. Ю. Хамитовой, Б. Хеллингера и др.

Теоретическую основу исследования составляют:

- теоретические подходы и концепции социальной психологии: интеракционизм (Г. М. Андреева, М. Кун, Дж. Г. Мид, Я. Морено и др.) проявляется в рассмотрении поведенческих реакций женщин, которые основываются на структуре их личности, реализуемой социальной роли, и взаимодействии в малой группе; когнитивизм (Р. Абельсон, К. Левин, Т. Ньюком, Ч. Осгуд, М. Розенберг, П. Танненбаум и др.) рассматривается в работе в связи с теорией поля К. Левина и заложенными в памяти женщины негативными родовыми установками в отношении материнства; психоанализ (А. Фрейд, З. Фрейд и др.), прежде всего это возможность рассмотрения внутриличностных конфликтов, разрешение которых может привести к восстановлению репродуктивной функции;

- теоретические положения, обосновывающие медицинский диагноз «бесплодие» женщины, и психологии материнства, которые разработаны в трудах А. И. Антонова, Н. А. Богдан, О. С. Васильевой, Ф. В. Дахно, И. В. Добряков, О. С. Карымовой, Н. В. Ключевой, Т. Н. Колгушиной, Э. В. Макаричевой, В. М. Медкова, В. Д. Менделевича, Г. Г. Филипповой, L.W. Cox, P. Repperell и др.;

- теоретические концепции психической регуляции деятельности, эмоций, состояний, разработанных в исследованиях В. К. Вилюнаса, О. В. Дашкевича, Л. Г. Дикой, А. В. Зобкова, Е. П. Ильина, О. А. Конопкина, А. К. Осницкого и др.;

Методы исследования:

- теоретические: теоретический анализ специальной литературы, теоретическое обобщение результатов исследования;

- организационные: лонгитюдный метод, метод поперечных срезов;

- эмпирические: психодиагностические методы исследования детерминант репродуктивной функции женщин на поведенческом уровне и их отношения к себе как к предполагаемому субъекту социально-материнской активности (анкетные методики «Проявления социально-психологической адаптации инфертильности женщин в малой группе (семье)», «Самооценка развития социально-материнской активности женщин»), выявления акцентуаций характера (методика аутоидентификации акцентуаций характера (Э. Г. Эйдемиллер), тест-опросник (Г. И. Шмишек, К. Леонгард), исследование личной и реактивной тревожности и степени проявления депрессии (шкала депрессии (А. Т. Бек), шкала тревожности (Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин), исследование механизмов психологической защиты (опросник «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик в соавторстве с Г. Келлерманом и Х. Р. Контом), выявления сформированности доминирующей мотивации и самооценки личности («Мотивационно-самооценочный опросник» (В. А. Зобков))), наблюдение, в том числе включенное;

- методы математико-статистической обработки данных: анализ средних значений, метод процентного соотношения, корреляционный и факторный анализ по методу выделения главных компонентов, метод максимального корреляционного пути Л. К. Выханду, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, коэффициент линейной корреляции Пирсона, метод структурно-психологического анализа (А. В. Карпов), критерий Стьюдента.

- интерпретационные: структурный, генетический.

Эмпирическая база исследования: исследование проводилось на базе женской консультации г. Гусь-Хрустального Владимирской области и Областного перинатального центра г. Владимира, а также Центра развития личности и психологической помощи «Сильная Личность – Основа Нации» г. Владимира.

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие 386 женщин: 86 женщин с диагнозом «бесплодие» различной этиологии (без органических поражений женской половой системы) , 100 женщин, беременных впервые, 100 женщин, имеющих вторую или последующие беременности и одного или нескольких детей, а также 100 женщин в третьем триместре беременности, имеющих патологии в течение процесса внутриутробного развития плода различной этиологии, находящихся в стационаре и проходящих курс лечения для сохранения беременности. Возраст испытуемых колебался от 18 до 43 лет. Женщины различного семейного, материального и социального положения, проживающие в городе и на селе.

Научная новизна работы:

- Дано описание феномена инфертильности женщин как социально-психологической категории. Под инфертильностью понимается социально-психологическое состояние женщин, сопровождающее постановку диагноза «бесплодие» и течение связанных с ним заболеваний, приводящих к низкому социальному статусу в малой группе (семье) и психоэмоциональному стрессу.

- Эмпирически подтвержден и реализован теоретический подход к исследованию социально-психологических детерминант репродуктивной функции женщин, включающий в себя состав и структуру исследуемого явления, систему мотивов и ценностей, связанных с личностью женщин, динамику развития и функционирования изучаемого явления, особенности существования различных его компонентов и характеристик социально-психологического и собственно-психологического содержания.

- Впервые научно обосновано и практически реализовано исследование психологического состояния инфертильных и фертильных женщин на социально-психологическом и собственно-психологическом уровнях личности.

- Впервые проведен качественный и количественный анализ социально-психологических детерминант репродуктивной функции инфертильных и фертильных женщин, который позволил выявить социальные характеристики личности, объединить их в компоненты и изучить взаимосвязи между ними.

- Выявлены и статистически доказаны различия структур личности инфертильных и фертильных женщин. В основу структуры личности инфертильных женщин входит мотивационный, социально-интеллектуальный, волевой компоненты, обуславливая непринятие инфертильными женщинами роли матери. У фертильных женщин в основе структуры личности лежат мотивационный, эмоциональный, социально-интеллектуальный и коммуникативный компоненты, которые свидетельствует о желании женщины подчинить жизнь ее семьи единственному мотиву – рождению ребенка.

- Выявлены содержательные характеристики социально-психологических детерминант репродуктивной функции инфертильных женщин: социально-интеллектуальная заторможенность (неумение внести в жизнедеятельность семьи свои мысли и желания, отстоять их и сделать значимыми для своей семьи); отсутствие желания реализации материнской роли; низкий самоконтроль поведения, который приводит к трудностям в социальной коммуникации; эмоциональная неготовность к материнству (женщина не ориентирована на выполнение видовой мотивации – продолжение рода); низкая степень эмпатии, проявляющаяся в трудностях в выражении сочувствия, сопереживания близким и родственникам; негативное отношение к детям и детскому поведению и собственно-психологический уровень личности (депрессивное состояние, личностная и реактивная тревожность, депрессивные типы акцентуации; конформность как зависимость от мнения социального окружения, несформированная самооценка; дисгармоничность мотивационной сферы; хронический социальный стресс, внутриличностный конфликт).

- Впервые реализован интегративный социально-психологический подход к восстановлению репродуктивной функции инфертильных женщин, сущность которого состоит в коррекции не только внутриличностных, но и социальных конфликтов, обуславливающих нарушение репродуктивной функции женщин.

Теоретическая значимость исследования определяется важностью научного обоснования и понимания феномена состояния инфертильности для развития современных положений социально-психологической науки.

Теоретический анализ, проведенный по проблеме исследования, позволил разработать социально-психологическую методологию исследований личности женщин с диагнозом «бесплодие» – состояния infertility, авторские социально-психологические методики, направленные на изучение феномена состояния infertility.

Применительно к феномену состояния infertility женщин рассмотрен их социально-психологический статус, определяющий позицию женщины в системе малой группы (семьи).

Впервые показано, что социально-психологический статус infertile женщины в малой группе (семье) детерминируется показателями компонентов системы ее личности: эмоционального, социально-мотивационного, социально-интеллектуального, волевого, коммуникативного, компонента социально-материнской активности; теоретически и эмпирически доказано влияние психоэмоционального стресса на появление и динамику состояния infertility у женщин.

Описание социально-психологических и собственно-психологических детерминант репродуктивной функции infertile женщин позволяет дополнить теоретические положения о функционировании малых групп.

Внесены дополнительные теоретические данные о социально-психологическом статусе fertile женщин и их психоэмоциональном состоянии. Показано, что структуры личности женщин в состояниях fertility и infertility гетерогенны и качественно различны. Детерминантой репродуктивной функции fertile женщин выступает социально-материнская активность, а у infertile женщин – социально-эмоциональный стресс.

Выявление и систематизирование детерминант социально-психологического статуса и психоэмоционального состояния infertile и fertile женщин обогащает теорию личности в социальной психологии.

Разработанная и апробированная программа социально-психологического сопровождения infertile женщин позволяет дополнить теоретико-методический арсенал социально-психологических процедур, способствующих коррекции социально-психологического статуса женщин в малых группах (семье).

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты могут быть применены в различных областях социально-практической профессиональной деятельности: в практической психологии, образовании, медицине.

В практике психологического консультирования представленные в исследовании результаты могут служить:

- основанием для выдвижения основной гипотезы и дальнейшей консультационной работы с женщинами, проходящими подготовку к процедуре ЭКО (экстракорпорального оплодотворения), с бесплодными женщинами, получающими лечение;

- при психологическом сопровождении беременности и консультировании женщин в отделении патологии, в женской консультации – для формирования адекватного восприятия у беременных женщин своей будущей материнской роли;

- разработанная и апробированная программа по социально-психологическому сопровождению женщин в состоянии инфертильности, посредством применения индивидуальных и групповых методов коррекционной работы, а также авторской «Методики коррекции деструктивных конструктов поведения инфертильных женщин методом анализа семейных сценариев и мифов», способствует переводению их в состояние фертильности и восстановлению репродуктивной функции, способствующей зачатию и рождению ребенка. Из 12 участниц эмпирической группы 7 женщин родили, 2 из них забеременели повторно сами и родили вторых детей.

В медицине:

- на базе материалов диссертационного исследования подготовлены научно-методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов, а также для среднего медицинского персонала по работе с женщинами, находящимися в состоянии инфертильности;

- материалы диссертационной работы могут быть включены в теоретический материал курсов повышения квалификации медицинского персонала, рабо-

тающего с бесплодными женщинами и женщинами, проходящими подготовку к процедуре ЭКО.

В образовании:

– результаты исследования могут быть использованы при разработке учебных программ для студентов и магистрантов, обучающихся во Владимирском государственном университете им. А. Г. и Н. Г. Столетовых по направлению «Психология». Разработан и проводится курс повышения квалификации «Трансгенерационный подход в психологии» для бакалавров, магистрантов и практикующих психологов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Состояние инфертильности женщин как социально-психологическая характеристика «бесплодия» представляет собой единство низкого социального статуса в малой социальной группе (семье) и ярко выраженной психоэмоциональной напряженности – стресса, детерминированное показателями компонентов личности женщин на социально-психологическом и собственно-психологическом уровнях, характеризующих женщин как социально незрелую личность с внутриличностными и социальными проблемами, не готовую к роли женщины-матери.

2. Теоретический подход, отражающий социально-психологические детерминанты репродуктивной функции женщин в состоянии инфертильности, раскрывает морфологию, проявляющуюся в строении и организации структуры их личности; аксиологию, определяющую систему мотивов и ценностей, изменяющуюся в результате появления и развития состояния; динамику функционирования и утяжеления состояния с течением времени; онтологию – особенности личностных и поведенческих характеристик женщин, отражающих наличие у них инфертильного состояния.

3. Структурная организация и взаимосвязи компонентов личности инфертильных и фертильных женщин качественно различны. В системе личности инфертильных женщин доминирующими компонентами выступают мотивационный, социально-интеллектуальный и волевой, обуславливая неготовность женщин к рождению ребенка. Доминирующим компонентом системы личности фертильных

женщин выступают мотивационный, эмоциональный, социально-материнской активности и коммуникативный компоненты, подтверждая направленность женщин на рождение ребенка и реализацию их социально-материнской роли.

4. Содержание наиболее значимых социально-психологических детерминант инфертильных женщин характеризует их как социально дезадаптированную личность: с несформированной самооценкой, конформную, тревожную, эмоционально неготовую к материнству, с мотивационной незрелостью, находящуюся в конфронтации с социальным окружением, не способную отстаивать свою точку зрения, с низким контролем поведения. Описанные характеристики инфертильных женщин обуславливают состояние хронического психоэмоционального стресса, наличие внутриличностного конфликта, утрату статуса матери в малой группе (семье) и как результат нарушение репродуктивной функции и постановку диагноза «бесплодие».

5. Содержание наиболее значимых социально-психологических детерминант фертильных женщин характеризует их как личность с уравновешенным психоэмоциональным состоянием, которая имеет мотивационную направленность на рождение ребенка, эмоционально готова к роли матери, толерантна к детскому поведению и капризам, способна волевым усилием мобилизовать не только себя, но и свою семью, обладает социальным статусом женщины-матери в малой группе (семье), социально адаптирована.

6. Программа восстановления репродуктивной функции женщин включает групповые релаксационные занятия с использованием методов арт-терапии, сказкотерапии, беседы, которые помогают выявить и в дальнейшем скорректировать социально-психологические детерминанты репродуктивной функции женщин. В индивидуальной работе с инфертильными женщинами посредством «Методики коррекции деструктивных конструктов поведения инфертильных женщин методом анализа семейных сценариев и мифов» выявляются и корригируются внутриличностные конфликты, детерминирующие репродуктивную функцию женщин.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечена методологической обоснованностью исходных положений; адекватностью комплекса методов и методик цели, задачам и предмету исследования; комплексным характером исследования; репрезентативностью выборки исследования; применением методов математико-статистического анализа; сочетанием качественного и количественного анализа материала.

Апробация и внедрение основных результатов исследования. Основные положения и результаты диссертационного исследования обсуждались на заседаниях кафедр «Психология личности и специальная педагогика», «Общая и педагогическая психология» ФГБОУ «Владимирский государственный университет имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых»; кафедры «Общая психология и акмеология» Костромского университета им. Н. А. Некрасова, на методологических семинарах факультета психологии Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова, на 6 международных, всероссийских и региональных научно-практических конференциях. Результаты исследования отражены в 12 научных работах (4 опубликованы в журналах, рецензируемых ВАК, 8 – в журналах и сборниках РИНЦ), а также внедрены в практику работы Центра психологической помощи «Сильная Личность – Основа Нации» г. Владимира и учебные программы Владимирского государственного университета под личным руководством автора.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности 19.00.05 определяется соответствием изучаемых в работе аспектов областям, относящимся к социальной психологии (19.00.05). В содержание специальности 19.00.05 «Социальная психология» включены: социально-психологический анализ закономерностей поведения и деятельности людей, обусловленных фактом включения людей в социальные группы; закономерности общения и взаимодействия людей; социально-психологические характеристики социального и межличностного конфликта; специфика социально-психологического подхода к пониманию личности; соотношение личности и группы в социальной психологии; социально-психологические качества личности; личностные и социальные детерминанты социально-

го поведения (раздел 4 в паспорте специальности); основные направления прикладных исследований и практической работы в социальной психологии: сфера семейных отношений и воспитания, сфера здравоохранения; проблема вмешательства и оказания психологической помощи (раздел 5 в паспорте специальности).

Структура и объем диссертационной работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы и приложений. Общий объем работы составляет 221 страница, содержит 9 таблиц и 10 рисунков; 8 приложений включают 17 таблиц и описание авторских методик. Библиографический список состоит из 259 наименований, из них 26 на иностранном языке.

Глава 1. ОБЗОР СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛОДИЯ В ПСИХОЛОГИИ

1.1. Обзор современного состояния проблемы бесплодия в отечественной психологии

Начало исследований по теме нарушения репродуктивной функции женщин было положено в отечественной научной социальной и медицинской психологии еще в 1970-е годы. По мнению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), женщине, не забеременевшей в течение года, при условии регулярной половой жизни без средств контрацепции ставится диагноз «бесплодие» [124]. Зафиксировано, что в 40 % случаев причиной бесплодия семейной пары является женский фактор, в 40 % – мужской фактор, в 20 % – сочетанный фактор, когда диагноз «бесплодие» может быть поставлен обоим супругам, в этот же процент входит так называемое «идиопатическое бесплодие», или «бесплодие» неясного генеза [194, 231, 247, 248, 251, 253, 257, 256]. По мнению Г. Г. Филипповой, оно может возникать в результате разницы индивидуальных и видовых мотивов женщины, ее окружения [200, 201]. Проведено множество исследований в различных научных направлениях: в биологии [19, 151], медицине [1, 2, 7, 10 – 12, 33, 49, 69, 98, 144, 179], медицинской психологии [6, 39 – 41, 50, 51, 102, 142, 162, 172, 184, 186, 191], психологии личности [3, 4, 18, 22, 24, 25, 31, 140, 143, 154, 223], общей психологии [14 – 16, 45, 78, 103, 141, 168, 169], перинатальной психологии [55, 112, 135, 145, 146, 178], социальной психологии [5, 8, 9, 17, 23, 123, 198].

Принято считать, что бесплодный брак – это не только физиологическое, но и психологическое, социальное неблагополучие. На бесплодные браки приходится около 70 % разводов. Социально-психологическая реакция на тот или иной вид бесплодия в браке – это развитие комплекса неполноценности, снижение общей активности, социальная дезадаптация, утрата общей работоспособности, интереса к происходящим событиям, проявления асоциального поведения, взаимное недо-

верие в бесплодной семье, усиление эгоистических социальных проявлений характера [12, 50, 56, 88, 106 – 108, 119, 166, 176, 193, 204, 219, 229, 244].

Выявлены социально-психологические различия у бесплодных пар и пар, имеющих детей. У бесплодных супругов нарушаются социальные внешние и внутренние коммуникативные связи, появляется нервозность в поведении, агрессия по отношению друг к другу, проявления чувства стыда, обиды. Медицинский диагноз «бесплодие» пары переживают в одиночку. Они отказываются от психологической помощи, опасаясь огласки их социально-дезадаптивной роли [58, 106, 109, 165].

В случае мужского бесплодия в супружеской паре женщины переживают диагноз намного острее: они проецируют негативное психоэмоциональное состояние мужа на себя, готовы взять вину за репродуктивную несостоятельность мужа [88, 91, 117, 118, 152, 165, 176].

В исследованиях установлено, что диагноз «бесплодие» могут вызывать различные социальные факторы: конфликтное детство, неудачные взаимоотношения в семье, боязнь беременности, материнства, страх перед родами и послеродовыми психоэмоциональными нарушениями, противоречие между стремлением к профессиональной деятельности и материнством [153, 240].

Рассматривая возможности психологической помощи женщинам и семейным парам с диагнозом «бесплодие», возникает необходимость уделить внимание взаимосвязи социальных и психологических факторов, так как это поможет подробно проанализировать возможные детерминанты репродуктивной функции.

Изучением психологических причин этиологии и развития диагноза «бесплодие» активно занимаются представители психоаналитической школы. Исследованы психологические факторы «идиопатического бесплодия», или «бесплодия неясного генеза», в том случае, когда репродуктивные органы женщины абсолютно здоровы, а зачатие не наступает. К таким собственно-психологическим характеристикам были отнесены: повышенная тревожность, состояние умеренной депрессии, чувство стыда, обиды, проявление инфантильности, наличие глубокого

внутриличностного конфликта, лежащего в основе бесплодия, и проблемы его соматизации [152, 188, 194, 195, 212, 224, 231, 232, 234, 240, 241, 248 – 250, 254, 255, 259].

Следует отметить, что в проведенных исследованиях, касающихся женского «бесплодия», выявлены определенные личностные качества, социально-психологические причины. Однако не показано, какие социально-психологические компоненты и показатели, входящие в них, детерминируют репродуктивную функцию женщин. Не выявлена структурная организация социально-психологических компонентов личности женщин, страдающих заболеваниями, связанными с диагнозом «бесплодие». Указанные области стали одной из задач данного исследования.

Интерес к собственно-психологическим характеристикам женщин с диагнозом «бесплодие» растет, так как все чаще у них отмечаются нарушения в эмоциональной, социальной и сексуальной сферах личности. Э. В. Макаричева и В. Д. Менделевич выявили и описали два типа бесплодных женщин (типы А и Б) [117 – 119]. К группе «А» были отнесены женщины, которые имели нарушения репродуктивной функции до первой беременности (гормональный фактор бесплодия, трудности зачатия, нарушения внутриутробного развития ребенка с минимальным риском для здоровья женщины, угроза прерывания беременности, невынашивание). В группу «Б» вошли женщины, у которых были отмечены нарушения репродуктивной функции, связанные с гинекологическими заболеваниями соматического характера, негинекологическими соматическими проблемами, угрожающими здоровью самой женщины [117 – 119, 125, 126, 201, 202].

У женщин группы «А» были отмечены следующие психологические характеристики: эмоциональная неустойчивость, склонность к перепадам настроения, гиперстеническому реагированию. Также было отмечено болезненное отношение к неудачам с ярко выраженным циклотимическим типом реагирования и взрывчатым выплеском отрицательных эмоций. Отмечались проявления сверхценности беременности и здоровья репродуктивной системы, усиление маскулинных качеств, отвержение собственной женственности. Респонденток данной группы отличали: неудовлетворенность собой, сниженный уровень социальной адаптации, завышенная самооценка, отсутствие коммуникативной гибкости, наличие кон-

фликтных отношений с матерью, претензии к окружающим и к их отношению, повышенная тревожность, пониженная ценность ребенка.

У женщин группы «Б» были диагностированы: снижение уровня общей активности, эмоциональная неустойчивость, склонность к депрессиям, раздражительность, зависимость от мнения окружающих (конформность, высокий внешний локус контроля), требование помощи извне, усиление женственности, заниженная самооценка, зависимые, тревожные отношения с матерью, чувство вины, повышенная ценность ребенка. Были зафиксированы также проявления невротизации по типу «бегство в болезнь», повышенная тревожность, выраженная в соматической составляющей, риск суицида, чаще – подавленная аутоагрессия.

Особенности женщин обеих групп говорят о выраженном внутриличностном конфликте в сфере материнской активности, нарушениях психологического статуса женщин в малой группе (семье), инфантильном способе разрешения конфликтной ситуации по типу соматизации, а также о различиях семантики конфликтов в социальной и материнской сферах жизнедеятельности женщин [117 – 119, 125].

Мы предполагаем, что женщины обеих групп являются объектами процессов социальной интеракции малых групп (семей), которые внедряют свои репродуктивные мотивы и установки в их сознательное и бессознательное методом передачи семейных сценариев и мифов [201, 202].

Наше предположение подтверждает в своих исследованиях Г. Г. Филиппова, которая дополняет различия, свойственные женщинам из групп «А» и «Б». Она подчеркивает ярко выраженную конфликтность женщин группы «А», их неприятие своей женственности, а также подавленную гетероагрессию. Респондентки данной группы дифференцируют образ своего ребенка как объектный, с ярким выделением его негативных черт. Они идеализируют свою мать и представляют свою дочернюю роль как источник проблем для своей матери. Женщинам группы «А» свойственна декларация тревоги за будущего ребенка и сверхценности материнства, что выступает их защитной реакцией, выражаясь на невербальном плане

в негативном образе ребенка, а на вербальном плане – в позитивном образе ребенка и себя как матери [201, 202].

Женщин группы «Б» отличают подавленная аутоагрессия, а также принятие своей женственности, проявления тревожности как неготовности к материнству. Образ ребенка – тревожный, недостаточно субъектный, однако проявляются сверхценность ребенка и материнства, а также подробная конкретность в прорисовке образа будущего ребенка. У респонденток группы «Б» обострены проявления материнской компетенции, они склонны к гиперопеке и сверхценному отношению к материнским обязанностям. Необходимо отметить, что у женщин данной группы присутствуют также заниженная самооценка и тревожное представление о себе как о женщине-матери, а также амбивалентные представления о своих матерях и сверхценное понимание своей дочерней роли [Там же].

В группе «Б» женщины отличаются реальными выражениями тревоги за будущего ребенка и своей несостоятельности как женщины-матери, это выражено в позитивном невербальном и негативном вербальном образах ребенка и женщины как субъекта материнской деятельности [Там же].

Обобщая вышеописанные исследования, укажем, что в них были выявлены социально-психологические характеристики, влияющие на репродуктивную функцию женщин, которая обусловлена их амбивалентным отношением к своим матерям, к ребенку как к объекту, характеризующему появление проблем в жизни матери, что объясняется, по нашему мнению отсутствием переданной им положительной социально-материнской репродуктивной установки. Задержавшись в роли дочери, бесплодные женщины не могут перейти к роли женщины-матери как системообразующему фактору семьи (малой группы) [Там же].

Мы считаем, что распределение по компонентам личностных и социально-психологических характеристик женщин, страдающих «бесплодием», их систематизация, могут дать информацию о структуре личности, доминирующих показателях, которые будут являться детерминантами репродуктивной функции женщин. Такой подход позволит эффективнее скорректировать состояние женщин, переживающих заболевания, связанные с «бесплодием».

В настоящее время исследовано влияние стресса на нарушения репродуктивной функции женщин. Одно из них – изучение влияния умеренно выраженной депрессии, или пренатального стресса (Г. Г. Филиппова), на женскую репродуктивную функцию [208]. Пренатальный стресс является предиктом истощения нервной системы и появления соматического статуса, который может выражаться в расстройствах аутического спектра и психическом диатезе у женщин с диагнозом «бесплодие». Г. Г. Филиппова, описывая опыт своей работы с бесплодными женщинами, подчеркивает наличие у них таких чувств, как «страх внедрения» оплодотворенной яйцеклетки в матку. Данный факт характеризует женщин как индивидов, неосознанно избегающих зачатия и опасющихся возможных проблем со своим здоровьем и здоровьем будущего ребенка. Повышение ценности и внимания к материнской роли и здоровью будущего ребенка усиливают влияние пренатального стресса на женщин. По мнению Г. Г. Филипповой, психологические факторы, которые усугубляют проявления пренатального стресса, связаны в большей мере с социально-экономическими факторами: улучшением качества жизни людей, развитием медицинских технологий и уменьшением значимости процессов естественного отбора [82, 203, 205, 206, 209, 207].

Проанализировав исследование влияния пренатального стресса на бесплодных женщин, необходимо подчеркнуть важность изучения и выявления доминирующих показателей (черт), которые могут являться основой для возникновения пренатального стресса, истощения нервной системы, появления соматического статуса и снижения социально-психологического статуса бесплодных женщин в малой группе (семье).

Результаты исследования психоэмоционального состояния женщин с гипоталамо-гипофизарной дисфункцией, проявляющейся в постановке диагноза «бесплодие», показали повышенный уровень тревожности у 69 % респонденток, нарушение эмоционального состояния у 92 % женщин. Проявления хронического стресса наблюдались у 53,3 %, стрессовые ситуации возникли у 14 %. У половины больных было отмечено, что стрессовые ситуации носили многофакторный характер и продолжались от 1 года до 10 лет [186].

В 1997 году были представлены исследования влияния последствий землетрясения в Армении 7 декабря 1988 года. После перенесённого стресса у многих семейных пар были выявлены проблемы в репродуктивной функции и поставлен диагноз «бесплодие» [120, 147].

Изучено, что стресс может влиять на расстройство барьерной функции иммунной системы и спровоцировать соматическое заболевание [36, 95, 122, 127, 253].

Мы считаем, что следует изучить влияние хронического стресса и снижения социального статуса женщин в семье (малой группе), которые вызваны различными социально-психологическими факторами и постановкой медицинского диагноза «бесплодие», так как существует большое количество исследований российских авторов, противоречащих друг другу.

В работах Т. А. Федоровой описан анализ эмоциональной, социальной и сексуальной сфер женщин с «идиопатическим» бесплодием. Автор доказывает, что диагноз «бесплодие» является первичным звеном, влияющим на ухудшение психоэмоционального состояния женщин. У 71,4 % женщин были отмечены чувства неполноценности, одиночества, изменение эмоционального состояния в дни, предшествующие менструации («синдром ожидания беременности»). «Бесплодие» приводило также к снижению или отсутствию у 52,4 % женщин либидо. Отмечались нарушения межличностных отношений. Повторные браки и чувство нестабильности семейной системы в группе бесплодных женщин отмечались в 5 раз чаще, чем в контрольной (17,9 % и 3,3 % соответственно) [194, 195].

Влияние на женщин эмоциональных нарушений, возникших в результате постановки диагноза «бесплодие», подтверждают также исследования Т. А. Асимовой, А. С. Сагадиева, Е. А. Усковой, Т. А. Федоровой, Н. Г. Ципурия. «Бесплодие» различной этиологии приводит, по мнению авторов, к нарушению половой идентификации, чувства внутреннего «Я», телесного образа, потере сексуальной привлекательности. Постановка данного диагноза у женщин усиливает комплекс неполноценности, неуверенности в себе и чувство ущербности [142, 194, 195].

Т. А. Федорова отмечает необходимость лечения в первую очередь заболеваний, обуславливающих постановку диагноза «бесплодие», и лишь потом коррекции нарушений эмоциональной, социальной и сексуальной сфер женщины, так как они могут выступать как результат влияния «бесплодия». Автор приводит поэтапную схему терапии, которая включает аутогенную тренировку, гипнотерапию, седативную терапию. В результате поэтапной схемы терапии, описанной автором, улучшение общего состояния наблюдалось у 94 % женщин, 45,2 % отметили улучшение отношений с социальным окружением, забеременели 19 % больных [194, 195].

Таким образом, споры о том, что является первопричиной постановки диагноза «бесплодие» у женщин, не утихают в научном сообществе. Эмоциональные нарушения или сам диагноз приводит к хроническому стрессу? Этот факт наводит нас на мысль об интегративном исследовании собственно-психологического и поведенческого уровней личности бесплодных женщин, что позволит выявить детерминанты их репродуктивной функции.

На основании исследований различных сфер жизнедеятельности бесплодных женщин Г. Г. Филиппова делает следующие выводы: «Если реализация репродуктивной функции вступает в конфликт с удовлетворением каких-либо иных потребностей женщины, то возникают основания для формирования психосоматических механизмов психологической защиты, мишенью которых становится сама репродуктивная система, что может способствовать формированию ряда нарушений ее функционирования, в том числе бесплодию» [201, с. 85].

Возникла необходимость рассмотрения проблемы медицинского диагноза «бесплодие» у женщин, не только с позиции дисгармонии в мотивационной сфере. Дальнейшее исследование проблемы «бесплодия» должно носить более глубокий социально-личностный характер, который связан с выделением показателей и компонентов социально-психологической системы личности женщин, ведущих к возникновению устойчивого психоэмоционального состояния, которое в свою очередь может влиять на репродуктивную функцию.

В анализируемых работах мы не встретили исследований, в которых бы изучение проблемы «бесплодия» проводилось на социально-психологическом (поведенческом) и собственно-психологическом (личностном) уровнях личности женщин.

Необходимо отметить, что на сегодняшний день были предприняты попытки изучения таких социально значимых понятий, как репродуктивное поведение, репродуктивные установки, трансгенеративная передача репродуктивных мотивов и установок [12, 59 – 61, 81, 88, 104, 121, 150, 158, 173, 174, 185, 190, 220, 226].

Рассматривая проблему «бесплодия», необходимо учитывать, как нам кажется, семейную составляющую взаимоотношений личности женщины как одну из основополагающих сторон научения материнской роли и восстановления социально-психологического статуса женщины-матери, так как «семья – это социальное образование, как малый социально значимый коллектив, как акмеологическое условие и средство воспитания личности..., характеризующееся наличием социально значимых мотивов, общественной направленностью действий, социально значимой выраженностью ситуации общения, семейно-социальной оценкой результатов» [77, с. 52; 79], которые обуславливают социальные роли личности и ее социально-психологический статус в дальнейшей ее жизнедеятельности [20, 62, 63, 132 – 134, 158, 181].

Исследования социальных репродуктивных установок бесплодных женщин позволяют сделать выводы о нарушениях в диадных отношениях «мать – дитя», «отец – дочь». У большинства бесплодных женщин отмечается интериоризация навязанных им родительских семейных репродуктивных ценностей и особенностей репродуктивного поведения, которые ведут к нарушению мотива деторождения у женщин и редукции его до мотива получения состояния зачатия у бесплодных женщин [148, 157, 161, 208].

Таким образом, формирование материнского отношения к будущему ребенку закладывается и преобразуется в процессе всего онтогенеза личности женщины. Состояние беременности является одним из важнейших периодов закладки и актуализации у женщин репродуктивных семейно-социальных установок, мотивов и ценностей. Наличие необоснованного появления различных негативных пе-

реживаний, связанных с невозможностью наступления беременности, или трудностей в процессе вынашивания ребенка описываются авторами как наличие трансгенерационной передачи отношения женщины к материнской деятельности, заложенной в ее родительской семье [28, 34, 37, 57, 65, 104, 107, 130, 136, 173, 174, 185, 190].

Теоретический анализ российских научных психологических, медико-психологических и социологических источников позволяет сделать вывод о наличии нарушений в различных сферах личности и деятельности у женщин репродуктивного возраста с медицинским диагнозом «бесплодие». Возникает необходимость в исследовании социально-психологических факторов, имеющих место у бесплодных женщин до постановки диагноза, в процессе лечения заболеваний и в результате возможного выздоровления. Это потребует выделения показателей эмоционально-психологической направленности женщин, разработки социально направленных анкетных методик, структурирования показателей, выделения компонентов личности и их детерминант.

Анализ теоретических источников показывает бесплодную женщину как личность с нарушениями в мотивационной, социально-психологической, эмоциональной и сексуальной сферах, которые проявляются в повышенной тревожности, состоянии хронического стресса, психического инфантилизма, психологической неготовности к социально-материнской активности, агрессивном, конфликтном поведении. Описанные исследования носят больше диагностический характер. Это послужило основанием для исследования психологического состояния, в котором находятся женщины в связи с постановкой диагноза «бесплодие» и лечением связанных с ним заболеваний.

Назрела необходимость изучения социально-психологических детерминант репродуктивной функции в системе личности бесплодных женщин. Предполагается, что существуют социально-психологические предпосылки (детерминанты) изменений в системе личности бесплодных женщин на социально-психологическом (поведенческом, индивидуальном) и собственно-психологическом (личностном) уровнях. Социально-психологические детерминанты репродуктив-

ной функции женщин приводят к постановке диагноза «бесплодие» и проявляются в единстве низкого социально-психологического статуса женщин в семье (малой группе) и хронического психоэмоционального напряжения (стресса).

1.2. Обзор современного состояния проблемы женского бесплодия в зарубежной психологии

Исследования психологических причин, сопровождающих постановку диагноза «бесплодие» у женщин, в зарубежной социально-психологической литературе были опубликованы еще в 1970-е годы.

Необходимо отметить, что в большинстве работ исследуется влияние социально-психологического стресса на постановку и развитие диагноза «бесплодие». Рассматриваются три основные теории, которые сравниваются между собой в различных метаанализах исследований:

- социально-психологический стресс оказывает влияние на постановку и течение заболеваний, связанных с диагнозом «бесплодие»;
- социально-психологический стресс не влияет на постановку и течение заболеваний, связанных с диагнозом «бесплодие»;
- существует взаимовлияние социально-психологического стресса на постановку диагноза «бесплодие» и течение связанных с ним заболеваний [233 – 236, 238, 239, 242, 243, 258].

В своих исследованиях «идиопатического бесплодия» L. W. Сох изучил влияние семейных социальных отношений на возможность постановки диагноза. Он установил, что результатом может быть слабая социальная основа семьи, в которой воспитывалась женщина. Возможные детские психологические конфликты, неприятие своей матери, отношений с ней, неготовность к принятию на себя социальной роли матери, тревожное отношение к процессу деторождения, амбивалентные отношения к материнству и профессиональной деятельности – все это может стать основой для социально-психологического стресса и как результат – диагноза «бес-

плодие» [240]. Эти данные были учтены при проведении исследования и разработке индивидуальной коррекционной методики.

В работе S. Golombok выделены и описаны четыре предполагаемых типа бесплодных женщин: к первому отнесены конформные, эмоционально незрелые, чувствительные, проявляющие часто по отношению к супругам детские капризы, а также склонные к функциональным расстройствам; во вторую группу вошли женщины с маскулинной направленностью, проявляющейся в агрессивности и доминантности; в третьей группе женщин была отмечена ярко выраженная роль матери, которую они переносили на мужа; женщины четвертой группы посвятили себя другим интересам и профессиональной деятельности [242]. Результаты исследования S. Golombok легли в основу выделения и изучения поведенческих характеристик инфертильных женщин.

Исследования выраженности и устойчивости сопротивления к зачатию бесплодных женщин P. Perrerell с соавторами позволили разделить респонденток на три основные группы. К первой группе были отнесены 35 % женщин, сопротивление беременности которых носило поверхностный характер, и дисфункция репродуктивной сферы могла прекратиться самопроизвольно на ранних этапах лечения или под влиянием энтузиазма во время обследования. Во вторую группу вошли женщины с устойчивой «блокадой» зачатия, вызванной внешней стрессовой ситуацией, произошедшей или происходящей в момент проведения исследования. Ситуация воспринималась женщинами как противоречащая возможности рождения ребенка. Определенная коррекция условий жизни женщин способствовала возникновению беременности. Женщины, бесплодие которых было связано с наличием психогенных стрессов, а толчком явилось влияние глубокого и длительного психосоматического напряжения, были отнесены к третьей группе. Используя психоаналитические методы, таким женщинам можно было провести коррекцию страхов и негативных установок на деторождение [152].

Этот факт говорит о реакции страха и длительного психоэмоционального напряжения, а также различных нарушениях репродуктивной системы в результате влияния стресса, обусловленных взаимодействием психологической и физиологической систем человека [36].

Показано, что стресс может являться результатом постановки диагноза «бесплодие», а не его причиной. В работах Дж. Шенкер отмечается тот факт, что в результате стресса диагноз «бесплодие» ставится не более 5 % женщин. В подтверждение автор описывает ощущения семейных пар, которые в результате постановки им медицинского диагноза «бесплодие» предпочитают жить в социальной изоляции от семей с детьми. В исследовании обращается внимание на негативное психоэмоциональное влияние на бесплодных супругов интимности и болезненности диагностических и лечебных процедур в процессе обследования [224].

Исследования Дж. Шенкера подтверждают работы немецких, швейцарских и российских врачей и психологов, которые говорят о наличии психосоциального стресса, состояния депрессии у женщин с диагнозом «бесплодие» и бесплодных пар [Там же].

Т. Вишманн с соавторами пишет о том, что существует стресс, связанный с постановкой диагноза «бесплодие», однако отмечает, что такой психологический фактор, как чрезмерно сильное желание иметь ребенка, на который указывают немецкие и швейцарские психологи и врачи, не может быть препятствием для зачатия, относя подобные выводы к мифам [258].

В работах Т. Вишманна предпринята попытка выделить психологический профиль бесплодной пары. Однако его исследования потерпели неудачу, был сделан вывод об отсутствии психологической основы «бесплодия» и наличии физиологических факторов возникновения диагноза. Основными причинами «бесплодия», по его мнению, кроме возможных заболеваний, были признаны: позднее желание завести ребенка, так как большинство женщин задумываются об этом после 30 лет, курение, нехватка или избыток веса, наркотики, постоянный социальный стресс (на работе и дома) [Там же].

Однако в более поздних исследованиях Т. Вишманн с соавторами продолжил работу с бесплодными парами, которые проходили психологическую терапию. В период обследования около 2 000 бесплодных семейных пар были заново собраны такие показатели, как: мотивы деторождения, социальные условия супругов, качество брачных отношений, удовлетворенность партнером, психологиче-

ские и физиологические жалобы. Были выделены три группы семейных пар, в зависимости от прохождения ими или желания прохождения психологического консультирования по поводу семейного «бесплодия».

В результате были выявлены переживания глубокого стресса, связанного с постановкой диагноза «бесплодие» не только у женщин, но и у мужчин, часть которых переживала по поводу диагноза супруги. У некоторых женщин была отмечена высокая субъективная оценка собственной значимости и востребованности. У мужской части группы, проходящей консультирование, была выявлена неудовлетворенность семейными и сексуальными отношениями. Группа Т. Вишманна пришла к заключению, что для части бесплодных пар ситуация, связанная с постановкой диагноза «бесплодие», может выступать причиной глубокой социально-психологической травмы. Вследствие этого некоторые супружеские пары действительно нуждаются в психологическом, а иногда и в психотерапевтическом лечении [258].

Часто исследования зарубежных авторов о влиянии стресса и депрессии на постановку диагноза «бесплодие» противоречат друг другу. Появилась тенденция проведения большого количества метаанализов исследований, для установления более точных статистических данных о необходимости психологического вмешательства при лечении заболеваний, связанных с диагнозом «бесплодие». Большинство исследований и метаанализов сходится на необходимости сокращения времени лечения заболеваний, связанных с «бесплодием», и более активного применения вспомогательных репродуктивных технологий. Психологическая составляющая возможна только в работе с персоналом клиник ЭКО, так как большое количество бесплодных семейных пар говорили о негативном отношении к ним медицинского персонала [233, 238, 239].

Проведенный, J. Voiviu метаанализ 14 исследований зарубежных авторов на общей выборке 3 583 бесплодных женщины выявил, что стресс, который наблюдался у женщин до момента их лечения в клиниках вспомогательных репродуктивных технологий, не был связан с их желанием забеременеть. Автор утверждает, что стресс, связанный с жизненными обстоятельствами, потерей близкого человека и т. д. не может повлиять на возможность зачатия [238, 239].

Однако исследования влияния стиля привязанности и социальной поддержки у 109 бесплодных женщин с первичным и вторичным «бесплодием» Марианны Амир, Нетты Хореш и Тами Лин-Штайн показали, что коррекция стресса, связанного с «бесплодием», напрямую зависит от двух социально-психологических ресурсов – стиля привязанности и воспринимаемой социальной поддержки бесплодных женщин в семье. Среди объективных характеристик, которые оказали влияние на психологическое состояние женщин, выявлена только одна – продолжительность течения заболеваний, связанных с диагнозом «бесплодие». Стиль привязанности и возможность семейной поддержки женщины были связаны с психологическим благополучием женщины в браке и основывались на социальных отношениях женщин в семье. Авторами сделан вывод о том, что стиль привязанности и социально-психологическая поддержка могут являться как факторами для возникновения стресса, так и основными ресурсами для его нивелирования в ситуации «бесплодия» [233].

Необходимо также подчеркнуть значимость работ по исследованию психологических проявлений вторичного бесплодия у женщин [251, 256, 257]. Вторичное бесплодие – это невозможность зачатия ребенка при наличии у женщины в анамнезе хотя бы одной беременности, вне зависимости от того, чем она закончилась (родами, абортом, выкидышем, внематочной беременностью). Женщины, участвовавшие в исследованиях М. Винери, М. Нотмана, высказывали свои мнения о различных психологических аспектах непринятия ими беременности. В результате были выявлены проблемы в принятии своей женственности у матерей бесплодных пациенток, транслируемые им и мешающие зачатию [Там же]. Этот факт подчеркивает необходимость исследования социально-психологических детерминант репродуктивной функции женщин, которые физиологически могут зачать ребенка, но в результате воздействия на них социальной среды беременность не наступает. Репродуктивная дисфункция может быть обусловлена единством психоэмоционального напряжения (стресса) и изменения социально-психологического статуса женщин в малой группе (семье), заложенных в форме репродуктивных мотивов и установок в процессе онтогенеза личности в семье (малой группе).

Выводы по главе 1

Социально-психологические исследования российских и зарубежных авторов по теме бесплодия позволили выявить у женщин наличие незрелых социально-психологических материнских установок, несформированность основ репродуктивного поведения вследствие различных факторов изменения социального статуса инфертильных женщин в малой группе (семье) (М. Амир, А. И. Антонов, В. В. Бойко, Дж. Боулби, Л. Г. Жедунова, О. С. Карымова, М. Н. Каткова, В. В. Козлов, К. Левин, Т. Лин-Штайн, И. Н. Малькова, В. М. Медков, В. С. Мерлин, Дж. Г. Мид, Т. И. Миронова, И. Ю. Свяцкевич, В. М. Смирнов, А. А. Ухтомский, Д. Н. Узнадзе, Н. Хореш и др.) [13, 26, 27, 29, 59, 60, 88, 89, 96, 97, 110, 121, 128, 129, 134, 164, 175, 179, 190, 192].

Женщины в состоянии «инфертильности» замкнуты, конфликтны, инфантильны, тревожны, зависимы от мнения социального окружения, что ведет к нарушениям в социально-психологическом поле «ребенок – будущая мать» (В. В. Бойко, Т. Вишманн, Ф. В. Дахно, А. В. Колчин, Э. В. Макаричева, В. Д. Менделевич, А. А. Радионченко, Л. П. Федина, О. С. Филиппов, Г. Г. Филиппова, S. Golombok и др.) [26, 27, 29, 82, 83, 100, 118, 119, 170, 175, 193, 199, 206, 209].

Анализ теоретических источников по проблеме исследования указывает на то, что женщина с диагнозом «бесплодие» находится в особом психоэмоциональном состоянии (состоянии инфертильности – психологической неготовности к материнству), которое проявляется как феномен интеграции социально-психологических факторов, сопровождает постановку диагноза «бесплодие» и течение связанных с ним заболеваний. Это дало основание для исследования социально-психологических детерминант репродуктивной функции женщин социально-психологического и личностного уровней социально-материнской активности.

На сегодняшний день достаточно изучены мотивационные и эмоциональные характеристики личностного уровня бесплодных женщин (Ф. В. Дахно, О. С. Карымова, Г. Г. Филиппова, Г. Ю. Фоменко, Т. М. Харламова, Дж. Шенкер, В. А. Яку-

пова, L. W. Cox и др.) [83, 88, 200 – 202, 210, 211, 218, 230, 232, 234, 243]. Наряду с этим необходимо рассмотреть инфертильное состояние женщины как совокупность социально-психологических показателей, детерминирующих систему компонентов их личности, что проявляется единством изменения социально-психологического статуса женщин в малой группе (семье) и хроническим психоэмоциональным напряжением (стрессом).

Следует отметить, что исследований состояния инфертильности женщин на социально-психологическом уровне личности не проводилось. О необходимости такого исследования пишет в своих работах Г. Г. Филиппова, указывая, что только интегративное социально-психологическое изучение личности бесплодных женщин, их психологического состояния и взаимодействия в малой группе (семье) поможет выявить детерминанты репродуктивной функции [208].

Глава 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

2.1. Методологические основы изучения системы личности женщин с диагнозом «бесплодие»

Нарушения репродуктивной функции у женщин детородного возраста в современных социально-экономических условиях встречаются все чаще. В результате исследований различных социально-психологических факторов проблема «бесплодия» дала толчок к появлению новых научных направлений: репродуктивной медицины, репродуктивной психологии, перинатальной психологии. Основными методологами психологических исследований женщин с нарушениями репродуктивной функции в России считаются Т. Д. Василенко, И. В. Добряков, В. В. Захарова, В. Д. Менделевич, Г. Г. Филиппова и др. [21, 32, 38, 44, 44, 47, 55, 68, 83, 93, 94, 100, 101, 155, 163].

Женщины с диагнозом «бесплодие» отличаются личностной незрелостью, нарушениями полоролевой идентификации и дезадаптивными формами переживания стрессовых ситуаций в форме соматизации [1, 19, 41, 42, 47, 94, 95, 109, 120, 134, 158, 161, 163, 187, 206]. В психологических исследованиях материнской сферы бесплодных женщин были выявлены различные формы неготовности к материнству [47, 157, 158, 201, 202, 204, 206, 208, 209]. По мнению исследователей, доминантой психологической готовности к материнству является мотивационная сфера, а точнее мотивационная готовность к материнской активности, которая затем формирует доминанту материнства и дает толчок для выстраивания диадических отношений «мать – дитя» [208].

Основополагающим психологическим фактором нарушения репродуктивной функции, по мнению некоторых авторов, можно считать конфликт в материнской сфере женщины, который выражен в желании материнства и неготовности к

нему [131, 157, 188, 201, 202, 205, 206, 255]. «Такая неготовность связана с личностными особенностями, негативным опытом взаимодействия с собственной матерью, проблемами в раннем развитии личности и полоролевой идентичности, семейной историей и рядом других социально-психологических причин. В результате внутренний конфликт создает ситуацию острой напряженности, которую женщина не может преодолеть конструктивно, что ведет к появлению соматизации, проявляющейся в нарушении репродуктивной функции» [204, 209, 208].

В большинстве рассматриваемых работ, описан сложный психологический процесс, сопровождающий нарушение репродуктивной функции женщин, который сводится только к слабости мотивационной сферы. Возникает необходимость изучения взаимосвязи всех социально-психологических компонентов личности женщин, характеризующих их «бесплодие». Согласно положениям теории системогенеза личности и метакогнитивных процессов, личность – это целостная система, поэтому рассматривать ее психические процессы вне целостной системы и социального окружения – значит получить отрывочные знания о самой личности и процессах ее онтогенеза [35, 43, 48, 52 – 54, 70, 85 – 87, 92, 111, 143, 156, 171, 221, 222].

По мнению Г. Г. Филипповой и других авторов, основными показателями наличия конфликта в материнской сфере женщин с нарушениями репродуктивной функции являются: объектное отношение к будущему ребенку, тревожный и конфликтный образ будущего ребенка и матери бесплодной женщины, эмоциональное неприятие женщиной будущего ребенка и своей материнской роли. Все изменения, по мнению авторов, происходят в репродуктивной сфере женщины, так как под термином «репродуктивная сфера» понимается система физиологических и психических механизмов, объединенных для реализации задачи репродукции, в которую у человека входят: зачатие, вынашивание, рождение ребенка и его выращивание и воспитание [158, 201, 206, 208].

Ниже перечислены выделяемые авторами особенности психологии репродуктивной сферы, которые отличают ее от остальных сфер жизнедеятельности [206, 208].

1. Основной деятельностью в рамках репродуктивной сферы выступает реализация видовых потребностей, которая не является системой жизнеобеспечения и не может влиять на успешность существования индивида.

2. Обе части репродуктивной сферы – половая и родительская – имеют единые физиологические механизмы. Однако родительское поведение направлено на удовлетворение видовых потребностей, и может находиться в конфликте с индивидуальными потребностями, на удовлетворение которых направлено половое поведение.

3. Существуют единые механизмы функционирования физиологической и психической составляющей индивида, но входящие в них компоненты различны.

4. Основной регулирующей доминантой реализации репродуктивной сферы считается материнство, которое влияет на активность субдоминант, выполняющих свою регулирующую функцию на каждом этапе системогенеза репродуктивной функции.

5. Системный характер нарушений репродуктивной сферы связан с искажением работы соответствующих доминант и входящего в них психического компонента, который может проявляться в виде психологической неготовности к материнству [206, 208].

Г. Г. Филиппова считает, что нарушение репродуктивной функции – это системный процесс, который представляет собой искажение не только физиологической, но и психологической его составляющей, проявляющийся в наличии конфликта между индивидуальными и видовыми потребностями и выражающийся в психологической неготовности к материнству. Основной задачей психологической работы по восстановлению репродуктивной функции, по мнению Г. Г. Филипповой, становится разрешение психологического конфликта между социальным запросом общества о деторождении и внутренними причинами, которые препятствуют ему [201, 202, 208].

Автор пишет об основной доминанте, которой является материнство. Ее нарушение, по мнению Г. Г. Филипповой, ведет к нарушению других доминант и нарушению системы репродуктивной сферы самой женщины [206, 208].

До настоящего момента не проведено исследований, касающихся изучения социально-психологических детерминант репродуктивной функции бесплодных женщин на основе положений структурного анализа проблемы, обусловленного единством социально-психологического статуса женщин в малой группе (семье) и хронического психоэмоционального напряжения (стресса).

Существует предположение, что нарушения репродуктивной сферы у женщин имеют социально-психологическую основу, так как нельзя рассматривать личность женщины вне ее социальной коммуникации в семье и обществе, вне активности, в которую она включена [8, 9, 129, 180, 225, 238, 245, 246]. В процессе онтогенеза личности женщина усваивает различные установки, мотивы, отношения к тому или иному объекту или социальной роли [38 – 40, 48, 54, 71, 73, 74, 78, 79, 92, 103, 149, 181, 221]. В этой связи необходимо рассмотреть социально-психологическую систему личности женщины с точки зрения ее отношения к материнской роли, которой она обучается в процессе онтогенеза и которая регулируется социально-психологическими компонентами: социально-материнской активности, социально-мотивационным, эмоциональным, волевым, социально-интеллектуальным, коммуникативным. В данном случае речь идет уже о социально-психологической саморегуляции материнской роли бесплодных женщин [72, 75].

Детерминанты репродуктивной функции женщин необходимо исследовать на различных уровнях психологической системы личности бесплодных женщин. Ее психологическая составляющая представляется нам более широким по содержанию системным образованием, включающим в себя множество компонентов, влияющих на репродуктивную сферу на социально-психологическом и собственно-психологическом уровнях личности бесплодных женщин.

Нарушения психологической составляющей могут приводить к изменениям в психологической системе личности инфертильных женщин, которые выражаются не только в проявлениях внутреннего конфликта между индивидуальными и видовыми потребностями, препятствующего реализации репродуктивной функции, но и в качествах, характеризующих бесплодных женщин, прово-

цирующих появление особого психологического состояния, которое было определено как состояние инфертильности.

Данное предположение основано на теории Е. П. Ильина, который писал, что психологическое состояние должно иметь устойчивый временной характер, а также проявления на психическом (переживания), физиологическом (соматические структуры организма и вегетативная нервная система) и поведенческом (мотивированное поведение) уровнях [80]. Отмечается также, что психофизиологическое состояние отражает степень функционирования всего организма в целом, на всех его уровнях, и зависит от особенностей личности, играющих ведущую роль в его образовании [2, 80, 159, 160].

Анализ работ по проблеме исследования указывает на то, что женщина с диагнозом «бесплодие» находится в особом психоэмоциональном состоянии (состоянии инфертильности – психологической неготовности к материнству), которое проявляется как феномен интеграции социально-психологических факторов и сопровождает постановку и течение диагноза «бесплодие».

Психологическое состояние инфертильности может проявляться, наличием у женщин отрицательных эмоций (страх + страх + тревога и т. д.), ввергая их сознание в состояние внутреннего конфликта, предотвратить который можно с помощью коррекции единства интеллекта и аффекта [72, 75, 140, 141], лежащих в поле семейных сценариев и мифов малой группы (семьи).

Внутренний конфликт для своего продуктивного разрешения требует рефлексии, анализа и понимания переживаний, их вербализации с целью самоорганизации активности, поведения. Однако все эти регуляционные проявления связаны и зависят от высших форм мыслительной деятельности, образуя тем самым фактор когнитивной неспособности женщин, находящихся в инфертильном состоянии, ориентироваться в складывающейся ситуации, владеть ею, влиять на нее, принимать или изменять сложившиеся обстоятельства или самих себя [72, 75].

Таким образом, требует всестороннего изучения взаимосвязь социально-психологических детерминант репродуктивной функции инфертильных женщин, свойств их личности и деятельности на основе интегративного подхода, в основе

которого человек рассматривается как активный творец своей жизнедеятельности [73 – 77, 113, 114].

Наиболее полно реализовать исследование позволит принцип объективности, требующий глубокого анализа изучаемого нами явления психологического состояния инфертильности. Основываясь на диалектике, предлагающей целостное и всестороннее рассмотрение явлений, мы сможем проследить развитие и взаимосвязь компонентов системы личности инфертильных женщин, а также проявление предпосылок неприятия женщинами себя как субъекта социально-материнской активности.

Считается, что «...как бы детально нам не удалось описать так называемую внешнюю картину поведения, мы не поймем его детерминант, если не раскроем ту роль, которую играет психика в единстве ее отражательной и регулятивной функции в организации поведения. Точно также попытки изучения психических процессов самих по себе, вне поведения, неизбежно приводят к отказу от научных методов познания. ...Отсюда вытекает необходимость рассмотрения поведенческого акта и включенных в него психических процессов как единой системы» [114, с. 118].

Данный подход дает возможность комплексно рассмотреть социально-психологическую систему личности инфертильных женщин в поле их взаимодействия в малой группе (семье) и отношения к своей материнской деятельности с учетом современных психологических положений о социальной психологии личности и ее отношениях в малой группе (семье), регуляции поведения и деятельности.

Изучение структурных компонентов деятельности (А. В. Карпов, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, В. Д. Шадриков), а также системы отношения человека к жизнедеятельности (В. А. Зобков, В. Н. Мясищев), саморегуляции поведения и деятельности (А. В. Зобков, О. А. Конопкин, А. К. Осницкий, А. О. Прохоров) дало основание для разработки и комплексного изучения психологического явления, применяемого к личности женщины в состоянии инфертильности [71 - 75, 85, 86, 103, 111, 137, 140, 141, 148, 149, 159, 160, 168, 169, 183, 221, 222]. Оно должно охватывать и раскрывать: а) морфологию: состав и структуру явления, проявляющиеся в строении и организации; б) аксиологию: систему мотивов и ценностей,

связанных с личностью женщины, которые трансформируются в процессе появления и развития состояния infertility; в) динамику: развитие и функционирование рассматриваемого явления в процессе постановки женщинам диагноза «бесплодие» и его осложнение со временем; г) онтологию: особенности существования различных компонентов, характеристик (показателей, элементов) социально-психологического и собственно-психологического содержания (рисунок 1).

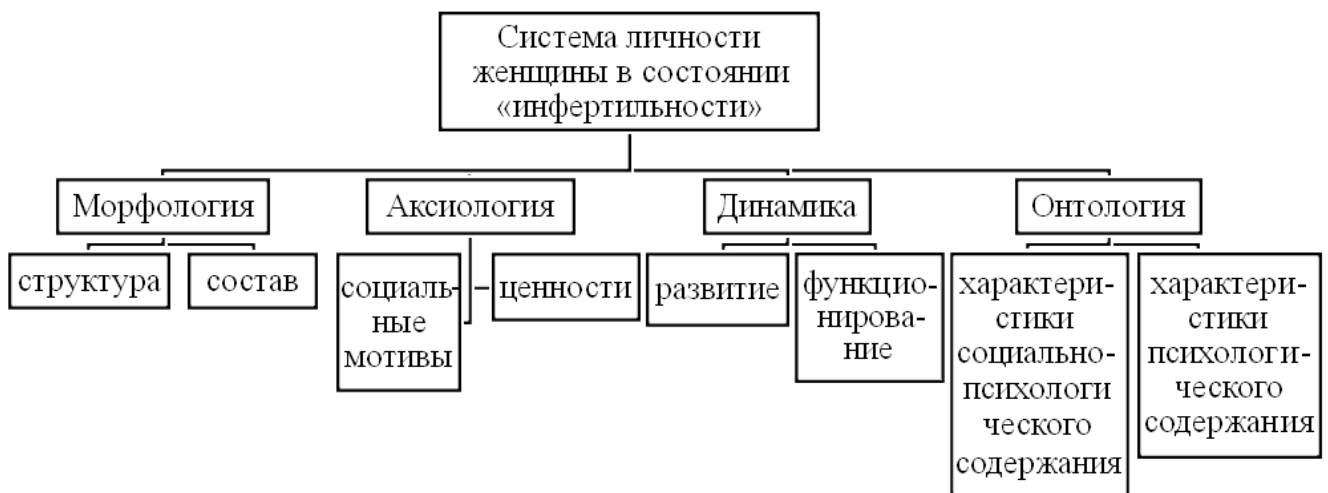


Рисунок 1. Теоретический подход к изучению социально-психологической системы личности infertильных женщин

Таким образом, необходимо интегративное исследование личности infertильных женщин на собственно-психологическом (личностном) и социально-психологическом (поведенческом) уровнях их личности, что позволит выявить причины возникновения, постановки и течения медицинского диагноза «бесплодие» и сопровождающего этот процесс психологического состояния infertильности. Представление о том, что infertильное состояние женщин детерминируется только начальной причиной (нарушение мотивации материнства), выступающей в роли толчка, а далее развивается по своей «собственной логике», по некоторой заранее заданной программе, является, по нашему мнению, упрощенным. Существует предположение, что на каждой стадии состояния infertильности формируется определенный результат, который включается в систему действующих детерминант, так или иначе изменяя ее.

2.2. Методологические основы организации исследования социально-психологических детерминант репродуктивной функции женщин

Необходимость исследования социально-психологических детерминант репродуктивной функции инфертильных женщин продиктована наблюдением за их поведением и жизнедеятельностью, а также проведенными консультационными беседами с ними и врачами, ведущими пациенток в процессе лечения.

Врачи отмечали у инфертильных пациенток перепады настроения, угнетенное состояние, тревожность, психоэмоциональную напряженность, отсутствие коммуникативного контакта с близкими людьми и родственниками, социальную дезадаптацию, наличие различных переживаний (о состоянии здоровья, тяжести заболевания, об отношениях с близкими), неуверенность в себе.

В исследовании социально-психологического уровня личности инфертильных женщин в малой группе (семье) основой являлись работы А. В. Зобкова, В. А. Зобкова, А. В. Карпова, Н. В. Ключевой, В. В. Козлова, В. А. Мазилова, Т. И. Мироновой, В. С. Мухиной, В. Н. Мясищева, А. И. Субетто, А. С. Турчина, Н. П. Фетискина, С. В. Шепелевой и других ученых, которые подтверждают его целесообразность [71, 77, 85, 86, 92, 96, 97, 115, 116, 132, 133, 138 – 141, 167, 179, 180, 184, 189, 192, 196, 197, 199].

Личность формируется постепенно, в процессе своего онтогенеза в семье, наполняясь ее мотивами и установками, транслируемыми ей через процессы воспитания и социализации на различных возрастных этапах [73]. Исследование социально-психологического уровня личности инфертильных женщин дает возможность изучить эмоциональную, волевую, социально-интеллектуальную, коммуникативную, социально-мотивационную стороны, а также рассмотреть их взаимосвязь со стороной социально-материнской активности и онтогенез развития состояния инфертильности, который зависит от внутриличностных мотивов и установок, заложенных женщинам в процессе их воспитания в родительских семьях

На основе протоколов бесед и включенного наблюдения за жизнедеятельностью и поведением инфертильных женщин (приложение 1) были разработаны две авторские психодиагностические анкетные методики.

1. Методика «Проявления социально-психологической адаптации инфертильной и фертильной женщины в малой группе (семье)» (см. приложение 1) представляет собой модификацию методики А. В. Зобкова [71]. Цель ее применения – выявление социально-психологических детерминант репродуктивной функции поведенческого уровня женщин, что дает возможность проследить этапы возникновения и развития состояний инфертильности и фертильности женщин.

Методика включает в себя 35 показателей личности инфертильных женщин, характеризующих их с эмоциональной, волевой, коммуникативной, мотивационной, социально-интеллектуальной сторон. По инструкции к первой методике испытуемым следовало определить и зафиксировать по десятибалльной самооценочной шкале уровень показателя (черты) в настоящий момент, через год и обозначить по стопроцентной шкале степень уверенности в реализации развития этого показателя. Исследование социально-психологического уровня личности инфертильных и фертильных женщин с использованием методики позволит выявить их отношение к различным сторонам своей жизнедеятельности, а также социально-психологические детерминанты репродуктивной функции на уровне их взаимодействия в малой группе (семье).

2. Методика «Самооценка развития социально-материнской активности женщин» (приложение 2) также представляет собой модификацию методики А. В. Зобкова [71]. С ее помощью реализуется возможность выявления отношения женщины к себе как к гипотетически предполагаемому субъекту социально-материнской активности. Методика включает в себя 54 показателя. Женщинам предлагалось выбрать 10 черт, присущих им как будущим матерям (в настоящий момент, через год), и 10 черт, присущих, по их мнению, идеальной матери. Результаты применения второй методики помогут подтвердить или опровергнуть эмпирические данные, полученные после применения первой.

Таким образом, разработанные методики позволяют выявить уровень проявления показателей компонентов социально-психологического уровня личности инфертильных и фертильных женщин, а также определить доминирующие и подчиненные показатели при помощи анализа интеркорреляционных матриц по методу главных компонентов (по Л. К. Выханду). Данный подход к исследованию личности женщин помогает обозначить социально-психологические детерминанты репродуктивной функции на социально-психологическом уровне их личности.

Исследование психологического состояния не может проходить без учета преломления поведенческих реакций личности через ее личностные характеристики [80, 159, 160], следовательно, изучение характеристик личности женщин на психологическом уровне позволит выявить показатели и факторы, определяющие состояние «инфертильности».

Для исследования собственно-психологического уровня системы личности инфертильных и фертильных женщин использовались следующие методики: **методику аутоидентификации акцентуаций характера (Э. Г. Эйдемиллер), тест-опросник (Г. И. Шмишек, К. Леонгард).**

Использование методического инструментария для определения ведущей акцентуации личности в состояниях инфертильности и фертильности будет способствовать более тщательному анализу системы личности инфертильных женщин, а также позволит объяснить и систематизировать их психоэмоциональные проявления.

Психологи утверждают [72, 75, 196 – 198], что наличие подвижного структурного равновесия в семейной системе как в малой социальной группе, которое не нарушает семейной целостности и формирует семейное «Мы», воспитывает уверенность в себе и дает каждому члену семьи возможность самостоятельно решать конфликты и противоречия, встречающиеся в процессе социального взаимодействия, формирует социально значимые семейные ценности. Семьи с нарушенным равновесием, проявляющимся в конфликтах и несогласованности действий членов семьи, их непонимании друг друга, а также в других причинах социального, экономического и личностного характера, которые, по мнению Т. И. Мироно-

вой, проявляются в виде депривационных ограничений личностной направленности, приводящих, к возникновению детских и взрослых неврозов [76, 77, 133, 134]. Исследование эмоционального компонента на собственно-психологическом уровне позволит изучить «выраженные противоречия между тенденциями и возможностями личности – внешними и внутренними» [76, с. 54; 140].

В. Н. Мясищев утверждал, что «невроз представляет собой болезнь личности еще и потому, что нигде как в неврозе, с такой полнотой и выпуклостью не раскрывается перед исследователем личность человека, нигде так убедительно не выступает болезнетворная и благотворная роль человеческих отношений, нигде так ясно не выступает уродующая и целительная сила воздействия, не сказывается с такой отчетливостью роль созданных людьми обстоятельств» [140, с. 205]. Обозначенные В. Н. Мясищевым социальные условия имеют непосредственное проявление в состояниях тревожности, депрессии.

Для исследования уровня личной и реактивной тревожности, уровня депрессии были использованы следующие методики: **шкала депрессии (А. Т. Бек), шкала тревожности (Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин)**. Применение методики «Шкала депрессии» (А. Т. Бек) позволило выявить наличие депрессивного состояния у женщин, в зависимости от когнитивно-аффективных и соматических процессов собственно-психологического уровня личности инфертильных и фертильных женщин. На основании субшкал, заявленных в методике, возникает возможность выявить психоэмоциональные особенности депрессивного состояния женщин в состоянии инфертильности.

Необходимость использования методики «Шкала тревожности» (Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин) в изучении уровней личной и реактивной тревожности у инфертильных женщин обусловлена не только возможностью подтверждения, либо опровержения уже полученных эмпирических данных, но и вероятностью выявления внутриличностного конфликта у женщин в состоянии инфертильности, который может усугублять процесс коррекции состояния.

Рассуждая о внутриличностных противоречиях инфертильных женщин, возникла необходимость исследования механизмов психологической защиты как

отражения социально-психологических процессов внутри личности женщин в состоянии «инфертильности». Проведя исследование с применением **опросника «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик в соавторстве с Г. Келлерманом и Х. Р. Контом)**, была выявлена глубина воздействия на женщину инфертильного состояния, изменения ее социально-психологического статуса, а также подтвердилось наличие или отсутствие внутриличностного конфликта. Исследование уровня напряженности механизмов защит инфертильных женщин помогло выявить возможные проявления механизма соматизации внутриличностного конфликта, а также вероятные стратегии поведения, реакции женщин на влияющий на них социальный стресс в состоянии инфертильности. Согласно теории эмоций Г. Селье, психологические защиты – это способ выживания человека в обществе и коммуникации с ним [84, 177]. Эмоции и их проявления генетически заложены во внутреннем мире личности человека. Первыми проявляются типы защит, связанные с процессами перцепции (внимание, ощущение, восприятие), – это стереотипы поведения, которые входят в защитные стратегии «отрицание», «регрессия». Это типы защит, которые характеризуют личность как эмоционально незрелую, «злоупотребляющую» вниманием малой группы (семьи) [213 – 215].

Если влияние стресса на личность продолжается, то проявляются типы защит, основанные на процессах забывания травмирующей информации, – «подавление» и «вытеснение». По мере того как развиваются процессы мышления и воображения, формируются более сложные и зрелые виды защит, которые связаны с переоценкой и переработкой информации, – «рационализация» [84, 177, 213]. Механизмы психологической защиты играют роль регулятора внутриличностного баланса, в ответ на влияющее на личность давление в семье (малой группе). Регуляция происходит путем нивелирования, снижения уровня выраженности доминирующей эмоции, вызывающей стресс. Необходимо отметить, что, чем дольше личность испытывает на себе стресс, тем большее количество видов защит увеличивает свою напряженность [84, 177, 213 – 215]. Исследование состояния инфертильности у женщин с применением данной методики поможет нам выявить пока-

затели и факторы, которые могут войти в социально-интеллектуальный, коммуникативный и эмоциональный компоненты [77].

Для выявления и определения сформированности доминирующей мотивации и типа самооценки личности, а также выявления уровня социального статуса инфертильных женщин в малой группе (семье) и проявления коммуникативного компонента применялась методика «**Мотивационно-самооценочный опросник**» (В. А. Зобков) [72, 75].

Результатом проведения исследования с применением вышеобозначенных психодиагностических методик стала разработка и применение программы психологического сопровождения инфертильных женщин, которая включала в себя цели, задачи, средства групповой и индивидуальной работы.

В групповой работе с помощью методов сказко- и арт-терапии корректировались коммуникативная и эмоциональная сферы инфертильных женщин. Осуществлялось включенное лонгитюдное наблюдение за поведением, психоэмоциональным состоянием, особенностями коммуникации, заикленностью на чем-либо женщин инфертильной эмпирической группы (приложение 3).

При проведении индивидуальной работы с инфертильными женщинами основной и наиболее эффективной показала себя «Методика коррекции деструктивных конструктов поведения инфертильных женщин методом анализа семейных сценариев и мифов» (приложение 4), в результате применения которой выявлялись и корригировались внутриличностные конфликты, детерминирующие репродуктивную функцию женщин. Данная методика основана на методологии трансгенерационного подхода, описанного в работах российских и зарубежных ученых, таких как: М. Боуэн, В. Д. Гольжак, Л. Г. Жедунова, А. А. Королева, И. Н. Малькова, С. Минухин, Я. Морено, М. В. Сапоровская, Б. Хеллингер, А. А. Штуценбергер и других [46, 104, 121, 130, 136, 150, 173, 174, 185, 216, 217, 220, 226, 228, 252], а также методологии психологического консультирования (М. Е. Блох, М. М. Кашапов, Г. И. Колесникова, Р. Кочюнас, Л. А. Петровская [30, 64, 90, 99, 111, 153, 227]).

Считается, что передача семейного опыта происходит через сильную эмо-

циональную связь со-сознательного или со-бессознательного. Наличие отрицательной доминирующей эмоции по отношению к чему-либо дает возможность исследовать семейную историю и заложенные в ней деструктивные конструкты поведения на много поколений вглубь родовой истории. Изучая сценарии и мифы семейно-родовой системы, можно корригировать подсознательно задавленный конфликт, о котором не говорят, но забыть не могут [226]. Он передается из поколения в поколение в виде жесткой, эмоционально окрашенной конструкции поведения, осознать которую человек самостоятельно не может [136].

Таким образом, трансгенерационный подход помогает выявить деструктивные семейные репродуктивные установки, необходимо корригируя их, преобразовать в позитивные, способствующие принятию инфертильной женщиной на себя роли субъекта материнской активности. Необходимо отметить, что интегративный подход дает возможность исследовать такое явление, как состояние инфертильности, в русле современной психологической науки и дать комплексное описание социально-психологического явления – состояния инфертильности.

Использованный в работе комплекс методов и методик сбора и обработки результатов соответствует цели и задачам исследования.

Для математико-статистической обработки и определения достоверности выводов были применены анализ средних значений, метод процентного соотношения, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Стьюдента, коэффициент линейной корреляции Пирсона, корреляционный и факторный анализ по методу выделения главных компонентов (метод максимального корреляционного пути по Л. К. Выханду), факторный анализ по методу главных компонентов с вращением факторов методом «Варимакс», структурно-психологический анализ А.В. Карпова.

Выводы по главе 2

Методологической основой для изучения социально-психологических детерминант репродуктивной функции женщин в состоянии инфертильности стали теории рассмотрения личности как интегративной системы отношений к деятельности, обществу, самому себе (В. А. Зобков, В. Н. Мясищев и др.) [72, 75, 140,

141]. Данный подход дает возможность для комплексного рассмотрения структуры личности инфертильных женщин в системе социально-психологических отношений.

При исследовании социально-психологического уровня личности инфертильных женщин с ними проводились консультационные беседы, сопровождаемые включенным лонгитюдным наблюдением за поведением. На их основе были разработаны и апробированы две авторские психодиагностические анкетные методики: «Проявления социально-психологической адаптации инфертильности женщин в малой группе (семье)», «Самооценка развития социально-материнской активности женщин» (модификация методик А. В. Зобкова) [71], характеризующие женщин в состоянии инфертильности со стороны социально-материнской активности, социально-интеллектуальной, социально-мотивационной, а также с эмоциональной, волевой, коммуникативной сторон личности.

Для исследования собственно-психологического уровня женщин с диагнозом «бесплодие» использовался комплекс методик, дающих представление о целостной личности женщин: методика аутоидентификации акцентуаций характера (Э. Г. Эйдемиллер), тест-опросник (Г. И. Шмишек, К. Леонгард); шкала депрессии (А. Т. Бек), шкала тревожности (Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин); опросник «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик в соавторстве с Г. Келлерманом и Х. Р. Контом); «Мотивационно-самооценочный опросник» (В. А. Зобков).

Таким образом, интегративный подход дает возможность исследовать и описать такое социально-психологическое явление, как состояние инфертильности, в русле современной психологической науки (социальная психология, психология).

Глава 3. ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

3.1. Исследование социально-психологических детерминант состояния инфертильности у женщин с диагнозом «бесплодие», обусловленных социальным статусом в малой группе (семье)

В данном разделе работы представлены результаты исследования женщин с диагнозом «бесплодие» и связанное с ним психологическое состояние инфертильности, обусловленное социальным статусом женщин в малой группе (семье).

В процессе консультационных бесед с инфертильными женщинами в женской консультации (см. приложение 1, анкета 1) был выделен ряд показателей (черт) ($n = 35$), которые с содержательной стороны раскрывают внутреннее состояние инфертильной женщины, отражают ее социальный статус в малой группе (семье). Эти показатели были разделены на шесть компонентов:

- 1) компонент социально-материнской активности;
- 2) эмоциональный компонент;
- 3) социально-мотивационный компонент;
- 4) социально-интеллектуальный компонент;
- 5) коммуникативный компонент;
- 6) волевой компонент.

В компонент социально-материнской активности у инфертильных женщин вошли следующие показатели:

- 1) желание забеременеть, но не родить ребенка;
- 2) отсутствие видения себя в роли матери – женщины не отождествляют свое «Я» с образом матери;
- 3) неуверенность в рождении ребенка – отсутствие уверенности в необходимости рождения ребенка;
- 4) нетерпимое отношение к детскому поведению – отсутствие толерантного, понимающего отношения к желанию детей исследовать мир;

5) аффективные всплески от детского крика – агрессия, нетерпимость к детским капризам, проявление злости, чувства отвращения к плачущему ребенку;

б) отсутствие любви и нежного отношения к будущему ребенку – отсутствие чувственных, сензитивных ощущений будущего ребенка.

Ниже перечислены компоненты личности инфертильных женщин как отражение их социального статуса в семье (малой группе) и показатели, входящие в эти компоненты, которые интерпретированы с учетом мнений и поведения женщин в состоянии инфертильности на основе консультаций и лонгитюдного наблюдения за их социальной и жизненной активностью в малой группе (семье).

Эмоциональный компонент представлен следующими показателями (чертами):

1) эмоциональная неготовность к материнству – состояние тревоги, скованности, агрессии, направленной на саму женщину, вследствие чувства неполноценности;

2) опасения физиологической неполноценности и системных нарушений у будущего ребенка – чувство собственной беспомощности, тревоги о состоянии здоровья будущего ребенка;

3) тревога о возможной смерти женщины или ребенка во время родов;

4) тревога, связанная с процессом родоразрешения;

5) эмоциональность, проявляющаяся в агрессии, недоверии, злости, обиде, стыде по отношению к социальному окружению, медицинскому персоналу и их действиям.

Эмоциональный компонент у инфертильных женщин можно представить как синдром генерализованной тревожности.

К волевому компоненту были отнесены следующие черты:

1) целеустремленность – стремление решить социальные проблемы посредством состояния беременности;

2) волевая неустойчивость – раздражительность, выражающаяся в неприязни, резком и грубом опровержении, подавлении мнения человека, с которым женщина доверительно общается;

3) преобладание маскулинных установок, доминантность мужских качеств над женскими («я во всем сама разберусь», «я сильная женщина», «я все смогу», «я справлюсь со всеми трудностями» и т. п.;

4) настойчивость – стремление навязать свою позицию окружающим для решения проблемы беременности;

5) низкий самоконтроль поведения – частые проявления резких смен настроения в процессе семейно-бытовой активности;

6) безвольное, безответственное отношение к себе и к потребностям будущего ребенка.

В социально-интеллектуальный компонент вошли следующие показатели:

1) интеллектуально-социальная заторможенность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы – отсутствие самостоятельности;

2) интеллектуальная пассивность в семейно-бытовой сфере – поиск поддержки и опоры в принятии семейно-бытовых решений;

3) интеллектуально-социальная заторможенность в решении повседневных вопросов семейно-бытовой сферы;

4) интеллектуальная пассивность в исполнительной фазе семейно-бытовой сферы – перекладывание ответственности за принятие решений на других членов семьи;

5) отсутствие интеллектуально-социальной позиции в организации семейно-бытовой сферы.

6) интеллектуальная зависимость от мнения окружающих.

Коммуникативный компонент был представлен следующими показателями:

1) нарушение социальных отношений с мужем, родственниками и родителями мужа, со своими родственниками и родителями;

2) нежелание вступать в обсуждение семейно-бытовых проблем с членами своей семьи, закрытость в общении;

3) навязчивая, чрезмерно активная коммуникативная погруженность в решение проблем супруга, родственников, желание участвовать в их разрешении (для компенсации невозможности зачать ребенка);

4) эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям – высокий внешний локус контроля, обидчивость, впечатлительность;

5) нетактичность в поведении – грубость в общении с близкими людьми.

б) нетактичность в поведении и общении с социальным окружением, чрезмерная активность.

Социально-мотивационная сфера личности женщин, психологически не готовых к материнству, была представлена следующими показателями:

1) ответственное отношение к проблемам мужа, родственников (ответственность);

2) педантичное, скрупулезное соблюдение всех врачебных предписаний, повышенная концентрация внимания на заболеваниях, желании забеременеть (аккуратность пациентки);

3) отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли (неорганизованность);

4) отсутствие бытового трудолюбия – женщина не стремится преобразовывать и улучшать быт своей семьи;

5) социально-мотивационная установка женщины забеременеть, а не выносить и родить здорового ребенка;

б) социально-мотивационная несостоятельность как женщины-матери.

Все показатели, входящие в структуру компонентов личности инфертильных женщин, также были подвергнуты корреляционному анализу, который показал их однородную природу, характеризуя тем самым компоненты с содержательной стороны. Нужно отметить, что все компоненты, посредством показателей, обнаружили между собой тесную корреляционную связь ($p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$), раскрывая через структуру личности инфертильных женщин содержательные характеристики их социально-психологического статуса в малой группе (семье).

Данные показателей социально-интеллектуального компонента (приложение 5, таблица 1) инфертильных женщин говорят о том, что инфертильные женщины не способны планировать ($6 \pm 0,82$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения в 1 балл через год и вероятностью $75 \pm 8,1$ %) и вносить коррективы в семейно-бытовую

сферу ($6 \pm 0,79$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения в 2 балла через год и вероятностью $86 \pm 13,11$ %). Они пытаются быть самостоятельными, но все попытки в результате сводятся к поиску более сильной личности, которая, по их мнению, должна принять на себя ответственность за планирование и реализацию задач в жизнедеятельности семьи ($6 \pm 0,44$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения в 1 балл через год и вероятностью $77 \pm 12,78$ %), тем самым снижая их социально-психологический статус в семье. Женщины в состоянии инфертильности проявляют интеллектуальную пассивность в семейно-бытовой сфере ($7 \pm 2,18$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения в 1 балл через год и вероятностью $71 \pm 12,78$ %). Они не могут отстоять и интеллектуально обосновать свою позицию ($8 \pm 1,21$ балла сейчас, $8 \pm 1,83$ балла через год и вероятностью $73 \pm 8,34$ %). Женщины инфертильной группы интеллектуально зависимы от мнения окружающих, хотя и стремятся к уменьшению проявления данного показателя и к большей самостоятельности через год ($5 \pm 1,21$ балла сейчас, с «мостиком» уменьшения в 2 балла через год и вероятностью $67 \pm 7,37$ %). По их мнению, без посторонней помощи они не смогут справиться с уменьшением уровня потребности в безусловной любви окружающих к ним и непременно одобрении всех их действий.

Следует отметить, что доминирующей чертой социально-интеллектуального компонента выступает черта «Интеллектуально-социальная заторможенность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы», которая выражается в отсутствии желаний у инфертильных женщин брать ответственность за планирование каких-либо семейно-бытовых целей на себя и поиске более сильной ведущей личности. У инфертильных женщин редуцировано желание организовывать и нести ответственность за принятие каких-либо решений в своей малой группе (семье) как хранительницы очага, женщины-матери.

В состоянии инфертильности женщины стараются сократить свое общение с окружающими (коммуникативный компонент – см. приложение 5, таблица 2) до необходимого им минимума ($7 \pm 1,86$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $77 \pm 10,91$ %). Во время общения они постоянно ожидают агрессивного отношения извне ($8 \pm 1,88$ балла сейчас, с «мостиком»

уменьшения через год в 2 балла и вероятностью $61 \pm 11,22 \%$). Женщины считают, что после возникновения у них беременности снизится уровень агрессивного настроения окружающих, так как они снова обретут в своей семье (малой группе) социально-психологический статус здоровой, полноценной женщины. Чувство стыда и неуверенности в реализации репродуктивной функции проявляется в высоком уровне резкого, властного, жесткого поведения с окружающими ($6 \pm 2,05$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $62 \pm 14,97 \%$), однако, по мнению инфертильных женщин, беременность должна сделать их более мягкими в общении. В целях компенсации репродуктивной дисфункции и потери социально-психологического статуса женщины-матери, а также получения похвалы и попыток восстановления своего социального семейного статуса, инфертильные женщины навязчиво предлагают свою помощь ($7 \pm 1,94$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $77 \pm 13,00 \%$). Они активно, иногда даже агрессивно, включаются в решение каких-либо проблем членов их семьи ($7 \pm 1,56$ балла сейчас, удержание данного уровня через год с вероятностью $69 \pm 9,35 \%$). Предпринимая такие действия, женщины пытаются компенсировать свою несостоятельность в репродуктивном и социально-психологическом плане.

Выше изложенные факты подтверждают то, что доминирующей чертой коммуникативного компонента был выявлен показатель «Нарушение социальных отношений с мужем и родственниками» ($7 \pm 1,69$ балла сейчас, с мостиком увеличения в 1 балл через год и вероятностью $57 \pm 11,04 \%$). В поведенческих реакциях эта черта проявляется в отсутствии близких друзей, постоянном ожидании агрессии и нападок со стороны окружающих, страхе в общении с людьми, нервозности перед выходом из дома, чувстве стыда, низком социально-психологическом статусе в малой группе (семье).

Эмоциональные переживания женщины в состоянии инфертильности – это синдром постоянной социальной тревоги, ощущений опасности, социальной угрозы, нежелание принимать свою роль женщины-матери, которая несет на себе бремя ответственности за организацию быта и развития семьи (малой группы).

Инфертильное состояние у женщин проявляется в неуверенности в себе, сильном нервном напряжении, побуждающем к поиску сильной личности, которой она может довериться, в активации всех степеней психологических защит и избегающего поведения.

По результатам исследований, доминирующим показателем эмоционального компонента (приложение 5, таблица 3) у инфертильных женщин является показатель «Эмоциональная неготовность к материнству» ($8 \pm 2,03$ балла сейчас, с «мостиком» уменьшения через год в 3 балла и вероятностью $65 \pm 13,29$ %). Эта черта, связанная с ежемесячной неудачей в зачатии, проявляется в усиливающемся состоянии фрустрации, зависимости от более сильной личности врача, высокой концентрации внимания на проблемах здоровья и в то же время в желании забыть про них. Высокая эмоциональность ($8 \pm 1,55$ балла сейчас, с «мостиком» уменьшения через год в 2 балла и вероятностью $55 \pm 10,08$ %) проявляется полярными поведенческими реакциями: в одном случае – ложным оптимизмом, в другом – необоснованной плаксивостью, резкими сменами настроения, агрессией, ложными обвинениями медицинского персонала в некомпетентности и непрофессионализме. Низкие показатели черт, которые непосредственно относятся к процессу родоразрешения, подтверждают, что женщины не принимают даже вероятную возможность рождения ребенка. Несмотря на это «мостик» уменьшения по всем показателям эмоционального компонента говорит о заложенной в сознании женщин надежде на улучшение их эмоционального состояния в связи с наступлением беременности через год и восстановлением их социально-психологического статуса в семье (малой группе).

Опираясь на консультации с инфертильными женщинами, следует отметить, что они живут в состоянии постоянного стресса и чувства самоистязания, что отрицательно сказывается на эмоциональном компоненте их личности. Это также проявляется в наличии у них суицидальных мыслей, отсутствии уверенности в себе и полной погруженности в жизнь и проблемы членов семьи или в профессиональную деятельность. Женщины этой группы пытаются убежать от своей проблемы, как-то объяснить ее самой себе и окружающим. Инфертильные женщины

считают, что диагноз «бесплодие» – это обидная случайность, несправедливость, которая скоро пройдет. Только после многократных попыток ЭКО, месяцев или лет неудачного лечения «бесплодия» женщина принимает позицию врачей и психологов. Она осознает существование у нее состояния инфертильности как синдрома психологической неготовности к материнству и сниженного социально-психологического статуса, которое заложено в поле ее семейных сценариев и мифов, воспринимаемых ею как репродуктивные установки, усвоенные в процессе онтогенеза ее личности в родительской семье (малой группе).

Высокий уровень показателей социально-мотивационного компонента (приложение 5, таблица 4) говорит об отсутствии мотивационных предпосылок у женщин в состоянии инфертильности на рождение ребенка: «Социально-мотивационная установка женщины забеременеть, а не родить здорового ребенка» ($6 \pm 1,61$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $70 \pm 11,85$ %), «Социально-мотивационная несостоятельность как женщины-матери» ($7 \pm 0,85$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 2 балла и вероятностью $84 \pm 13,11$ %). Женщины готовы ответственно относиться к проблемам мужа и родственников ($8 \pm 1,88$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $81 \pm 11,85$ %) и аккуратно ($8 \pm 1,52$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $91 \pm 5,41$ %) выполнять назначения врача, брать на себя чужие обязанности (как в семье, так и в профессиональной деятельности). Все эти действия необходимы им лишь для оправдания репродуктивной дисфункции, повышения своего социального статуса в семье (малой группе) и объяснения невозможности зачатия тем, что время для продолжения рода семьей выбрано неверно.

Необходимо напомнить, что социально-мотивационный компонент с доминантным качеством «Отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли» ($7 \pm 1,16$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 2 балла и вероятностью $68 \pm 14,25$ %) проявляется у инфертильных женщин в безответственном отношении к выполнению именно своих профессиональных и семейно-бытовых обязанностей. Женщин в состоянии инфертильности отличает отсут-

ствие желания реализовывать какие-либо собственные социальные цели и задачи, инертность, наличие желания выполнять обязанности за всех остальных, отсутствие желания наладить быт семьи ($7 \pm 1,61$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $87 \pm 10,92$ %). Женщины в состоянии инфертильности не могут «остановиться» и рассмотреть свою проблему как проблему непринятия своего материнского статуса в семье (малой группе). Они считают, что при наступлении беременности у них появится право требовать к себе еще большего внимания и ответственности со стороны окружающих, так как они обретут материнский статус в этой малой группе, что подтверждает «мостик» увеличения всех черт социально-мотивационного компонента через год, когда беременность, может быть, наступит. При этом инфертильные женщины не хотят брать на себя ответственность за свои агрессивные и вероломные действия по отношению к окружающим. Они считают себя несправедливо пострадавшей стороной, по их мнению, все окружающие должны воспринимать их как ребенка, которому постоянно нужен родитель. Сами женщины не стремятся проявлять какие-либо волевые качества для решения своих социально-психологических проблем в семье.

Инфертильные женщины находятся в постоянном целенаправленном движении к физиологическому состоянию беременности ($7 \pm 1,82$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 2 балла и вероятностью $75 \pm 14,96$ %) (волевой компонент – см. приложение 5, таблица 5). Они настойчивы в этом движении ($7 \pm 1,52$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $78 \pm 14,25$ %) и готовы пройти путь самостоятельно, опираясь на доминантность мужских качеств ($6 \pm 1,36$ балла сейчас, с «мостиком» уменьшения через год в 1 балл и вероятностью $77 \pm 7,48$ %). Женщины инфертильной группы считают, что состояние беременности уменьшит проявление у них мужских качеств и сделает их более волевыми и менее раздражительными. Однако они не хотят брать на себя бремя ответственности за свое состояние, социальное поведение и за будущего ребенка ($8 \pm 2,11$ балла сейчас, через год – 8 баллов и вероятность $74 \pm 11,95$ %), они перекладывают его на более сильную личность, которая входит в их круг общения на момент лечения – это может быть муж, подруга, врач, психолог.

Установлено, что доминантным качеством волевого компонента у инфертильных женщин является «Низкий самоконтроль поведения» ($6 \pm 0,84$ балла сейчас, с «мостиком» уменьшения через год в 2 балла и вероятностью $54 \pm 5,52$ %), который проявляется в полном отсутствии волевого контроля своей социальной роли в семейной жизни, частых сменах настроения и чувстве раздражения по отношению к близким.

Математико-статистический анализ результатов исследования компонента социально-материнской активности (приложение 5, таблица 6) показал, что у инфертильных женщин ярко выражены негативные эмоциональные всплески при виде плачущего или капризничающего ребенка ($7 \pm 0,84$ балла сейчас, через год – $6 \pm 0,88$ балла и вероятность $76 \pm 14,14$ %), повышен уровень эмоциональной нетерпимости к детскому поведению ($8 \pm 0,37$ балла сейчас, с уровнем $8 \pm 0,62$ балла и вероятностью $80 \pm 12,73$ % через год). Необходимо отметить, что данная черта выступает доминантным качеством в компоненте социально-материнской активности. Агрессия и раздражительность по отношению к детям, которые проявляются в нетерпимости к детскому плачу, детским капризам, в резких всплесках нетерпимости по отношению к детям, страхе взять ребенка на руки, желании убежать от капризничающего ребенка, – еще раз подтверждают отсутствие психологической готовности к материнской роли.

У инфертильных женщин происходит подмена мотива родить ребенка на мотив забеременеть, отсюда высокие показатели черты «Желание забеременеть, но не родить ребенка» ($8 \pm 0,47$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $87 \pm 8,11$ %). Добавим, что с каждой неудачей желание забеременеть усиливается, усугубляя психологическое и физиологическое состояние женщин, снижая их социально-психологический статус в малой группе (семье). Испытуемые инфертильной группы представляют себя беременными, но при этом не допускают мысли, что будут рожать, поэтому у них отсутствует видение себя в социальной роли матери ($7 \pm 0,36$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $81 \pm 10,82$ %). Инфертильные женщины не уверены в том, что вообще могут родить ($6 \pm 0,73$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 2 балла и вероятностью $71 \pm 12,73$ %). У них отсутствуют чув-

ственные ощущения будущего ребёнка и нежности к нему ($8 \pm 1,74$ балла сейчас, с «мостиком» увеличения через год в 1 балл и вероятностью $88 \pm 13,52$ %).

Анализ наблюдений за инфертильными женщинами и консультаций с ними показал, что решение о необходимости рождения ребенка изначально принимает не сама женщина, а ее окружение (малая группа, семья – муж, родители), в котором она живет и социально-нравственным законам которого она подчиняется; этот факт подтверждают данные компонента социально-материнской активности.

Под давлением общества и его социальных норм женщина пытается объяснить себе целесообразность принятия решения родить ребенка, так как с помощью него она сможет восстановить свой социальный статус в малой группе (семье): удержать мужа, завоевать уважение своей матери, матери мужа и его родственников. Инфертильная женщина считает, что она постоянно должна доказывать свою социальную значимость в семье (малой группе), свое право на проявление по отношению к ней таких чувств, как любовь, ласка, нежность, понимание.

Необходимо рассмотреть корреляционные взаимосвязи социально-адаптационных показателей всех шести компонентов у инфертильных женщин с помощью метода максимального корреляционного пути (по Л. К. Выханду). Благодаря данному методу обработки результатов исследования удастся выяснить специфику женского «бесплодия», характеризующуюся состоянием инфертильности, или состоянием неготовности женщины к социальной роли матери и редукции ее социально-психологического статуса в малой группе (семье). Опираясь на результаты собеседований и консультаций с инфертильными женщинами, наблюдения за их поведением, данные анкетирования по авторской методике, возникает возможность описать путь становления состояния инфертильности.

Математико-статистическая обработка результатов исследования показала, что доминирующей в структуре личности инфертильной женщины выступает взаимосвязь четырех компонентов: социально-интеллектуального, коммуникативного, эмоционального и волевого. Низкий уровень показателей социально-интеллектуального компонента ($r = 0,99$; $p \leq 0,01$) проявляется в навязывании женщине ее социальной роли женщины-матери и необходимости родить ребенка именно на этом этапе ее жизнедеятельности (рисунок 2), а также в несовместимо-

сти ее взглядов с желанием ее малой группы (семьи) ($r = 0,81$; $p \leq 0,01$), активном и скрупулезном исполнении женщиной всех назначений врача ($r = 0,85$; $p \leq 0,01$), ее стремлении решить семейные проблемы, восстановить свой социальный статус посредством беременности ($r = 0,85$; $p \leq 0,01$).

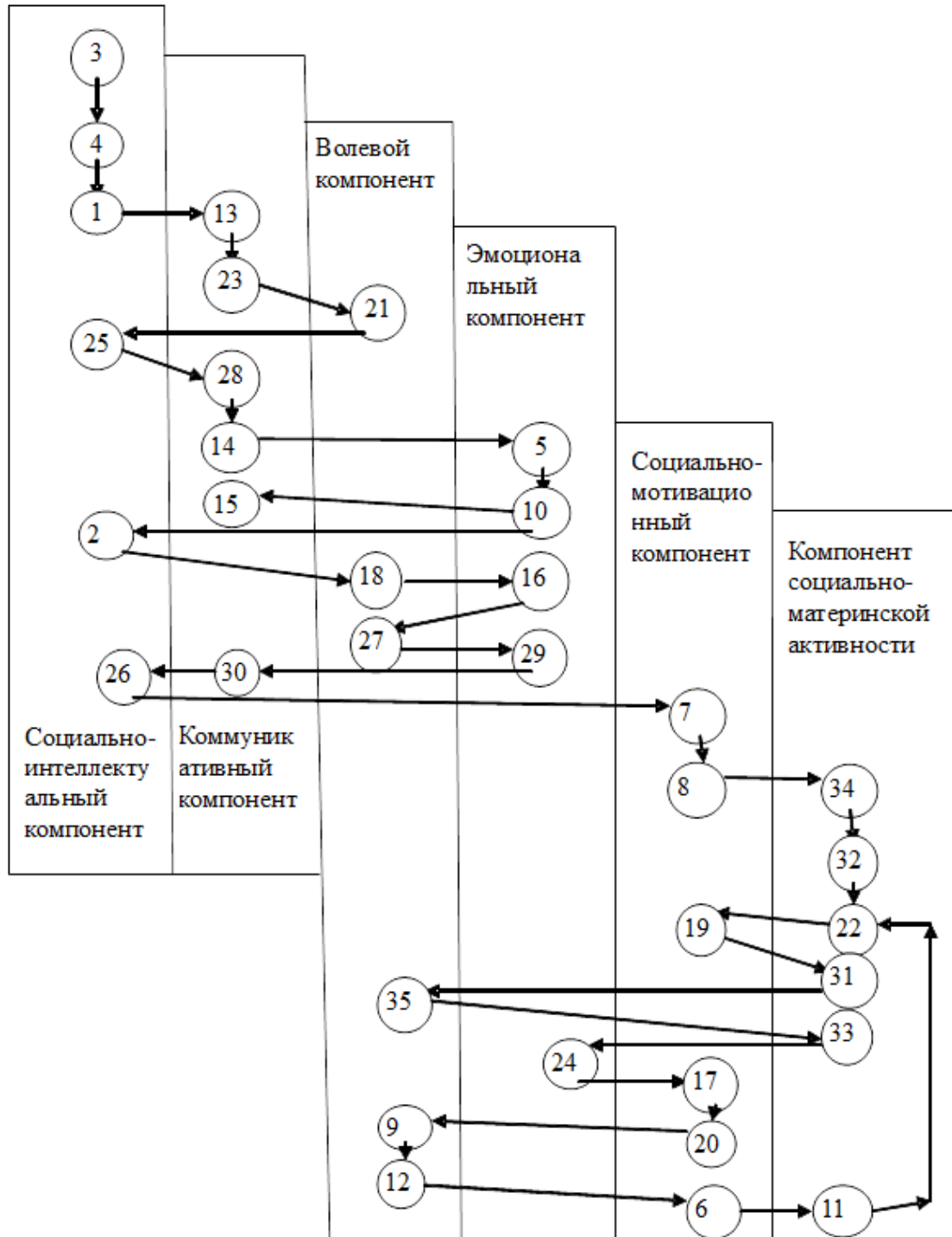


Рисунок 2. Корреляционная взаимосвязь показателей, характеризующих состояние «инфертильности» у женщин с диагнозом «бесплодие» (метод главных компонент по Л. К. Выханду)

Обозначения: ($n = 86$ чел., $p \leq 0,01$, при $r = 0,21$): 1) интеллектуально-социальная заторможенность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы; 2) интеллектуальная пассивность в семейно-бытовой сфере; 3) интеллектуально-социальная заторможенность в решении повседневных вопросов семейно-бытовой сферы; 4) интеллектуальная пассивность в исполнительской фазе семейно-бытовой сферы; 5) опасения физиологической неполноценности и системных нарушений у будущего ребенка; 6) аккуратность пациентки; 7) отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли (неорганизованность); 8) ответственное отношение к проблемам мужа; 9) безвольное, безответственное отношение к себе и потребностям будущего ребенка; 10) тревога о возможной смерти женщины или ребенка во время родов; 11) желание забеременеть, но не родить ребенка; 12) настойчивость; 13) нарушение социальных отношений с мужем и родственниками; 14) закрытость в общении; 15) навязчивая, чрезмерно активная коммуникативная погруженность в решение проблем других людей; 16) эмоциональная неготовность к материнству; 17) социально-мотивационная установка женщины забеременеть, а не выносить и родить здорового ребенка; 18) преобладание маскулинных установок, доминантность мужских качеств над женскими; 19) социально-мотивационная несостоятельность как женщины-матери; 20) отсутствие бытового трудолюбия; 21) целеустремленность; 22) отсутствие видения себя в роли матери; 23) активность пациентки; 24) тревога, связанная с процессом родоразрешения; 25) отсутствие социально-интеллектуальной позиции в организации семейно-бытовой сферы; 26) интеллектуальная зависимость от мнения окружающих; 27) волевая неустойчивость; 28) нетактичность в поведении; 29) эмоциональность; 30) эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям; 31) неуверенность в рождении ребенка; 32) нетерпимое отношение к детскому поведению; 33) аффективные всплески от детского крика; 34) отсутствие любви и нежного отношения к будущему ребенку; 35) низкий самоконтроль поведения.

На основании вышеописанных показателей происходит смена мотива к деторождению на мотив забеременеть. В результате неудачных попыток забеременеть в течение нескольких месяцев, отсутствия желания продолжить свой род и на основании медицинского обследования женщине ставится диагноз «бесплодие». У нее возникает чувство неполноценности и стыда как результат снижения ее социального статуса в семье (малой группе). Женщина утрачивает его ($r = 0,84$; $p \leq 0,01$) и становится зависимой от своего окружения, что проявляется в чувствах обиды, замкнутости в себе ($r = 0,61$; $p \leq 0,01$) и нежелании обсуждать вопросы, связанные с ее диагнозом, а также в жестком и резком поведении по отношению к мужу и родственникам ($r = 0,72$; $p \leq 0,01$). По мере усиления социально-психологических проблем в семье у инфертильной женщины проявляется чувство тревоги по пово-

ду возможных нарушений здоровья у будущего ребенка ($r = 0,89$; $p \leq 0,01$) как возможная причина отказа от социально-материнской роли. Учащаются проявления тревоги о неблагоприятном исходе процесса родоразрешения для ребенка и самой женщины ($r = 0,77$; $p \leq 0,01$), встает вопрос о целесообразности решения семейных проблем посредством состояния беременности. Женщина все активнее пытается угодить своему окружению, чтобы оправдать свою репродуктивную дисфункцию и восстановить свой социальный статус в малой группе (семье) ($r = 0,43$; $p \leq 0,01$). Не получая ожидаемой похвалы от членов семьи и окружения, она замыкается в себе и концентрируется на проблеме женского здоровья, ненаступающей беременности и социальных проблем в семье.

Проявляется редукция социально-интеллектуального компонента в показателе «Интеллектуально-социальная пассивность в исполнительской фазе семейно-бытовой сферы» ($r = 0,64$; $p \leq 0,01$), что влечет за собой поиск сильной личности и полную зависимость от нее, например личности врача, способного решить проблемы со здоровьем. Усиливаются недоверие и проявление агрессии к окружающим ($r = 0,73$; $p \leq 0,01$). Это, в свою очередь, ведет к увеличению эмоциональной неготовности к материнской роли ($r = 0,73$; $p \leq 0,01$), если зачатие произойдет естественным путем или вследствие ЭКО. У женщины увеличивается градус эмоционального восприятия любой информации извне ($r = 0,83$; $p \leq 0,01$). Она постоянно ожидает негативные эмоциональные проявления окружающих по отношению к себе, так как считает себя не достойной социальной роли матери. С каждой неудачной попыткой забеременеть у нее учащаются проявления тревожности ($r = 0,95$; $p \leq 0,01$), в поведенческих реакциях женщины все чаще и активнее прослеживаются чувства обиды, неполноценности и зависимости от мнения окружающих ($r = 0,85$; $p \leq 0,01$). Повреждения волевого и социально-мотивационного компонентов личности инфертильной женщины ведут к еще большей зависимости от интеллектуально-социальной позиции ее окружения, снижению ее социального статуса ($r = 0,89$; $p \leq 0,01$) и целенаправленному движению к редукции социальной роли женщины-матери ($r = 0,84$; $p \leq 0,01$). Она готова взять на себя бремя ответственности за решение проблем членов семьи ($r = 0,92$; $p \leq 0,01$), чтобы повы-

свить свой статус женщины-матери, но не своих собственных.

Ухудшение психоэмоционального состояния женщины при каждой неудаче в достижении беременности подтверждают показатели социально-интеллектуального, коммуникативного, эмоционального, социально-мотивационного компонентов.

Факт нарушения компонента социально-материнской активности проявляется в отсутствии любви и нежного отношения к будущему ребенку ($r = 0,87$; $p \leq 0,01$), нетерпимости по отношению к детскому поведению ($r = 0,94$; $p \leq 0,01$), отсутствии видения себя в роли матери ($r = 0,84$; $p \leq 0,01$), наличии социально-мотивационной несостоятельности как женщины-матери ($r = 0,89$; $p \leq 0,01$) и усилении неуверенности в необходимости рождения ребенка ($r = 0,89$; $p \leq 0,01$).

Увеличение эмоциональной возбудимости женщины, ее частые резкие неконтролируемые смены настроения ($r = 0,83$; $p \leq 0,01$) приводят к дальнейшему ухудшению показателей социально-материнской активности, проявлению состояния инфертильности и ухудшению психоэмоционального состояния женщины (социальному стрессу). Учащаются аффективные всплески от детского плача ($r = 0,56$; $p \leq 0,01$), уменьшается тревога по поводу процесса родоразрешения ($r = 0,80$; $p \leq 0,01$), женщина не размышляет о нем, потому что ее цель – это состояние беременности, а не рождение потомства. Происходит укрепление социально-мотивационной установки забеременеть, но не выносить и родить здорового ребенка ($r = 0,59$; $p \leq 0,01$). Отсутствие желания что-либо делать ($r = 0,81$; $p \leq 0,01$) и нести за это ответственность ($r = 0,89$; $p \leq 0,01$) нивелирует волевые усилия женщины, которые она прилагает для медицинского решения проблемы «бесплодия». Уменьшение критичности, ухудшение эмоционального состояния приводят к редукции желания родить и активизации мотива забеременеть ($r = 0,84$; $p \leq 0,01$). Под влиянием ежемесячных неудач женщина еще больше отдаляется от реализации своей социальной материнской роли в малой группе (семье), психоэмоциональное состояние инфертильности усугубляется, а в физиологическом плане у женщины проявляются новые факторы диагноза «бесплодие».

Таким образом, в состоянии инфертильности проявляется ситуация «замкнутого круга»: психологическое состояние женщины влияет на диагноз, а он в свою очередь ухудшает психоэмоциональное состояние.

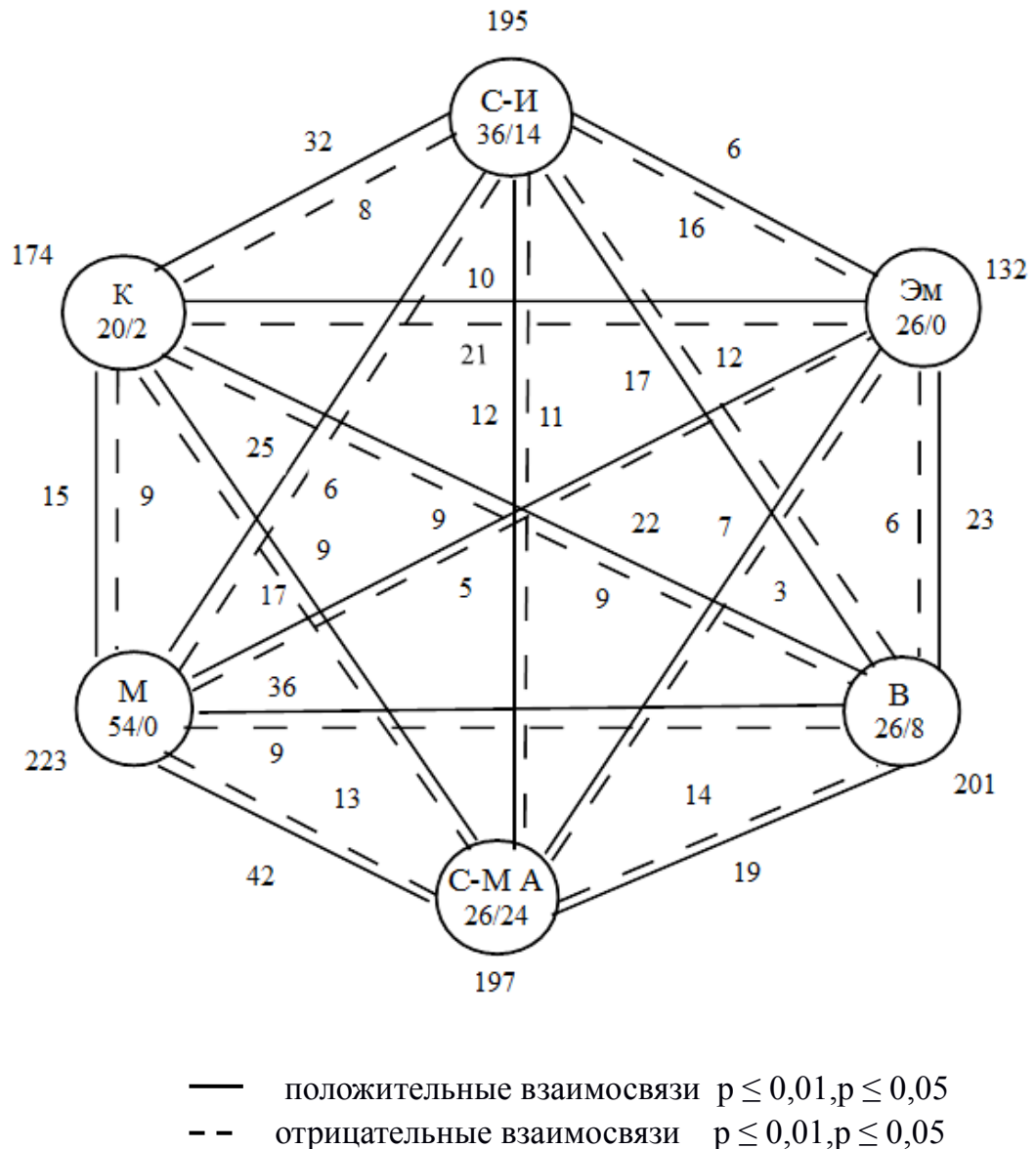


Рисунок 3. Схематическая структурограмма взаимосвязи компонентов личности женщин в состоянии инфертильности на социально-психологическом уровне

Обозначения: С-И – социально-интеллектуальный компонент, Эм – эмоциональный компонент, В – волевой компонент, С-М А – компонент социально-материнской активности, М – социально-мотивационный компонент, К – коммуникативный компонент, рядом с каждым показателем указан его общий структурный вес, внутри показателя – положительные/отрицательные взаимосвязи показателей самого компонента.

Рассматривая корреляционную взаимосвязь компонентов структуры личности инфертильной женщины, мы можем более детально проследить возникновение феномена состояния инфертильности у женщин (рисунок 3).

Женщина психологически не готова к рождению детей, так как наибольшим весом обладает мотивационный компонент. Инфертильная женщина стремится восстановить свой социальный статус в семье (малой группе) с помощью беременности, находится в состоянии хронического стресса в связи с постоянными неудачами в достижении зачатия. Возникает конфликт, обусловленный взаимосвязью мотивационного, социально-интеллектуального, волевого и коммуникативного компонентов, между желаниями самой женщины и давлением общества, в котором она живет. Таким образом, социальный конфликт становится внутриличностным. С одной стороны, инфертильная женщина хочет решить свои проблемы с обществом с помощью беременности и восстановления своего статуса женщины-матери, с другой – она не хочет реализовываться в материнстве (высокий структурный вес компонента социально-материнской активности). В результате происходит соматизация внутриличностного конфликта, женщина проходит медицинское обследование, на основе которого ей ставится диагноз «бесплодие», назначается лечение. Общение с различными людьми, обилие непроверенной и необъективной информации, снижение социального статуса в семье (малой группе), психоэмоциональная напряженность способствуют возникновению у женщины еще большего количества эмоциональных переживаний, чувства тревоги, страха, стыда и обиды за свою социально-материнскую неполноценность. На уровне поведенческих реакций наблюдаются агрессия и недоверие по отношению к социальному окружению (семье), замкнутость, наличие маскулинных установок, которые заставляют женщину находиться в постоянном поиске врача или какого-либо медикамента, который даст ей возможность восстановить женское здоровье и стать полноценным членом малой группы (семьи) в результате наступления беременности.

Появление эмоционального стресса и внутриличностного конфликта у женщины, угнетение мотивационного, социально-интеллектуального, волевого и ком-

муникативного компонентов ее личности становятся социально-психологическими причинами возникновения состояния инфертильности, которое обуславливает ее эмоциональность, низкую социальную мотивацию к реализации материнской роли и в целом дисгармоничность компонента социально-материнской активности, снижение ее социального статуса в семье (малой группе).

В своем желании компенсировать репродуктивную дисфункцию и угодить социальному окружению у женщины происходит редукция волевого компонента ее личности. Она проявляется укоренением мнения, что только беременность, а не рождение ребенка может дать ей возможность быть полноценной единицей общества, происходит окончательная подмена мотива на возникновение беременности и нарушение социально-мотивационного компонента.

О самом процессе родоразрешения и реализации своей материнской роли в семье женщина не задумывается. Компонент социально-материнской активности в личности данной женщины нарушается и становится лишним, так как отсутствует социальная мотивация на деторождение, которая активно подтверждается со стороны эмоционального и волевого компонентов. Эмоциональный компонент проявляется различными страхами, тревожностью и хроническим психоэмоциональным стрессом. Мышление женщины ежеминутно занято контролем собственного здоровья и поиском возможностей для скорейшего зачатия и восстановления социального статуса.

В результате исследования получены данные о том, что центральным компонентом в состоянии инфертильности становится взаимосвязь мотивационного, социально-интеллектуального, коммуникативного и волевого компонентов (см. рисунок 3).

В процессе обработки результатов исследования и на основании полученных данных, был исследован уровень социально-психологического статуса женщин в малой группе (семье) в состоянии инфертильности и рассмотрена система компонентов личности женщин, обуславливающих нарушения социально-

психологического уровня и непринятие ими своей социальной роли.

В каждом из шести компонентов был выявлен доминирующий показатель, выступающий в роли детерминанты социально-психологического уровня, обуславливающего социальный статус инфертильных женщин в малой группе (семье) (таблица 1).

Таблица 1

Социально-психологические детерминанты инфертильных женщин, влияющие на их социально-психологический статус в малой группе (семье)

Компонент	Доминирующий показатель
Социально-материнской активности	Негативное отношение к детям, детскому поведению
Коммуникативный	Нарушение социальных отношений с мужем, родственниками
Социально-мотивационный	Отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли
Волевой	Низкий самоконтроль поведения
Эмоциональный	Эмоциональная неготовность к материнству
Социально-интеллектуальный	Интеллектуально-социальная заторможенность в семейно-бытовой сфере

Были обнаружены тесные корреляционные связи по методу Пирсона между доминантами всех компонентов личности инфертильных женщин: эмоционального и волевого компонентов ($r = 0,78$; $p = 0,01$), эмоционального и социально-интеллектуального компонентов ($r = 0,30$; $p = 0,01$) (приложение 5, таблица 7).

Обнаружена тесная корреляционная связь между изменением доминант эмоционального и социально-мотивационного компонента ($r = 0,44$; $p = 0,01$), эмоционального и коммуникативного компонентов ($r = 0,42$; $p = 0,01$). В ходе исследования также была выявлена взаимосвязь между эмоциональным компонентом и компонентом социально-материнской активности ($r = 0,51$; $p = 0,01$), что подтверждает значимость взаимодействия эмоционального компонента с другими компо-

нентами в личности женщины с диагнозом «бесплодие» и сопровождающем его феномене состояния инфертильности, в основе которой лежат нарушения в эмоциональном компоненте личности женщин, приводящие к нарушениям других компонентов, в том числе и компонента социально-материнской активности, проявляющимся в снижении социального статуса женщины в малой группе (семье). На физиологическом уровне это обуславливает постановку медицинского диагноза «бесплодие» и его ежемесячное усугубление или появление так называемого эффекта «порочного круга», когда психоэмоциональное состояние рождает диагноз, а он в свою очередь усиливает эмоции.

Таким образом, установлено, что центральными компонентами в состоянии инфертильности выступают мотивационный, социально-интеллектуальный, коммуникативный и волевой компоненты, которые находятся в тесной корреляционной связи ($p \leq 0,01$) между собой и со всеми компонентами личности инфертильных женщин и обуславливают снижение социального статуса женщин в малой группе (семье) и психоэмоциональный стресс.

3.1.1. Исследование социально-психологических детерминант состояния фертильности у женщин, обусловленных социальным статусом в малой группе (семье)

Консультационные беседы с инфертильными женщинами, сопровождаемые наблюдением за их поведением, дали основания для изучения личности фертильных женщин в малой группе (семье) с характеризующих их социально-интеллектуальной, эмоциональной, социально-мотивационной, волевой, коммуникативной сторон.

Ниже приведен анализ исследования социального статуса фертильных женщин в семье (малой группе), или женщин, психологически готовых к материнству, находящихся в состоянии первой беременности, а также женщин, уже имеющих детей и беременных второй или последующий раз (см. приложение 1, анкета 2). Исследование состояния фертильности и дальнейший сравнительный анализ показателей двух состояний (инфертильности и фертильности) позволит обосновать

психологическую природу состояния инфертильности у женщин.

Необходимо отметить, что результаты исследования перво- и повторнородящих женщин не показали значимых различий, поэтому за нормативные данные были приняты усреднённые результаты исследования обеих групп фертильных женщин.

Далее перечислены компоненты личности фертильных женщин и показатели, входящие в эти компоненты.

В компонент социально-материнской активности были включены следующие черты женщин, готовых к материнству:

- 1) любовь и нежное отношение к будущему ребенку (чувственные, сензитивные ощущения будущего ребенка);
- 2) выраженное желание родить, несмотря ни на какие внешние и внутренние препятствия;
- 3) терпимость по отношению к детскому плачу и детским капризам;
- 4) ответственность за себя и будущего ребенка (способность поступиться своими интересами ради интересов ребенка);
- 5) уверенность в реализации своей материнской роли;
- 6) видение себя в роли матери (отождествление своего «Я» с образом идеальной матери).

В эмоциональный компонент были включены следующие показатели (черты):

- 1) чувство тревоги, переживание о положительном исходе беременности и родов:
 - чувство собственной беспомощности, тревоги за будущего ребенка в процессе родоразрешения;
 - чувство незащитности, уязвимости, тревоги о собственном здоровье (после родоразрешения);
 - чувство напряжения, беспокойства о процессе течения родов;
 - состояние тревоги о протекании беременности;
- 2) эмоциональная устойчивость по отношению к детскому поведению;
- 3) уверенность в себе (опредмеченное переживание, предметом которого выступает желание забеременеть, выносить и родить здорового ребенка – принятие

на себя социального статуса женщины-матери);

4) уверенность в рождении ребенка (чувство абсолютной уверенности в том, что женщина способна родить ребенка, принимая при этом на себя социальную роль матери);

5) эмоциональная устойчивость (спокойствие, состояние умиротворения и стремление к рождению ребенка);

6) желание внести гармонию, спокойствие в семейно-бытовую сферу;

7) эмоциональность (нежность и доброжелательность женщины по отношению к окружению).

К волевому компоненту были отнесены следующие черты:

1) целеустремленность (желание реализации в материнской и семейно-бытовой сферах, несмотря на внешние и внутренние трудности);

2) волевая активность в поведении с близкими людьми;

3) доминантность женских качеств (стремление привлечь близких к организации пространства в доме);

4) умение организовать, подготовить себя и своих родственников к рождению ребенка.

В содержание социально-интеллектуального компонента вошли следующие показатели:

1) самостоятельность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы (женщина самостоятельно планирует бытовую жизнедеятельность своей семьи);

2) инициативность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы (женщина самостоятельно вносит коррективы в планирование будущего семьи, без согласования с мужем);

3) самостоятельность в исполнительном плане семейно-бытовой сферы (женщина предпринимает определенные, заранее запланированные действия без опоры на членов семьи);

4) инициативность в исполнительной фазе семейно-бытовой сферы (собственные коррективы при выполнении запланированных семейно-бытовых задач);

5) умение отстаивать свою позицию (социально-интеллектуальная обоснован-

ность и опытность в организации семейно-бытовой сферы).

Перечисленные показатели, с одной стороны, характеризуют интеллектуальную, а с другой – социальную сферу жизни женщины, что обусловило название компонента (социально-интеллектуальный).

Коммуникативный компонент был представлен показателями:

1) коммуникативная совместимость с мужем, родственниками и родителями мужа, со своими родственниками и родителями;

2) общительность как желание вступать в обсуждение семейно-бытовых проблем с членами своей семьи;

3) эмпатия к мужу, родственникам (эмоционально-коммуникативная черта человека чувствовать проблемы супруга, родственников, участвовать в их разрешении);

4) эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям (высокий внешний локус контроля);

5) зависимость от мнения окружающих (необъяснимая потребность в безусловной любви и одобрении окружающими всех действий женщины).

Социально-мотивационная сфера личности женщин, психологически готовых к материнству, была представлена следующими показателями:

1) социальная ответственность (понимание семейно-бытовых обязанностей женщины, включающее переживание и ответственность не только за свою жизнь, но и за жизни близких – мужа и членов семьи);

2) дисциплинированность (соблюдение всех врачебных предписаний, неукоснительное выполнение режима сна, отдыха, питания, работы);

3) организованность (чувство собранности и сосредоточенности на выполнении семейно-бытовых целей и задач);

4) социальная активность (умение активно включаться в решение семейно-бытовых проблем);

5) трудолюбие (женщина активно преобразовывает и улучшает быт своей семьи).

Все показатели, входящие в структуру компонентов личности фертильных женщин, были подвергнуты корреляционному анализу, который показал их одно-

родную природу, характеризуя тем самым компоненты с содержательной стороны. Забегая вперед, укажем, что все компоненты также обнаружили тесную корреляционную связь ($p \leq 0,01$), раскрывая целостное содержание личности фертильных женщин, проявляющееся в высоком социальном статусе женщины-матери в малой социальной группе (семье).

Особенность целостного познания личности человека – специфика самого человека, обладающего сознанием. Сознание определяет субъективность и специфичность отражения человеком взаимодействия с действительностью, в котором представлена его жизнедеятельностная позиция в конкретной ситуации, отраженная во взаимосвязях показателей (черт) и компонентов личности. В реальной жизни можно наблюдать многомерность и многовариантность показателей взаимосвязей психических свойств (компонентов) человека [116].

Всего в обозначенные выше шесть компонентов, характеризующих целостную личность фертильной женщины и ее высокий социальный статус в семье (малой группе), вошло 35 показателей (черт), которые можно было объективно наблюдать и диагностировать их уровень развития и проявления по десятибалльной самооценочной шкале. В исследовании социально-психологического уровня состояния «фертильности» приняли участие 200 беременных женщин. Усредненный результат двухсот показателей по всем 35 чертам характеризует объективность уровня выраженности конкретного показателя социально-психологического статуса женщин-матерей в их малых группах (семьях). Уровень выраженности конкретных показателей в конкретном компоненте дает возможность выявить наиболее развитую черту этого компонента, вероятно, влияющую на развитие и проявление других черт (показателей) компонента, обуславливающих единство спокойного психоэмоционального состояния и высокого социально-психологического статуса, характеризующих состояние фертильности у женщин.

Все 35 показателей, объединенные в шесть компонентов, психологически характеризуют женщину, находящуюся в состоянии психологической готовности к материнству, можно объективно наблюдать и диагностировать, что дает нам право исследовать социально-психологический статус женщин в состоянии фертильности.

На основании протоколов бесед, включенного наблюдения (см. приложения 1, 3, 6) была разработана психодиагностическая анкетная методика, включающая 35 показателей. По инструкции к данной методике испытуемым следовало определить и зафиксировать по десятибалльной самооценочной шкале уровень показателя (черты) в настоящий момент, через год и обозначить по стопроцентной шкале степень уверенности в реализации развития этого показателя. Подобная процедура исследования показателей социально-психологического уровня впервые была применена А. В. Зобковым при исследовании показателей, характеризующих саморегуляцию учебной деятельности [75].

«Мостик» между показателем перспективным (через год) и показателем в настоящий момент, а также степень уверенности в реализации перспективного показателя будет указывать на осознание материнской активности женщин, готовящихся к процессу родоразрешения.

Приведем выраженность усредненных показателей (черт), входящих в компонентную структуру и характеризующих женщин в состоянии фертильности, выделим наиболее развитые показатели в каждом компоненте, определим «мостик» в развитии показателя и степень уверенности в его развитии.

В первую очередь рассмотрим компонент социально-материнской активности, входящий в структуру личности фертильных женщин. Предполагается, что он должен быть доминирующим в личности женщин этой группы, так как одна из сторон их жизнедеятельности – материнство, для которого характерно единство высокого социального статуса в малой группе (семье) и спокойного психоэмоционального состояния (приложение 6, таблица 1).

Показатели компонента социально-материнской активности у фертильных женщин имеют очень высокое стабильное значение. Женщины, принимающие и реализующие социальную роль женщины-матери, отмечают, что в течение года после рождения ребенка чувство любви к нему немного притупляется, так как он уже с рождения показывает свой характер, накладывается усталость, которую испытывают женщины из-за постоянного напряженного графика ухода за ним. Мнения женщин подтверждают данные показателя «Любовь и нежное отношение к

будущему ребенку» (с высоким уровнем в $10 \pm 1,42$ балла на данный момент, через год с показателем $9 \pm 1,22$ балла, «мостиком» уменьшения в 1 балл и степенью вероятности $97 \pm 5,83$ %). У женщин в состоянии фертильности ярко выражено чувство уверенности в реализации своей материнской роли (сейчас $9 \pm 2,08$ балла, через год $9 \pm 0,81$ балла, с вероятностью $92 \pm 11,91$ %), они уже являются матерями и абсолютно уверены в том, что ребенок родится, не смотря ни на какие препятствия (сейчас $9 \pm 2,17$ балла, через год $9 \pm 1,06$ балла, с вероятностью $95 \pm 7,22$ %). Самая важная ценность для женщин фертильной группы – это их дети и социальный статус женщины-матери, поэтому и доминантной чертой, исходя из анализа данных исследования, является черта «Видение себя в роли матери». Высокие процентные показатели говорят о том, что женщины не хотят даже допускать мысли о том, что с ребенком или с ними может что-то произойти, – настолько активно проявлено желание родить ребенка, присутствует ответственность за себя, свое здоровье и за ребенка (сейчас $8 \pm 2,39$ балла, через год $8 \pm 1,46$ балла, с вероятностью $85 \pm 17,31$ %). Женщины видят себя матерью, ощущают своего ребенка как уже родившегося. Они разговаривают с ним, объясняют ему что-то; поглаживая живот, они гладят ребенка, успокаивая его и себя (сейчас $9 \pm 2,09$ балла, через год $10 \pm 0,64$ балла, с «мостиком» увеличения в 1 балл и вероятностью $91 \pm 14,39$ %). Эти чувства проявляются еще активнее после рождения ребенка, просыпается так называемый материнский инстинкт, который в социальной жизни женщины выступает как системообразующий компонент ее малой группы (семьи).

Рассмотрим выраженность показателей эмоционального компонента для подтверждения проявления черт, которые имеют отношение к социально-материнской активности и высокому социальному статусу женщин в семье (малой группе) (приложение 6, таблица 2):

1) чувство тревоги за будущего ребенка (сейчас $6 \pm 1,04$ балла, через год $3 \pm 0,74$ балла, с «мостиком» уменьшения в 3 балла и вероятностью $73 \pm 13,03$ %);

2) чувство тревоги о собственном здоровье после родоразрешения (сейчас $4 \pm 0,9$ балла, через год $3 \pm 0,20$ балла, с «мостиком» уменьшения в 1 балл и вероятностью $66 \pm 14,24$ %);

3) чувство напряжения, беспокойства за процесс течения родов (сейчас $5 \pm 0,17$

балла, через год $3 \pm 0,85$ балла, с «мостиком» уменьшения в 2 балла и вероятностью $73 \pm 11,27$ %);

4) состояние тревоги о протекании беременности (сейчас $5 \pm 1,05$ балла, через год $3 \pm 0,65$ балла, с «мостиком» уменьшения в 2 балла и вероятностью $67 \pm 16,02$ %).

Указанные показатели свидетельствуют о том, что женщины, готовые к процессу родоразрешения, вполне адекватно его оценивают. Они понимают возможные риски для себя и ребенка, поэтому данные варьируются от 3 до 6 баллов. Необходимо отметить, что через год показатели уменьшаются на 50 %, однако уровень тревоги остается прежним, указывая на беспокойство за свое будущее здоровье и здоровье ребенка после родоразрешения.

Фертильные женщины уверены в себе (сейчас $8 \pm 2,78$ балла, через год $8 \pm 1,65$ балла, с вероятностью $85 \pm 17,78$ %), осознанно подходят к деторождению, что подтверждает высокий показатель уровня уверенности женщин в рождении ребенка (сейчас $9 \pm 2,30$ балла, через год $8 \pm 2,29$ балла, с «мостиком» уменьшения в 1 балл и вероятностью $94 \pm 9,25$ %). Уменьшение показателя на 1 балл через год говорит о том, что после того как ребенок появится на свет, женщина через некоторое время забудет негативные моменты. Данный показатель является доминантным в эмоциональном компоненте, отражая сильную веру в то, что и с женщиной и с ее будущим ребенком не произойдет ничего плохого.

В процессе подготовки к родам фертильные женщины проявляют толерантность по отношению к детям, после родов они пытаются быть еще терпимее. Данный факт подтверждает показатель «Эмоциональная устойчивость по отношению к детскому поведению» (сейчас $8 \pm 2,09$ балла, с «мостиком» увеличения в 1 балл и вероятностью $58 \pm 10,63$ %).

Эмоциональные проявления у женщин данной группы находятся на уровне средних показателей. Женщины умеренно раздражительны (показатель «Эмоциональная устойчивость» имеет следующие значения: сейчас $6 \pm 0,69$ балла, через год $5 \pm 0,05$ балла, с «мостиком» уменьшения в 1 балл и вероятностью $72 \pm 16,47$ %),

у них не отмечено, в процессе лонгитюдного наблюдения, резких перепадов настроения, они хотят внести гармонию, спокойствие в семейно-бытовую сферу (сейчас $6 \pm 1,10$ балла, через год $5 \pm 1,44$ балла, с «мостиком» уменьшения в 1 балл и вероятностью $71 \pm 8,89$ %). Они доброжелательно и эмоционально спокойно относятся к своему окружению (сейчас $7 \pm 1,85$ балла, через год $7 \pm 2,03$ балла, вероятность $73 \pm 16,37$ %), у них редко проявляются такие чувства, как агрессия, резкость в поведении, обида и злость.

Таким образом, эмоциональный компонент фертильных женщин говорит об активном проявлении материнского инстинкта, подтверждает их высокий социальный статус в семье (малой группе), благодаря заложенной у них семейной программе на продолжение рода и желанию родить здорового ребенка. Женщины этой группы стремятся сдерживать агрессивные проявления по отношению к детям и окружающим, стараются быть терпимее. У них ярко выражено чувство беспокойства, тревоги за свое здоровье и здоровье ребенка на момент родоразрешения, а также в процессе дальнейшей жизнедеятельности. Они пытаются проявить такое качество характера, как «дальновидность», – желание предупредить возможные осложнения в жизни и здоровье семьи и своего будущего ребенка; подчиняют свою жизнь и жизнь семьи одной цели – рождению здорового потомства. Данный факт подтверждает анализ выраженности показателей социально-мотивационного компонента.

В качестве доминирующей черты социально-мотивационного компонента (приложение 6, таблица 3) было выявлено «Трудолюбие» ($8 \pm 2,29$ балла сейчас, $9 \pm 1,17$ балла через год, с «мостиком» увеличения в 1 балл и вероятностью $89 \pm 14,07$ %). У фертильных женщин отмечены высокие показатели таких черт, как «Социальная ответственность», «Дисциплинированность», «Организованность» и «Активность». Женщины стремятся не только не допустить ошибок, но и выстроить жизнь своей семьи по-новому, что обуславливает их статус женщины-матери и характеризует их как системообразующий фактор малой группы (семьи). Фертильные женщины активно включаются в переоборудование детской комнаты, строят планы о жизни семьи до, а главное, после рождения ребенка.

Организовать себя и членов семьи женщинам позволяет волевой компонент, а объяснить им целесообразность своих действий и сподвигнуть близких на их реализацию помогают социально-интеллектуальный и коммуникативный компоненты.

Показатели проявления волевого компонента (приложение 6, таблица 4) говорят о том, что женщины стараются быть более волевыми в поведении ($4 \pm 1,13$ балла сейчас, $3 \pm 0,82$ балла через год, с «мостиком» уменьшения в 1 балл и вероятностью $66 \pm 12,51$ %). Они могут совершать действия самостоятельно, у них практически отсутствуют маскулинные установки ($5 \pm 0,73$ балла сейчас, $5 \pm 0,11$ балла через год, с вероятностью $79 \pm 14,26$ %). Показатель «Целеустремленность» – доминирующая черта компонента ($7 \pm 2,12$ балла сейчас, $9 \pm 1,23$ балла через год, с «мостиком» увеличения в 2 балла и вероятностью $84 \pm 17,27$ %). Данные показателя «Умение организовать, подготовить себя и своих родственников к рождению ребенка» ($8 \pm 1,94$ балла сейчас, $8 \pm 1,37$ балла через год, с вероятностью $85 \pm 17,73$ %) говорят о направленном и настойчивом движении женщины к полной реализации своей социальной роли матери и повышению уровня ее социального статуса в семье (малой группе).

Фертильные женщины, планируя свою социальную активность, находят такие социально-интеллектуальные объяснения, подкрепленные информацией, когда-либо услышанной или прочитанной или высказанной врачом, которые окончательно должны убедить их родственников в правильности плана действий и целесообразности его скорого воплощения в жизнь. Необходимо отметить, что в процессе реализации той или иной семейно-бытовой активности женщины приводят новые факты, подтверждающие необходимость выбранной программы действий. Они связывают их с рождением ребенка и важностью активности, тем самым проявляя доминирующую черту данного компонента – «Умение интеллектуально отстаивать свою позицию». Данные проявления показателей (черт) социально-интеллектуального компонента представлены в приложении 6, таблица 5.

Женщины в состоянии фертильности хорошо коммуницируют со своим окружением ($7 \pm 1,29$ балла сейчас, $8 \pm 1,36$ балла через год, с «мостиком» увеличения в 1 балл и вероятностью $78 \pm 11,12$ %) и с людьми, готовыми беседовать с

ними на интересующие их темы, которые касаются детей, их развития, воспитания и т. д. (приложение 6, таблица 6).

Женщины-матери чувствительны к информации, поступающей из различных источников ($7 \pm 1,79$ балла сейчас, $7 \pm 1,20$ балла через год, с вероятностью $81 \pm 11,93$ %). Однако зависимость от мнения окружающих у них отсутствует ($5 \pm 1,13$ балла сейчас, $4 \pm 0,97$ балла через год, с «мостиком» уменьшения в 1 балл и вероятностью $70 \pm 7,55$ %), потребность в постоянном одобрении их решений и действий извне также не выявлена. Фертильные женщины самостоятельно планируют свою социальную активность и проявляют инициативу в том, чтобы планы осуществились. Используя взаимосвязь социально-интеллектуального и коммуникативного компонентов, женщины обдумывают информацию, полученную из разных источников, подтверждают или опровергают ее в процессе частого общения с окружающими ($8 \pm 1,69$ балла сейчас, $8 \pm 1,62$ балла через год, с вероятностью $84 \pm 9,86$ %) и самостоятельно принимают решение о каком-либо действии. Следует подчеркнуть качество общения фертильных женщин с окружающими. Они готовы прийти на помощь в решении тех или иных проблем членов своей семьи, они нежно, ласково и терпимо общаются со своими детьми, однако в своих требованиях к ним проявляют настойчивость. В коммуникации женщины не дают на собеседников, они пытаются объяснить свою позицию и обсудить все стороны той или иной проблемы. Доминантной чертой коммуникативного компонента является показатель «Общительность» ($8 \pm 1,69$ балла сейчас, $8 \pm 1,62$ балла через год, с вероятностью $84 \pm 9,86$ %).

Обобщая информацию проявления черт различных компонентов у фертильных женщин, следует подчеркнуть их целеустремленную направленность на реализацию своей социально-материнской роли. Они готовы брать на себя ответственность, самостоятельно планируя и реализуя действия, которые направлены на улучшение жизнедеятельности и здоровья членов семьи. Решаясь на рождение ребенка, женщины дают себе новую возможность более скрупулезно и точно организовывать себя и быт своей семьи, настойчиво вводить в него правила более

правильного и здорового, с точки зрения медицины и психологии, межличностного общения между близкими. У таких женщин просыпается материнский инстинкт, направленный на еще не родившегося ребенка, что проявляется в частом вербальном и невербальном общении с ним. Женщины данной группы активно коммуницируют с окружающими, обсуждая различные проблемы, в целях предотвращения всевозможных неприятных ситуаций, связанных со здоровьем и жизнедеятельностью семьи.

Качественный анализ корреляционных данных исследования показал тесную корреляционную взаимосвязь всех компонентов личности повторнородящих фертильных женщин (рисунок 4).

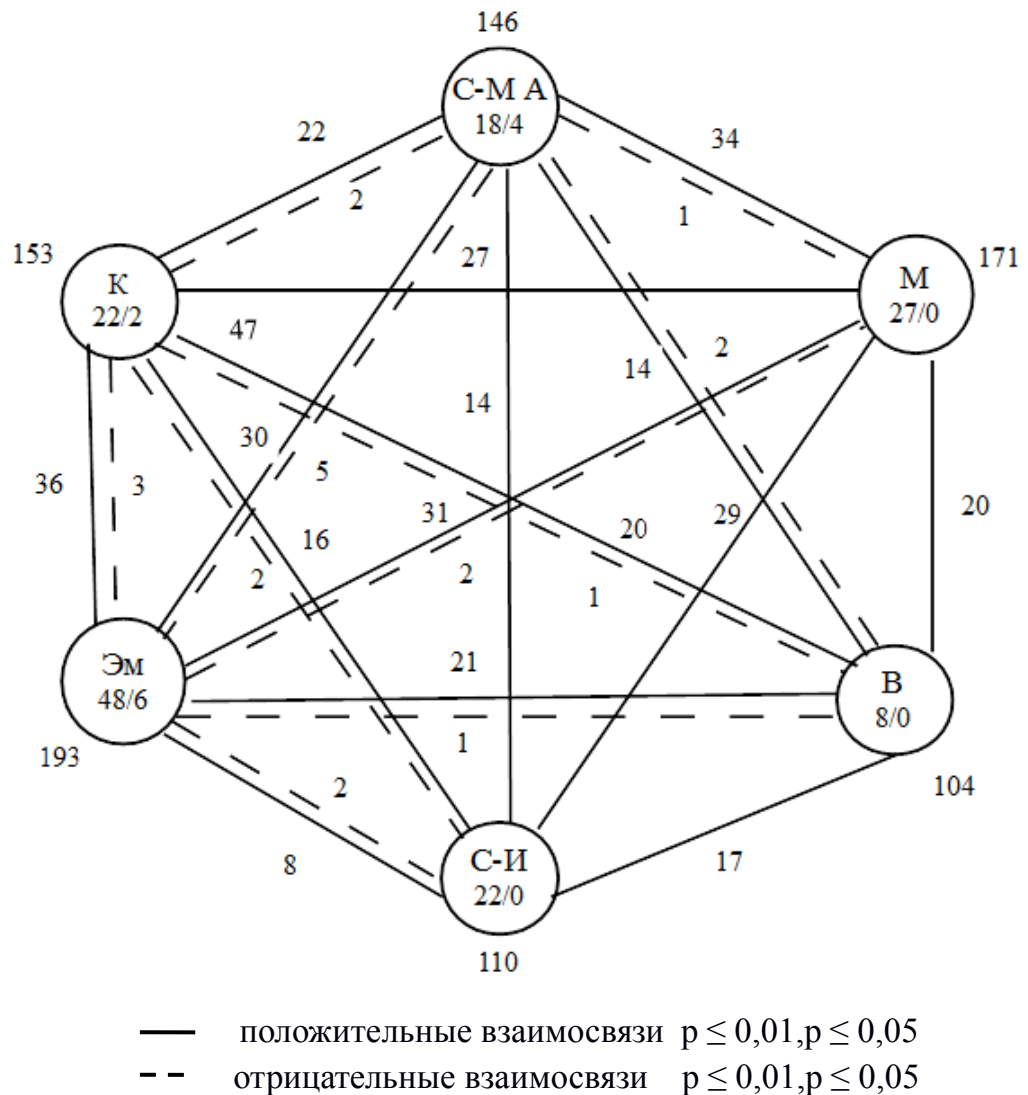


Рисунок 4. Схематическая структурограмма взаимосвязи компонентов личности женщин в состоянии фертильности на социально-психологическом уровне

Обозначения: С-И – социально-интеллектуальный компонент, Эм – эмоциональный компонент, В – волевой компонент, С-М А – компонент социально-материнской активности, М – социально-мотивационный компонент, К – коммуникативный компонент, рядом с каждым показателем указан его общий структурный вес, под названием компонента – положительные/отрицательные взаимосвязи показателей самого компонента.

В основе личности фертильных женщин и проявления их социального статуса в малой группе (семье) находится связь компонента социально-материнской активности, доминирующего в личности женщин данной группы, и других пяти компонентов: эмоционального, социально-мотивационного, коммуникативного, волевого и социально-интеллектуального. Все эти компоненты тесно взаимосвязаны с компонентом социально-материнской активности, характеризуя фертильную женщину как центр ее семьи (малой группы).

Рассматривая структуру компонентов личности женщин-матерей, мы видим, что наибольший вес имеет эмоциональный компонент, который создает несколько возможных уровней связи между ними и влияет на взаимосвязь компонентов мотивационного, социально-материнской активности и коммуникативного.

В поведенческих реакциях взаимовлияние вышеназванных компонентов происходит следующим образом: женщина решает родить ребенка, она хочет этого эмоционально (эмоциональный компонент $p \leq 0,01$) и подготавливает свое окружение, быт свой и семьи к рождению потомства (социально-мотивационный компонент $p \leq 0,01$). Цель – рождение ребенка – выступает в роли мотивационной и волевой составляющей в переменах жизнедеятельности женщины и ее близких (волевой компонент $p \leq 0,05$). В то же время, если быт семьи, родственники несут социальную или эмоциональную угрозу, которая может навредить будущему ребенку, она задействует коммуникативный ($p \leq 0,01$), волевой и социально-интеллектуальный компоненты своей личности, для того чтобы интеллектуально обосновать и отстаивать свою позицию.

С момента целенаправленного движения фертильной женщины к реализации своей материнской роли все в ее жизни подчинено только этому. Любое вмешательство извне воспринимается как информация для размышления (коммуникативный компонент $p \leq 0,01$). Тема обсуждается в малой группе (в семье – с род-

ственниками, с подругами, сослуживцами, врачами) для получения более точной и правильной информации. Затем сведения пропускаются через призму их необходимости для женщины и ее ребенка. Если эта информация представляет ценность, то она принимается к действию.

В таблице 2 представлена корреляционная взаимосвязь доминирующих черт компонентов личности фертильных женщин по методу Пирсона.

Таблица 2

Корреляция доминирующих черт компонентов личности фертильных женщин по методу Пирсона

Компонент	Социально-мотивационный	Социально-интеллектуальный	Компонент социально-материнской активности	Эмоциональный	Коммуникативный	Волевой
Социально-мотивационный	1					
Социально-интеллектуальный	0,60	1				
Компонент социально-материнской активности	0,67	0,67	1			
Эмоциональный	0,13	0,33	0,37	1		
Коммуникативный	0,46	0,64	0,75	0,48	1	
Волевой	0,63	0,78	0,62	0,21	0,66	1

Примечание: $p \leq 0,01$, при $r = 0,21$.

Анализ данных таблицы подтверждает тесную корреляционную взаимосвязь между доминирующими чертами компонентов личности фертильных женщин, а также ее высокий социальный статус в семье (малой группе). Необходимо подчеркнуть, что доминирующим компонентом (по методу Пирсона) также является компонент социально-материнской активности. Следующими по значимости и силе взаимосвязей выступают социально-интеллектуальный и волевой компоненты, которые помогают женщинам волевыми усилиями двигаться к своей цели: выполнять все предписания врача, следить за здоровьем и

трудовым режимом, интеллектуально обосновывать свои действия, которые важны для ребенка. Далее идут коммуникативный, мотивационный и эмоциональный компоненты, которые образуют взаимосвязь с компонентом социально-материнской активности.

Чтобы рассмотреть процесс возникновения и продвижения фертильных женщин к цели – рождению ребенка, необходимо проанализировать данные, полученные на основе математико - статистического анализа по методу главных компонентов (Л. К. Выханду) (рисунок 5).

Фертильные женщины готовы к социальной роли матери ($r = 0,87$; $p \leq 0,01$) (рисунок 5), так как это заложено в репродуктивных установках их рода и семьи (малой группы), у них активно проявляется желание родить ребенка ($r = 0,82$; $p \leq 0,01$). Женщины становятся активными ($r = 0,84$; $p \leq 0,01$), более общительными ($r = 0,68$; $p \leq 0,01$), они уверены в себе и пребывают в состоянии счастья и спокойствия; чем ярче выражено это состояние, тем они терпимее к детским капризам ($r = 0,57$; $p \leq 0,01$) и детскому поведению ($r = 0,73$; $p \leq 0,01$). Женщины проявляют общительность и коммуникативность ($r = 0,43$; $p \leq 0,01$). Они нацелены на рождение ребенка ($r = 0,49$; $p \leq 0,01$), относятся с нежностью и эмпатией к близким ($r = 0,75$; $p \leq 0,01$). Фертильные женщины более ответственные ($r = 0,70$; $p \leq 0,01$), организованны ($r = 0,54$; $p \leq 0,01$), дисциплинированы ($r = 0,71$; $p \leq 0,01$). Они стремятся активно работать ($r = 0,50$; $p \leq 0,01$), занимаются устройством быта семьи, отстаивают свой взгляд на ту или иную проблему ($r = 0,75$; $p \leq 0,01$), связанную с полезностью и комфортом для их детей, так как именно в этой реорганизации семейно-бытовой жизнедеятельности и проявляются их любовь и нежность к будущему ребенку ($r = 0,75$; $p \leq 0,01$) и уверенность в его рождении ($r = 0,78$; $p \leq 0,01$). Женщины в состоянии фертильности более ответственные за себя ($r = 0,58$; $p \leq 0,01$), серьезнее подходят к процессу вынашивания ребенка (показатель «Самостоятельность в исполнительной фазе активности» $r = 0,50$; $p \leq 0,01$). Они проявляют самостоятельность ($r = 0,88$; $p \leq 0,01$) и инициативу ($r = 0,41$; $p \leq$

0,01) в исполнительной и планирующей ($r = 0,44$; $p \leq 0,01$) сферах семейной жизни.

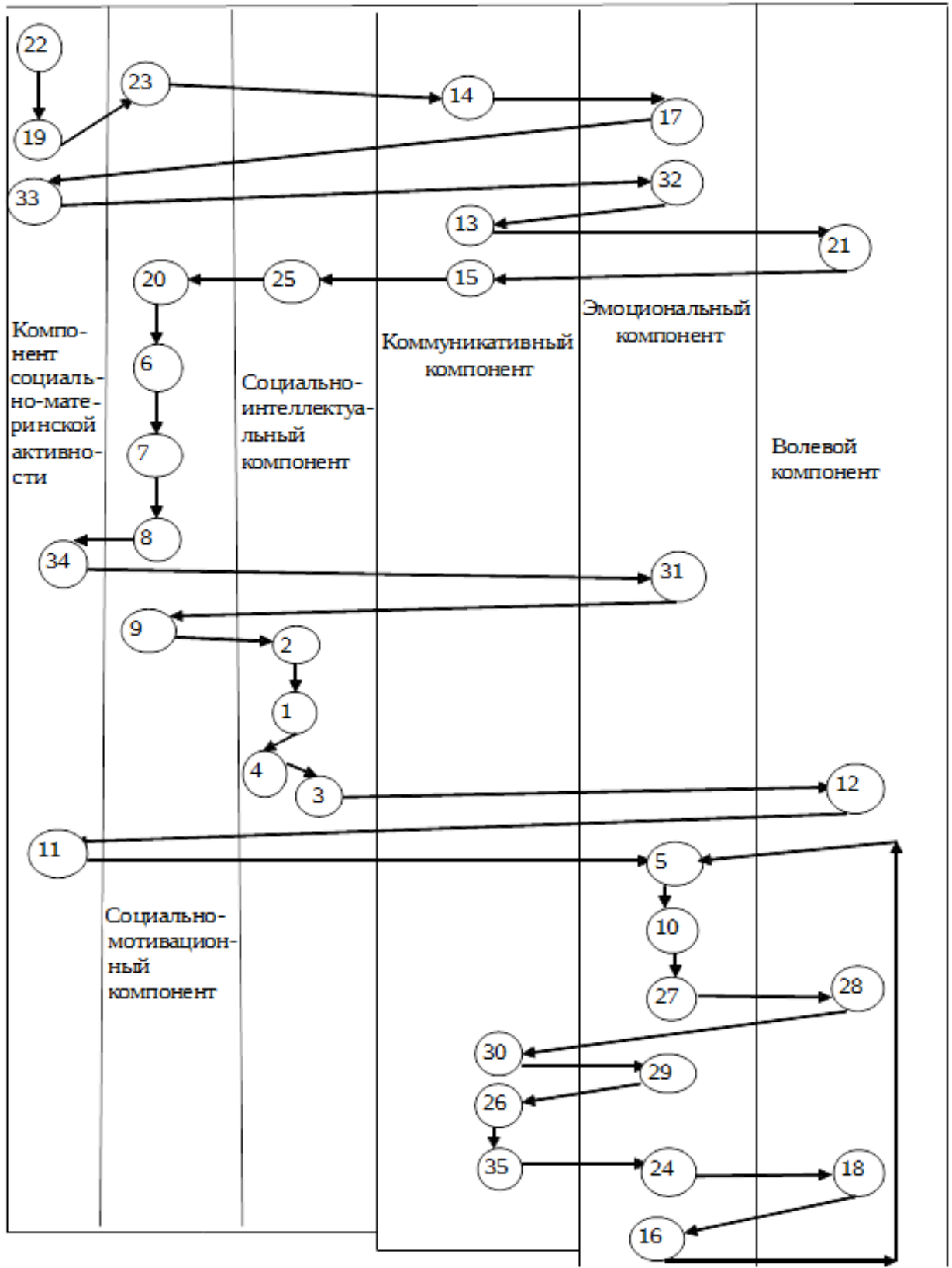


Рисунок 5. Корреляционная связь показателей (по методу Л. К. Выханду),

*характеризующих путь возникновения и развития социальной роли матери
фертильных женщин (n = 200 чел., p ≤ 0,01 при r = 0,21)*

Обозначения: 1) самостоятельность в планирующей сфере; 2) самостоятельность в исполнительной сфере; 3) инициативность в планирующей сфере; 4) инициативность в исполнительной сфере; 5) чувство тревоги за будущего ребенка; 6) дисциплинированность; 7) организованность; 8) социальная ответственность; 9) ответственность за себя и будущего ребенка; 10) чувство тревоги о собственном здоровье после процесса родоразрешения; 11) желание родить, несмотря ни на какие препятствия; 12) умение организовать, подготовить себя и своих родственников к рождению ребенка; 13) коммуникативная совместимость с социумом; 14) общительность; 15) эмпатия; 16) состояние тревоги о протекании беременности; 17) уверенность в себе; 18) доминантность женских качеств; 19) уверенность в реализации своей материнской роли; 20) трудолюбие; 21) целеустремленность; 22) видение себя в роли матери; 23) активность; 24) чувство напряжения, беспокойства о процессе родов; 25) стремление отстаивать свою позицию; 26) зависимость от мнения окружающих; 27) эмоциональная устойчивость; 28) волевая активность в поведении; 29) эмоциональность; 30) эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям; 31) уверенность в рождении ребенка; 32) эмоциональная устойчивость по отношению к детскому поведению; 33) терпимость по отношению к детскому плачу и детским капризам; 34) любовь и нежное отношение к будущему ребенку; 35) желание внести гармонию, спокойствие в семейно-бытовую деятельность.

Женщины настойчиво ($r = 0,29$; $p \leq 0,01$) идут к своей цели – родить ребенка несмотря ни на какие препятствия ($r = 0,40$; $p \leq 0,01$), чем ближе они к процессу родоразрешения, тем сильнее проявляется тревога за жизнь и здоровье ребенка ($r = 0,37$; $p \leq 0,01$), за собственное здоровье после родов ($r = 0,66$; $p \leq 0,01$). У фертильных женщин обнаруживаются такие качества, как: раздражительность ($r = 0,61$; $p \leq 0,01$), впечатлительность ($r = 0,72$; $p \leq 0,01$), эмоциональность ($r = 0,62$; $p \leq 0,01$), они готовы самостоятельно, волевыми усилиями отстаивать свое право родить ребенка ($r = 0,66$; $p \leq 0,01$). Чем ближе предполагаемая дата родов, тем сильнее они испытывают нервное напряжение от ожидания ($r = 0,55$; $p \leq 0,01$), только в этот период они зависимы от мнения окружающих их людей, особенно врачей, ведущих беременность ($r = 0,45$; $p \leq 0,01$). Иногда у таких женщин резко меняется настроение ($r = 0,46$; $p \leq 0,01$). Это зависит от информации о течении беременности, состоянии ребенка, проходящей извне. Женщины целиком поглощены процессом вынашивания ребенка ($r = 0,25$; $p \leq 0,01$), в третьем триместре беременности происходят не-

большие перепады в их эмоциональном состоянии, так как они осознают все возможные риски процесса родоразрешения, однако опираясь на свои волевые качества ($r = 0,38$; $p \leq 0,01$), они готовы отстоять себя, свой социальный статус матери и жизнь своего ребенка.

Таким образом, состояние психологической готовности к материнству (состояние фертильности) у женщин выражено доминантностью компонента социально-материнской активности в системе их личности, а также единством высокого социального статуса в малой группе (семье) и спокойного психоэмоционального состояния. Женщины данной группы решаются на рождение ребенка, желая реализовать в социальной роли женщины-матери. Движение к процессу деторождения у них начинается с видения себя в роли матери и желания ее реализации. Используя волевой и социально-интеллектуальный компоненты своей личности, они интеллектуально обосновывают те или иные изменения в жизнедеятельности семьи (социально-мотивационный и коммуникативный компоненты), эмоционально настраиваются на то, что им придется перенести много испытаний в процессе вынашивания и рождения ребенка, таким образом поднимая свой социальный статус в своей семье (малой группе). Они готовы пройти этот путь, так как основная их цель – желание реализовать свою социальную роль женщины-матери, заложенную в процессе онтогенеза личности женщины в семье.

3.1.2. Интерпретация различий социально-психологических структур инфертильных и фертильных женщин

Сравнивая показатели проявления социально-психологического уровня исследования социального статуса фертильных и инфертильных женщин в малой группе (семье), можно сделать вывод о том, что столкнулись со структурами, выстроенными противоположным образом (рисунок 6,7).

Для выявления значимости различия между структурами личности инфертильных и фертильных женщин мы применили метод структурно-психологического анализа, включающий вычисление и анализ матриц интеркорреляций, построение

и анализ схематичных структурограмм компонентов личности инфертильных и фертильных женщин, определение индексов структурной организации и их сопоставление на предмет гомогенности или гетерогенности по критерию экспресс - χ^2 . Используя данный метод, возникла необходимость изменения способа построения структурограммы, так как каждый компонент включает в себя до шести показателей. Графическое отображение данных взаимосвязей ($n = 35$) затруднило бы наглядность и читаемость результатов исследования. В связи с этим было принято решение выстроить схематичные структурограммы. Рядом с компонентами указан их общий структурный вес, под названием компонента – общее количество положительных/отрицательных связей показателей внутри самого компонента, жирной чертой были обозначены все положительные взаимосвязи компонентов друг с другом, жирной прерывистой – все отрицательные.

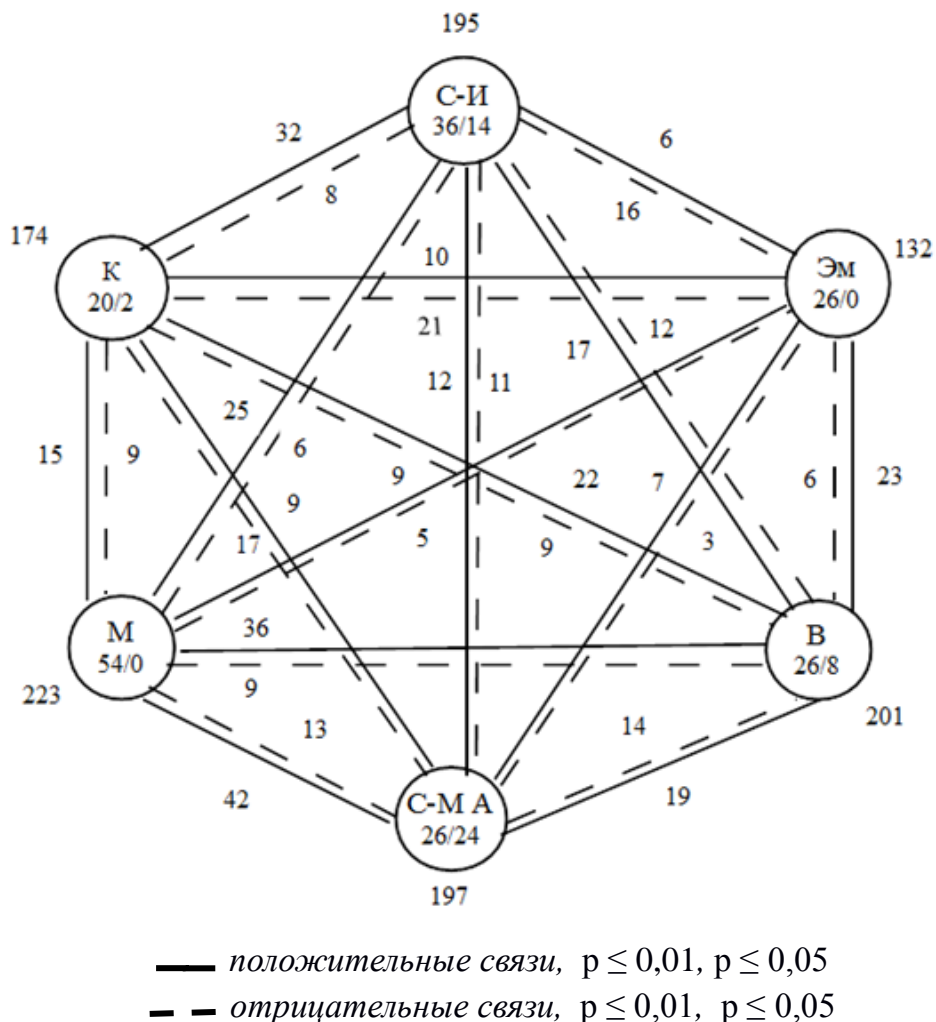
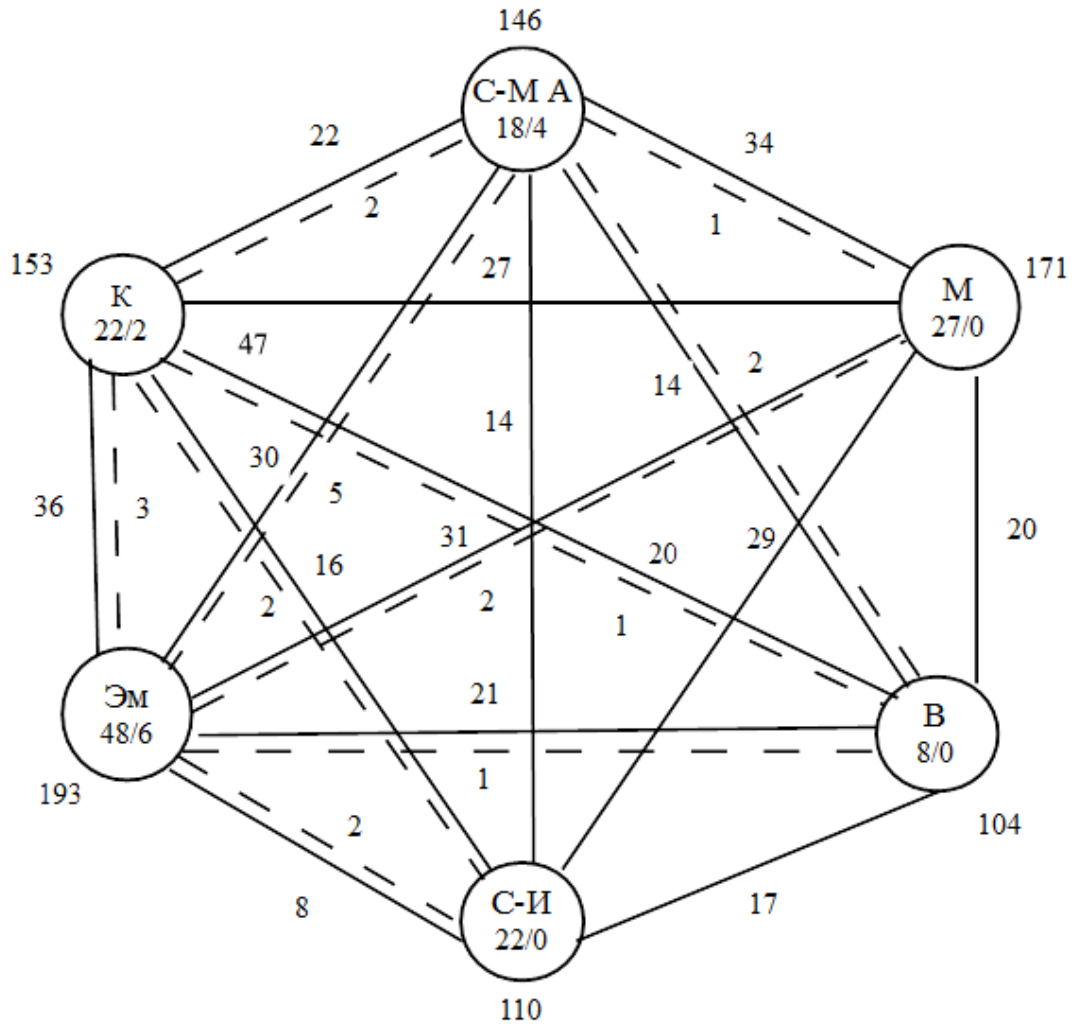


Рисунок 6. Схематичная структурограмма взаимодействия компонентов личности инфертильных женщин на социально-психологическом уровне

Обозначения те же, что в таблице 3, С-И – социально-интеллектуальный компонент, Эм – эмоциональный компонент, В – волевой компонент, С-М А – компонент социально-материнской активности, М – социально-мотивационный компонент, К – коммуникативный компонент.



— положительные связи, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$
 - - отрицательные связи, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$

Рисунок 7. Схематическая структурограмма взаимодействия компонентов личности фертильных женщин на социально-психологическом уровне
 Обозначения те же, что в таблице 3 и на рисунке 6.

Применение метода экспресс - χ^2 позволит ответить на вопрос, существуют ли значимые различия в структурах личности инфертильных и фертильных женщин на социально-психологическом уровне, являются они гомогенными, гетерогенными или реверсивными. (таблица 3).

Данные, приведенные в таблице 3, показывают высокий уровень организованности структур компонентов личности инфертильных и фертильных женщин,

а значение $R_p = - 0,37$; $p > 0,05$, которое используется как средство определения экспресс - χ^2 , ниже уровня значимости говорит об инверсионности структур и их качественных различия во взаимосвязях компонентов.

Таблица 3

Значение индексов структурной организации систем личности инфертильных и фертильных женщин на социально-психологическом уровне

Компонент	инфертильные женщины			фертильные женщины		
	ИК	ИД	ИОС	ИК	ИД	ИОС
Социально-материнской активности	115	82	197	132	14	146
Коммуникативный	128	67	195	106	4	110
Социально-мотивационный	108	66	174	143	10	153
Волевой	81	51	132	174	19	193
Эмоциональный	143	58	201	100	4	104
Социально-интеллектуальный	181	42	223	168	3	171
R_p	- 0,37; $p > 0,05$					

Таким образом, установлено, что на социально-психологическом уровне в инфертильном состоянии происходят значимые, глубинные изменения во взаимосвязях структур компонентов личности женщин, что говорит о наличии у них глубинных основ социально-психологического внутриличностного конфликта.

В состоянии инфертильности женщина находится под действием сильного эмоционально-психологического давления (наибольший структурный вес приобретают мотивационный, социально-интеллектуальный, волевой и коммуникативный компоненты), которое нарушает ее социальный статус в малой группе (семье) и провоцирует психоэмоциональное напряжение (стресс), обусловленное детерминацией, эмоционального компонента и компонента социально-материнской активности. Происходит подмена социальной установки «Рождение ребенка» установкой «Забеременеть». Ослабление вышеназванных компонентов – та основа, которая закладывает в структуре личности женщины первые проявления состояния инфертильности, выраженного в низкой коммуникативной совместимости, агрессии и отсутствии терпимости по отношению к детям, властном поведении с окру-

жающими, снижении социального статуса в семье (малой группе), психоэмоциональном напряжении, поиске сильной личности, опираясь на которую женщина может решить свои бытовые задачи посредством беременности.

Эмоциональный, социально-мотивационный, волевой и компонент социально-материнской активности, взаимодействуя, активизируют отрицательные эмоциональные проявления у женщины с диагнозом «бесплодие», тем самым не давая ей возможности без посторонней помощи справиться с психоэмоциональным стрессом в состоянии инфертильности.

Женщины инфертильной группы более раздражительны, зависимы от мнения окружающих, не уверены в себе и положительном протекании и исходе своей вероятной беременности. Они движимы желанием забеременеть, а не родить ребенка. Такие качества, как любовь и нежное отношение к будущему ребенку, ответственность за него, тревога по поводу того, что с самой женщиной или с ребенком может что-то случиться, в основном у них отсутствуют, что говорит о неготовности женщин к социальной роли матери, несмотря на прохождение ими медикаментозного лечения «бесплодия».

Таким образом, измененная структура личностных компонентов инфертильной женщины вредит ей самой. Внутренний конфликт по отношению к социальной роли матери, заложенный в поле семейных сценариев и мифов, проявляется на физиологическом уровне медицинским диагнозом «бесплодие», на социальном – снижением социального статуса в семье (малой группе), на психологическом – психоэмоциональным напряжением (стрессом).

Необходимо отметить значимость полученных результатов в рамках социальной психологии. Понимание процессов, происходящих внутри измененной социальной структуры личности инфертильных женщин, зарождение и реализация социального внутриличностного конфликта, позволяет взглянуть на проблему «бесплодия» шире, нежели просто свести ее к различиям индивидуальных и личностных мотивов.

У беременных женщин в состоянии фертильности в основе системы компонентов личности находится тесная взаимосвязь компонентов эмоционального, мо-

тивационного, компонента социально-материнской активности и коммуникативного, имеющих наибольший структурный вес. Они подчиняют себе работу всех остальных компонентов структуры личности фертильной женщины, обуславливая единство высокого социального статуса женщины и отсутствия психоэмоционального стресса, так как мать выступает в роли системообразующего фактора в малой группе (семье).

Женщины фертильной группы принимают для себя эмоционально значимое решение о рождении ребенка и реализации социальной роли матери. В семейно-бытовой жизнедеятельности женщин данной группы все их действия подчинены желанию обустроить быт своей семьи для рождения ребенка. Фертильные женщины, опираясь на волевой, социально-интеллектуальный, коммуникативный, социально-мотивационный компоненты своей личности, убеждают членов семьи в необходимости именно на этом этапе их жизнедеятельности родить первого или последующего ребенка. Они находятся в гармонии с собой и окружающими, чувствуют и проявляют нежность к своему еще не родившемуся ребенку, даже перед стадией зачатия, когда беременности еще нет. Во время беременности фертильные женщины готовы в необходимый момент, когда есть опасность преждевременных родов, активизировать свои волевые качества и пройти все медицинские манипуляции, опираясь на мотивацию – рождение ребенка.

Исходя из полученных результатов, можно сделать выводы о том, что женщины в состоянии инфертильности находятся в состоянии амбивалентного отношения к социальной роли матери и самому процессу деторождения, обусловленного проявлением глубокого социального внутриличностного конфликта. В своем решении они опираются на репродуктивные установки, семейные сценарии и мифы, заложенные в процессе онтогенеза их личности в семье (малой группе). Данный факт расширяет и дополняет характеристики социального внутриличностного конфликта, который проявляется не только на поведенческом уровне как нарушения социальной роли инфертильных женщин в малой группе (семье), но и в кардинальных изменениях в социальной структуре их личности.

Полученные данные говорят о том, что доминантой в структуре подчинен-

ности компонентов личности женщин инфертильной группы является взаимосвязь мотивационного, волевого, социально-интеллектуального и коммуникативного компонентов, нарушение которых ведет к инверсивным изменениям всей структуры личности женщин и появлению как феномена состояния инфертильности. Доминирующими показателями, детерминирующими репродуктивную функцию женщин на социально-психологическом уровне исследования социального статуса инфертильных женщин в малой группе (семье), были выделены: отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли (социально-мотивационный компонент); интеллектуально-социальная заторможенность в семейно-бытовой сфере (социально-интеллектуальный компонент), негативное отношение к детям, детскому поведению (компонент социально-материнской активности); нарушение социальных отношений с мужем, родственниками (коммуникативный компонент); низкий самоконтроль поведения (волевой компонент); эмоциональная неготовность к материнству (эмоциональный компонент).

В физиологическом плане данные нарушения реализуются в постановке диагноза «бесплодие», который в свою очередь усугубляет нарушения структуры компонентов личности инфертильной женщины, ее психологическое состояние ухудшается, а медицинский диагноз усугубляется.

3.2. Исследование социально-психологических детерминант собственно-психологического уровня личности инфертильных женщин

Исследуя проявления социально-психологического уровня инфертильных женщин, обусловленного их социальным статусом в семье (малой группе), было выявлено, что у большинства респонденток (80 %) существуют трудности в общении с членами их малой группы (семьи). Женщины отмечали отсутствие нежных отношений и взаимопонимания в их родительской семье и сложности во взаимоотношениях с родителями мужа, а также возникновение особенного психологического состояния с того момента, как они приняли решение родить ребенка. Это состояние ассоциировалось у них с появлением чувства постоянной тревоги, беспо-

койства и раздражительности необъяснимой для них этиологии, что послужило для нас толчком для исследования собственно-психологического уровня проявлений состояния infertility у данной группы женщин.

На психологическом уровне состояния infertility были изучены доминирующие типы акцентуаций характера женщин с применением двух методик:

- 1) методики аутоидентификации акцентуаций характера (Э. Г. Эйдемиллер);
- 2) теста-опросника (Г. Шмишек, К. Леонгард).

Наличие или отсутствие состояния стресса или проявлений депрессии, а также подробную характеристику депрессивного состояния у infertility женщин мы исследовали с помощью следующих методик:

- 1) шкалы депрессии (А. Т. Бек);
- 2) шкалы тревожности (Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин).

Выявление доминирующей мотивации infertility женщин (коллективистской или лично-престижной), ведущих компонентов их личности, которые участвуют в саморегуляции поведения, исследование уровня их самооценки мы проводили с применением методики «Мотивационно-самооценочный опросник» (В. А. Зобков).

Исследование эмоциональной адаптации infertility женщин и механизмов их приспособления в процессе коммуникации и социальной активности с учетом состояния постоянного хронического стресса и возможных проявлений депрессии проходило с применением методики «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман и Х. Р. Конт).

Во время лонгитюдного наблюдения за жизнедеятельностью infertility женщин было выдвинуто предположение о том, что данные, полученные на социально-психологическом уровне, должны найти свое подтверждение на собственно-психологическом уровне личности женщин в состоянии infertility. С их помощью можно выявить возможную причину возникновения и развития состояния психологической неготовности к материнству, сниженного социального статуса в семье (малой группе) и хронического психоэмоционального напряжения у женщин infertility группы.

Результаты, полученные после применения методики Э. Г. Эйдемиллера, позволили утверждать, что наиболее проявленные черты характера женщин в состоянии инфертильности относятся к циклоидному ($\Sigma_{\text{ср}} = 40 \pm 5,5 \%$), а также к конформному типам акцентуации ($\Sigma_{\text{ср}} = 32 \pm 2,5 \%$). Эти данные подтверждают показатели социально-психологического уровня личности инфертильных женщин и говорят о частых, продолжительных сменах настроения (особенно длительными бывают отрицательные фазы), о зависимости самооценки и социального статуса от оценки различных обстоятельств членами социальной группы (семьи), к которой инфертильные женщины эмоционально привязаны и считают наиболее значимой для себя. Женщины данной группы отрицательно относятся к критическим замечаниям в отношении себя и своих действий, так как дисгармоничность их социального поведения и депрессивное настроение не позволяют им воспринимать критику в свой адрес в конструктивном ключе. Уверенность в абсолютной правоте социального окружения (семьи) и невозможности противопоставления своего мнения мнению общества – все это провоцирует ощущение эмоциональной напряженности и давления со стороны социального окружения дома, на работе, в коммуникации. Во время бесед было установлено, что в социальном окружении инфертильных женщин всегда присутствуют более сильные личности, которые руководят социальными отношениями женщин в состоянии инфертильности, провоцируя тем самым у них депрессию и эмоциональную циклоидную нестабильность в поведении.

Результаты применения методики Г. Шмишека и К. Леонгарда у женщин инфертильной группы также показывают тенденцию проявления черт циклотимического ($\Sigma_{\text{ср}} = 16,64 \pm 3,76$), тревожно-боязливой ($\Sigma_{\text{ср}} = 16,36 \pm 4,18$) и аффективно-экзальтированного ($\Sigma_{\text{ср}} = 16,26 \pm 5,81$) типов акцентуации характера. К характеристикам личности женщин, находящихся в состоянии инфертильности, необходимо добавить, что циклотимический тип акцентуации проявляется в смене активных и пассивных фаз поведения и схож с циклоидным типом акцентуации, выявленным по методике Э. Г. Эйдемиллера.

Установлено, что настроение женщин меняется в зависимости от фазы по-

ведения и отличается более глубоким уровнем переживания отрицательных, пессимистических эмоций. Их проявление зависит от социальных факторов. Изменить свое негативное настроение волевым усилием или каким-либо рациональным объяснением, отстранившись от мнения их малой группы (семьи), представляется для инфертильных женщин невозможным, так как они, как правило, зависят от мнения старших людей или более сильных личностей и охотно подчиняются их опеке, что подтверждают данные проявления черт тревожно-боязливой типа акцентуации. Нотации, укоры, обвинения со стороны родителей, мужа, его родителей или людей, к которым женщины в состоянии инфертильности эмоционально привязаны, могут вызывать у них слезы, чувство вины, угрызения совести и отчаяние (хроническое психоэмоциональное напряжение (стресс)). Частые проявления минорного настроения, робости, пугливости, низкой коммуникативности, страха одиночества, чувства собственной неполноценности, чувства обидчивости – все это мешает им в социальной адаптации, так как их социальный статус снижен. Инфертильных женщин тревожит реакция окружающих на их поведение, так как интеллектуально объяснить и отстоять свою точку зрения они не могут. В конфликтной ситуации они играют пассивную роль, и ищут поддержки и опоры у более сильной личности (врач). Женщины в состоянии инфертильности часто становятся объектом для насмешек окружающих, стремясь увести тему разговоров от обсуждения их личной жизни и состояния здоровья.

Тенденция проявления аффективно-экзальтированного типа акцентуации подтверждает способность женщин в состоянии инфертильности легко входить не только в состояние паники, подверженности сиюминутным настроениям, продиктованным извне, но и поддаваться чувствам восторга, восхищения. Они легко переходят от состояния счастья к состоянию удрученности и уныния. Причем состояние счастья у них возникает по причинам, которые у людей в их окружении такого активного проявления положительных эмоций не вызывают.

Выявлено, что женщины данной группы конформны, инфантильны, подвержены резким частым сменам настроения, регулировать которое самостоятельно они не могут. Состояния подавленности, уныния или, наоборот, экзальтирован-

ности, восторга часто сменяют друг друга и являются детерминантой их социального статуса в семье (малой группе). Отмечено, что инфертильные женщины имеют очень маленький круг общения и стараются избегать в общении разговоров на темы, касающиеся их семейной жизни и здоровья, так как становятся объектом шуток и насмешек со стороны окружающих. Данный факт заставляет их постоянно находиться в состоянии печали, тревоги и пессимизма. Такая ситуация явилась основанием для исследования уровня тревожности и возможного депрессивного состояния у инфертильных женщин.

Применяя методику «Шкала тревожности» (Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин), были выявлены у испытуемых высокий уровень личной тревожности ($\Sigma_{\text{cp}} = 51,64 \pm 8,7$) и средний уровень реактивной тревожности ($\Sigma_{\text{cp}} = 39,75 \pm 6,9$). Известно, что реактивная тревожность проявляется в легкой нервозности, небольшом беспокойстве и умеренном нервном напряжении, однако высокий уровень личностной тревожности, наблюдаемый у женщин в состоянии инфертильности в 70 % случаев, говорит о том, что они воспринимают каждую ситуацию как угрожающую. Научные исследования применения методики «Шкала тревожности» (Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин) свидетельствуют о том, что высокая личностная тревожность имеет прямую корреляционную связь с наличием у женщин невротического конфликта и психосоматическими заболеваниями, невротическими и эмоциональными срывами. Для подтверждения этого факта и более детального изучения тревожного состояний инфертильных женщин была применена методика «Шкала депрессии» (А. Т. Бек).

У женщин в состоянии инфертильности выявлен умеренный уровень проявления депрессивного состояния ($\Sigma_{\text{cp}} = 16,45 \pm 4,7$). Результаты когнитивно-аффективной субшкалы ($\Sigma_{\text{cp}} = 9,98 \pm 1,7$) и субшкалы соматизации ($\Sigma_{\text{cp}} = 6,63 \pm 1,0$) показывают умеренно выраженный уровень, который говорит о возможной соматизации проявляющегося внутриличностного конфликта, возникающего в результате невозможности наступления беременности, давления со стороны социального окружения и отсутствия мотивации на рождение ребенка на этом этапе жизнедеятельности женщины. Основными показателями депрессивного состояния у респон-

денток инфертильной группы выступают следующие черты: «Озабоченность состоянием собственного здоровья» ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,3 \pm 0,3$), «Раздражительность» ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,2 \pm 0,2$), а также «Ощущение наказания» ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,01 \pm 0,3$) и «Потеря сексуального влечения» ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,01 \pm 0,1$). Наличие описанных показателей говорит о выявленной умеренной депрессии, когда нарушено психоэмоциональное состояние. Женщины винят себя в происходящих с ними бедах и пребывают в пессимистическом настроении ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,0 \pm 0,2$), их преследуют «ощущение состояния невезучести» ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,0 \pm 0,1$), повышенная утомляемость ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,0 \pm 0,2$), нарушения сна ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,0 \pm 0,1$), состояние дисморфофобии ($\Sigma_{\text{ср}} = 1,0 \pm 0,2$), когда женщины чрезвычайно обеспокоены небольшими, незначительными дефектами своего тела.

Исследуя эмоциональное состояние инфертильных женщин, были выявлены: умеренный уровень депрессивного состояния, нарушения эмоционального фона, проявления соматизации, что указывает на возможное наличие внутриличностного конфликта и хронический стресс. Женщины стремятся забеременеть, но желание родить ребенка у них не проявлено, более того, они воспринимают невозможность зачатия как наказание за какие-либо социально незначимые поступки, серьезность которых они готовы гипертрофированно преувеличивать и тем самым интеллектуально обосновывать сложившуюся ситуацию.

Исследуя механизмы эмоциональной защиты и степень воздействия на инфертильных женщин проявлений депрессивного состояния с применением методики «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Х. Келлермана и Х. Р. Конта, был выявлен повышенный уровень напряженности всех степеней защиты инфертильных женщин ($\Sigma_{\text{ср}} = 56,18 \pm 8,9$), что подтверждает наличие состояния хронического стресса, так как из восьми степеней защит шесть показали уровень выше 50 баллов, что по данным методики указывает на повышенный уровень тревожности. Повышенные показатели напряженности всех защит прямо указывают на наличие внутренних и внешних неразрешенных конфликтов [86].

В качестве основного механизма защиты женщин в состоянии инфертильности выявлен тип «Регрессия» ($\Sigma_{\text{ср}} = 73,31 \pm 14,26$). Именно в результате влияния этого механизма защиты происходит упрощение значимости цели в мотивацион-

но-потребностной сфере личности женщин.

Нами установлено, что у респонденток инфертильной группы изначально мотив «Рождение ребенка» прививается им под давлением близких и родственников. Женщины противятся тому, что им необходимо рожать именно в этот период их жизни, но интеллектуально объяснить и отстоять свою волевою позицию не могут в связи с нарушениями в эмоционально-волевой и социально-коммуникативной сферах их личности. Этот факт выступает доминирующим в актуализации именно регрессивной степени защиты. Женщины не стремятся осознать свою ситуацию, а напротив, действуют противоположным образом, стараясь достичь редуцируемого в их сознании мотива «состояния беременности», но без учета процесса родоразрешения и появления ребенка. Конечная часть процесса беременности теряет свою значимость в сознании женщины. Таким образом, происходит закладка конфликта индивидного и видового мотивов: истинного мотива женщины и давления на нее мотива близких в ее социальном окружении, которое агрессивно навязывает свою точку зрения, пользуясь конформностью и инфантильностью женщин в состоянии инфертильности, заложенных в процессе онтогенеза их личности в их семьях (малых группах).

Женщины инфертильной группы испытывают чувство неполноценности как субъекты социально-материнской активности и пытаются компенсировать отсутствие реализации репродуктивной функции, замещая ее, как они считают, сильными сторонами их личности. В этом случае начинает проявляться следующий механизм защиты – «Компенсация» ($\Sigma_{cp} = 68,95 \pm 9,7$). Заимствуя социально значимые ценности их малой группы (семьи), извращая их смысл и применяя их к своей личности, инфертильные женщины пытаются компенсировать свои недостатки. В связи со снижением социального статуса в семье (малой группе) они активно проявляют гиперопеку по отношению к ее членам, при этом обвиняя их в невнимании и нечуткости. Активный уход в работу также не приносит им удовлетворения, так как они не согласны с оценкой их личности и действий, а также испытывают социальное давление со стороны сослуживцев, которое усугубляет их эмоционально-личностный конфликт, переводя его в состояние внутрличностно-

го: женщины полностью теряют возможность коммуникации и социально-эмоциональной поддержки. Они становятся агрессивными, нетерпимыми к мнению других, раздражительными, взрывными, проявляя механизм защиты «Проекция» ($\Sigma_{cp} = 61,69 \pm 6,89$). Инфертильные женщины приписывают свои отрицательные качества в поведении своему социальному окружению и закрываются от общения. В данном случае выявлено нарушение коммуникативного компонента личности инфертильных женщин на собственно-психологическом уровне.

Ненаступление беременности в течение длительного времени активизирует механизм защиты «Отрицание» ($\Sigma_{cp} = 56,91 \pm 5,95$). В этом случае внутриличностный конфликт у женщин в состоянии инфертильности усугубляется, так как факты или обстоятельства, которые вызывают тревогу, отрицаются, либо не принимаются. Происходит отрицание себя как социально значимого субъекта материнской деятельности.

Таким образом, можно сделать вывод, что отсутствие социальной мотивации продолжения рода у инфертильной женщины проявляется в противопоставлении внутренне заложенной отрицательной программы на рождение потомства и генетически заложенных страхах и отрицательных эмоциях, связанных с самим рождением детей и их воспитания, которые она получает в процессе воспитания в родительской семье. Высокая степень внушаемости и доверчивости объясняется напряженностью именно этой степени защиты. Это характеризует инфертильную женщину как личность с внешне отчетливым искажением восприятия действительности [180, 214].

Наши исследования показали, что женщины инфертильной группы не могут понять и адекватно оценить без посторонней помощи тяжесть ситуации, в которой они находятся. У них, как правило, активируется механизм «Реактивные образования» ($\Sigma_{cp} = 56,51 \pm 5,14$), действующий при наличии внутриличностного конфликта и амбивалентных желаний к реализации социальной роли женщины-матери: один полюс амбивалентности подавляется как недостижимый и акцент переносится на другой мотивационный полюс, наиболее приемлемый в сложившейся ситуации. Опросы женщин в состоянии инфертильности и наблюдения по-

казали, что испытуемые подавляют в себе отсутствие желания становиться матерью и все больше акцентируют внимание на скорой возможности зачатия, но ежемесячно при осознании неудачи психоэмоциональная ситуация ухудшается и женщины под воздействием различных механизмов психологических защит погружаются в усиливающееся состояние депрессии.

По истечении определенного времени (от полугода до нескольких лет) и при недостижении результата женщины в состоянии инфертильности пытаются интеллектуально обосновать свою проблему – включается механизм «Интеллектуализация» ($\Sigma_{cp} = 51,03 \pm 6,85$). Подавляя эмоции и объясняя неудачи в процессе зачатия различными факторами и заболеваниями, которые иногда имеют только косвенное влияние на репродуктивную функцию, они не осознают необходимость внешней помощи. Женщины начинают принижать значимость рождения именно своего ребенка и нередко усыновляют малыша из детского дома. Они заменяют свои желания и чувства, считая их психотравмирующими, и гипертрофированно компенсируют их другими, как им кажется, более высокими социальными ценностями и установками.

Таким образом, на психологическом уровне был выявлен путь возникновения и усугубление внутриличностного конфликта у женщин в состоянии инфертильности. Необходимо добавить, что, согласно исследованиям по методике «Мотивационно-самооценочный опросник» (В. А. Зобков), у инфертильных женщин выражены коллективистская мотивация ($\Sigma_{cp} = 83,90 \pm 3,4 \%$) и несформированная самооценка, причем у одной группы женщин наблюдается тенденция на занижение ($\Sigma_{cp} = 46,6 \% \pm 9,1$), у другой – завышение самооценки ($\Sigma_{cp} = 54,1 \pm 11,4 \%$). Следует отметить высокий уровень отношения к делу ($\Sigma_{cp} = 78,26 \pm 6,62 \%$), отношения к коллективу ($\Sigma_{cp} = 82,57 \pm 9,47 \%$), отношения к себе ($\Sigma_{cp} = 80,37 \pm 7,58 \%$).

Исследования показали, что инфертильные женщины, проявляя чувство гиперопеки в малой группе (семье), пытаются контролировать все стороны своей жизни, быть социально активными и ответственными членами семьи, стараются получить одобрение со стороны близких и знакомых или уйти от травмирующей их социальной оценки (показатель «Стремление уйти от оценки»: $\Sigma_{cp} = 42,70 \pm 3,92 \%$). Не получая одобрения своих действий, женщины проявляют то неуверенность

в правильности своих поступков (показатель «Неуверенность в поведении»: $\Sigma_{\text{ср}} = 56,03 \pm 13,60 \%$), то излишнюю самоуверенность ($\Sigma_{\text{ср}} = 48,87 \pm 12,14 \%$), подтверждая тем самым амбивалентность чувств, цикличность поведенческих реакций и инфантильность. Обобщая исследование проявлений состояния infertility на собственно-психологическом уровне, отметим наличие умеренно выраженного депрессивного состояния с когнитивно-аффективными и соматическими проявлениями, характеризующегося показателями самообвинения, неотвратимости наказания, пессимизма, дисморфофобии, нарушениями сна.

Анализ тенденций проявления акцентуаций характера у женщин в состоянии infertility показал наличие циклоидного, тревожно-боязливого и аффективно-экзальтированного типов акцентуации, отражающихся в частых сменах настроения, зависящих от внешней социально-коммуникативной ситуации. Самостоятельно регулировать психоэмоциональное состояние женщины infertility группы не могут. Это связано, как правило, с нарушением эмоционально-волевого компонента их личности, выраженным в активном проявлении полярных эмоций, вызванных незначимыми для обычных людей предметами и признаками. Реализация какой-либо собственной цели или потребности несет тревогу и страх, так как infertility женщины ждут от членов малой группы (семьи) оценки каждого своего действия.

Таким образом, результаты исследования infertility состояния женщин на собственно-психологическом уровне указывают на наличие сниженного социального статуса, внутриличностный конфликт, депрессивные типы акцентуации и хронический социальный стресс. Вышеописанные детерминанты соотносятся и в определенной мере дополняют результаты исследования, полученные на социально-психологическом уровне, обусловленном социальным статусом женщин в малой группе (семье).

3.2.1. Исследование особенностей личности фертильных женщин на собственно-психологическом уровне

Исследование особенностей личности фертильных женщин перво- и по-

вторнородящих были проведены на пациентках в отделении патологии беременности, для того чтобы выявить различия в структурах личности инфертильных и фертильных женщин. Считается, что эта категория испытуемых, так же как и инфертильные женщины, находится в состоянии стресса, так как существует угроза невынашивания беременности по тем или иным причинам. Методики применялись те же, что и при работе с инфертильными женщинами.

Срок беременности испытуемых фертильных женщин колебался от 20 до 41 недели ($n = 100$ чел). В этот период вероятны проявления сверхчувственного отношения и восприятия различных сторон их жизнедеятельности.

Исследование тенденций проявления акцентуации характера у беременных фертильных женщин по методике Э. Г. Эйдемиллера показало наличие черт эмоционально-лабильного ($\Sigma_{cp} = 62 \pm 7,92 \%$) и конформного ($\Sigma_{cp} = 57 \pm 5,67 \%$) типов акцентуации характера. Вторая методика – тест-опросник Г. Шмишека и К. Леонгарда – также показал тенденцию к проявлению эмотивно-лабильного типа акцентуации ($\Sigma_{cp} = 17,97 \pm 3,2$).

Опрос и наблюдения показали, что переживания женщин за сохранение и исход беременности во многом зависят от мнения врача и от информации, которую они получают через интернет и слышат от соседок по палате. Однако даже появление негативной информации, которая говорит об угрозе прерывания беременности или возможных осложнениях во время процесса родоразрешения, не вызывает у женщин агрессии по отношению к окружающим. Фертильные женщины эмоциональны, они стараются радоваться простым вещам, так как их внимание сконцентрировано на ребенке, которого они вынашивают. Они гуманны, мягкосердечны, отзывчивы, слезливы, впечатлительны. Фертильные женщины редко вступают в конфликты, стараются не переносить обиды на окружающих. У них проявлено обостренное чувство долга, исполнительности, присутствуют глубокие эмоциональные реакции в области проявления чувств. Они бережно относятся ко всему живому, любят выращивать растения и ухаживать за животными, что считается проявлением готовности к социальной роли матери.

Исследование уровня тревожности по методике «Шкала тревожности»

(Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин) показало, что для испытуемых характерен низкий уровень реактивной тревожности ($\Sigma_{cp} = 25,51 \pm 2,98$). Это указывает на общее спокойное состояние женщин и их направленность на процесс вынашивания ребенка. У женщин был отмечен умеренный уровень личностной тревожности ($\Sigma_{cp} = 42,64 \pm 3,61$), который свидетельствует об отсутствии проявлений внутриличностного конфликта и умеренном выражении чувств боязливости и тревожности.

Отсутствие симптомов депрессивного состояния ($\Sigma_{cp} = 8,0 \pm 1,1$) и низкие показатели по субшкалам соматизации ($\Sigma_{cp} = 4,0 \pm 1,0$) и когнитивно-аффективной ($\Sigma_{cp} = 4,0 \pm 1,0$) по методике «Шкала депрессии» (А. Т. Бек) говорят о спокойном, ровном эмоциональном состоянии фертильных женщин. Данный факт подтверждает силу эмоционально-волевого компонента личности фертильных женщин. Отсутствие внутриличностного конфликта проявляется в спокойном психоэмоциональном состоянии и высоком социальном статусе женщин в малой группе (семье), активности социально-мотивационного компонента, потому что внутренняя и внешняя мотивации на рождение ребенка совпадают, отсутствует давление со стороны членов семьи (малой группы).

Исследование уровня напряженности психологических защит по методике «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х. Р. Конт) показало, что у фертильных женщин доминируют два механизма защиты: основной механизм защиты – «Отрицание» ($\Sigma_{cp} = 68,08 \pm 6,7$), который связан с отрицанием предполагаемой угрозы для беременности и ребенка. Результаты наблюдений в отделении патологии показали, что первая реакция фертильных беременных женщин связана с отрицанием диагноза и применения медикаментозных препаратов. Выявленные поведенческие реакции говорят о страхе за жизнь и здоровье ребенка, в связи с чем, прежде чем принять какой-либо медицинский препарат или пройти ту или иную медицинскую процедуру, они стараются узнать максимум информации о пользе или вреде предстоящей манипуляции или препарата.

Второй доминирующий механизм защиты – «Интеллектуализация» ($\Sigma_{cp} = 54,67 \pm 7,57$) – способствует понятному только фертильным женщинам

объяснению различных угроз их беременности. Необходимо отметить, что проявления интеллектуализации в чистом виде, без симптомов тревожности и боязливости, у женщин фертильной группы не наблюдались. Они готовы всеми возможными способами, на основе активного проявления социально-интеллектуального, эмоционального и волевого компонентов, защищать себя и своего ребенка.

Результаты применения методики «Мотивационно-самооценочный опросник» (В. А. Зобков) показали, что у фертильных женщин преобладает адекватная самооценка с небольшими колебаниями в сторону занижения или завышения, наличие деловой коллективистической мотивации ($\Sigma_{\text{cp}} = 83,93 \pm 11,25 \%$). Такие показатели коммуникативного компонента объясняют умение фертильных женщин жить в коллективе и стараться оптимистично воспринимать возникающие ситуации с их соседками по палате, а также приспособливаться, а иногда и поступаться своими интересами ради рождения живого и здорового потомства, и полагаться на мнение врача. Умение использовать свои волевые усилия, организовывать себя и четко выполнять действия, нацеленные на сохранение беременности и рождение ребенка, подтверждает также показатели «Отношение к делу» ($\Sigma_{\text{cp}} = 83,64 \pm 13,60 \%$), «Отношение к себе» ($\Sigma_{\text{cp}} = 85,71 \pm 11,28 \%$), «Отношение к коллективу» ($\Sigma_{\text{cp}} = 82,28 \pm 14,62 \%$). Фертильные женщины, несмотря на свою конформность, стараются перепроверить информацию, которую им говорят, выслушать мнения различных сторон и только потом принять решение самостоятельно, понимая свою ответственность за состояние здоровья будущего ребенка. У них отлажен оптимальный уровень проявления «стремления к лидерству» ($\Sigma_{\text{cp}} = 40,79 \pm 8,62 \%$) и «самоуверенности в поведении» ($\Sigma_{\text{cp}} = 36,78 \pm 6,48 \%$).

Обобщая результаты исследования женщин в состоянии фертильности, следует отметить проявление схожих черт личности, выявленных на собственно-психологическом и социально-психологическом уровнях. Вся система личности фертильных женщин на собственно-психологическом уровне подчинена активным проявлениям компонента социально-материнской активности.

У женщин в состоянии фертильности ярко выражена тенденция к эмоционально-лабильной акцентуации, которая проявляется в ровном спокойном,

направленном на позитивный лад настроения. Для них характерны высокий уровень чувствительности, тонкость эмоциональных реакций, доброжелательность, желание выращивать растения, заботиться о животных, чуткость. Проявление конформности у фертильных женщин выражено в зависимости от тем их бесед с окружающими: беременность, роды и уход за малышом после рождения.

У фертильных беременных женщин выявлено отсутствие депрессивных проявлений и умеренный уровень личностной тревожности, что подтверждает отсутствие внутриличностных конфликтов и угрозы со стороны внешних ситуаций.

Если существует угроза жизни женщины или ребенка, первый механизм защиты у фертильных женщин – «Отрицание». Они стремятся собрать максимальное количество информации из различных источников, для того чтобы при помощи механизма «Интеллектуализация» найти только им понятные объяснения той или иной угрозы вынашивания беременности и согласиться на медицинское лечение.

У фертильных женщин преобладает сформированная самооценка и деловая коллективистская мотивация, которые позволяют проявлять им терпимость и сдержанность ради получения главного результата – рождения здорового ребенка. Коллективистская мотивация выражается в заботе о соседках, которые находятся в палате, и ответственности перед своей семьей за жизнь и здоровье будущего ребенка. Они готовы отстаивать свое мнение, а также признать и адекватно отнестись к своей неправоте и критике.

Вся система личности женщин в состоянии фертильности, выявленная на собственно-психологическом уровне, так же как и на социально-психологическом уровне, подчинена реализации социальной роли женщины-матери.

3.2.2. Интерпретация результатов исследования собственно-психологического уровня инфертильных и фертильных женщин

Проводя сравнительный анализ двух состояний – инфертильности и фертильности – появляется возможность более точного понимания и описания разли-

чий в проявлениях собственно-психологического уровня инфертильных и фертильных женщин, что поможет разработать программу коррекции этого состояния и восстановления репродуктивной функции.

На психологическом уровне у инфертильных женщин выявлено состояние умеренной депрессии ($\Sigma_{cp} = 16,45 \pm 4,7$), а также выражены показатели когнитивно-аффективной субшкалы ($\Sigma_{cp} = 9,98 \pm 1,7$) и субшкалы соматизации ($\Sigma_{cp} = 6,66 \pm 1,0$), в то время как у женщин фертильной группы состояния депрессии не выявлено ($\Sigma_{cp} = 8,0 \pm 1,1$), несмотря на то, что они также находятся в стрессовой ситуации, так как проходят лечение в отделении патологии беременности.

У инфертильных женщин состояние депрессии выражено озабоченностью собственным здоровьем ($\Sigma_{cp} = 1,28 \pm 0,3$), потерей сексуального влечения ($\Sigma_{cp} = 1,01 \pm 0,2$), нарушениями сна ($\Sigma_{cp} = 1,0 \pm 0,3$), состоянием преувеличения незначительного дефекта своего тела ($\Sigma_{cp} = 1,0 \pm 0,1$), раздражительностью ($\Sigma_{cp} = 1,19 \pm 0,2$), ощущениями наказания ($\Sigma_{cp} = 1,01 \pm 0,1$), невезучести ($\Sigma_{cp} = 1,0 \pm 0,1$) и пессимизма ($\Sigma_{cp} = 1,0 \pm 0,2$).

У фертильных женщин выявлен умеренный уровень личностной тревожности ($\Sigma_{cp} = 42,64 \pm 7,3$) и низкий реактивной ($\Sigma_{cp} = 25,51 \pm 5,1$), умеренная тревожность говорит о переживаниях женщин по поводу сохранения беременности, остальные ситуации для них малозначимы.

У инфертильных женщин выявлен высокий уровень личностной тревожности ($\Sigma_{cp} = 51,64 \pm 8,7$) и умеренный уровень реактивной ($\Sigma_{cp} = 39,76 \pm 6,9$), что подтверждает наличие невротического конфликта с эмоциональными срывами, а также склонность восприятия многих ситуаций в жизнедеятельности женщин как угрожающих их социальному статусу в малой группе (семье). Высокая личностная тревожность свидетельствует о постоянной борьбе внутри личности инфертильных женщин, об их противоборстве самих с собой и неприятии себя как субъекта материнской активности. Они считают, что у них отсутствует право на собственные желания и мотивы, они должны постоянно подчиняться мнению членов их социальной группы (семьи), находиться под контролем и давлением

извне. Постоянные самообвинения, синдром жертвы, слабая эмоционально-волевая сфера, отсутствие желания интеллектуально обосновывать свои мотивы и желания, поиск сильной личности, от которой зависят женщины, – все это приводит к состоянию инфертильности и возникновению страха перед будущим, что выражается в хроническом социальном стрессе, переходящем в депрессию.

Несмотря на то, что большее число фертильных женщин выбрало конформность ($\Sigma_{cp} = 57 \pm 5,67 \%$) как акцентуацию характера в состоянии психологической готовности к материнству, они не утратили способность к анализу информации, которую они получают от своего окружения и ведущих их врачей. Конформность для них – это способ выслушать все мнения, а затем правильно выбрать действие, чтобы избежать неудач. Этот факт подтверждают показатели двух методик определения акцентуации характера. В обоих случаях доминирующей акцентуацией фертильных женщин является эмоционально-лабильный тип (по методике Э. Г. Эйдемиллера $\Sigma_{cp} = 62 \pm 7,92 \%$, по методике Г. Шмишека, К. Леонгарда $\Sigma_{cp} = 17,97 \pm 3,2$). В ситуации с фертильными женщинами конформность проявляется как излишняя доверчивость по отношению к другим людям. Доминирующий тип акцентуации описывает женщин данной группы как добрых, доверчивых, ответственных и впечатлительных людей с сильными эмоциональным и коммуникативным компонентами. Женщины в состоянии фертильности в процессе своей семейно-бытовой активности стараются находить общий язык с членами своей семьи и окружающими, так как вся система их личности подчинена мотиву сохранения, вынашивания и рождения потомства, социальной роли матери.

У женщин в состоянии инфертильности были выявлены циклоидный ($\Sigma_{cp} = 40 \pm 5,5 \%$) и конформный типы акцентуации ($\Sigma_{cp} = 32 \pm 2,5 \%$), которые описывают их как раздражительных, с частыми сменами оптимистического и пессимистического настроения, причем негативные периоды эмоционально переживаются женщинами более ярко. Слабые эмоциональный и коммуникативный компоненты на собственно-психологическом уровне выражаются в сложностях установления контакта с людьми, снижении социального статуса женщин в семье (малой социальной группе). Активно проявляются то повышенная говорливость и чувство эк-

зальтированности, то перепрыгивание с одной идеи на другую, чувства вялости, удрученности, сонливости, уныния. Все это делает женщин в состоянии инфертильности «странными существами» в глазах окружающих. Люди стараются их избегать и не вступать с ними в дружеские отношения. Таким образом, женщины становятся своего рода «изгоями» в обществе, постоянно обвиняют себя в несостоятельности. Учитывая их чувство конформности, или патологической зависимости от одобрения и критики окружающих, можно сделать вывод о том, что они и их окружение усиливают негативные эмоции и удлиняют фазу печальных подавленных состояний, что дополнительно провоцирует депрессию и усугубляет состояние инфертильности. Проявления циклоидного типа акцентуации усиливают черты тревожно-боязливой ($\Sigma_{\text{ср}} = 16,36 \pm 4,18$) и аффективно-экзальтированного типов ($\Sigma_{\text{ср}} = 16,25 \pm 5,81$) акцентуации, выявленных у респонденток инфертильной группы.

Депрессивное состояние, слабые эмоциональный, волевой, коммуникативный, социально-мотивационный компоненты личности респонденток инфертильной группы, депрессивные доминирующие акцентуации свидетельствуют о состоянии глубокого внутриличностного конфликта, который обуславливает их депрессивное психоэмоциональное состояние.

Результаты методики «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х. Р. Конт) подтверждают высокий уровень общей напряженности всех типов психологических защит ($\Sigma_{\text{ср}} = 56,18 \pm 8,9$), в то время как у женщин фертильной группы выявлена низкая напряженность защит ($\Sigma_{\text{ср}} = 45,01 \pm 4,03$) и только два доминирующих типа: «Отрицание» ($\Sigma_{\text{ср}} = 68,08 \pm 6,7$) и «Интеллектуализация» ($\Sigma_{\text{ср}} = 54,67 \pm 7,57$).

Если фертильные женщины получают негативную информацию, которая угрожает рождению их ребенка, то их первая реакция – резкое отрицание всего, что может навредить будущему ребенку, и лишь после разъяснения опасности ситуации для здоровья женщины в состоянии психологической готовности к материнству начинают собирать всю возможную информацию об угрозе. Принимая ее, они объясняют для себя то, каким образом могут с ней справиться, чтобы сохра-

нить ребенка и реализоваться как женщина-мать.

Учитывая высокий уровень напряженности всех защит у женщин инфертильной группы, необходимо отметить, что проявление напряженности каждого нового типа психологической защиты свидетельствует об утяжелении эмоционально-психологической ситуации, связанной с невозможностью беременности. В процессе постоянного взаимовлияния усугубляющегося медицинского диагноза и усиливающихся отрицательных эмоционально-волевых и социально-дезадаптивных проявлений, возникает ситуация «порочного круга». Это зарождение, прогрессирование и переход эмоционального конфликта инфертильных женщин с внешнего эмоционального уровня – малая группа (семья) навязывает свои мотивы женщине – на внутренний: женщина убеждает себя в том, что родить ребенка – это ее социальный мотив, а не навязанный извне. Редуцируясь, мотив рождения ребенка видоизменяется в менее значимый мотив, который ограничивается только возникновением беременности, а не рождением потомства. Беременность – это конечный результат редукции социально-материнского мотива инфертильных женщин.

Исследуя мотивационную сферу на собственно-психологическом уровне по методике В. А. Зобкова «Мотивационно-самооценочный опросник», у инфертильных женщин была выявлена коллективистская мотивация ($\Sigma_{cp} = 83,90 \pm 3,4 \%$), которая выражается в полной зависимости от мнения семьи (малой группы) женщин, их лично-престижная мотивация еще не сформирована, что подтверждает такое качество личности, как инфантильность, они не готовы к рождению ребенка. Женщины инфертильной группы пытаются уйти от оценки коллектива ($\Sigma_{cp} = 42,70 \pm 3,92 \%$), при этом проявляя, с одной стороны, неуверенность в поведении ($\Sigma_{cp} = 56,03 \pm 13,60 \%$), а с другой – самоуверенность в поведении ($\Sigma_{cp} = 48,87 \pm 12,14 \%$) и стремление к лидерству ($\Sigma_{cp} = 48,79 \pm 7,78 \%$), что подтверждает вывод о незрелости мотивационной сферы, всей системы личности инфертильных женщин на собственно-психологическом уровне и наличие внутриличностного конфликта.

Фертильные женщины готовы жертвовать своим положением в коллек-

тиве ради рождения ребенка (личностная мотивация на занижение самооценки $\Sigma_{\text{ср}} = 43,76 \pm 5,02 \%$), их коллективная мотивация достаточно высока ($\Sigma_{\text{ср}} = 83,93 \pm 11,25 \%$), однако направлена в первую очередь на решение их собственных задач ($\Sigma_{\text{ср}} = 85,71 \pm 11,28 \%$), и только потом – на решение задач коллектива.

В состоянии инфертильности внимание женщин направлено на коллектив ($\Sigma_{\text{ср}} = 82,57 \pm 9,47 \%$) и его задачи. Таким образом, они стараются заслужить похвалу с его стороны, так как она необходима им для нивелирования пессимистических фаз эмоционально-психологического состояния, иначе они чувствуют себя отверженными, усугубляя свое состояние самообвинениями, чувством стыда, связанным с женской неполноценностью.

Был проведен факторный анализ всех показателей инфертильных и фертильных женщин, в результате которого было выделено шесть факторов: эмоциональный, социально-материнской активности, коммуникативный, социально-мотивационный, социально-интеллектуальный, волевой.

В первый фактор вошли следующие переменные: личностная тревожность, реактивная тревожность, общая напряженность всех защит, реактивные образования, замещение, проекция, компенсация, регрессия, циклотимичность, демонстративность – все они позволили обозначить фактор как эмоциональный.

Второй фактор был определен как фактор социально-материнской активности, так как в него вошли переменные, указывающие на наличие внутриличностного конфликта у женщин: соматизация, когнитивная аффективность, депрессивное состояние, личностная и реактивная тревожность, отрицание, тревожно-боязливый тип акцентуации, дистимичность, гипертимность.

В фактор, обозначенный как коммуникативный, были включены следующие показатели: неуверенность в поведении, стремление уйти от оценки, отношение к себе, отношение к коллективу, отношение к делу, заниженная самооценка, коллективистская мотивация.

Четвертый фактор – социально-мотивационный – содержит в себе показатели: завышенная самооценка, стремление к лидерству, самоуверенность в поведении.

В пятый фактор, названный социально-интеллектуальным, вошли такие пе-

ременные, как: педантичность, аффективность и экзальтированность, вытеснение, интеллектуализация, стремление уйти от оценки.

В шестом факторе – волевом – были выделены следующие показатели: застревание, педантичность, аффективность и экзальтированность, эмотивность, лабильность.

Полученные результаты были переведены в стены (таблица 4).

Таблица 4

Показатели факторов для групп фертильных и инфертильных женщин

Группа женщин	Фактор					
	эмоциональный	социально-материнской активности	коммуникативный	социально-мотивационный	социально-интеллектуальный	волевой
Инфертильные	6,65	6,67	5,18	5,88	5,92	5,65
Фертильные	4,51	4,49	5,77	5,17	5,14	5,37

Были построены два профиля личности: инфертильных и фертильных женщин (рисунок 8), которые отражают систему взаимосвязи компонентов собственно-психологического уровня.

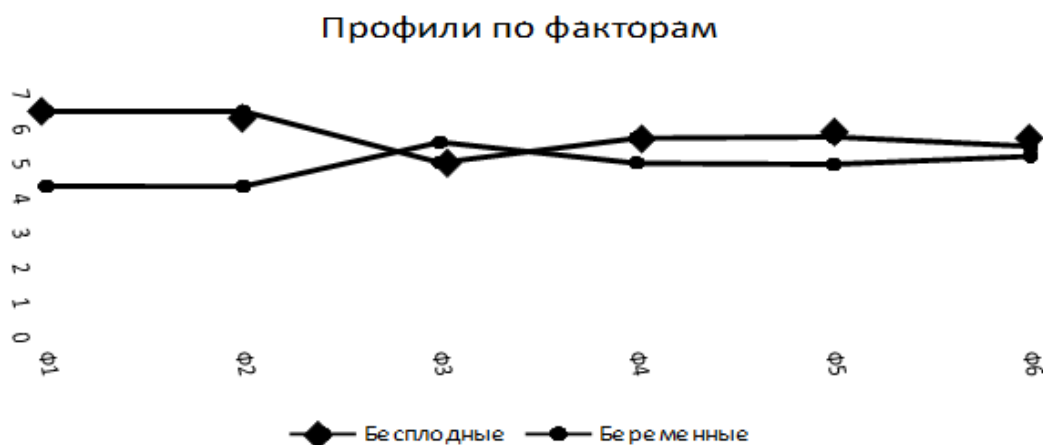


Рисунок 8. Профили личности инфертильных (бесплодных) и фертильных (беременных) женщин по факторам на собственно-психологическом уровне

Корреляционный анализ по методу «t-критерий Стьюдента» показал значимые различия между средними для факторов инфертильных и фертильных жен-

щин: эмоционального (Ф1), коммуникативного (Ф3), социально-мотивационного (Ф4), социально-интеллектуального факторов (Ф5), а также для фактора социально-материнской активности (Ф2); для волевого фактора (Ф6) значимых различий не обнаружено (таблица 5).

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа по методу «t-критерий Стьюдента» для факторов инфертильных и фертильных женщин

Показатель	Фактор					
	Эмоциональный	Социально-материнской активности	Коммуникативный	Социально-мотивационный	Социально-интеллектуальный	Волевой
t	8,643	8,372	-2,059	2,483	2,723	0,967
P	2,62E-15	1,03E-13	0,040909	0,013927	0,007093	0,334641

Таким образом, исследования психологического уровня инфертильных и фертильных женщин подтверждают и дополняют результаты исследования на социально-психологическом уровне. Профили личности бесплодных и беременных женщин имеют различия (см. рисунок 8).

Согласно структурно-психологического анализа нами были выстроены структурограммы собственно-психологического уровня инфертильных и фертильных женщин (рисунок 9, 10). Отметим, что на собственно-психологическом уровне так же возникла необходимость изменений в построении структурограмм личности инфертильных и фертильных женщин в связи с количеством показателей факторов (n = 34).

Таким образом, на рисунках 9 и 10 представлены схематичные структурограммы. В целях большей информативности положительные/отрицательные связи показателей внутри самих факторов были помещены под обозначением фактора. Рядом с факторами указан их структурный вес, жирной чертой обозначены все положительные взаимосвязи факторов, жирной прерывистой – все отрицательные.

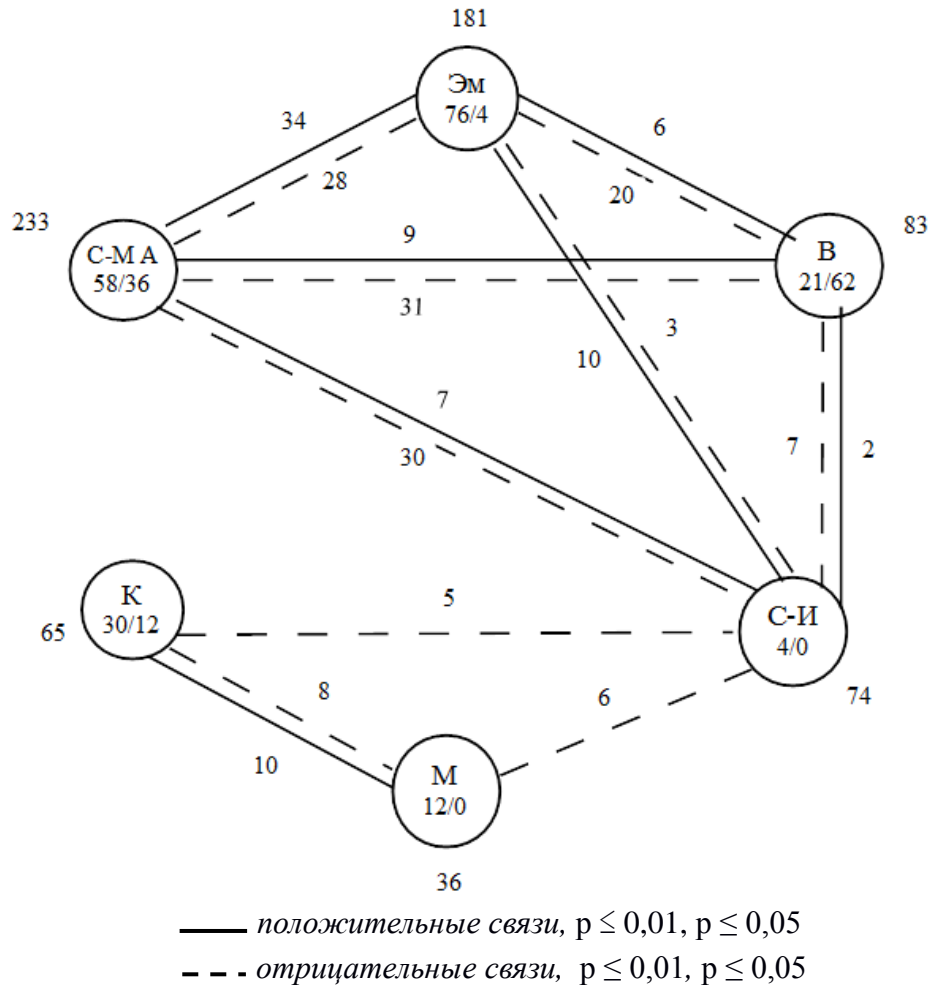


Рисунок 9. Схематическая структурограмма личности инфертильных женщин по факторам на собственно-психологическом уровне

Обозначения те же в таблице 6 СИ – социально-интеллектуальный фактор, Эм – эмоциональный фактор, В – волевой фактор, С-М А – фактор социально-материнской активности, М – социально-мотивационный фактор, К – коммуникативный фактор. Рядом с компонентами указан их общий структурный вес, под названием компонента - общее количество положительных/отрицательных связей показателей внутри самого компонента.

У инфертильных женщин (рисунок 9) взаимосвязь факторов социально-материнской активности, эмоционального и волевого, имеющих наибольший вес, находится под влиянием социально-интеллектуального, социально-мотивационного и коммуникативного факторов, что подтверждает и дополняет исследования социально-психологического уровня и характеризует инфертильных женщин как субъектов, не готовых к роли женщины-матери и зависимых от мнения их социального окружения.

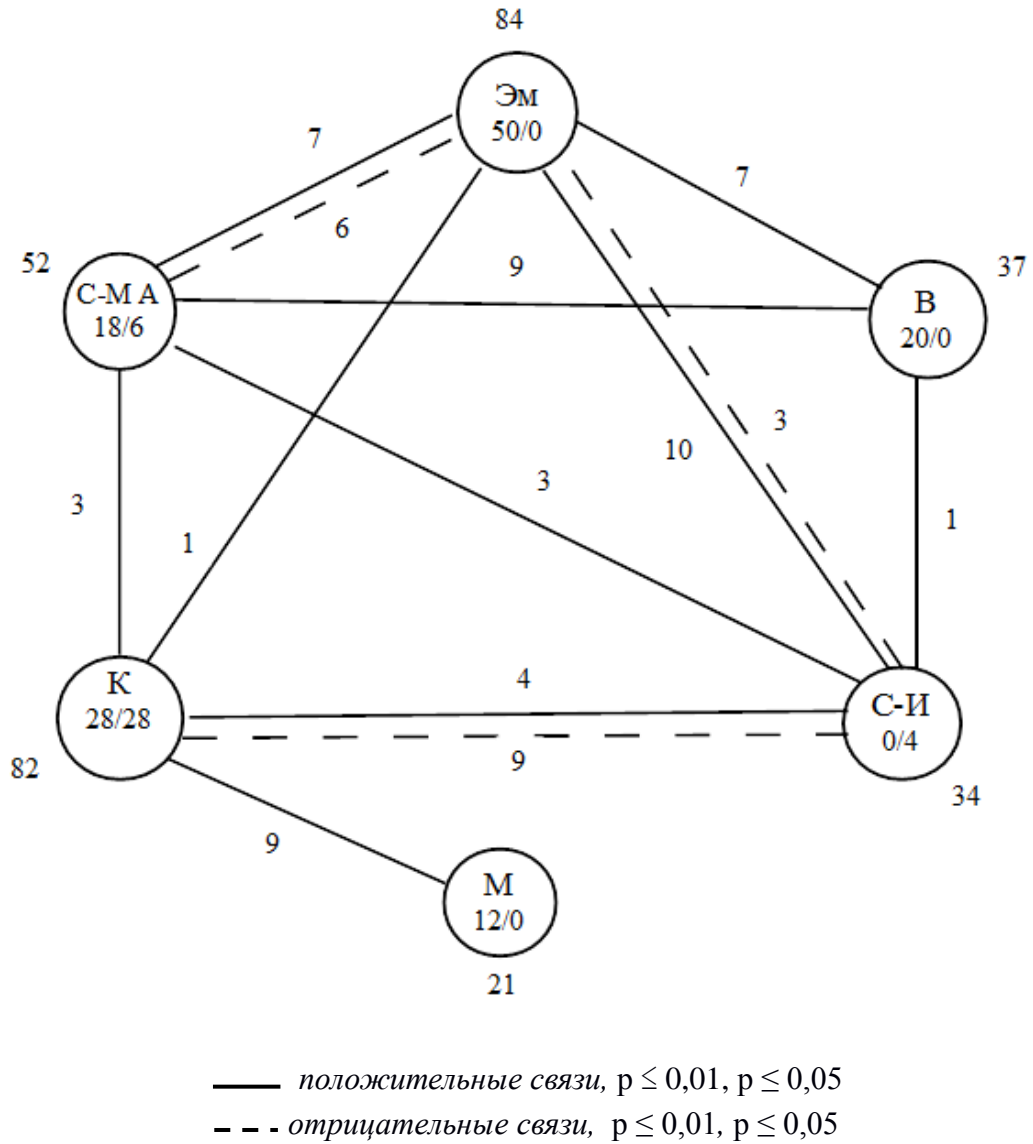


Рисунок 10. Схематическая структурограмма личности фертильных женщин по факторам на собственно-психологическом уровне

Обозначения: те же, что в таблице 6 и на рисунке 8.

У фертильных женщин (рисунок 10) в основе структуры личности находится взаимосвязь эмоционального (имеющего наибольший структурный вес), коммуникативного факторов и фактора социально-материнской активности. Это подтверждает выводы о самостоятельном принятии женщиной решения родить ребенка и подчинить этому событию все остальные стороны жизни ее малой группы (семьи).

Доминирующими показателями коммуникативного фактора являются: сфор-

мированная самооценка, нацеленность на собственные задачи, уверенность в поведении. Эмоциональный фактор - низкая напряженность всех защит (это говорит об отсутствии внутриличностного конфликта, связанного с деторождением), низкая реактивная тревожность (свидетельствует о спокойном психоэмоциональном состоянии женщины). В факторе социально-материнской активности доминантами фертильного состояния являются: гипертимный тип акцентуации, отсутствие депрессивного состояния.

Таким образом, в основе структуры личности женщин в состоянии «фертильности» лежит взаимосвязь эмоционального, коммуникативного факторов и фактора социально-материнской активности, что обусловлено принятием фертильными женщинами социальной роли матери, отсутствием социально-психологического внутриличностного конфликта.

Значимые различия в структурах взаимосвязи компонентов фертильных и инфертильных женщин подтверждаются и с помощью метода экспресс- χ^2 (таблица 6).

Таблица 6

Значение индексов структурной организации систем личности инфертильных и фертильных женщин на собственно-психологическом уровне

Компонент	инфертильные женщины			фертильные женщины		
	ИК	ИД	ИОС	ИК	ИД	ИОС
Социально-материнской активности	108	125	233	40	12	52
Коммуникативный	23	51	74	18	16	34
Социально-мотивационный	40	25	65	45	37	82
Волевой	21	62	83	75	9	84
Эмоциональный	126	55	181	37	0	37
Социально-интеллектуальный	22	14	36	21	0	21
Rp	0,54; $p > 0,05$					

Примечание: критическое значение для $p \leq 0,05$, $Rp = 0,85$

Данные исследования структур личности инфертильных и фертильных женщин говорят об их гетерогенности и значимом различии во взаимосвязях по-

казателей факторов обеих структур ($R_p = 0,54$; $p > 0,05$).

Исследуя корреляционную взаимосвязь факторов, было выявлено: 1) эмоциональный фактор детерминируется взаимосвязью социально-мотивационного, коммуникативного и социально-интеллектуального факторов, что подтверждает социальное влияние на эмоциональную сторону личности инфертильных женщин, а также на принятие ими эмоционального решения – родить ребенка, и обуславливает изменение социальной структуры личности женщин, их депрессивное психоэмоциональное состояние (стресс), обусловленный проявлением социального внутриличностного конфликта, нивелируя их волю; 2) влияние на социально-материнский фактор вышеописанной взаимосвязи трех факторов, отражающих изменение социального статуса женщин в малой группе (семье) и социально-психологическое давление на них.

Таким образом, дополняются исследования социально-психологического уровня инфертильных женщин, которые свидетельствуют о давлении на них со стороны малой группы (семьи) и подтверждают основные социально-психологические детерминанты, которыми являются показатели социально-интеллектуального, эмоционального, волевого, коммуникативного и социально-мотивационного факторов (таблица 7).

Таблица 7

*Детерминанты факторов состояния инфертильности
на собственно-психологическом уровне личности женщин*

Фактор личности	Социально-психологические детерминанты личности
Эмоциональный	Депрессивное состояние, реактивная тревожность, депрессивные акцентуации
Коммуникативный	Зависимость от мнения социального окружения, несформированная самооценка
Социально-мотивационный	Завышенная самооценка, стремление к лидерству, самоуверенность в поведении
Социально-интеллектуальный	Хронический социальный стресс, внутриличностный конфликт, стремление уйти от оценки, аффективность, экзальтированность
Волевой	Зависимость от мнения сильной личности и подчинение ее решениям

Проявления состояний инфертильности и фертильности на собственно-психологическом уровне различны. Структуры личности инфертильных и фертильных женщин гетерогенны, что обусловлено проявлениями социального внутриличностного конфликта и качественными изменениями во взаимосвязи компонентов на собственно-психологическом уровне. В структуре фертильных женщин выявлено большее количество положительных взаимосвязей между показателями факторов, что говорит о большей ее структурной организованности и устойчивости. Структурограмма инфертильных женщин напротив выстроена на большем количестве негативных связей и менее структурно организована, что определяет их социальное поведение, расширяет наше представление о проявлениях состояния инфертильности на собственно-психологическом уровне. Выявлено состояние умеренной депрессии у инфертильных женщин с возможностью соматизации социально-психологического внутриличностного конфликта, обуславливающего неприятие ими социальной роли матери, и проявления его на физиологическом уровне в виде постановки диагноза «бесплодие».

У женщин в состоянии фертильности признаки депрессии обнаружены не были, конфликта мотивов нет. Все показатели психологического уровня подтверждают их мотив – рождение ребенка.

3.3. Психолого-методологическое сопровождение инфертильных женщин

На каждом этапе жизнедеятельности человека существует определенная задача, с которой он должен успешно справиться, чтобы перейти на новую ступень своего социального развития, в частности для женщин – принять роль матери. Так, обсуждая проблему деторождения, по мнению Всемирной организации здравоохранения, 70 % семейных пар сталкивается с постановкой диагноза «бесплодие» у одного из партнеров, а иногда у обоих партнеров сразу, после года неудачных попыток забеременеть.

Во время консультаций с пациентками было выяснено, что большинство женщин имеет сложности в общении со своими матерями. Собирая информацию

о заболеваниях бесплодных женщин, установлено, что у их матерей, как правило, были обнаружены те же диагнозы, что и у дочерей в настоящее время, однако необходимо отметить, что у матерей проблем с зачатием не возникало. По рассказам самих женщин, их матери не проявляли к ним нежные чувства. Они относились к своим дочерям холодно, во многом перекладывая на них свои домашние и социально-материнские обязанности. Женщинами были описаны случаи, когда из-за сложной финансовой ситуации матери настаивали на свадьбе с мужчиной против воли самой женщины, и они, повинувшись родительской воле, выходили замуж, жертвуя собой ради финансового благополучия матери, братьев и сестер.

С матерями мужей у женщин складывались сложные отношения, граничащие с неприязненными. С супругами у женщин чаще всего не было взаимопонимания, взаимного доверия и уверенности в партнере как в человеке, на которого можно положиться, что обусловило низкий социальный статус инфертильных женщин в малой группе (семье).

Общаясь с женщинами с медицинским диагнозом «бесплодие», было выяснено, что решение родить ребенка принималось не лично ими, а под давлением семьи (малой группы). Респондентки говорили, что были подвержены интеллектуальному давлению со стороны социального окружения, считающего, что им необходимо родить на данном этапе жизнедеятельности; некоторые женщины испытывали давление со стороны врачей-репродуктологов, которые после оценки овариального резерва (анализ потенциала яичников к производству яйцеклеток) настаивали на срочном экстракорпоральном оплодотворении, хотя женщины на тот момент даже не задумывались о рождении ребенка и реализации своей социальной роли матери. Поддаваясь на уговоры своего окружения (семьи), они начинали бороться с проблемой бесплодия, убеждая себя, что им сейчас необходим ребенок. Но зачатия не происходило, и они оставляли мысли о рождении. С момента постановки диагноза «бесплодие» женщины жили идеей зачатия, еще больше усугубляя его своим тяжёлым психоэмоциональным состоянием (стрессом).

Когда психологическое состояние усиливает и обостряет симптомы заболе-

вания, а диагноз «бесплодие», в свою очередь, наносит еще больший вред психоэмоциональному состоянию, у женщин возникает эффект, который назван эффектом «порочного круга», с которым без профессионального психологического вмешательства женщины справиться не могут.

Исследуя структурно-содержательные компоненты системы личности женщин с диагнозом «бесплодие» на собственно-психологическом и социально-психологическом уровнях личности, были сделаны выводы о том, что они находятся в особом состоянии. В этой связи было введено понятие инфертильность – состояние неготовности к материнству, психологический аналог медицинского диагноза «бесплодие». Состояние, в котором находились беременные женщины, обозначено как состояние фертильности, или состояние психологической готовности к материнской роли в малой социальной группе (семье).

В результате исследования было выдвинуто предположение о том, что во время проведения эмпирического исследования, используя разработанную программу коррекции психологического состояния инфертильности, можно попытаться перевести женщин эмпирической группы в состояние фертильности, что, возможно, привело бы к восстановлению у респонденток репродуктивной функции.

Таким образом, системная коррекция социально-психологических детерминант социально-психологического и собственно-психологического уровней – наиболее оптимальный метод психологической работы с инфертильными женщинами. Коррекционная работа поможет отследить возможные изменения в социальном статусе и психоэмоциональном состоянии инфертильных женщин в процессе перехода из одного психологического состояния в другое и подтвердить наличие как психологического феномена состояний инфертильности и фертильности.

Программа сопровождения женщин с диагнозом «бесплодие»

Для психологического сопровождения женщин инфертильной группы с поставленным диагнозом «бесплодие» была разработана коррекционная программа, апробированная в условиях медицинского учреждения. Исследование проводи-

лось при участии двух групп: эмпирической ($n = 12$) и контрольной ($n = 12$).

Данная коррекционная программа соответствует задачам и содержанию исследования. Она построена на основе следующих **принципов**:

- 1) индивидуальный подход;
- 2) групповой подход;
- 3) доступность и простота психологических констатирующих и коррекционных методик.

Цель программы – коррекция состояния инфертильности и формирование у женщин состояния фертильности.

Актуальность и новизна коррекционной программы психологического сопровождения инфертильных женщин заключается в том, что она направлена на коррекцию основных социально-психологических детерминант в системе личности бесплодной женщины и их устранение с помощью:

- 1) анализа и коррекции семейных сценариев и мифов;
- 2) метода релаксации;
- 3) методов арт-терапии;
- 4) бесед и программы консультаций.

В программе заложен комплекс индивидуальной коррекционной работы, соответствующий **цели** основной программы, по следующим направлениям:

- 1) выявление и знакомство с состоянием инфертильности и его особенностями;
- 2) восстановление отношений с матерью;
- 3) восстановление отношений в семейной паре;
- 4) восстановление мотивации на деторождение;
- 5) восстановление самооценки.

Задачи индивидуальной работы:

- 1) коррекция эмоциональных проявлений состояния инфертильности;
- 2) формирование положительного восприятия своей малой группы и восстановления социального статуса в ней;
- 3) формирование социально значимой мотивации на рождение ребенка и

продолжение рода;

4) формирование положительной адекватной самооценки.

Методическое обеспечение индивидуальной коррекционной программы: основной формой работы являются беседы и консультации женщин в состоянии инфертильности, коррекционные занятия.

Основные средства и методы организации коррекционного процесса:

1) метод беседы;

2) авторская методика «Коррекции деструктивных конструктов поведения инфертильных женщин методом анализа семейных сценариев и мифов».

Программа групповой работы направлена на коррекцию детерминант коммуникативного и эмоционального компонентов личности инфертильных женщин.

Цель групповой работы – коррекция эмоциональных и коммуникативных детерминант состояния инфертильности и формирование у женщин состояния фертильности.

Актуальность групповой программы психологического сопровождения инфертильных женщин состоит в том, что комплекс направлен на коррекцию эмоционального состояния женщин и восстановления их коммуникативной совместимости с социумом с помощью:

1) метода релаксации;

2) методов арт-терапии;

3) метода сказкотерапии.

В программе заложен комплекс групповой коррекционной работы по следующим направлениям:

1) выявление и знакомство со своим эмоциональным состоянием;

2) выявление своей манеры поведения с социальным окружением;

3) осознание и принятие своей социальной роли в малой группе (семье);

4) принятие себя и своих желаний;

5) восстановление коммуникации в семье.

Задачи групповой программы:

1) коррекция эмоциональных проявлений состояния инфертильности;

2) формирование положительного восприятия своей малой группы и восстановление социального статуса в ней;

3) восстановление конструктивной коммуникации в семье;

4) формирование положительной адекватной самооценки.

Методическое обеспечение коррекционной программы: основной формой работы являются групповые занятия с женщинами в состоянии инфертильности.

Основные средства и методы организации коррекционного процесса:

1) релаксационные занятия с использованием различных методов арт-терапии;

2) сказкотерапия.

Коррекционная работа с инфертильными женщинами проводилась как в групповой, так и в индивидуальной форме. К групповым формам были отнесены средства арт-терапии и сказкотерапии. К индивидуальным формам – беседа, анализ семейных сценариев и мифов. Индивидуальная работа проводилась один раз в неделю на протяжении определенного временного периода (от 9 до 24 месяцев), групповая – один раз в неделю в течение года. На каждом занятии обсуждали и повторяли уже проделанную работу, подводили ее итоги.

Организуя работу коррекционной программы, были попытки создать атмосферу, в которой каждая женщина могла раскрыть свои социально-психологические проблемы, восстановить свой социальный статус в семье (малой группе), выровнять психоэмоциональное состояние, принять себя как будущий субъект социально-материнской активности.

3.3.1 Результаты эмпирического исследования сопровождения инфертильных женщин

Для формирования у инфертильных женщин состояния психологической готовности к материнству требуется долгий период – от 1 года до 3 – 5 лет. На первом этапе эмпирического исследования применялся метод беседы, собирался анамнез о социальном статусе женщин в малой группе (семье) и их психоэмоцио-

нальном состоянии. Были проведены беседы как с врачами-гинекологами, так и с женщинами с медицинским диагнозом «бесплодие».

В беседах с врачами – акушерами-гинекологами было выяснено, что существует ряд вариативного реагирования репродуктивной функции женщин на один и тот же диагноз. У одних пациенток диагноз блокирует зачатие, а у других зачатие происходит. Значит, нарушения выходят за рамки медицинского диагноза и находятся в психоэмоциональной и социальной сферах жизни женщин.

Многочисленные исследования черт и качеств женщин с диагнозом «бесплодие» подтверждали высказанное врачами мнение о возникновении новых психических реакций у ранее знакомых им пациенток, которым в результате был поставлен диагноз «бесплодие».

Большинство врачей-гинекологов сходились во мнении, что бесплодные женщины пребывают в состоянии стресса и необъяснимом для них состоянии эмоционального возбуждения, которое противодействует их желанию забеременеть. Как только у женщин такое желание возникает – они меняются психологически: становятся несдержанными, раздражительными, агрессивными, имеют сложности в общении со своим окружением (семьей), становятся излишне плаксивы, обидчивы.

Было принято решение понаблюдать за психологическим состоянием женщин, проходящих лечение заболеваний, связанных с «бесплодием», и провести с ними ряд консультаций. Мы отметили у них повышенный уровень проявления негативных эмоций, чувства неполноценности, несправедливости, обиды, стыда.

Выявленное нами в процессе эмпирического исследования состояние инфертильности является результатом комплексного изменения в многокомпонентной системе личности бесплодных женщин. Оно выражается на социально-психологическом и собственно-психологическом уровнях, что ведет к ослаблению личностных показателей, факторов, компонентов и, как результат, изменению поведенческих реакций, постановке диагноза «бесплодие».

Второй этап коррекционной работы включал в себя групповые формы работы: арт-терапию и сказкотерапию, сеансы релаксации.

Организуя работу коррекционной программы, была создана атмосфера, в которой каждая женщина могла раскрыться как целостная личность, восстановить психоэмоциональное состояние, социальное общение, уверенность в себе и перейти в состояние фертильности.

Во время групповой работы внимание было направлено на коррекцию эмоционального, социально-интеллектуального, коммуникативного, социально-мотивационного компонентов личности инфертильных женщин. Социально-интеллектуальная сфера женщин развивалась в процессе обсуждения итогов занятий, коммуникативная и волевая – в умении сдерживать свои эмоциональные проявления в коммуникации с семьей (малой группой). Раздаточным материалом для арт-терапии служили альбомы для арт-терапии с готовыми рисунками, карандаши, мелки, краски. Женщины с удовольствием включались в этот вид коррекционной работы.

Коррекция эмоциональной сферы женщин проходила в процессе этапа расслабления и прорабатывания чувств обиды, злости и агрессии, направленных женщинами вовне. Женщины практиковали этап прощения членов семьи (малой группы), работали с телесными проявлениями эмоций. Пациентки отмечали, что у них наступало состояние спокойствия и расслабления. Затем они прорисовывали эмоции, которые более всего тревожили инфертильных женщин (обида, злость). Во время анализа проделанной работы рисунки либо утилизировались, либо видоизменялись женщинами до достижения ими ровного психоэмоционального состояния.

Метод сказкотерапии был направлен на коррекцию эмоционального и социально-интеллектуального, волевого, социально-мотивационного и коммуникативного компонентов личности инфертильных женщин, а также служил определенным маркером проделанной индивидуальной работы психолога с респондентками инфертильной группы.

Социально-интеллектуальная и коммуникативная сферы женщин развивались и подлежали коррекции и в процессе обсуждения итогов занятия, волевая – в умении сдерживать свои эмоциональные проявления в коммуникации с социальным окружением.

На третьем этапе эмпирического исследования проводилась индивидуальная работа по авторской методике «Коррекция деструктивных конструктов поведения инфертильных женщин методом анализа семейных сценариев и мифов» (см. приложение 3).

В процессе коррекционной работы выявлялась конструкция поведения, в связи с которой женщина находилась в состоянии стресса и конфронтации с социальным окружением. Как правило, данное психическое новообразование было активно эмоционально окрашено и затрагивало семейно-родовую систему женщин.

При детальном рассмотрении семейно-родовых сценариев было выявлено, что причиной стресса у инфертильных женщин являются ситуации, произошедшие с их предками по отцовской или материнской линии. Инфертильные женщины отмечали ощущения тревоги, немотивированного страха перед и в течение коррекционной работы.

Во время применения методики женщины знакомились со своими предками и их трагедиями, которые описывали настоящие страхи респонденток в состоянии «инфертильности»:

- погибнуть во время родов и оставить ребенка одного;
- потерять ребенка;
- родить больного ребенка;
- быть отвергнутой любимым человеком в результате появления ребенка;
- страх неверного выбора спутника жизни;
- нежелание рожать мужу, которому девушка была продана ее матерью.

Помогая переиграть (положительно разрешить) ситуацию семейного сценария своему родственнику, инфертильные женщины испытывали такое состояние, как инсайт. Они осознавали, что их негативные эмоции – страх, тревога, ненависть, агрессия по отношению к социальному окружению и детям – являются не их собственными проявлениями чувств, а появились в глубинных слоях их семейно-родовой системы, транслировались им в процессе передачи деструктивных материнских установок внутри их семьи (малой группы).

К сожалению, в рамках данной работы невозможно описать сессии всех 12

респонденток, поэтому мы представили наиболее яркие из них.

В фабуле семейного сценария респондентки К. было выявлено, что ее родственница по материнской линии была бедной деревенской девушкой, потеряла мать и в 17 лет ушла в город, где влюбилась, забеременела и была брошена возлюбленным. Зимой она потеряла ребенка, а потом умерла сама. Переписывая семейный сценарий, психолог и женщина помогли девушке встретиться с порядочным мужчиной, устроиться работать на фабрику, выйти замуж и родить ребенка. В результате и девушка, и ребенок остались живы. Женщина была удивлена фабулой сценария, однако осознала произошедшее с ее предком. После проговаривания семейной истории у женщины случился инсайт. Она заявила, что плодное яйцо не приживалось вследствие страха о неизбежной гибели плода и самой женщины.

У респондентки М. в фабуле семейного сценария была заложена ситуация с ее родственницей по отцовской линии, к которой вовремя не успела прийти бабка-повитуха. Женщина родила здорового ребенка, но сама погибла. При обсуждении данного сценария женщина подтвердила наличие чувства недоверия к докторам и страх перед процессом родоразрешения. После коррекционной работы она констатировала изменение своего отношения к родам и компетенции врачей.

Разбирая семейную историю участницы инфертильной группы С., нам удалось провести прямую параллель между фабулой семейного сценария и реальной жизненной историей респондентки. Ее предок – молодая женщина, была продана своей матерью за деньги богатому купцу, должна была терпеть его издевательства. В своей реальной жизненной ситуации мать уговорила респондентку в 18 лет выйти замуж за богатого бизнесмена, который злоупотреблял алкогольными напитками. Женщина была вынуждена терпеть насилие ради возможности финансовой помощи матери, братьям и сестре. В случае респондентки С. необходимо было провести несколько коррекционных сессий, чтобы разобрать фабулы сценариев в диадах «мать – дочь», «жена – муж».

В результате коррекционной работы с инфертильными женщинами были выявлены и скорректированы чувства тревоги, боли, обиды, злости, социальной нереализованности, транслируемые инфертильным женщинам в процессе онтоге-

неза их личности. Данные эмоциональные показатели в фабулах семейных сценариев женщин в основном были связаны с отношениями в диадах «мать – дитя», «мужчина – женщина», «отец – дитя». Фабулы семейных сценариев инфертильных женщин помогали в коррекции детерминант социально-интеллектуального, эмоционального, волевого и коммуникативного, социально-мотивационного компонентов, снижая проявления внутриличностного конфликта и восстанавливая социальный статус женщин в малых группах (семьях).

Особое внимание было обращено на коррекцию детерминант компонента социально-материнской активности, а также эмоционального компонента личности женщин в состоянии инфертильности. Результатом стало нивелирование проявления отрицательных эмоций в эмпирической группе.

Критерием эффективности выполнения работы был факт смены эмоционального фона с отрицательного на положительный, принятие и осознание женщинами инфертильной группы ситуации, которая происходила в их семейном сценарии. В дальнейшем велось лонгитюдное наблюдение за процессом научения новой конструкции поведения и восстановления нарушенных коммуникативных связей в малой группе (семье), а также восстановления эмоционально-психологического состояния инфертильной женщины (таблица 8).

В процессе коррекционной работы и при научении состояние инфантильности и зависимости от сильной личности, которой в тот момент был психолог, доставляли определенные проблемы, так как женщины требовали к себе постоянного внимания и контроля их действий со стороны. В связи с этим было принято решение о комплексном подходе в работе с женщинами инфертильной группы и включении их и в индивидуальную, и в групповую формы работы, которые позволили тщательнее проводить коррекцию компонентов их личности.

*Показатели восстановления репродуктивной функции
женщин до и после коррекционной работы*

Компонент	Показатели до проведения коррекционной работы		Показатели после проведения коррекционной работы	
	Эмпирическая группа (n = 12)	Контрольная группа (n = 12)	Эмпирическая группа (n = 12)	Контрольная группа (n = 12)
Социально-материнской активности	$\Sigma_{cp} = 8,4 \pm 1,2$	$\Sigma_{cp} = 8,3 \pm 1,1$	$\Sigma_{cp} = 4,2 \pm 1,2$	$\Sigma_{cp} = 8,1 \pm 1,2$
Коммуникативный	$\Sigma_{cp} = 7,5 \pm 1,5$	$\Sigma_{cp} = 7,7 \pm 1,6$	$\Sigma_{cp} = 4,3 \pm 0,5$	$\Sigma_{cp} = 7,1 \pm 1,0$
Социально-интеллектуальный	$\Sigma_{cp} = 6,1 \pm 1,2$	$\Sigma_{cp} = 6,1 \pm 1,1$	$\Sigma_{cp} = 8,2 \pm 0,5$	$\Sigma_{cp} = 6,2 \pm 1,2$
Волевой	$\Sigma_{cp} = 6,1 \pm 1,1$	$\Sigma_{cp} = 6,2 \pm 0,9$	$\Sigma_{cp} = 3,3 \pm 0,8$	$\Sigma_{cp} = 5,8 \pm 1,0$
Эмоциональный	$\Sigma_{cp} = 8,3 \pm 1,4$	$\Sigma_{cp} = 8,3 \pm 1,3$	$\Sigma_{cp} = 5,07 \pm 1,3$	$\Sigma_{cp} = 7,9 \pm 1,2$
Социально-мотивационный	$\Sigma_{cp} = 7,3 \pm 0,8$	$\Sigma_{cp} = 7,4 \pm 0,7$	$\Sigma_{cp} = 3,1 \pm 0,6$	$\Sigma_{cp} = 6,9 \pm 1,1$
Мотивационно-самооценочный опросник (В. А. Зобков)				
X1 (социально-деловой показатель)	$\Sigma_{cp} = 83,9 \pm 3,4 \%$	$\Sigma_{cp} = 82,1 \% \pm 4,1$	$\Sigma_{cp} = 70,6 \% \pm 7,7$	$\Sigma_{cp} = 81,1 \% \pm 9,3$
X2 (субъективно-заниженный)	$\Sigma_{cp} = 46,6 \% \pm 9,1$	$\Sigma_{cp} = 48,1 \% \pm 8,8$	$\Sigma_{cp} = 34,4 \% \pm 4,6$	$\Sigma_{cp} = 45,1 \% \pm 5,1$
X3 (субъективно-завышенный)	$\Sigma_{cp} = 54,1 \% \pm 11,4$	$\Sigma_{cp} = 53,9 \% \pm 12,6$	$\Sigma_{cp} = 37,9 \% \pm 4,5$	$\Sigma_{cp} = 56,2 \% \pm 6,4$
Шкала тревожности (А. Т. Бек)				
Проявление депрессии	$\Sigma_{cp} = 16,4 \pm 4,7$	$\Sigma_{cp} = 16,6 \pm 3,3$	$\Sigma_{cp} = 6,1 \pm 2,8$	$\Sigma_{cp} = 16,1 \pm 4,1$
Шкала тревожности (Ч. Д. Спилберг, Ю. Л. Ханин)				
Реактивная тревожность	$\Sigma_{cp} = 39,75 \pm 6,9$	$\Sigma_{cp} = 40,1 \pm 7,1$	$\Sigma_{cp} = 24,1 \pm 4,1$	$\Sigma_{cp} = 39,7 \pm 7,3$
Личностная тревожность	$\Sigma_{cp} = 51,64 \pm 8,7$	$\Sigma_{cp} = 51,4 \pm 9,4$	$\Sigma_{cp} = 37,5 \pm 6,1$	$\Sigma_{cp} = 52,2 \pm 8,8$

Таким образом, комплексная психолого-коррекционная помощь позволила перевести женщин из состояния инфертильности в состояние фертильности, конечным результатом которого становилась беременность и рождение ребенка. Со-

гласно результатам исследования, из 12 участников эмпирической группы в состоянии готовности к материнству перешло 7 женщин (см. таблицу 8). В контрольной группе существенных изменений не наблюдалось.

Выводы по главе 3

Анализ результатов исследования социально-психологического и собственно-психологического уровней личности инфертильных и фертильных женщин показал гетерогенность в структурах их личности на обоих уровнях, а также значимые различия во взаимосвязях показателей компонентов (социально-психологический уровень) и факторов (собственно-психологический уровень).

Структуры личности инфертильных и фертильных женщин на социально-психологическом уровне инверсивны, что говорит о качественных глубинных изменениях во взаимосвязи социальных компонентов личности в состоянии инфертильности, обусловленных проявлением социального внутриличностного конфликта, который закладывается в процессе онтогенеза женщины, о важности родительских и семейных установок и репродуктивных мотивов, в которых воспитывается социальная позиция женщин по отношению к деторождению.

Установлено, что у большинства инфертильных женщин существуют сложные отношения с матерями, которые проявлялись в гипер- либо гипопеке. Матери перекладывали на них свои обязанности по дому, заботу о младших сестрах и братьях, выделяя для себя профессиональную сферу как доминирующую. Самыми распространёнными жалобами инфертильных женщин были высказывания о своей социальной дезадаптации.

В структуре личности инфертильных женщин на социально-психологическом уровне обнаружена взаимосвязь четырех компонентов, детерминируемых следующими показателями: интеллектуально-социальная заторможенность в семейно-бытовой сфере (социально-интеллектуальный компонент), нарушение социальных отношений с мужем, родственниками (коммуникативный компонент); низкий самоконтроль поведения (волевой компонент); эмоциональная

неготовность к материнству (эмоциональный компонент); социально-психологической детерминантой социально-мотивационного компонента был выявлен показатель «Отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли». Детерминанта компонента социальной материнской активности – «Негативное отношение к детям, детскому поведению».

У фертильных женщин социально-психологическими доминантами были выделены: видение себя в роли матери (компонент социально-материнской активности); уверенность в рождении ребенка (эмоциональный компонент); желание реализовать роль матери (социально-мотивационный компонент); целеустремленность (волевой компонент); умение отстаивать свою позицию (социально-интеллектуальный компонент); общительность (коммуникативный компонент).

Данные группы фертильных женщин свидетельствуют о подготовке и нацеленности женщин на реализацию материнской роли, что обусловлено их высоким социальным статусом и спокойным психоэмоциональным состоянием (отсутствием стресса). Респондентки в числе первых выбрали такие качества, как нежность, ласка, прощение, переживание о рождении ребенка, уверенность в себе.

Женщины-матери отмечали важную роль их родительской семьи в межпоколенной трансляции социально значимых и положительных семейных репродуктивных установок, закладке традиционных семейных ценностей: крепкая, дружная семья как опора и защита личности, дети как продолжение и развитие рода.

Исследуя структурограммы состояния инфертильности и фертильности на собственно-психологическом уровне, был сделан вывод о том, что это два различных психологических состояния, что подтверждает и дополняет результаты исследования социально-психологического уровня. Структура личности инфертильных женщин менее организована, состоит в большей мере из отрицательных взаимосвязей, что обуславливает проявления хронического социального стресса, наличие внутриличностного конфликта, социальной дезадаптации, несформированной самооценки, изменение мотивации, зависимость от сильной личности (врача или психолога).

Структурограмма женщин в состоянии фертильности более организована, состоит из кардинально большего количества положительных взаимосвязей, что говорит об устойчивости их психоэмоционального состояния, сформированной самооценке, личностной направленности на процесс вынашивания, рождения, воспитания ребенка, отсутствии социальной дезадаптации и внутриличностного конфликта.

Женщины в состоянии фертильности эмоционально спокойны. Для них характерны адекватность восприятия и способность к критической оценке информации, поэтому они не зависят от мнения малой группы (семьи) и удерживают свой социальный статус. Факторная система их личности подчинена мотиву деторождения. Женщины целенаправленно идут к цели, игнорируя все негативные социальные воздействия, которые могут навредить процессу вынашивания ребенка. Отсутствие депрессивного состояния, направленность личности на доброту и созидание – все это подтверждает единый мотив реализации социальной роли матери (таблица 9).

Таблица 9

Различия состояний инфертильности и фертильности

Компонент	Инфертильные женщины	Фертильные женщины
Социальная мотивация	Состояние беременности	Рождение ребенка
Эмоционально-психологическое состояние	Состояние тревоги, обиды, злости, агрессивное поведение с окружающими	Спокойное, ровное эмоциональное состояние
Волевая сфера	Зависимость от сильной личности и ее решений	Сильная волевая сфера
Доминирующая акцентуация	Циклоидный и конформный типы	Эмоционально-лабильный, гипертимный тип
Внутриличностный конфликт	Наличие внутриличностного конфликта с проявлениями соматизации	Отсутствие внутриличностного конфликта
Наличие или отсутствие депрессивного состояния	Выраженная умеренная депрессия	Отсутствие депрессии

Результаты исследования состояния инфертильности у женщин на соб-

ственно-психологическом уровне и проведенного факторного анализа показали наличие шести факторов. Фактор социально-материнской активности детерминируется следующими факторами: социально-интеллектуальным, волевым, эмоциональным, коммуникативным, социально-мотивационным.

Таким образом, анализ результатов исследования инфертильного состояния женщин на собственно-психологическом уровне позволил выявить шесть факторов их личности, влияющих на единство социального статуса в малой группе (семье) и психоэмоционального состояния (стресса) и обуславливающих детерминацию их социально-материнской активности следующими факторами: социально-интеллектуальным (детерминанты: хронический социальный стресс, стремление уйти от оценки, аффективность, экзальтированность); эмоциональным (детерминанты: депрессивное состояние, реактивная тревожность, депрессивные акцентуации), коммуникативным, детерминируемый зависимостью от мнения социального окружения, несформированной самооценкой; социально-мотивационным с детерминантами: завышенная самооценка, стремление к лидерству, самоуверенность в поведении, волевой: зависимость от сильной личности и ее решений. Вышеописанные факторы и их детерминанты соотносятся и в определенной мере дополняют результаты исследования, полученные на социально-психологическом уровне личности инфертильных женщин, расширяют понимание социально-психологического феномена – состояния инфертильности.

Инверсивность (социально-психологический уровень) и гетерогенность (собственно-психологический уровень) структур инфертильных и фертильных женщин позволили расширить теоретические представления о социальной теории личности, дополнить характеристики проявления социального внутриличностного конфликта, рассмотреть предпосылки изменения соотношения личности и малой группы (семьи).

Выявленные в процессе эмпирического исследования социально-психологические детерминанты социально-психологического и собственно-психологического уровней позволили дополнить теоретические представления о социально-

психологической обусловленности нарушений репродуктивной функции и разработать программу сопровождения бесплодных женщин и перевода их из состояния инфертильности в состояние фертильности.

Основой для разработки данной программы послужило предположение о том, что коррекция социально-психологических детерминант – нормализация эмоционально-психологического состояния, восстановление социального статуса женщин в малой группе (семье), социально-поведенческих реакций, структуры личности инфертильных женщин и нивелирование внутриличностного конфликта – ведет к восстановлению репродуктивной функции инфертильных женщин.

Групповые формы работы – сказкотерапия, арт-терапия и сеансы релаксации – позволили проработать эмоциональный, волевой, социально-мотивационный, социально-интеллектуальный компоненты, а также компонент социально-материнской активности. Коррекция вышеописанных компонентов в групповой терапии позволила наметить направления индивидуальной работы с каждой респонденткой эмпирической группы.

Индивидуальная коррекционная работа с инфертильными женщинами дала возможность выявить проблемы в общении женщин с их семьями (малыми группами), которые транслировались в семейно-родовой системе как деструктивные репродуктивные установки. Фабулы семейных сценариев позволили исследовать семейные системы инфертильных женщин и выявить социально-психологические проблемы, которые раскрывают психологическое состояние неготовности к материнской роли с содержательной стороны – как глубокую, системную, внутриличностную проблему, справиться с которой сами, без профессиональной помощи, женщины не могут.

Эмпирическое исследование показало, что одним из позитивных методов, способствующих восстановлению репродуктивной функции женщин, является метод коррекции деструктивных конструктов поведения инфертильных женщин методом анализа семейных сценариев и мифов. Основанный на трансгенерационном подходе, метод позволяет проработать деструктивные семейно-родовые репродуктивные установки инфертильных женщин, заложенные в процессе онтогенеза личности, и перевести их в состояние фертильности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема восстановления репродуктивной функции женщин с использованием методов психологической помощи обсуждается в научном сообществе довольно давно. Выявлены личностные характеристики женщин с диагнозом «бесплодие»: стрессовая неустойчивость, замкнутость, тревожность, несформированная самооценка, конформность. Определено, что женщины с вышеописанным диагнозом находятся в состоянии хронического социально-психологического стресса. При этом до конца не определена роль стрессового состояния в возникновении и течении заболеваний, связанных с бесплодием.

Существуют исследования российских и зарубежных авторов, которые доказывают влияние социально-психологического стресса на возникновение заболеваний, ведущих к «бесплодию». Другими авторами выявлено, что социально-психологический стресс не является причиной бесплодия у женщин. Существует также точка зрения о том, что хронический социально-психологический стресс и заболевания, связанные с постановкой диагноза «бесплодие» взаимовлияют друг на друга.

Выделены группы бесплодных женщин по различным признакам: степень сопротивляемости зачатию, эмоциональное отношение к своему будущему ребенку, мотивационная направленность, отношение к своей профессиональной деятельности, проявления маскулинности или феминности, внутрисемейные и межпоколенные отношения и т.д. Изучены и описаны репродуктивные ситуации в семьях бесплодных женщин, их репродуктивные установки и мотивы.

Опираясь на исследования, рассмотренные в первой главе нельзя не подчеркнуть их безусловную значимость для раскрытия социально-психологической проблемы женского бесплодия и важности ее дальнейшей разработки в рамках теории социальной психологии.

Однако хотелось бы отметить, что до настоящего времени не было рассмотрено и изучено особое психологическое состояние женщин, в котором они находятся в связи с желанием продолжения рода, как детерминанта их репродуктивной

функции. Не проведены интегративные исследования на социально-психологическом и собственно-психологическом уровнях личности бесплодных женщин. Не выявлены социально-психологические структуры личности бесплодных и беременных женщин. В связи с этим исследование социально-психологических детерминант репродуктивной функции женщин имеет большое значение в рамках социальной психологии. Во-первых, оно способствует: расширению теоретических представлений о социально-психологической структуре личности, ее характеристиках, влияющих на коммуникацию в малых группах (семьях), во-вторых – позволяет разработать новые теоретические положения о социально-психологических детерминантах репродуктивной функции женщин, в-третьих - дополнить социально-психологические характеристики социального и межличностного конфликта, в-четвертых - подробнее рассмотреть соотношение личности и группы, обуславливающее ее социальный статус в семье (малой группе). В связи с вышеизложенным, целью исследования явилось изучение социально-психологических детерминант репродуктивной функции женщин.

Реализация общей цели исследования осуществлялась посредством решения ряда задач: определение методологических основ и теоретических предпосылок; формирование выборки испытуемых, разработка процедуры исследования, выбор и разработка методов исследования, реализация основных этапов самого исследования, сбор, обработка и интерпретация результатов исследования.

«Бесплодие» было определено нами как медицинский диагноз и физиологическое состояние, а состояние инфертильности – как социально-психологическая основа состояния женщин с вышеописанным диагнозом, не готовых к реализации своей материнской роли, сопровождающее постановку и течение заболеваний, связанных с диагнозом «бесплодие».

Необходимо еще раз отметить, что все женщины с диагнозом «бесплодие» находятся в особом состоянии инфертильности, однако выборку исследования составили респондентки с диагнозом «бесплодие», которые не имеют органических поражений репродуктивной системы и их репродуктивная функция, по мнению врачей, может зависеть от их психологического состояния.

Исследование проходило в три этапа. На первом этапе были изучены состояния инфертильности и фертильности у женщин на социально-психологическом и собственно-психологическом уровнях, с целью определения структурных различий в системах их личности, и выявления социально-психологических детерминант репродуктивной функции. На втором этапе проходила разработка и апробация коррекционной программы, позволяющей перевести женщин из состояния инфертильности в состояние фертильности и восстановить их репродуктивную функцию. На третьем этапе исследования были проанализированы результаты исследования на структурном уровне с применением метода структурно-психологического анализа (вычисление матриц интеркорреляций, построение и анализ структурограмм, вычисление индексов когерентности, дивергентности и структурной организации, проверка структур на гомогенность-гетерогенность методом экспресс - χ^2).

Полученные результаты говорят о том, что инфертильные женщины, в отличие от женщин-матерей или готовящихся к социальной роли матери, находятся в состоянии амбивалентного отношения к своей профессиональной и материнской активности. Данный факт свидетельствует о наличии девиаций в семейном воспитании и межпоколенной трансляции социальных патологий инфертильным женщинам, о внутрличностном конфликте, влияющем на девиантное отношение инфертильных женщин к материнской роли и к семье как к общности близких людей (малой группе).

Необходимо подчеркнуть важность воспитания, нацеленного на создание семьи, рождение детей, гордости за свою семью и свой род. Трансляция социально значимых и положительных семейных установок и ценностей поможет укрепить и вновь поднять семью как социальный институт, главную ячейку общества.

В заключение обобщим результаты исследования, которые отражают выявленные социально-психологические детерминанты репродуктивной функции женщин, и сформулируем выводы, подтверждающие гипотезу и положения, выносимые на защиту.

ВЫВОДЫ:

1. Результаты проведенного исследования социально-психологического и собственно-психологического уровней личности женщин позволили выявить два противоположных друг другу социально-психологических состояния: инфертильности (психологической неготовности к социальной роли матери) и фертильности (психологической готовности женщины стать субъектом материнской активности).

2. Разработан теоретический подход исследования социально-психологических детерминант репродуктивной функции женщин, основанная на социально-психологическом принципе объективности. Психологическая категория состояния инфертильности – это система обуславливающих друг друга компонентов личности женщин, включающая морфологию (структура, состав), аксиологию (социальные мотивы, ценности), динамику (развитие, функционирование) и онтологию (характеристики социально-психологического содержания, собственно-психологического содержания).

3. Выявлена структура социально-психологического уровня личности фертильных и инфертильных женщин, который образован закономерным сочетанием компонентов личности: социально-интеллектуальным, эмоциональным, волевым, коммуникативным, социально-мотивационным и компонентом социально-материнской активности.

4. Раскрыта сущность и социально-психологическая структура собственно-психологического уровня личности женщин. Выявлены шесть значимых факторов у инфертильных и фертильных женщин, которые были обозначены аналогично компонентам социально-психологического уровня личности: социально-материнской активности, социально-интеллектуальный, социально-мотивационный, эмоциональный, волевой, коммуникативный.

5. Доказаны значимые различия взаимосвязи компонентов на социально-психологическом уровне и факторов на собственно-психологическом уровне структур личности инфертильных и фертильных женщин. Данный факт подтверждает качественные изменения в структуре личности женщин, находящихся в со-

стоянии инфертильности, наличие глубинного социально-психологического внутриличностного конфликта.

6. Инфертильное состояние женщины представляет собой социально-психологическое образование, выражающееся в единстве социально-психологических детерминант социального статуса женщин в малой группе (семье) – интеллектуально-социальная заторможенность в семейно-бытовой сфере, нарушение социальных отношений с мужем, родственниками, отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли, эмоциональная неготовность к материнству, низкий самоконтроль поведения, нетерпимое отношение к детям, детскому поведению – и собственно-психологических детерминант, характеризующих ярко выраженную психоэмоциональную напряженность – стресс (депрессивные акцентуации характера, тревожность, внутриличностный конфликт, мотивационная незрелость) детерминант, характеризующих ее как социально незрелую личность, не готовую к социальной роли женщины-матери.

7. Фертильное состояние женщины представляет собой социально-психологическое образование, обусловленное единством детерминант социально-психологического и собственно-психологического уровней личности женщин, отражающих их социально-психологический статус в малой группе (семье) и психоэмоциональное состояние: видение себя в роли матери, уверенность в рождении ребенка, желание реализовать роль матери, целеустремленность, умение отстаивать свою позицию, общительность, мотивационная направленность на рождение ребенка, спокойное, ровное эмоциональное состояние, сильная волевая сфера, эмоционально-лабильный и гипертимный типы акцентуации характера, отсутствие внутриличностного конфликта, отсутствие депрессии.

8. Разработаны и применены авторские методики по диагностике инфертильности, фертильности женщин. Методики для исследования социально-психологического уровня личности женщин: «Проявления социально-психологической адаптации женщин в малой группе (семье)» - позволяет выявить компоненты личности инфертильных и фертильных женщин и их детерминанты; «Самооценка развития социально-материнской активности женщин» – определяет

характеристику женщины как будущего субъекта материнской активности. Вышеописанные методики можно применять в коррекционной работе с женщинами, проходящими лечение заболеваний, связанных с диагнозом «бесплодие», для выявления состояния infertility.

9. Показано, что особой ролью и наиболее выраженной специфичностью в детерминации репродуктивной функции женщин обладает социально-психологический уровень личности, обусловленный их социальным статусом в малой группе (семье), который ранее не был исследован и описан.

10. Определены детерминанты репродуктивной функции infertile женщин на социально-психологическом уровне личности: «Интеллектуально-социальная заторможенность в семейно-бытовой сфере» (социально-интеллектуальный компонент), «Нарушения социальных отношений с мужем, родственниками» (коммуникативный компонент), «Эмоциональная неготовность к материнству» (эмоциональный компонент), «Отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли» (социально-мотивационный компонент), «Низкий самоконтроль поведения» (волевой компонент), «Нетерпимое отношение к детям, детскому поведению» (компонент социально-материнской активности). Показано, что выявленные детерминанты обладают устойчивостью и эмоциональной насыщенностью.

11. Выявлены детерминанты репродуктивной функции женщин в состоянии фертильности на социально-психологическом уровне: «Видение себя в роли матери» (компонент социально-материнской активности), «Уверенность в рождении ребенка» (эмоциональный компонент), «Желание реализовать роль матери» (социально-мотивационный компонент), «Целеустремленность» (волевой компонент), «Умение отстаивать свою позицию» (социально-интеллектуальный компонент), «Общительность» (коммуникативный компонент).

12. Содержательный анализ структуры личности infertile женщин на собственно-психологическом уровне позволил установить факторы, детерминирующие репродуктивную функцию женщин. Выявлена статистически значимая взаимосвязь фактора социально-материнской активности с волевым и эмоцио-

нальным факторами, обуславливающая хронический психоэмоциональный стресс инфертильных женщин. Полученные результаты подтверждают значимость единства уровня социально-психологического статуса инфертильных женщин и их психоэмоционального состояния, детерминируемого депрессивными типами акцентуаций характера, мотивационной несостоятельностью, внутренним конфликтом, эмоциональной напряженностью, депрессивным состоянием, напряжённостью всех типов защит.

13. Основой структуры собственно-психологического уровня личности фертильных женщин является взаимосвязь трех факторов – коммуникативного, социально-материнской активности и эмоционального, что подтверждает направленность женщины на реализацию социальной роли женщины-матери, ее высокий социально-психологический статус в малой группе (семье) и уравновешенное психоэмоциональное состояние.

14. Разработаны программа и система социально-психологических коррекционных технологий восстановления репродуктивной функции женщин, включающая авторскую методику «Коррекция деструктивных конструктов поведения инфертильных женщин методом анализа семейных сценариев и мифов», групповые методики – арт-терапия, сказкотерапия, метод беседы. Эффективность технологии эмпирически доказана.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство. СПб.: Сотис, 2001. 320 с.
2. Абрамченко В. В., Коваленко Н. П. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности // Перинатальная психология и медицина: сб. материалов конф. по перинат. психологии. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. С. 24 – 29.
3. Абульханова-Славская К. А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности // Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981. С. 19 – 45.
4. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 229 с.
5. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / пер. с англ. А. А. Валеева, Р. А. Валеевой. Ростов н/Д.: Феникс, 1998. 448 с.
6. Айвазян Е. Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. М., 2005. 319 с.
7. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Ин-т общегуманитар. исслед., 2004. 333 с.
8. Андреева Г. М. Социальная психология. М.: Аспект Пресс, 2001. 384 с.
9. Андреева Г. М., Богомолова Н. Н., Петровская Л. А. Зарубежная социальная психология XX столетия: теоретические подходы: учеб. пособие для вузов. М.: Аспект-Пресс, 2002. 287 с.
10. Анохин Л. В., Коновалов О. Е. Бесплодие в браке: медико-социальные аспекты. Рязань: РГМУ, 1995. 130 с.
11. Анохин Л. В., Коновалов О. Е. Индивидуальное прогнозирование риска первичного и вторичного женского бесплодия // Акушерство и гинекология. 1992. № 3 – 7. С. 40 – 43.
12. Анохин Л. В., Коновалов О. Е. Эпидемиология бесплодия в браке // Рос. мед.-биол. вестн. им. И. П. Павлова. 1998. № 1 – 2. С. 19 – 22.
13. Антонов А. И., Медков В. М. Социология семьи. М.: Изд-во МГУ: Изд-во Междунар. ун-та бизнеса и управления («Братя Карич»), 1996. 304 с.
14. Барабанщиков В. А. Восприятие и событие. СПб.: Алетейя, 2002. 512 с.

15. Барабанщиков В. А. Психология восприятия. Организация и развитие перцептивного процесса. М.: Когито-Центр, 2006. 240 с.
16. Барабанщиков В. А. Системная организация и развитие психики // Психол. журн. 2003. № 1. С. 29 – 46.
17. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Л.: Лениздат, 1992. 400 с.
18. Бернс Р. Развитие «Я-концепции» и воспитание. М.: Прогресс, 1986. 422 с.
19. Биосоциальная природа материнства и раннего детства // А. С. Батуев [и др.]; под ред. А. С. Батуева. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2007. 374 с.
20. Блох М. Е. Использование психотерапии у женщин с невынашиванием беременности // Журнал практ. психолога. 2003. № 4 – 5. С. 199 – 207.
21. Блумер Г. Общество как символическая интеракция // Современная зарубежная социальная психология: тексты / под ред. Т. М. Андреевой, Н. Н. Богомоловой, Л. А. Петровской. М.: Изд-во МГУ, 1984. С. 173 – 179.
22. Богдан Н. А. Психологические проблемы, сопровождающие проблему бесплодия, и возможности оказания психологической помощи в процессе его лечения методом ЭКО // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: материалы всерос. конф. Иваново: Иван. гос. мед. акад., 2001. С. 98 – 101.
23. Бодалев А. А. Личность и общение. М.: Междунар. акад., 1995. 328 с.
24. Бодалев А. А., Волков И. П. Некоторые проблемы межличностного познания в условиях современного производства // Вопр. психологии. 1980. № 1. С. 27 – 35.
25. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968. 464 с.
26. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: избр. психол. тр. / под ред. Д. И. Фельдштейна; Рос. акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т. 3-е изд. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2001. 349 с.
27. Бойко В. В. Если ты мать и жена. М.: Сов. Россия, 1991. 160 с.
28. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филинь, 1996. 472 с.
29. Боулби Дж. Привязанность / пер. с англ. Н. Г. Григорьевой, Г. В. Бурменской. М.: Гардарики, 2003. 447 с.

30. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей: пер. с англ. М.: Академ. проект, 2004. 232 с.
31. Братусь Б. С. Смысловая сфера личности // Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. СПб.: Питер, 2001. С. 130 – 139.
32. Брехман Г. И., Лапочкина Л. Н. Индивидуальные особенности женщин с физиологическим течением и угрозой невынашивания беременности в первом триместре беременности по данным ММРІ // Журнал практ. психолога. 1996. № 3. С. 29 – 32.
33. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учеб. / пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; предисл. В. Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
34. Брутман В. И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопр. психологии. 1997. № 7. С. 38 – 47.
35. Брушлинский А. В. Субъект: мышление, учение, воображение. М.: Ин-т практ. психологии; Воронеж: МОДЭК, 1996. 392 с.
36. Бухсбаум Г. Дж. Травмы при беременности: пер. с англ. М.: Медицина, 1982. С. 376.
37. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. 74 с.
38. Василенко Т. Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04. Курск, 2011. 414 с.
39. Василенко Т. Д., Блюм А. И. Бесплодие неясной этиологии как особая кризисная ситуация неопределенности в жизни женщины // Innova. 2017. № 1(6). С. 17 – 19.
40. Василенко Т. Д., Денисова О. В. Особенности эмоционально-смысловой сферы беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2010. № 1. URL: <http://www.medpsy.ru/> (дата обращения: 30.05.2013).
41. Васильева В. В. Психофизиология женской репродукции. Батайск: Батайское книж. изд-во, 2005. 208 с.

42. Васильева, В. В., Авруцкая В. В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения // Психол. журн. 2008. Т. 29, № 3. С. 110 – 119.
43. Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека. М.: Изд-во МГУ, 1990. 288 с.
44. Возможности диагностики бесплодного брака в амбулаторно-поликлинических условиях в крупном промышленном центре (женское бесплодие) / П. Н. Веропотвелян [и др.] // Журнал эксперим. и клин. медицины. 1981. Т. 21, № 2. С. 621 – 627.
45. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / гл. ред. А. В. Запорожец. М.: Педагогика, 1983. Т. 3. С. 368.
46. Гольжак В. История в наследство. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. 233 с.
47. Грон Е. А. Психологические детерминанты невынашивания беременности // Журнал практ. психолога. 2003. № 4 – 5. С. 109 – 117.
48. Дашкевич О. В. Психическая регуляция деятельности и характер ее субъекта: тез. конф. «Образ в регуляции деятельности» к 90-летию со дня рождения Д. А. Ошанина / Психол. ин-т РАО. М.: ПИ РАО, 1997.
49. Дейнека Н. В. Психологические проблемы женского бесплодия: диагностика и пути коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2001. 22 с.
50. Дейнека Н. В., Мельниченко Н. И. Психологический подход к проблеме бесплодного брака // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: материалы рос. конф. «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике». СПб., 2000. С. 273 – 274.
51. Дементьева Н. О., Бочаров В. В. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» // Вестн. СПбГУ. Сер. 12. Вып. 1. 2010. С. 131 – 139.
52. Дикая Л. Г. Психическая саморегуляция функционального состояния человека: системно-деятельный подход. М.: Изд-во ИПРАН, 2003. 318 с.
53. Дикая Л. Г. Психология саморегуляции функционального состояния субъекта в экстремальных условиях деятельности: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2002. 25 с.

54. Дикая Л. Г., Семикин В. В., Щедров В. И. Исследование индивидуального стиля саморегуляции эмоционального состояния // Психол. журн. 1994. Т. 15, № 6. С. 28 – 37.
55. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.
56. Дьячкова Е. С. Психологические особенности семей с нарушениями репродуктивного здоровья // Вестн. Тамб. ун-та. Сер.: Гуманитарные науки. 2013. № 9(125). С. 199 – 217.
57. Ермихина М. О. Формирование осознанного родительства на основе субъективно-психологических факторов: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2004. 24 с.
58. Ермошенко Б. Г., Крутова В. А. Роль психологических факторов при бесплодии (обзор литературы) // Успехи соврем. естествознания. 2005. № 8. С. 17 – 20.
59. Жедунова Л. Г., Малькова И. Н. Семейная история и потенциальная материнская девиация // Там же. 2012. № 3. С. 130 – 133.
60. Жедунова Л. Г., Посысоев Н. Н. Роль семейного мифа в восприятии и интерпретации субъективно значимых событий // Вестн. Яросл. гос. ун-та им. П. Г. Демидова. Сер.: Гуманитарные науки. 2013. № 4. С. 86 – 90.
61. Жуковская Л. В. Психологическое благополучие и родительские установки: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. 24 с.
62. Журавлев А. Л., Купрейченко А. Б. Социально-психологическое пространство личности. М.: Ин-т психологии РАН, 2012. 496 с.
63. Журавлев А. Л., Соснин В. А., Красников М. А. Социальная психология: учеб. пособие. М.: Форум, 2011. 496 с.
64. Забродин Ю. М., Пахальян В. Э. Психологическое консультирование / под общ. ред. Ю. М. Забродина. М.: Эксмо, 2010. 384 с.
65. Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: СОЮЗ, 1998. 336 с.
66. Захарова Е. И. Психологическое сопровождение беременности: курс лекций. М.: Изд-во МГУ им. М. В. Ломоносова, 2011.
67. Захарова Е. И. Развитие личности в ходе освоения родительской позиции // Культурно-истор. психология. 2008. № 2. С. 24 – 29.

68. Захарова Е. И., Чуваева А. С. Психологические аспекты привычного невынашивания беременности: тезисы // Журнал акушерства и женских болезней. Т. LX. Спец. вып.: Национальный конгресс «Дискуссионные вопросы современного акушерства» (Санкт-Петербург, 1 – 4 июня 2011 г.). С. 41 – 42.
69. Захарова Е. И., Якупова В. А. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО // Национальный психол. журн. 2015. № 1(17). С. 96 – 104.
70. Зинченко В. П., Смирнов С. Д. Методологические вопросы психологии. М.: Изд-во МГУ, 1983. 165 с.
71. Зобков А. В. Акмеология саморегуляции учебной деятельности. Владимир: Изд-во ВлГУ, 2013. 320 с.
72. Зобков В. А. Генезис отношения человека к жизнедеятельности. Владимир: Транзит-Икс, 2016. 520 с.
73. Зобков В. А. Личность и отношение к деятельности // Психология отношений: полисистемный субъектно-деятельностный подход: материалы методол. семинара (Владимир, 25 сент. 2009 г.) / сост. В. А. Зобков, А. Л. Журавлев, Н. П. Фетискин. М.; Владимир; Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2009. С. 25 – 53.
74. Зобков В. А. Отношение человека к деятельности как Я-отношение к отношению // Психологические новообразования личности в эпоху социальных трансформаций / отв. ред. Н. П. Фетискин, А. И. Субетто, Т. И. Миронова. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2015. С. 68 – 72.
75. Зобков В. А. Психология отношения человека к деятельности: теория и практика. Владимир: Калейдоскоп, 2011. 264 с.
76. Зобков В. А. Семейное воспитание как фактор антитеррористического иммунитета в детско-молодежной среде // Там же. С. 60 – 63.
77. Зобков В. А. Семья как малый коллектив воспитания поколений // Новая парадигма организационного управления в условиях вызовов XXI века (к 95-летию Л. И. Уманского): монограф. материалы всерос. симп. (Кострома, 27 – 29 окт. 2016 г.): в 2 т. / отв. ред., сост. Н. П. Фетискин, А. Л. Журавлев. Кострома: КГУ, 2016. Т. 2. С. 52 – 60.

78. Иванников В. А. Порождение деятельности и проблема мотивации // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2015. № 2. С. 15 – 22.
79. Изард К. Эмоции человека: пер. с англ. М.: Изд-во МГУ, 1980. 440 с.
80. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 412 с.
81. Ипполитова Е. А., Горская М. О. Родительские установки женщин с диагнозом «бесплодие» // Молодой ученый. 2014. № 5. С. 448 – 450.
82. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности / Г. Г. Филиппова [и др.] // Журнал практ. психолога. 2003. № 4 – 5. С. 64 – 82.
83. Исследование эмоционально-волевой сферы у бесплодных женщин / Ф. В. Дахно [и др.] // Физиология и патология репродуктивной функции женщины: науч. тр. Харьков, 1984. С. 7 – 8.
84. Каменская В. Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. СПб.: Детство-пресс, 1999. 144 с.
85. Карпов А. В. Психология рефлексивных механизмов деятельности. М.: Ин-т психологии РАН, 2004. 421 с.
86. Карпов А. В., Скитяева И. М. Психология рефлексии. М.; Ярославль: Аверс Пресс, 2002. 304 с.
87. Карпова Е. В. Специфика современного состояния и перспективы развития проблемы мотивации учебной деятельности // Вестн. КГУ им. Н. А. Некрасова. Сер.: Акмеология. 2006. № 2. С. 8 – 18.
88. Карымова О. С. Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Оренбург, 2010. 25 с.
89. Каткова М. Н., Стоянова И. Я. Особенности мышления пациентов с шизотипическим расстройством в контексте патопсихологического исследования // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: сб. материалов всерос. юбил. науч.-практ. конф. «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю. Ф. Полякова)» (Москва, 14 – 15 февр. 2013 г.) / под общ. ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Роциной. М., 2013. С. 63 – 64.

90. Кашапов М. М. Психологическое консультирование: учеб. и практикум для академ. бакалавриата. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2016. 197 с.
91. Кечиян К. Н. Факторы, влияющие на эффективность лечения бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения: дис. ... канд. мед. наук. М., 1992. 121 с.
92. Ключева Н. В. Психолог и семья: диагностика, консультация, тренинг. Ярославль: Академия развития, 2001. 160 с.
93. Ковалева Ю. В., Сергиенко Е. А. Контроль поведения при различном течении беременности // Психол. журн. 2007. Т. 28, № 1. С. 70 – 82.
94. Коваленко Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности, родов (медико-социальные аспекты): автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04. СПб., 2002. 44 с.
95. Коваленко Н. П. Психосоматические основы невынашивания беременности // Перинатальная психология и медицина (Психофизиология и патология беременности и родов; психотерапевтическая коррекция пре-, пери- и постнатального развития): сб. науч. тр. чл. Рос. ассоц. перинат. психологии и медицины. СПб.: Изд-во ИПТП, 2004 – 2005 гг. С. 26 – 30.
96. Козлов В. В. Истоки осознания. Волгоград: Семь ветров, 1999. 288 с.
97. Козлов В. В. Психология кризиса. М.: Ин-т консультирования и системных решений, 2014. 528 с.
98. Колгушина Т. Н. Актуальные вопросы гинекологии. Минск: Высшк. шк., 2000. 332 с.
99. Колесникова Г. И. Психологическое консультирование. Ростов н/Д.: Феникс, 2004. 288 с.
100. Колчин А. В. Психологические аспекты репродукции человека // Проблемы репродукции. 1995. № 1. С. 33 – 39.
101. Коновалов О. Е. Бесплодие как медико-демографическая проблема: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990. 23 с.
102. Коновалов О. Е. Социально-гигиенические и медико-биологические факторы риска невынашивания беременности и бесплодия // Проблемы соц. гигиены и история медицины. 1998. № 1. С. 19 – 22.

103. Конопкин О. А. Психологические механизмы регуляции деятельности. М.: Наука, 1980. 256 с.
104. Королева А. А. Трансгенерационный фактор в формировании жизненного сценария // Ярослав. пед. вестн. 2011. № 3. Т. II: Психолого-педагогические науки. С. 218 – 222.
105. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академ. проект, 1999. 240 с.
106. Кришталь Э. В., Маркова М. В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии // Мед. психология. 2003. № 1. С. 17 – 22.
107. Крюкова Т. Л., Сапоровская М. В., Куфтяк Е. В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. СПб.: Речь, 2005. 240 с.
108. Кулаков В. И., Пшеничникова Т. Я., Вихляева Е. М. Проблемы и перспективы исследований по проблеме «бесплодный брак» // Акушерство и гинекология. 1989. № 7. С. 3 – 7.
109. Кульчимбаева С. М., Мамедалиева Н. В., Джангиньдин Ю. Т. Психоэмоциональное состояние беременных с привычным невынашиванием // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. 2000. № 3. С. 41 – 47.
110. Левин К. Теория поля в социальных науках. СПб.: Сенсор, 2000. 368 с.
111. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
112. Леус Т. Н. Представление женщины о себе как о матери до и после родов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. М., 2001. 21 с.
113. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1984. 444 с.
114. Ломов Б. Ф. Системность в психологии. М.: Ин-т практ. психологии; Воронеж: МОДЭК, 1996. 384 с.
115. Мазилев В. А. Методологические проблемы психологии. Ярославль: МАПН, 2006. 236 с.
116. Мазилев В. А. Теория и метод в психологии. Ярославль: МАПН, 1998. С. 356.
117. Макаричева Э. В., Менделевич В. Д. Позитивная психотерапия и психическая адаптация к бесплодию // Психотерапия и клиническая психология: методы,

- обучение, организация: материалы рос. конф. «Психотерапия и клиническая психология в общемед. практике». СПб., 2000. С. 327 – 332.
118. Макаричева Э. В., Менделевич В. Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие // Соц. и клин. психиатрия. 1996. № 3. С. 20 – 22.
119. Макаричева Э. В., Менделевич В. Д. Психологические аспекты бесплодного брака: обзор лит. // Проблемы репродукции. 1996. № 1. С. 20 – 22.
120. Мальгина Г. Б. Влияние острого психоэмоционального стресса при катастрофе на течение и исход беременности, состояние плода и новорожденного: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. СПб., 1985. 22 с.
121. Малькова И. Н., Жедунова Л. Г. Трансляция семейного опыта как фактор формирования материнского отношения // Ярослав. пед. вестн. 2011. № 3. Т. II: Психолого-педагогические науки. С. 223 – 227.
122. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. 2009. Т. 1. № 1 (1). С. 57 – 62.
123. Медков В. М. Демография: учебник. 2-е изд., испр. М.: ИНФРА-М, 2007. 683 с.
124. Международная статистическая классификация болезней (X пересмотр, ВОЗ). М.: Медицина, 1992. 697 с.
125. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996. 338 с.
126. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук. М.: МЕДпресс, 1999. 588 с.
127. Менегетти А. Психосоматика. М.: ННБФ Онтопсихология, 2004. 360 с.
128. Мерлин В. С. Очерк интегральной индивидуальности. М.: Педагогика, 1986. 448 с.
129. Мид Дж. Г. Избранное / сост. и пер. В. Г. Николаев; отв. ред. Д. В. Ефременко. М.: ИНИОН РАН, 2009. 290 с.
130. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной психотерапии. М.: Класс, 1998. 304 с.
131. Миронова Е. С. Психологические факторы неготовности к материнству (на примере женщин с угрозой прерывания беременности): автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2011. 24 с.

132. Миронова Т. И. Реабилитация социально-психологического здоровья детско-молодежных групп: основы и механизмы. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2014. 520 с.
133. Миронова Т. И. Социальная психология реабилитации депривационных ограничений (на примере детско-молодежных групп временного типа): автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Кострома, 2012. 57 с.
134. Миронова Т. И., Фетискин Н. П., Шепелева С. В. Мотиваторы гедонистических девиаций в разновозрастных стадиях развития личности // Новая парадигма организационного управления в условиях вызовов XXI века (к 95-летию Л. И. Уманского): монограф. материалы всерос. симп. (Кострома, 27 – 29 окт. 2016 г.): в 2 т. / отв. ред., сост. Н. П. Фетискин, А. Л. Журавлев. Кострома: КГУ, 2016. Т. 2. С. 138 – 141.
135. Могилевская Е. В., Васильева О. С. Перинатальная психология. Психология материнства и родительства. Ростов н/ Д.: Феникс, 2015. 288 с.
136. Морено Я. Психодрама / пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. М.: Апрель: Эксмо, 2001. 528 с.
137. Моросанова В. И., Фомина Т. Г., Цыганов И. Ю. Осознанная саморегуляция и отношение к учению в достижении учебных целей. М.: Нестор-История, 2017. 380 с.
138. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. М.: Академия, 1999. 456 с.
139. Мухина В. С. Феноменология развития и бытия личности. М.: Ин-т практ. психологии, 1999. 640 с.
140. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л.: ЛГУ, 1960. 427 с.
141. Мясищев В. Н. Основы общей и медицинской психологии. Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. 216 с.
142. Нарушения психосексуального состояния женщин репродуктивного возраста и его влияние на фертильность / Н. Г. Ципурия [и др.] // Мед. психология. 2013. № 3 – 4 (16 – 17). С. 70 – 72.

143. Нижегородцева Н. В. История, методология и перспективы исследования индивидуальности человека в современной психологии // Ярослав. психол. вестн. 2003. № 10. С. 16 – 23.
144. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987. 168 с.
145. Овчарова Р. В. Психология родительства: учеб. пособие для студентов вузов. М.: Академия, 2005. 368 с.
146. Овчарова Р. В. Родительство как психологический феномен: учеб. пособие. М.: Моск. психол.-соц. ин-т, 2006. 496 с.
147. Оганесян М. Г. Патофизиологические аспекты нарушения репродуктивной функции после воздействия психо-эмоционального стресса: (по материалам Спитакского землетрясения в Армении 1988 г.): дис. ... д-ра мед. наук: 10.00.16. М., 1997. 191 с.
148. Осницкий А. К. Выявление проблем ребенка и родителей с помощью «фильм-теста» Рене Жиля // Вопр. психологии. 1997. № 1. С. 55 – 62.
149. Осницкий А. К. Определение характеристик социальной адаптации // Журнал практ. психолога. 1998. № 1. С. 54 – 64.
150. Основы психологии семьи и семейного консультирования: учеб. для академ. бакалавриата / Н. Н. Посысов [и др.]. М., 2017. 327 с.
151. Павлов И. П. Полное собрание сочинений: в 6 т. / под ред. Э. Ш. Айрапетьянца. 2-е изд., доп. М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1951. Т. 4. 452 с.
152. Пепперел Р. Дж., Хадсон Б., Вуд К. Бесплодный брак. М.: Медицина, 1986. 336 с.
153. Петровская Л. А. Развитие компетентного общения как одно из направлений оказания психологической помощи // Введение в практическую социальную психологию / под ред. Ю. М. Жукова, Л. А. Петровской, О. В. Соловьевой. М.: Смысл, 1996. 373 с.
154. Петровский В. А. Личность в психологии: парадигма субъектности. Ростов н/Д.: Феникс, 1996. 512 с.

155. Петухова О. К. Психовегетативные нарушения у беременных с привычным невынашиванием беременности и их коррекция методом иглорефлексотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. М., 1993. 25 с.
156. Поваренков Ю. П. Психологическое содержание профессионального становления человека. М.: УРАО, 2002. 160 с.
157. Подобина О. Б. Совладающее поведение женщины на этапе принятия роли матери: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. Курск, 2005. 211 с.
158. Предпосылки девиантного материнского поведения / В. И. Брутман [и др.] // Семейная психология и психотерапия. 1999. № 3. С. 14 – 35.
159. Прохоров А. О. Саморегуляция психических состояний в повседневной, обыденной жизнедеятельности человека // Психол. исслед. 2017. Т. 10 (56). С. 7.
160. Прохоров А. О. Функциональные структуры и средства саморегуляции психических состояний // Психол. журн. 2005. № 26(2). С. 68 – 80.
161. Психика и роды / под ред. Э. К. Айламазяна. СПб.: Яблоко СО, 1996. 120 с.
162. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО / Н. Н. Петрова [и др.] // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 2013. № 2. С. 42 – 49.
163. Психологические особенности женщин с бесплодием / В. В. Васильева [и др.] // Вопр. психологии. 2003. № 6. С. 95 – 98.
164. Психология эмоций. Тексты / под ред. В. Вилюнаса. М.: Изд-во МГУ, 1984. 303 с.
165. Психосоциальные аспекты в программе ЭКО / Ш. К. Карибаева [и др.] // Репродуктивная медицина. 2010. № 3 – 4(05-06). С. 41 – 43.
166. Пшеничникова Т. Я. Бесплодие в браке. М.: Медицина, 1991. 314 с.
167. Разина Т. В. Половые особенности мотивации научной деятельности студентов, собирающихся поступать в аспирантуру // Alma mater (Вестник высшей школы). 2012. № 6. С. 30 – 36.
168. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир. СПб.: Питер, 2003. 512 с.
169. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии: в 2 т. М.: Педагогика, 1989. Т. 2. 328 с.

170. Русалов В. М., Рудина Л. М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью // Психол. журн. 2003. Т. 24, № 6. С. 16 – 26.
171. Рябова М. Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушения репродуктивной функции // Вестн. Тамб. ун-та. Сер.: Гуманитарные науки. 2013. № 9(125). С. 190 – 198.
172. Рябова М. Г. Психологические особенности женщин при лечении бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения // Вестн. Тамб. ун-та. Сер.: Естественные и технические науки. 2014. Т. 19, № 4. С. 121 – 123.
173. Сапоровская М. В. Родители и дети: развитие совладающего поведения в семье. Психология совладающего поведения / под ред. Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергиенко. М.: ИП РАН, 2008. С. 347 – 365.
174. Сапоровская М. В. Теория и практика исследования межпоколенной связи в семейном контексте [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. № 1(9). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 17.02.2017).
175. Свяцкевич И. Ю. Социально-психологические аспекты самовосприятия и самооценки женщин в бесплодном браке: дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2002. 180 с.
176. Сексуальная дисгармония супружеской пары при женском бесплодии / В. В. Лолыч [и др.] // Эксперим. и клин. медицина. 1999. № 1. С. 144 – 147.
177. Селье Г. Стресс без дистресса. Рига: Виеда, 1992. С. 14 – 24, 47 – 49.
178. Скрицкая Т. В. Ценностные ориентации и уровень удовлетворенности жизнью как показатель личностного роста женщины в период беременности // Перинатальная психология и психология родительства. 2006. № 1. С. 76 – 82.
179. Смирнов В. М., Смирнов А. В. Физиология сенсорных систем и высшая нервная и психическая деятельность: учеб. для вузов. М.: Академия, 2013. 383 с.
180. Социальная психология: словарь / под ред. М. Ю. Кондратьева // Психологический лексикон: энцикл. слов.: в 6 т. / под общ. ред. А. В. Петровского. М.: Per Se, 2005. Т. 2. 175 с.
181. Социальная психология: учеб. пособие для вузов / под ред. А. А. Деркача, А. Н. Сухова. М.: Академия, 2001. 600 с.

182. Субетто А. И. Квалиметрия человека и образования: генезис, становление, развитие, проблемы и перспективы. М.: Исслед. центр проблем качества подгот. специалистов, 2006. 96 с.
183. Суходольский Г. В. Математическая психология. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1997. 322 с.
184. Ташлыков В. А. Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при неврозах в процессе их психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1981. Вып. 11. С. 22 – 26.
185. Теория семейных систем Мюррея Боуэна : Основные понятия, методы и клиническая практика / ред. А. Я. Варга. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с.
186. Терешин А. Т. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений репродуктивной и сексуальной функций при эндокринных формах бесплодия у женщин: дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997. 247 с.
187. Ткаченко Л. В., Свиридова Я. И. Особенности психоэмоционального и вегетативного статуса женщин с привычным невынашиванием инфекционно-воспалительного генеза // Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы: материалы I Междунар. конф. (Москва, 26 апр. 2002 г.). М., 2002. С. 290 – 293.
188. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 384 с.
189. Турчин А. С. Акмепсихология развития субъекта образования в деятельности со знаково-символическими средствами. М. – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2011. 318 с.
190. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. М.: Наука, 1966. 451 с.
191. Урываев В. А., Солондаев В. К. Международная научно-практическая конференция «Медицинская (клиническая) психология: исторические традиции и современная практика» (Ярославль, 2 – 4 окт. 2014 г.) [Электронный ресурс] // Мед. психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 6(29). URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 18.09.2017).
192. Ухтомский А. А. Доминанта. М.; Л.: Наука, 1966. 273 с.
193. Федина Л. П. Индивидуально-психологические особенности и адаптация семей, вступивших в протоколы экстракорпорального оплодотворения // Молодой ученый. 2010. № 8. Т. 2. С. 131 – 134.

194. Федорова Т. А. Бесплодие неясного генеза у женщин / Т. А. Федорова // Андрология, репродукция и сексуальные расстройства. 1993. № 4. С. 19 – 22.
195. Федорова Т. А. Клиника, диагностика и лечение «необъяснимого» бесплодия у женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1986. 23 с.
196. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития малых групп. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 350 с.
197. Фетискин Н. П., Мануйлов Г. М., Маслова О. С. Концептуальные основы гендерных отношений // Психология отношений: полисистемный субъектно-деятельностный подход: материалы методол. семинара (Владимир, 25 сент. 2009 г.) / сост.: В. А. Зобков, А. Л. Журавлев, Н. П. Фетискин. М.; Владимир; Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2009. С. 200 – 209.
198. Фетискин Н. П., Миронова Т. И., Шепелева С. В. Детско-молодежная девиантология. Кострома, 2016. С. 147 – 154.
199. Филиппов О. С., Радионченко А. А. Эпидемиологическое изучение индивидуального риска развития бесплодия // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. 1999. № 4. С. 56 – 59.
200. Филиппова Г. Г. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: материалы всерос. конф. Иваново, 2001. С. 4 – 11.
201. Филиппова Г. Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Журнал практ. психолога. 2003. № 4 – 5. С. 83 – 108.
202. Филиппова Г. Г. Проблемы психологической готовности к беременности у женщин при ВРТ // Репродуктивные технологии сегодня и завтра: материалы XIX междунар. конф. (Иркутск, 10 – 12 сент. 2009 г.). Иркутск, 2009. С. 67 – 68.
203. Филиппова Г. Г. Проблемы телесности в психологии репродуктивной сферы женщины // Междисциплинарные проблемы психологии телесности: материалы межведомств. науч.-практ. конф. (Москва, 20 – 21 окт. 2004 г.). М.: Изд-во МГУ, 2004. С. 367 – 379.

204. Филиппова Г. Г. Психологическая адаптация к беременности и родительству в супружеских парах с бесплодием и невынашиванием в анамнезе // Психологические проблемы современной семьи: материалы IV междунар. науч. конф. (Москва, 21 – 23 окт. 2009 г.). М., 2009. С. 675 – 678.
205. Филиппова Г. Г. Психология материнства. Концептуальная модель. М.: Ин-т Молодежи, 1999. 286 с.
206. Филиппова Г. Г. Психология материнства: сравнительно-психологический анализ: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01. М., 2000. 48 с.
207. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учеб. пособие. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 240 с.
208. Филиппова Г. Г. Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика [Электронный ресурс] // Мед. психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 6. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 23.10.2017).
209. Филиппова Г. Г. Психосоматический подход к нарушению репродуктивной сферы человека // Репродуктивные технологии сегодня и завтра: материалы XV междунар. конф. РАРЧ (Чебоксары, 8 – 10 сент. 2005 г.): тез. докл. Чебоксары, 2005. С. 94 – 95.
210. Фоменко Г. Ю. Личность в экстремальных условиях: два модуса бытия. Краснодар: КубГУ, 2006. 479 с.
211. Фоменко Г. Ю. Психологические проблемы женского бесплодия в контексте личностных противоречий (экзистенциальные аспекты) // Человек. Сообщество. Управление. 2008. № 4. С. 17 – 29.
212. Фоули Д., Нечас Э. Энциклопедия женского здоровья / пер. с англ. М. Г. Луппо. М.: Крон - Пресс, 1995. 623 с.
213. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы: пер. с англ. М.: Педагогика, 1993. 144 с.
214. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1991. 456 с.
215. Фрейд З. Психология бессознательного: пер. с нем. М.: Просвещение, 1998. 319 с.
216. Фрейд З. Тотем и табу // «Я» и «Оно»: Труды разных лет: в 2 кн.: пер. с нем. М. Вульфа, Тбилиси: Мерани, 1991. Кн. 1. С. 193 – 350.

217. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.: Республика, 1994. 447 с.
218. Харламова Т. М., Курилова А. В. Психологические особенности женщин, страдающих бесплодием (результаты t-критерия Стьюдента) // Междунар. журн. эксперим. образования. 2016. № 7. С. 167.
219. Харли У. Законы семейной жизни. М.: Протестант, 1992. 208 с.
220. Хеллинггер Б. Порядки любви. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. 400 с.
221. Шадриков В. Д. Введение в психологию. Мир внутренней жизни человека. М.: Логос, 2010. 392 с.
222. Шадриков В. Д. Введение в психологию: эмоции и чувства. М.: Логос, 2002. 156 с.
223. Шамяионов Р. М. Психология социального поведения личности: учеб. пособие. Саратов: Наука, 2009. 186 с.
224. Шенкер Дж. Стресс и бесплодие // Акушерство и гинекология. 1993. № 2. С. 39 – 42.
225. Шибутани Т. Социальная психология. М.: Прогресс, 1969. 535 с.
226. Штуценбергер А. А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы: пер. с нем. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. 256 с.
227. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2001. 656 с.
228. Юнг К. Г. Архетип и символ: пер. с нем. М.: Ренессанс, 1991. 304 с.
229. Юнг К. Г. Брак как психологическое отношение // Конфликты детской души: пер. с нем. М.: Канон, 1995. С. 185 – 209.
230. Якупова В. А., Захарова Е. И. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО // Национальный психол. журн. 2015. № 1(17). С. 96 – 104.
231. Abbasi A. «Where Do the Ova Go?» An Analytic Exploration of Fantasies Regarding Infertility // Psychoanalytic Inquiry. 2011. Vol. 31. № 4. P. 366 – 379.
232. Abbey A., Halman L. J., Andrews F. M. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility // Fertil. Steril. 1992. Vol. 57. № 1. P. 122 – 128.

233. Amir M., Horesh N., Lin-Stein T. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* (1999) 6: 463. [Электронный ресурс]. URL: <https://doi.org/10.1023/A:1026280017092> (дата обращения: 12.07.2016).
234. Behrman S. J., Kisther R. W. A rational approach to the evaluation of infertility // *Progress in infertility*. 1975. P. 1 – 4.
235. Bitzer J. Somatization disorders in obstetrics and gynecology [Электронный ресурс] // *Archives of Women's Mental Health*. 2003. № 6. P. 99 – 107. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-002-0150-6#page-2>. doi:10.1007/s00737-002-0150-6 (дата обращения: 15.12.2016).
236. Bitzer J. Zur Psychologie der Infertilität [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kinderwunsch.ch/medizin/psych-d.html> (дата обращения: 15.12.2016).
237. Blumer H. *Symbolic Interactionism*. Englewood-Cliffs, 1969. 208 p.
238. Boivin J., Appleton T.C., Baetens P. [et al]. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* [Электронный ресурс]. URL: 2001;16:1301–4 doi:10.1093/humrep/16.6.1301 (дата обращения: 23.03.2017).
239. Boivin J., Kentenich H., eds. *Guidelines for counselling in infertility* // ESHRE Monographs: Oxford University Press, 2002.
240. Cox L. W. Infertiliti: a comprehensive programme // *Brit. J. Obstet. Gynaecol*, 1975. Vol. 82, № 1. P. 2 – 6.
241. Ferro A. Creativity in the Consulting Room: Factors of Fertility and Infertility // *Psychoanalytic Inquiry*. 2012. Vol. 32. № 3. P. 257 – 274.
242. Golombok S. Психологические реакции у бесплодных пациентов // *Андрология, репродукция и секс. расстройства*. 1993. № 2. P. 4 – 10.
243. Harrison R. F. [et al.]. Stress profiles in normal infertile couples // *Advances in Diagnosis Treatment of infertility*. Amsterdam: Elsevier, 1987. P. 143 – 157.
244. Kerr J. Опыт лечения бесплодных супружеских пар в Великобритании: результаты исследования, выполненного в 1997 году // *Проблемы репродукции*. 1999. № 4. P. 52.
245. Kuhn M. H. The Reference Group Reconsidered // *The Sociological Quarterly*. 1964. V. 5. P. 5 – 21.

246. Kuhn M. Major Trends in Symbolic Interaction Theory in the Past Twenty-five Years // *The Sociological Quarterly*. 1964. № 1. V. 5. P. 61 – 84.
247. Kulish N. On Childlessness // *Psychoanalytic Inquiry*. 2011. № 31. P. 350 – 365.
248. Lombardi R. The Body, Feelings, and the Unheard Music of the Senses // *Contemporary Psychoanalysis*. 2011. Vol. 47. № 1. P. 3 – 24.
249. Menning B. E. The emotional needs of infertile couples // *Fertil. Steril.* 1980. Vol. 34, № 3/4. P. 313 – 319.
250. Morse C. A., Van Hall E. V. Psychosocial aspect of infertility: A review of current concept // *Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 1987. Vol. 6. № 3. P. 157 – 164.
251. Notman M. T. Some Thoughts About the Psychological Issues Related to Assisted Reproductive Technology // *Psychoanalytic Inquiry*. 2011. Vol. 31. № 4. P. 380 – 391.
252. Osgood C. E., Tannenbaum P. The Principle of Congruity in the Prediction of Attitude Change // *Psychological Review*. 1955. V. 62. P. 42 – 55.
253. Piccinelli M., Simon G. Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress: An international study in primary care // *Psychological Medicine*. 1997. Vol. 27. № 2. P. 433 – 444.
254. Shereshefsky P. M., Yarrow L. J. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. N. J.: RavenPressPubl., 1973. 373 p.
255. Stauber M. Psychosomatischen Untersuchungen zur sterilen Partnerschaft // *Gynaekologie*. 1982. Vol. 15. № 4. P. 202 – 206.
256. Vigneri M. Children who come from the cold, second part – new reproductive frontiers: post-mortem conception // *Rivista di Psicoanalisi*. 2011. Vol. 57. № 3. P. 655 – 670.
257. Vigneri M. Children who comes from the cold. On the infertile woman and the new procreative frontiers // *Rivista di Psicoanalisi*. 2011. Vol. 57. № 3. P. 117 – 145.
258. Wischmann T., Scherg H., Strowitzki Th., Verres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counseling [Электронный ресурс] // *Human Reproduction*. 2009. Vol. 24. № 2. P. 378 – 385. URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/2/378.full>. doi: 10.1093/humrep/den401 (дата обращения: 18.09.2016).
259. Zech H. Психологическая диагностика и терапия при бесплодии // *Проблемы репродукции*. 1995. № 1. С. 97 – 99.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкета 1. «Проявления социально-психологической адаптации у инфертильных женщин в малой группе (семье)»

История разработки методики. Создание методики продиктовано необходимостью исследовать социально-психологический уровень личности инфертильных женщин, а также возможностью изучить пути возникновения и динамику развития состояния «инфертильности». За основу была взята анкетная методика А. В. Зобкова «Диагностика объективно-деятельностных характеристик саморегуляции учебной деятельности», разработанная им во время исследования регуляции учебной деятельности. В методике были представлены 14 показателей [75].

На основании протоколов индивидуальных бесед с инфертильными женщинами (пример протокола беседы представлен ниже) методика была нами адаптирована к социально-материнской активности и дополнена 21-м выделенным показателем, характеризующим социально-психологический уровень личности инфертильных женщин. Методом выделения главных компонентов (по Л. К. Выханду) были выделены компоненты личности инфертильных женщин.

Протокол беседы

Тема: социально-психологические особенности инфертильных женщин.

Цель: выявить социально-психологические черты/показатели инфертильных женщин.

П.: Здравствуйте! Как вы себя чувствуете, как настроение?

Ж.: Ничего, я готова. Давайте разговаривать.

П.: А о чем вы хотели бы поговорить? Может быть, вас тревожит что-то?

Ж.: Да, моя мать. Она просто выводит меня из себя.

П.: Вы можете поделиться, что произошло?

Ж.: Она хотела выдать меня замуж и выдала. *(пауза)* Она меня никогда не любила. Я все время была «Золушкой» в семье.

П.: Скажите, пожалуйста, а вы принимали какие-то решения в быту своей родительской семьи или, как и от Золушки, от вас требовали только подчинения?

Ж.: Понимаете, я никогда не имела права голоса, мне никогда не давали принимать решения. Иногда я предлагала что-то сделать в квартире, но мне говорили, что это не моего ума дело, и я молчала. Все равно отругают.

П.: Вы пытались как-то обосновать свое предложение или отстоять его?

Ж.: Нет, мама всегда говорила, что я ничего не понимаю и должна слушать, что старшие говорят.

П.: Скажите, пожалуйста, а как ваш отец?

Ж.: Да, отец. *(пауза)*. Однажды он сказал, что я не знаю, как любят первого ребенка в семье. Я ему ответила, что действительно родительской любви к себе я не чувствую, хотя я первый ребенок. Иногда я могла на него рассчитывать. Был случай, когда мама уехала на учебу в другой город и оставила меня одну с моими двумя младшими сестрами и отцом. Вот в этот месяц мы жили спокойно и счастливо. Папа меня понимал. У нас хватало денег на все. А когда вернулась мама, она на меня накричала, что дома было все плохо. Я посмотрела на отца, он попытался за меня заступиться. Она сорвалась на него, а от меня отстала.

П.: Т.е. я правильно поняла, что вы не принимали никаких решений в семейном быту, а если пробовали проявить инициативу, то она тут же подавлялась, если только за вас не вступался отец.

Ж.: Да, вы правы. Вообще, мне кажется, она меня никогда не любила и не любит. Мне всегда прививалось то, что я должна решить проблемы тех, кто со мной общается. Я, как скорая помощь, бежала вперед людей решать их проблемы, даже если им это было не надо. Мой муж злится из-за этого на меня. А его родственники пользуются. Самую черную работу, которую они выполнять не хотят, делаю я. Да и ладно! Зато я им нужна. *(пауза)*

П.: Почему вы так решили? Может быть, им просто нравится, что есть такой пробивной человек, который за них сделает всю работу?

Ж.: Я иногда чувствую себя мужиком, который взвалил на себя все и прет. Мой папа как-то сказал, что я, как мужик, могу делать все: «Она взвалила на себя мешок и понесла». Он говорил это с таким восхищением, а меня это обидело, словно я нужна только для работы. Хотя, *(пауза)*, я, наверное, только для этого и нужна. Меня не воспринимают как женщину, как возможную мать, я больше похожа на ребенка, которого бьют, обижают и заставляют работать.

П.: Давайте поговорим о том, как вы со всем справляетесь. Ведь вы успеваете, наверное, сделать все, что хотите.

Ж.: Нет, я успеваю сделать все для моих близких, а мои мечты и желания постоянно откладываются на второй план. Знаете, есть то, что я точно выполняю, и за этим следят родственники. Я очень аккуратна в выполнении назначений врача, я иду к одному врачу, если он не помогает, иду к другому.

П.: Скажите, а в каких городах вы уже лечились?

Ж.: В Москве, Гусе, Иваново, Владимире. Я уже сделала два ЭКО. Они не удачные, но у меня все равно будет ребенок!

П.: Вы очень любите детей?

Ж.: Мы уже живем десять лет. У всех есть дети, и у нас будут, тогда мы будем полноценной семьей, и никто на нас не будет пальцем показывать.

П.: Скажите, а вы с детьми друзей охотно играете?

Ж.: Нет, меня не надолго хватает.

П.: Что значит «не надолго»?

Ж.: У меня есть племянница, ей 2 года, я ее очень люблю. Я ее крестная. Но стоит ей начать плакать – и все, я готова ее выкинуть куда-нибудь, ударить.

П.: А эти чувства, они как появляются – с течением времени или вдруг?

Ж.: Они сразу появляются резко, и я ничего не могу с собой поделаться. Мне хочется тут же убежать и спрятаться. А еще ненавижу, когда дети начинают что-то кланчить, капризничать.

П.: Но вы же понимаете, что дети часто капризничают, плачут. Как вы будете с этим справляться?

Ж.: Я не знаю, как-нибудь.

П.: А ваш муж, он хочет детей?

Ж.: Говорит, что хочет, но не знаю, пойдет он в третий раз на ЭКО или нет.

П.: Можно вам задать вопрос?

Ж.: Да! (*оживленно*)

П.: Вы нацелены на беременность?

Ж.: Да, тогда я докажу всем, что со мной надо считаться, что я тоже человек.

П.: Спасибо вам за беседу! Мы на сегодня закончим, вы не против?

Ж.: Нет, а когда в следующий раз прийти?

П.: На следующей неделе, в это же время.

Ж.: Хорошо, до свидания!

П.: До свидания!

Инструкция. Ниже приведены 35 качеств (черт) личности женщины с позиции матери, характеризующих с социально-психологической стороны процесс саморегуляции женщины в реализации материнской активности. Вам предлагается заполнить бланк анкеты в соответствии с предписаниями. Мы надеемся на вашу ответственность и искренность при заполнении бланка анкеты. Результаты диагностики будут использованы нами в научных целях.

Пожалуйста, внимательно прочитайте и заполните бланк анкеты в соответствии с данными инструкции:

1) оцените по 10-балльной шкале, где 1 балл – min, 10 – max, уровень развития социально-психологических качеств (черт), характеризующих процесс реализации материнской активности у Вас в настоящий момент, и поставьте балл напротив каждого качества;

2) до какого уровня развития данных качеств (черт), по Вашему мнению, Вы сможете прийти через год? Поставьте, пожалуйста, это значение (также по 10-балльной шкале) в колонке № 2;

3) в колонку № 3 впишите, пожалуйста, цифры, связанные с оценкой степени уверенности (от 0 до 100 %), что через год Вы с x степенью уверенности можете добиться указанного значения;

4) пожалуйста, оцените (по той же 10-балльной шкале) уровень развития качеств (черт), характерных для «идеальной» матери (колонка № 4). В следующей колонке (№ 5) поставьте год – через сколько лет Вы сможете достигнуть этого значения. В последней, шестой колонке, поставьте степень уверенности в процентах, что через указанный промежуток времени Вы сможете достичь этого значения.

Всего для каждого качества (черты) должно быть заполнено 6 колонок.

Бланк анкеты

Ф. И. О. _____ Возраст _____ Дата _____

№ п/п	Показатель	1	2	%	4	5	%
1.	Интеллектуально-социальная заторможенность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы						
2.	Интеллектуальная пассивность в семейно-бытовой сфере						
3.	Интеллектуально-социальная заторможенность в решении повседневных вопросов семейно-бытовой сферы						
4.	Интеллектуальная пассивность в исполнительной фазе семейно-бытовой сферы						
5.	Опасения физиологической неполноценности и системных нарушений у будущего ребенка						
6.	Аккуратность пациентки						
7.	Отсутствие личностной мотивации реализации материнской роли						
8.	Ответственное отношение к проблемам мужа						
9.	Безвольное, безответственное отношение к себе и к потребностям будущего ребенка						
10.	Тревога о возможной смерти женщины или ребенка во время родов						
11.	Желание забеременеть, но не родить ребенка						
12.	Настойчивость						
13.	Нарушение социальных отношений с мужем и родственниками						
14.	Закрытость в общении						
15.	Навязчивая, чрезмерно активная коммуникативная погруженность в решение проблем других людей						

16.	Эмоциональная неготовность к материнству						
17.	Социально-мотивационная установка женщины забеременеть, а не выносить и родить здорового ребенка						
18.	Преобладание маскулинных установок, доминантность мужских качеств над женскими						
19.	Социально-мотивационная несостоятельность как женщины-матери						
20.	Отсутствие бытового трудолюбия						
21.	Целеустремленность						
22.	Отсутствие видения себя в роли матери						
23.	Активность пациентки						
24.	Тревога, связанная с процессом родоразрешения						
25.	Стремление отстоять свою позицию						
26.	Отсутствие социально-интеллектуальной позиции в организации семейно-бытовой сферы						
27.	Волевая неустойчивость						
28.	Нетактичность в поведении						
29.	Эмоциональность						
30.	Эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям						
31.	Неуверенность в рождении ребенка						
32.	Нетерпимое отношение к детскому поведению						
33.	Аффективные всплески от детского крика						
34.	Отсутствие любви и нежного отношения к будущему ребенку						
35.	Низкий самоконтроль поведения						

Анкета 2. «Проявления социально-психологической адаптации у фертильных женщин в малой группе (семье)»

История разработки методики. Создание методики продиктовано необходимостью исследования социально-психологического уровня личности фертильных женщин для получения данных и сравнения его с социально-психологическим уровнем личности инфертильных женщин. За основу была взята анкетная методика А. В. Зобкова «Диагностика объективно-деятельностных характеристик саморегуляции учебной деятельности», разработанная им при исследовании регуляции учебной деятельности. В методике были представлены 14 показателей [75].

На основании протоколов индивидуальных бесед с фертильными женщинами (пример протокола беседы представлен ниже) методика была нами адаптирована к социально-материнской активности и дополнена 21-м выделенным показателем, характеризующим социально-психологический уровень личности фертильных женщин. Методом выделения главных компонентов (по Л. К. Выханду) были выделены компоненты личности фертильных женщин.

Протокол беседы

Тема: социально-психологические особенности фертильных женщин.

Цель: выявить социально-психологические черты/показатели фертильных женщины.

П.: Здравствуйте! Как вы себя чувствуете, как настроение?

Ж.: Ничего, хорошо. Сказали, что с ребенком все в порядке.

П.: Мне врачи сказали, что вас что-то тревожит.

Ж.: Да, мне кажется, что я боюсь того, что со мной во время родов может что-то случиться.

П.: Что конкретно может случиться?

Ж.: Знаете, в интернете пишут, что и дети и роженицы умирают. А вдруг и со мной что-то такое произойдет или после родов будет болезнь какая-нибудь?

П.: Скажите, пожалуйста, вы с кем-то это обсуждали?

Ж.: Понимаете, я маме говорила, она меня успокаивает, говорит, что все будет хорошо. Что все рожают и я рожу.

П.: Врачи говорят о какой-либо угрозе во время родов?

Ж.: Нет, говорят, что все будет хорошо, даже успокоительные прописали.

П.: Давайте договоримся: вы ходите в нашу «Школу материнства», расписание на двери. Вы узнаете, как все проходит, а когда знаешь механизм, тогда весь страх уходит.

Ж.: Да, я схожу.

П.: Хорошо. Вот вы говорили про маму, скажите, какие у вас отношения, она вас поддерживает?

Ж.: Моя мамочка – она вообще самая лучшая! Она нас воспитала, всему научила, мой муж говорит, что лучше тещи и не надо!

П.: Вы говорите «всему научила» – что вы имели в виду?

Ж.: Понимаете, я дома сейчас, как вот мать. От меня многое зависит, муж ко мне прислушивается, если что-то надо купить или принять решение – я тоже в этом участвую. А бывает, что решили что-то, а я узнала, как лучше, звоню и говорю, что сделаем так.

П.: А муж?

Ж.: Он соглашается. Я же хозяйка! Я дом держу!

П.: Т.е. вы отвечаете за организацию быта вашей семьи, вся социальная ответственность на вас?

Ж.: Да, вить гнездо женщина должна.

П.: А с семьей мужа, с коллегами, соседями вы дружно живете?

Ж.: Знаете, всякое бывает, но мне с ними со всеми делить нечего. Я их все равно не изменю. Приняла такими, какие есть. Мама с папой, говорят, что со всеми нужно стараться жить дружно.

П.: Скажите, а мама с папой по поводу детей вам что говорили?

Ж.: У нас семья большая, нас трое. Мы все очень дружная семья. Детишек у брата трое, у сестры двое. Вот и мы родим.

П.: Представляю себе, когда все дети вместе – целый детский сад. Кто-то плачет, кто-то капризничает.

Ж.: Ну и что. Мы идем всех жалеть, успокаивать. Мы все детьми были, можно и потерпеть, когда капризничают и рыдают. Где-то и наказать, если балуются, отругать. А потом обнять и пожалеть.

П.: Многие женщины мне говорят, что они иногда будто чувствуют своего ребенка. Еще не родили, а уже представляют, какой он будет, как они с ним гуляют, кормят его, купают. У вас такие чувства возникают?

Ж.: Да, особенно после УЗИ. Ходишь, смотришь на снимок. И представляешь его. Гладишь живот и объясняешь ему все.

П.: Здорово!

П.: Можно вам задать вопрос?

Ж.: Да! *(спокойно)*

П.: Вы изначально были на что нацелены – на беременность или на рождение ребенка?

Ж.: Я хотела ребенка.

П.: А муж хотел?

Ж.: Да, мы оба захотели, должен же кто-то после нас остаться. Дети – наше продолжение, наша любовь, смысл жизни!

П.: Это точно! Спасибо вам за беседу! Мы на сегодня закончим, вы не против? Встретимся с вами на занятиях «Школы материнства», хорошо?

Ж.: Хорошо, до свидания!

П.: До свидания!

Инструкция. Ниже приведены 35 качеств (черт) личности женщины (с позиции женщины-матери) характеризующих с социально-психологической стороны процесс саморегуляции женщины в реализации материнской активности. Вам предлагается заполнить бланк анкеты в соответствии с предписаниями. Мы надеемся на Вашу ответственность и искренность при заполнении бланка анкеты. Результаты диагностики будут использованы нами в научных целях.

Пожалуйста, внимательно прочитайте и заполните бланк анкеты в соответствии с данными инструкции:

1) оцените по 10-балльной шкале, где 1 балл – min, 10 – max, уровень развития социально-материнских качеств (черт), характеризующих процесс реализации материнской активности у Вас в настоящий момент, и поставьте балл напротив каждого качества;

2) до какого уровня развития данных качеств (черт), по Вашему мнению, Вы сможете прийти через год? Поставьте, пожалуйста, это значение (также по 10-балльной шкале) в колонке № 2;

3) в колонку № 3 впишите, пожалуйста, цифры, связанные с оценкой степени уверенности (от 0 до 100 %), что через год Вы с x степенью уверенности можете добиться указанного значения;

4) пожалуйста, оцените (по той же 10-балльной шкале) уровень развития качеств (черт), характерных для «идеальной» матери (колонка № 4). В следующей колонке (№ 5) поставьте год – через сколько лет Вы сможете достигнуть этого значения. В последней, шестой колонке, поставьте степень уверенности в процентах, что через указанный промежуток времени Вы сможете достичь этого значения.

Всего для каждого качества (черты) должно быть заполнено 6 колонок.

Бланк анкеты

Ф. И. О. _____ Возраст _____ Дата _____

№ п/п	Показатель	1	2	%	4	5	%
1.	Самостоятельность в планирующей семейно-бытовой сфере						
2.	Самостоятельность в исполнительской семейно-бытовой сфере						
3.	Инициативность в планирующей семейно-бытовой сфере						
4.	Инициативность в исполнительской семейно-бытовой сфере						
5.	Чувство тревоги за будущего ребенка						

6.	Дисциплинированность								
7.	Организованность								
8.	Социальная ответственность								
9.	Ответственность за себя и будущего ребенка								
10.	Чувство тревоги о собственном здоровье после родов								
11.	Желание родить, несмотря ни на какие препятствия								
12.	Умение организовать, подготовить себя и своих родственников к рождению ребенка								
13.	Коммуникативная совместимость с социумом								
14.	Общительность								
15.	Эмпатия								
16.	Состояние тревоги о протекании беременности								
17.	Уверенность в себе								
18.	Доминантность женских качеств								
19.	Уверенность в реализации своей материнской роли								
20.	Трудолюбие								
21.	Целеустремленность								
22.	Видение себя в роли матери								
23.	Активность								
24.	Чувство напряжения, беспокойства за процесс родов								
25.	Стремление отстоять свою позицию								
26.	Зависимость от мнения окружающих								
27.	Эмоциональная устойчивость								
28.	Волевая активность в поведении								
29.	Эмоциональность								
30.	Эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям								
31.	Уверенность в рождении ребенка								
32.	Эмоциональная устойчивость по отношению к детскому поведению								
33.	Терпимость по отношению к детскому плачу и детским капризам								
34.	Любовь и нежное отношение к будущему ребенку								
35.	Желание внести гармонию, спокойствие в семейно-бытовую деятельность								

Анкета «Самооценка развития социально-материнской активности женщин»

История разработки методики. В процессе психологической работы с инфертильными женщинами возникла необходимость в исследовании представления женщин о характеристиках, которые могут быть присущи идеальной женщине-матери. За основу была взята анкетная методика А. В. Зобкова «Самооценка «дистанции» личностного развития субъекта учебной деятельности», разработанная им в процессе исследования регуляции учебной деятельности. В методике были представлены 44 показателя [75].

На основании протоколов групповых бесед с инфертильными и фертильными женщинами (пример протокола беседы представлен ниже) методика была адаптирована к материнской деятельности и дополнена 10-ю выделенными показателями, характеризующими женщин-матерей.

Протокол беседы

Тема: психологические особенности идеальной матери.

Цель: выявить психологические и социально-психологические черты/показатели идеальной женщины-матери.

П.: Здравствуйте, **цель нашей сегодняшней беседы** – женщина-мать. Нам необходимо сформировать с вами портрет идеальной матери. Какими характеристиками она должна обладать? Какими чертами характера? Как она должна вести себя по отношению к детям, к людям, с которыми она общается? Какая она в быту? Как она проявляет себя в профессиональной деятельности?

Ж1: Она должна быть как моя мама.

П.: Расскажите, пожалуйста, какая она?

Ж1: Она хорошая, добрая, ласковая, нежная, внимательная.

Ж2: Ну, мама должна быть не только такой, прежде всего, я думаю, у нее должны быть дети.

П.: Скажите, пожалуйста, дети или ребенок?

Ж2: Ребенок, тогда она уже точно мать, она же его родила.

П.: А если она взяла его из детского дома, а не родила сама?

Ж2: Все зависит от того, как она к нему относится. Бывает, что этот ребенок оказывается не нужен, и его возвращают.

П.: Значит, мы все-таки рассматриваем тот факт, что женщина-мать должна сама родить ребенка. Так?

Хором: Да.

П.: А мать, она всегда добрая и нежная?

Ж3: Нет, конечно. Если я буду к своим всегда добрая и нежная, они сядут мне на голову. Иногда приходится и строгой быть.

Ж1: Отругаешь, а потом сама ходишь, переживаешь больше, чем ребенок. Подходишь, просишь у него прощения, он просит. И, конечно, прощаешь. Ведь только мать простит ребенку все.

Ж5: Да, ведь есть такие, которые издеваются над матерями, а они все равно прощают.

Ж3: Надо было воспитывать лучше! Объяснять, приучать к правилам, воспитывать уважение к старшим, рассказывать об устое семьи, ее традициях.

П.: Вы заговорили о семейных традициях... Вы считаете, что это действительно важно? Можете объяснить почему?

Ж3: У меня прекрасные родители! *(с гордостью)*. Они уважают мои желания, мой выбор. Мы собираемся на все праздники вместе, у нас большая семья, нас трое. И наши дети видят это. Моя дочь, ей 14 лет, говорит, что тоже хочет, как мои родители, как мы, жить дружной большой семьей, где все друг друга поддерживают и уважают. У ее подружки такого нет в семье. Она живет, как соседи. Не общаются ни с бабушками, ни с дедушками, хотя живут рядом. Она рассказывает, что они как встретятся – постоянно ругаются, поэтому предпочитают жить врозь. И у девочки этой нет ценности семьи, она смотрит всегда на всех нас с завистью и непониманием. Как это у нас так получается? А ведь это все от воспитания и традиций идет.

П.: У кого есть еще мнения по этому поводу?

Ж4: Я тоже согласна, что семья – это важно! Если меня воспитали в любви, то я так и буду воспитывать своего ребенка. А вот у моего мужа все наоборот. Мать им и не интересовалась, ни нежности, ни ласки. Вообще безответственность какая-то по отношению к собственному ребенку. Вот и приходится объяснять ему, что ребенок – он не робот, ему чувства важны, которые ты к нему испытываешь. Как ты с ним, так и он тебе потом в старости ответит.

Ж1: А вообще мы говорим почему-то только о детях, но ведь мать – это не только строитель семейного очага, ей тоже реализоваться в профессии хочется. Ведь сколько говорят, что ребенок – помеха для работы. У меня есть ребенок, я прекрасно с ней работала, ну, когда она совсем маленькая была. И ради нее и ради себя достигала высот в профессии. Чтобы она мной гордилась.

П.: Как же вы все успевали?

Ж1: Просто, я же мать. Значит, необходимо четко понимать свою материнскую задачу: одеть, обути, накормить, уложить спать, поиграть, приласкать. И это ведь интересно, когда все успеваешь. Ты ребенка еще больше любить начинаешь. Ведь с него это начинается.

П.: Что начинается?

Ж1: Стремление быть лучшей, уметь ответить на любой его вопрос.

П.: Значит, подводя итоги нашей беседы с вами, можно сказать, что идеальная мать должна обладать следующими качествами: нежность, родить ребенка, любовь, строгость, ласка, прощение, стремление реализовать себя в профессии, создание семейного очага и следование традициям. Она должна быть увлечена процессом ухода и воспитания ребенка, потому что она передает ему те семейные устои и традиции, о которых мы говорили. Вы согласны?

Хором: Да.

П.: Я благодарю вас за сегодняшнюю беседу, у кого есть вопросы, подходите, пожалуйста. Остальным – до свидания!

Инструкция. В таблице представлены 54 качества, характеризующие личность женщины-матери. После внимательного ознакомления с ними выберите 10 качеств, которые характеризуют Вас как мать в настоящий момент. Затем выберите 10 качеств, которые, с Вашей точки зрения, характеризуют идеальную мать. В заключение выберите 10 качеств, которыми Вы бы хотели охарактеризовать себя как женщину, реализованную в материнстве.

Отметьте свой выбор в соответствующей колонке, поставив напротив выбранного качества какой-либо знак, например крестик или галочку.

Хотелось бы обратить Ваше внимание на то, что по всем трем позициям – «Характеристика как матери сейчас», «Характеристика идеальной матери» и «Характеристика как реализованной матери» – необходимо отметить только десять качеств в каждом из трех критериев оценивания. Спасибо!

Ф. И. О. _____ Возраст _____ Дата _____

№ п/п	Показатель (черта)	Я в настоящее время	Идеальная женщина	Я как женщина-мать
1.	Креативность, склонность к импровизации и эксперименту в деятельности			
2.	Любознательность			
3.	Воспитанность			
4.	Организованность			
5.	Социальная адаптация			
6.	Послушание			
7.	Доброта			
8.	Предприимчивость			
9.	Независимость			
10.	Наличие собственных убеждений			
11.	Способность критически мыслить, формулировать альтернативу			
12.	Озабоченность материальным успехом			
13.	Интеллектуальная развитость			

14.	Запоминание книжного материала			
15.	Умение вести конструктивный диалог на бытовом, социальном, научном и профессиональном уровнях			
16.	Самостоятельное и ответственное принятие решений			
17.	Трудолюбие			
18.	Инициативность, выход за рамки заданного (инструкцией)			
19.	Рассмотрение жизненных ситуаций в нестандартном аспекте			
20.	Добросовестность			
21.	Честность			
22.	Познавательная активность			
23.	Справедливость			
24.	Ответственность			
25.	Настойчивость			
26.	Эмпатия			
27.	Коммуникативная совместимость			
28.	Результативность, удовлетворенность своей материнской деятельностью			
29.	Артистизм			
30.	Профессиональная компетентность			
31.	Групповой успех (достижение)			
32.	Межличностные отношения, стремление к сотрудничеству			
33.	Уверенность в себе			
34.	Конкуренция (соревновательность)			
35.	Результативность, удовлетворенность своей профессиональной деятельностью			
36.	Внимательность			
37.	Материнская компетентность			
38.	Индивидуализм (личные достижения)			
39.	Нежность			
40.	Открытость			
41.	Строгость			
42.	Рождение ребенка			
43.	Активность, увлечение самим процессом профессиональной деятельности			
44.	Готовность к риску			
45.	Неформальность отношений			
46.	Ласка			
47.	Прямота			
48.	Создание семейного очага			

49.	Прощение			
50.	Здоровье			
51.	Социальное признание			
52.	Активность, увлечение самим процессом материнства			
53.	Способность к опережающему отражению (предвидение развития событий)			
54.	Желание следовать традициям			

Протокол включенного наблюдения

Цель включенного наблюдения: выявить психоэмоциональное состояние женщины в ситуации непосредственного контакта с медицинским работником (врач – акушер-гинеколог, акушерка).

Задачи:

- установить состояние тревожности при непосредственном контакте с медицинским работником;
- выявить поведенческие реакции женщины при непосредственном контакте с медицинским работником.

Инструкция: осуществить медицинский осмотр пациентки по ниже предложенной схеме в течение 15 минут, согласованной с психологом и медицинским работником.

Схема приема:

1. Расскажите, пожалуйста, о ваших жалобах (наблюдения психолога: эмоциональная реакция, жестикуляция, затруднение или задержка дыхания, поведение – суетливое или спокойное, тон голоса, манера поведения).
2. Реакция на результат осмотра.
3. Реакция на результаты анализов женщины.

Психолог наблюдает с одновременной фиксацией в специально подготовленном протоколе (+ или –).

Протокол включенного наблюдения

	Эмоциональная реакция				Жестикуляция		Дыхание				Поведение			Тон голоса		Особенности поведения
	Спокойная	Агрессивная	Пассивная	Нейтральная	Спокойная	Активная	Ровное, без задержек	Загрудения в дыхании	Частое дыхание	Задержки в дыхании	Стабильное, ровное	Агрессивное	Нестабильное	Спокойный, ровный, без завышенных и заниженных нот нет	Завышение или занижение тона	
1																
2																
3																

Протокол включенного наблюдения
(пациентка К., возраст 39 лет, дата 25.11.2016)

	Эмоциональная реакция				Жестикуляция		Дыхание				Поведение			Тон голоса		Особенности поведения
	Спокойная	Агрессивная	Пассивная	Нейтральная	Спокойная	Активная	Ровное, без задержек	Затруднения в дыхании	Частое дыхание	Задержки в дыхании	Стабильное, ровное	Агрессивное	Нестабильное	Спокойный, ровный, без завышенных и заниженных нот нет	Завышение или занижение тона	
1	+	+				+							+		+	Экспрессия, со сменой эмоциональных фаз: позитивной, негативной
2	+		+		+			+					+	+		Подавленность
3	+		+		+			+					+		+	Подавленность со сменой эмоциональных фаз: позитивной, негативной

Заключение: Женщина вошла в кабинет веселая, активная. На стул плюхнулась, задев рядом стоящий стул. При ответе на первый вопрос врача о состоянии здоровья говорила экспрессивно. Жестикуляция активная (руки работали полностью), особенности поведения – женщина ерзала на стуле, активно изменялась мимика лица. В эмоциональной окраске менялись фазы: рассказ о семье и о прохождении анализов в другой клинике вызвал негодование женщины, агрессию, которая выражалась в повышении и понижении тона и громкости голоса.

Женщина активно, с удовольствием прошла осмотр на кресле, реакции страха или стеснения замечено не было, что предполагает доверие лечащему врачу и обыденность прохождения процедуры для пациентки. Результаты осмотра женщина выслушивала с начала очень внимательно и спокойно, затем появилась подавленность в настроении в связи с отсутствием улучшений.

Наблюдая активно обсуждаемые результаты обследования и анализов, которые комментировал врач, создалось впечатление, что женщина ждет от него вербальной поддержки и мгновенного решения ее проблемы. Однако каждый раз, когда врач констатировал тяжесть течения заболевания, в поведении наступала длительная негативная эмоциональная фаза, обусловленная подавленным настроением. Женщина говорила низким голосом, тихо, еле слышно.

При обсуждении с врачом плана лечения заболевания женщина моментально активизировалась: тон изменился на более высокий и громкий, жестикуляция активизировалась, настроение улучшилось.

Вывод: в результате включенного наблюдения выявлены резкие смены настроения, проблемы с коммуникацией в семье и с медицинскими работниками, к которым женщина не испытывает доверия. Частое дыхание, нестабильное поведение, активная жестикуляция, очень внимательное отношение к высказываниям врача предполагают необходимость дальнейшего исследования уровня сформированности самооценки женщины.

Протокол включенного лонгитюдного наблюдения

Цель включенного лонгитюдного наблюдения: выявить психоэмоциональное состояние женщины в ситуации непосредственного контакта во время групповой работы.

Задачи:

- установить эмоциональное состояние при непосредственном контакте с группой;
- выявить поведенческие реакции женщины при непосредственном контакте с группой.

Инструкция: осуществить наблюдение пациентки по ниже предложенной схеме в течение группового занятия.

Схема приема:

1. Расскажите, пожалуйста, о настроении, с которым вы сюда пришли (наблюдения психолога: эмоциональная реакция, жестикуляция, затруднение или задержка дыхания, поведение – суетливое или спокойное, тон голоса, манера поведения).
2. Поведение во время выполнения заданий.
3. Поведение во время обсуждения результатов групповой работы.

Психолог наблюдает с одновременной фиксацией в специально подготовленном протоколе (+ или –).

Протокол включенного лонгитюдного наблюдения

	Эмоциональная реакция				Жестикуляция		Дыхание				Поведение			Тон голоса		Особенности поведения
	Спокойная	Агрессивная	Пассивная	Нейтральная	Спокойная	Активная	Ровное, без задержек	Затруднения в дыхании	Частое дыхание	Задержки в дыхании	Стабильное, ровное	Агрессивное	Нестабильное	Спокойный, ровный, без завышенных и заниженных нот нет	Завышение или занижение тона	
1																
2																
3																

Протокол включенного лонгитюдного наблюдения (пациентка С., возраст 39 лет, дата 05.11.2016)

	Эмоциональная реакция				Жестикуляция		Дыхание				Поведение			Тон голоса		Особенности поведения
	Спокойная	Агрессивная	Пассивная	Нейтральная	Спокойная	Активная	Ровное, без задержек	Загрудения в дыхании	Частое дыхание	Задержки в дыхании	Стабильное, ровное	Агрессивное	Нестабильное	Спокойный, ровный, без завышенных и заниженных нот нет	Завышение или занижение тона	
1	+					+		+	+			+		+	Эмоции положительные, улыбка на лице, радость от встречи, поведение напрямую зависит от эмоций, сбивчивое дыхание	
2	+	+		+		+		+	+			+		+	Вскидывание рук, вербализация эмоций, экспрессивность в выполнении задания	
3		+			+	+		+	+			+		+	Ощущение состояния постоянной глубокой защиты женщины от оценок других людей	

Заключение: регуляция поведения и эмоциональных всплесков отсутствует, женщина полностью погружена в свои эмоции, при прохождении заданий активно и экспрессивно, жестикулируя обеими руками, вслух комментирует происходящее, внимание быстро переключается на других женщин. Создает помехи для выполнения заданий другим участницам. Очень агрессивно воспринимает критику в свой адрес, возникает обида, либо не принимает ее. Женщина уходит в себя.

*Протокол включенного лонгитюдного наблюдения
(пациентка С., возраст 39 лет, дата 15.05.2017)*

	Эмоциональная реакция				Жестикуляция		Дыхание				Поведение			Тон голоса		Особенности поведения
	Спокойная	Агрессивная	Пассивная	Нейтральная	Спокойная	Активная	Ровное, без задержек	Загруднения в дыхании	Частое дыхание	Задержки в дыхании	Стабильное, ровное	Агрессивное	Нестабильное	Спокойный, ровный, без завышенных и заниженных нот нет	Завышение или занижение тона	
1	+					+				+			+		+	Эмоции положительные, улыбка на лице, радость от встречи, поведение более сдержанное, иногда сбивается дыхание
2	+			+	+			+					+		+	Эмоциональная реакция более спокойная с небольшими экспрессивно-агрессивными выпадами, более ровное поведение, жестикуляция менее выраженная (работают кисти рук)
3	+	+			+		+						+		+	В дыхании появился глубокий вздох перед высказыванием чего-либо, более стабильное

Заключение: по результатам включенного лонгитюдного наблюдения выявлено, что у женщины замечено появление саморегуляции поведения. Эмоции проявляются более сдержанно. Перед высказыванием своей позиции задается вопрос о разрешении на высказывание, далее делается глубокий вдох, т. е. женщина контролирует содержание высказывания. Ранее этого замечено не было. Реакция во время выполнения задания более спокойная, но эмоциональные всплески, описывающие отношение женщины к заданию, еще присутствуют, хотя и в меньшей степени. В жестикуляции принимает участие не вся рука, а только запястье. Помехи для выполнения заданий другими участницами женщина не создает, задания выполняет более внимательно. Жестикуляция менее активная. Более сдержанная, нежели раньше, реакция на критику в ее адрес. Женщина внимательно выслушивает, без агрессивных выпадов, которые присутствовали ранее, и пытается найти причину в себе (ранее она уходила в себя и критику не принимала, либо принимала ее крайне агрессивно).

Методика коррекции деструктивных конструктов поведения инфертильных женщин средствами анализа семейных сценариев и мифов

Основная задача методики состоит в том, чтобы выявить травмирующий фактор, первооснову семейной проблемы и проработать ее корни, изменив семейный пессимистический сценарий на оптимистический. В результате практической работы нам пришлось частично основываться на идее метода психодрамы в части разыгрывания сценария, при этом изменив методику проигрывания роли протагониста.

К психологу приходит пациент, который озвучивает свою проблему. Она внешне может быть не связана с семьей. Для того чтобы найти корни этой проблемы, должен быть поставлен ряд задач.

1. Выявить проблему или эмоцию, которая тревожит больше всего и обуславливает поведение человека в интересующих его ситуациях, а также правильно сформулировать вопрос для дальнейшей работы по методике.

2. Установить члена семьи пациента, который явился источником проблемы, т. е. человека, с которого данная проблема возникла в этой семье. Найти источник мы можем с помощью ранее сформулированного вопроса или эмоции. Как правило, этот вопрос эмоционально ярко окрашен.

Если проблема касается самого пациента, то необходимо работать непосредственно с ним. Но в случае, когда речь идет о детях или больных людях, мы можем работать с их кровными родственниками, но только по запросу самого пациента.

3. На следующем этапе пациенту предлагается сконцентрироваться на сформулированном вопросе или эмоции, тревожащей его, и удерживать его/ее/их на протяжении всего исследования семейной системы (это необходимо для более точного выявления члена семьи, с которым связано появление проблемы).

Начинается исследование семейной системы от фигуры самого пациента, перемещаясь к фигурам его отца и матери, далее переходим к исследованию более

ранних представителей того рода, где эмоция выявляется ярче и интенсивнее. Если исследование родовой системы проходит на основе ранее сформулированного вопроса, то мы просим пациента как бы ставить мать и отца на чаши весов и смотреть, с чьей стороны чаша перетянет, с той и будет происходить дальнейшее движение вниз по родовой системе. Исследуется именно тот род, в котором сформулированный вопрос или эмоция находят свое наиболее яркое выражение. Исследование может проводиться при использовании специальных кукол-заместителей, также семейно-родовая система может быть нарисована в процессе работы на обычном листе бумаги. Причем проведение данного исследования на листе бумаги дает возможность подсчитать количество поколений до момента возникновения данной проблемы в семейной системе. И при условии, что в среднем поколения сменяют друг друга через 20 – 25 лет, появляется возможность подсчитать приблизительный год возникновения сценария в семье и соотнести его с историей данного рода и историей государства. В результате проведенного исследования мы выявляем источник нарушения и, если доступна информация, то и травмирующий фактор в данной семейно-родовой системе.

4. Поле, которое возникает в результате исследования, дает первоначальный ответ на запрос пациента, почему возник травмирующий фактор, и с каким членом семьи связано появление проблемы; иногда это не один человек, а два или три поколения в семье.

Итак, человек узнал, кто явился источником возникновения проблемы, возможно, получил предположение о травмирующем факторе, но корень, суть проблемы, сам сценарий семейной истории на этом этапе еще не найдены и не интерпретированы.

Пациенту необходимо проиграть и пересмотреть свою семейно- родовую ситуацию. Даже если данное действие будет происходить не на сцене, а на уровне воображения. Ему необходимо попытаться прожить историю человека, явившегося источником возникновения проблемы в его семейно-родовой системе, с которой он обратился за помощью к психологу.

Для решения данной задачи авторы методики использовали идею метода психодрамы и метода символдрамы, а именно – применение кататимных предметов, таких как карты Таро, а также проигрывание в воображении пациента его родовой ситуации и ее коррекция. Необходимо отметить, что непосредственно после прохождения им семейной системы до момента возникновения проблемы не всегда предоставляется возможность детально разобрать ситуацию – это зависит от чувствительности и открытости пациента, иногда следует прибегнуть к вспомогательным предметам, ее проясняющим.

Таким образом, применение идеи метода символдрамы и психодрамы, по нашему мнению, наиболее эффективно в коррекции вопросов, связанных с личностью пациента, его поведенческими реакциями, основанными на семейных сценариях.

После прохождения пациентом семейной системы и определения наличия информации о травмирующем факторе или отсутствия таковой, возникают два варианта развития дальнейшего использования данной методики.

Вариант 1

Когда пациент получает информацию о ситуации, произошедшей с его предком, он вместе с психологом разбирает данный родовой сценарий и рассматривает все нюансы его возможного положительного изменения.

После разбора родовой ситуации необходимо дать пациенту отвлечься и передохнуть несколько минут, так как результаты данной работы накладывают отпечаток на эмоциональное состояние.

Большое значение в применении методики играет первоначальный разбор ситуации непосредственно после движения по родовой системе. Пациенту предлагается, четко удерживая сформулированный вопрос или эмоцию, встав на место друга своего предка или представиться ему потомком, который пришел помочь изменить ситуацию в лучшую сторону, постараться интуитивно прочувствовать, что именно когда-то произошло в его семейно-родовой системе.

В данном случае необходима качественная и высокопрофессиональная работа психолога, проводящего сессию. Он должен создать ситуацию, способствующую расслаблению пациента. Далее консультанту следует разобрать ситуацию вместе с пациентом по определенной схеме, учитывая, что наблюдение за ситуацией происходит как бы со стороны (как во сне или в кино).

1. Пациенту предлагается занять удобное положение, желательно на кушетке или в кресле, спину выпрямить, при этом исключается любой дискомфорт: стесняющая одежда должна быть расстегнута или снята. Перед началом работы по данной методике необходимо предупредить его о том, чтобы он следил за состоянием своего здоровья. Необходимо избегать работы по данной методике во время обострения хронических заболеваний, пациент должен быть относительно здоров или заболевания должны находиться в стадии ремиссии.

2. Психолог предлагает пациенту представить и первоначально описать своего предка.

3. Детализация ситуации – пациенту предлагается ответить на различные вопросы психолога:

- Кто имел отношение к этой ситуации?
- Видит ли он какие-либо картинки?
- Приходят ли на ум какие-либо истории, услышанные когда-то?
- Где происходили события – в городе или в деревне?
- Может быть, действие перемещалось из одного населенного пункта в другой?
- Что произошло с человеком?
- Что его испугало?
- Как начиналась ситуация?
- Как развивались события?
- Как продолжались?
- Чем закончились?

При ответе на вопросы психолог предлагает пациенту очень внимательно отслеживать свои телесные реакции, так как любой дискомфорт в теле или на

эмоциональном плане говорит о ложном ответе на вопрос или ложном предположении. Роль психолога-консультанта в данной ситуации трудно переоценить, так как это должен быть человек, безусловно, очень чуткий и сензитивный, хорошо чувствующий состояние другого человека.

4. После рассмотрения ситуации психолог резюмирует полученную информацию. Затем выявленная история еще раз подробно пересказывается пациенту. Как правило, ситуации, которые происходили в прошлом, очень похожи на то, что происходит с пациентом в настоящее время, но не детально, а конструкцией поведения или фабулой сценария.

Если у пациента есть запрос на более полное прояснение ситуации, то психологу следует помочь ему, так как это необходимо для более глубокого понимания ситуации, а главное – для ее более глубокого осознания и принятия. Далее следует небольшой отдых, о котором упоминалось выше (продолжительность около 5 – 10 минут). Отдых необходим для выравнивания эмоционального состояния пациента и его подготовки к дальнейшей работе по данной методике.

После отдыха клиенту пациенту рекомендуется расположиться на кушетке или в кресле, расслабиться и прикрыть глаза. Ему предлагается представить ситуацию, которая была детально рассмотрена несколькими минутами раньше, по следующему плану:

1. На начальном этапе ему необходимо вспомнить и описать своего предка (разрешается использовать игрушку, которая будет его замещать).

2. Рекомендуется описать местность, где пациент оказался со своим предком (поле, дом, деревня, город, замок, какой год, какие события происходят в мире в это время и т. д.).

3. На следующем этапе пациенту следует представить, что он подходит и знакомится со своим предком. Необходимо представиться ему и попросить разрешения на изменение ситуации в прошлом.

4. После получения согласия ему следует попросить своего предка отвести их обоих в тот день и час, когда начали развиваться события. Этот момент крайне важен в данной методике, потому что именно начальная ситуация явилась перво-

основой сформулированного ранее вопроса или эмоции и последующей за ней поведенческой реакции, которая в свою очередь закрепились в семейном сценарии или в семейном мифе. Во время проведения всего коррекционного сеанса психологу следует четко отслеживать состояние пациента, помогать ему, вести его по семейно-родовой ситуации. Контроль за эмоциональным и физическим состоянием пациента необходим для правильного проведения коррекции семейного сценария. Ситуация проигрывается им, как будто он участвует в фильме и помогает своему родственнику.

5. Пациенту необходима помощь психолога в изменении начальной ситуации семейного сценария, так как основной целью является его положительная коррекция и нахождение конструктивной линии поведения предка.

Например: если в ситуации выходило, что девушка уехала из дома и попала в плохую компанию, а далее с ней произошло что-то плохое, то сценарий может быть переписан несколькими способами:

- а) девушка остается дома и меняется ситуация, из-за которой ей пришлось уехать;
- б) девушка приезжает в город, но избегает попадания в плохую компанию;
- с) девушка понимает, что попала в дурную компанию, и вовремя уходит из нее, меняя свою жизнь к лучшему.

Вообще вариативность коррекции семейных сценариев многообразна. В таких случаях все зависит от запроса пациента. И все же ему необходимо отслеживать свои телесные ощущения, так как если сценарий переписан неверно, то в теле будет ощущаться дискомфорт; на данном этапе необходимо искать линии поведения предка и такие возможности изменить ситуацию, которые отзовутся в теле легкостью и ощущением победы и счастья.

6. После коррекции семейно-родового сценария пациенту представляются картины либо берега реки, либо бани, либо церкви или мечети (в зависимости от его вероисповедания). Эти картинки появляются для того, чтобы он прочувствовал процесс своеобразного очищения от ранее узанного негатива семейно-родовой системы. Причем очищение происходит не только на уровне самого пациента в

семейно-родовой системе, но и на всех ее иерархических позициях. Поэтому в практике применения данной методики зафиксированы интуитивные высказывания пациентов о том, что в реке или в церкви находится очень много людей.

7. После завершения процесса очищения пациенту и его предку предлагается выйти из реки и (например) подняться – как правило, на высокий берег, на песчаную дорогу. Затем ему следует задать вопрос своему предку: «Чем я могу еще помочь?».

Если работа была проведена эффективно, то происходит прощание предка с пациентом, и на этом можно считать сессию завершенной.

Если же нужна коррекция работы, проведенной ранее, то следует прояснить ситуацию с людьми, находящимися рядом с предком. После корректировки пациент заново задает тот же вопрос предку и после прощания с ним поворачивается на 180 градусов. На дорожке перед ним могут находиться люди из его настоящего, с которыми необходимо проработать какие-либо вопросы в отношениях.

8. После прояснения всех ситуаций психолог задает пациенту вопрос о его желании пройти по дороге вперед. Если у него возникает подобное желание, то ему следует проделать это. Ему предлагается описать то, что он увидит. Картинки, которые появляются в этот момент, могут показывать результат разрешения проблемы по запросу пациента, прояснять какие-то моменты в его настоящем, а могут показывать и вероятное будущее.

9. На этапе завершения сессии психологу необходимо поинтересоваться физическим и эмоциональным состоянием пациента. Он должен ощущать в своем теле легкость. При этом возможно, что пациент начнет зевать и скажет, что ему хочется спать. Его эмоциональное состояние должно быть ровным, иногда немного приподнятым. Также отмечается появление ощущения приятной усталости, такое же, как при хорошо выполненной работе или при достигнутой цели, состояние, после которого хотелось бы расслабиться. В случае достижения такого состояния пациенту предлагается произнести фразу: «Я в здесь и сейчас!» После этого он как бы просыпается от работы со своей семейно-родовой системой и возвращается в настоящее.

Если же вышеописанное состояние не было достигнуто, то работу с этой ситуацией необходимо продолжить через два, максимум три дня по той же схеме. Начать следует сразу же с коррекционной сессии.

В заключение проделанной работы психолог еще раз обобщает первую ситуацию, проводит аналогию с жизненными ситуациями пациента. На следующем этапе, используя информацию о скорректированной ситуации, пациенту в диалоге с психологом необходимо выстроить новую линию поведения. Он должен быть предупрежден о необходимости посещения психологических консультаций в течение минимум девяти месяцев для закрепления новой модели поведения.

Вариант 2

Во втором случае пациент не получает из поля родовой системы никакой информации и не осознает, что послужило причиной возникновения у его предка подобных эмоций и следующей за ними поведенческой реакции. В этой ситуации для прояснения проблемы семейно-родового сценария необходимы кататимные предметы. В данном случае мы используем карты Таро (старшие арканы), так как с помощью толкования каждой из этих карт можно дать определенное прояснение проблемной ситуации пациента.

Психолог ведет работу приблизительно по той же схеме, что и в первом варианте, однако существуют особенности, которые хотелось бы описать подробнее.

В результате работы пациент получил информацию о том, что существовал его предок, с которым произошла какая-то негативная ситуация. Эта ситуация дала толчок для возникновения определенного семейного сценария или мифа, со своей поведенческой реакцией, ярко эмоционально окрашенной и вызывающей проблемы в какой-либо сфере жизни пациента. Перед коррекционной сессией психолог применяет метод символдрамы. Перед использованием карт Таро необходимо получить информированное согласие у пациента и объяснить принцип работы с картами и их роль в прояснении ситуации семейно-родового сценария.

Происходит это по следующей схеме.

1. Для прояснения деталей ситуации психолог раскладывает на столе карты Таро старших арканов рубашкой вверх. Пациенту предлагается выбрать карту, предварительно произнеся ранее сформулированный вопрос, которая прояснит суть проблемы данной семейно-родовой системы.

2. Удерживая в голове вопрос, пациент вытаскивает одну из карт и переворачивает ее картинкой вверх через боковую линию, не меняя верх и низ карты. Данное обстоятельство (переворот карты через боковую линию) очень важно при толковании, так как прямое и перевернутое значения карты, как правило, диаметрально противоположны друг другу.

3. Пациент изучает в книге, предоставленной психологом, значение данной карты. Ему предлагается внимательно и вдумчиво прочитать всю статью о толковании карты и одновременно отследить свое физическое и эмоциональное состояние. Во время чтения происходит, как правило, инсайт. Но в некоторых случаях меняется физическое или эмоциональное состояние при прочтении слова или фразы, имеющих отношение к проблеме.

4. После прочтения и осмысления толкования карты, как и в схеме варианта 1, пациенту следует расслабиться, прилечь на кушетку или удобно расположиться в кресле (все критерии для начала работы сходны с критериями варианта 1). Психолог еще раз предъявляет ему карту и предлагает вместе, держась за руки, мысленно войти внутрь карты.

5. Проявляется спектр различных физических ощущений: одни похожи на падение с высоты, другие на то, будто «ныряешь» в карту и катишься по плоской поверхности, третьи напоминают поездку на лифте вниз с промежуточными остановками.

6. Психологу и пациенту, после прекращения физических ощущений, необходимо интуитивно, с закрытыми глазами, представить картинки, связанные с предком пациента. Работа с картинками происходит строго по плану варианта 1 (пп. 2 – 9). Однако необходимо добавить, что есть небольшая разница:

а) во втором варианте пациенту предлагается познакомиться со своим предком непосредственно в карте, психолог оказывает помощь в описании места и времени. Далее пациент описывает своего предка. Как правило, первый человек, который встречается в карте, и есть предок клиента;

б) после знакомства с ним следует просмотр и работа с ситуацией (схема просмотра ситуации дана в варианте 1);

в) далее, без отдыха, психолог и пациент корректируют семейно-родовой сценарий (прорабатывается аналогично варианту 1);

г) существуют также различия в завершении работы и выходе из карты:

- после коррекции ситуации может возникнуть ощущение, что пациент и психолог были выброшены из карты. Это является окончанием работы (следует работа, описанная в варианте 1, п. 9);

- после того как ситуация скорректирована, пациенту предлагается самому выйти из карты (следует работа, описанная в варианте 1, п. 9).

Выраженность показателей социально-интеллектуального компонента у инфертильных женщин

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Интеллектуально-социальная заторможенность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы	$6 \pm 0,82$	$7 \pm 0,99$	1	$75 \pm 8,10$	Доминирующий
2	Интеллектуальная пассивность в семейно-бытовой сфере	$6 \pm 0,79$	$8 \pm 0,83$	2	$86 \pm 13,11$	
3	Интеллектуально-социальная заторможенность в решении повседневных вопросов семейно-бытовой сферы	$6 \pm 0,44$	$7 \pm 1,33$	1	$77 \pm 12,78$	
4	Интеллектуальная пассивность в исполнительной фазе семейно-бытовой сферы	$7 \pm 2,18$	$8 \pm 1,33$	1	$71 \pm 12,78$	
5	Отсутствие интеллектуально-социальной позиции в организации семейно-бытовой сферы	$8 \pm 1,21$	$8 \pm 1,83$	0	$73 \pm 8,34$	
6	Интеллектуальная зависимость от мнения окружающих	$5 \pm 1,99$	$3 \pm 1,04$	-2	$67 \pm 7,37$	

*Выраженность показателей коммуникативного компонента
у инфертильных женщин*

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Нарушение социальных отношений с мужем, родственниками	7 ± 1,69	8 ± 0,85	1	57 ± 11,04	Доминирующий
2	Нежелание вступать в обсуждение семейно-бытовых проблем с членами семьи	7 ± 1,86	8 ± 2,01	1	77 ± 10,91	
3	Навязчивая, чрезмерно активная погруженность в решение проблем мужа и родственников	7 ± 1,56	7 ± 1,13	0	69 ± 9,35	
4	Эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям	8 ± 1,88	6 ± 1,52	-2	61 ± 11,22	
5	Нетактичность в поведении с близкими людьми	6 ± 2,05	5 ± 2,10	-1	62 ± 14,97	
6	Нетактичность в поведении и общении с социальным окружением (чрезмерная активность пациентки)	7 ± 1,94	8 ± 1,17	1	77 ± 13,00	

*Выраженность показателей эмоционального компонента
у инфертильных женщин*

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Эмоциональная неготовность к материнству	$8 \pm 2,03$	$5 \pm 0,81$	-3	$65 \pm 13,29$	Доминирующий
2	Опасения физиологической неполноценности и системных нарушений у будущего ребенка	$5 \pm 1,46$	$2 \pm 0,64$	-3	$60 \pm 7,77$	
3	Тревога о возможной смерти женщины или ребенка во время родов	$3 \pm 0,20$	$2 \pm 0,25$	-1	$85 \pm 17,48$	
4	Тревога, связанная с процессом родоразрешения	$2 \pm 0,82$	$1 \pm 0,07$	-1	$73 \pm 17,47$	
5	Эмоциональность	$8 \pm 1,55$	$6 \pm 0,34$	-2	$55 \pm 10,08$	

Выраженность показателей социально-мотивационного компонента у инфертильных женщин

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Ответственное отношение к проблемам мужа и родственников	$8 \pm 1,88$	$9 \pm 0,66$	1	$81 \pm 11,85$	
2	Аккуратность в соблюдении врачебных предписаний	$8 \pm 1,52$	$9 \pm 0,83$	1	$91 \pm 5,41$	
3	Отсутствие личной мотивации к реализации материнской роли	$7 \pm 1,16$	$9 \pm 0,54$	2	$68 \pm 14,25$	Доминирующий
4	Отсутствие бытового трудолюбия	$7 \pm 1,61$	$8 \pm 1,16$	1	$87 \pm 10,92$	
5	Социально-мотивационная установка женщины забеременеть, а не выносить и родить здорового ребенка	$6 \pm 1,61$	$7 \pm 1,51$	1	$70 \pm 11,85$	
6	Социально-мотивационная несостоятельность как женщины-матери	$7 \pm 0,85$	$9 \pm 0,01$	2	$84 \pm 13,11$	

*Выраженность показателей волевого компонента
у инфертильных женщин*

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Целеустремленность	$7 \pm 1,82$	$9 \pm 0,99$	2	$75 \pm 14,96$	
2	Волевая неустойчивость	$7 \pm 0,31$	$5 \pm 0,51$	-2	$68 \pm 9,19$	
3	Преобладание маскулильных установок, доминантность мужских качеств над женскими	$6 \pm 1,36$	$4 \pm 0,15$	-1	$77 \pm 7,48$	
4	Настойчивость	$7 \pm 1,52$	$8 \pm 1,09$	1	$78 \pm 14,25$	
5	Низкий самоконтроль поведения	$6 \pm 0,84$	$4 \pm 0,01$	-2	$54 \pm 5,52$	Доминирующий
6	Безвольное, безответственное отношение к себе и к потребностям будущего ребенка	$8 \pm 2,11$	$8 \pm 1,21$	0	$74 \pm 11,95$	

Выраженность показателей компонента социально-материнской активности у инфертильных женщин

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Желание забеременеть, но не родить ребенка	$8 \pm 0,47$	$9 \pm 0,01$	1	$87 \pm 8,11$	
2	Отсутствие видения себя в роли матери	$7 \pm 0,36$	$8 \pm 0,01$	1	$81 \pm 10,82$	
3	Неуверенность в рождении ребенка	$6 \pm 0,73$	$8 \pm 1,62$	2	$77 \pm 12,73$	
4	Нетерпимое отношение к детскому поведению	$8 \pm 0,37$	$8 \pm 0,62$	0	$80 \pm 12,73$	Доминирующий
5	Аффективные всплески от детского крика	$7 \pm 0,84$	$6 \pm 0,88$	1	$76 \pm 14,14$	
6	Отсутствие любви и нежного отношения к будущему ребенку	$8 \pm 1,74$	$9 \pm 0,01$	1	$88 \pm 13,52$	

*Корреляция доминирующих черт компонентов личности
инфертильных женщин по методу Пирсона*

Компонент	Социально-мотивационный	Социально-интеллектуальный	Компонент социально-материнской активности	Эмоциональный	Коммуникативный	Волевой
Социально-мотивационный	1					
Социально-интеллектуальный	0,04	1				
Компонент социально-материнской активности	0,87	0,018	1			
Эмоциональный	0,44	0,30	0,51	1		
Коммуникативный	0,20	0,20	0,35	0,42	1	
Волевой	0,58	0,20	0,63	0,78	0,20	1

Примечание: $p \leq 0,01$, при $r = 0,21$.

*Выраженность показателей компонента социально-материнской
активности у фертильных женщин*

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Любовь и нежное отношение к будущему ребенку	10 ± 1,42	9 ± 1,22	-1	97 ± 5,83	
2	Выраженное желание родить, несмотря ни на какие внешние и внутренние препятствия	9 ± 2,17	9 ± 1,06	0	95 ± 7,22	
3	Терпимость по отношению к детскому плачу и капризам	8 ± 2,39	8 ± 1,61	0	59 ± 8,69	
4	Ответственность за себя и будущего ребенка	8 ± 2,39	8 ± 1,46	0	85 ± 17,31	
5	Уверенность в реализации своей материнской роли	9 ± 2,08	9 ± 0,81	0	92 ± 11,91	
6	Видение себя в роли матери	9 ± 2,09	10 ± 0,64	1	91 ± 14,39	Доминирующий

*Выраженность показателей эмоционального компонента
у фертильных женщин*

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Чувство тревоги за будущего ребенка	$6 \pm 1,04$	$3 \pm 0,74$	-3	$73 \pm 13,03$	
	Чувство тревоги о собственном здоровье после процесса родоразрешения	$4 \pm 0,90$	$3 \pm 0,20$	-1	$66 \pm 14,24$	
	Чувство напряжения, беспокойства за процесс течения родов	$5 \pm 0,17$	$3 \pm 0,85$	-2	$73 \pm 11,27$	
	Состояние тревоги о протекании беременности	$5 \pm 1,05$	$3 \pm 0,65$	-2	$67 \pm 16,02$	
2	Эмоциональная устойчивость по отношению к детскому поведению	$8 \pm 2,09$	$9 \pm 0,95$	1	$58 \pm 10,63$	
3	Уверенность в себе	$8 \pm 2,78$	$8 \pm 1,65$	0	$85 \pm 17,78$	
4	Уверенность в рождении ребенка	$9 \pm 2,30$	$8 \pm 2,29$	-1	$94 \pm 9,25$	Доминирующий
5	Эмоциональная устойчивость	$6 \pm 0,69$	$5 \pm 0,05$	-1	$72 \pm 16,47$	
6	Желание внести гармонию, спокойствие в семейно-бытовую деятельность	$6 \pm 1,10$	$5 \pm 1,44$	-1	$71 \pm 8,89$	
7	Эмоциональность	$7 \pm 1,85$	$7 \pm 2,03$	0	$73 \pm 16,37$	

Таблица 3

*Выраженность показателей социально-мотивационного компонента
у фертильных женщин*

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Социальная ответственность	9 ± 1,70	9 ± 0,92	0	94 ± 9,32	
2	Дисциплинированность	8 ± 2,18	9 ± 1,25	1	88 ± 16,68	
3	Организованность	8 ± 2,05	9 ± 1,12	1	88 ± 17,17	
4	Социальная активность	8 ± 2,19	9 ± 1,22	1	87 ± 17,09	
5	Трудолюбие	8 ± 2,29	9 ± 1,17	1	89 ± 14,07	Доминирующий

Таблица 4

Выраженность показателей волевого компонента у фертильных женщин

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Целеустремленность	7 ± 2,12	9 ± 1,23	2	84 ± 17,27	Доминирующий
2	Волевая активность в поведении	4 ± 1,13	3 ± 0,82	-1	66 ± 12,51	
3	Доминантность женских качеств	5 ± 0,73	5 ± 0,11	0	79 ± 14,26	
4	Умение организовать, подготовить себя и своих родственников к рождению ребенка	8 ± 1,94	8 ± 1,37	0	85 ± 17,73	

*Выраженность показателей социально-интеллектуального компонента
у фертильных женщин*

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Самостоятельность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы	$7 \pm 1,39$	$8 \pm 1,49$	1	$84 \pm 15,84$	
2	Инициативность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы	$7 \pm 2,08$	$8 \pm 1,43$	1	$85 \pm 16,37$	
3	Самостоятельность в исполнительном плане семейно-бытовой сферы	$7 \pm 2,21$	$7 \pm 1,67$	0	$80 \pm 17,84$	
4	Инициативность в исполнительной фазе семейно-бытовой сферы	$7 \pm 2,25$	$8 \pm 1,64$	1	$80 \pm 18,56$	
5	Умение отстаивать свою позицию	$8 \pm 2,40$	$9 \pm 1,36$	1	$82 \pm 11,31$	Доминирующий

*Выраженность показателей коммуникативного компонента
у фертильных женщин*

№ п/п	Показатель (черта)	Уровень развития в настоящий момент, балл	Уровень развития через год, балл	«Мостик» в развитии показателя, балл	Степень уверенности в реализации «мостика», %	Примечание
1	Коммуникативная совместимость с мужем и родственниками	$7 \pm 1,29$	$8 \pm 1,36$	1	$78 \pm 11,12$	
2	Общительность	$8 \pm 1,69$	$8 \pm 1,62$	0	$84 \pm 9,86$	Доминирующий
3	Эмпатия к мужу и родственникам	$8 \pm 1,44$	$8 \pm 1,29$	0	$82 \pm 10,32$	
4	Эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям	$7 \pm 1,79$	$7 \pm 1,20$	0	$81 \pm 11,93$	
5	Зависимость от мнения окружающих	$5 \pm 1,13$	$4 \pm 0,97$	-1	$70 \pm 7,55$	

Обозначения: показатели в строках и столбцах: 1) интеллектуально-социальная заторможенность в планирующей фазе семейно-бытовой сферы; 2) интеллектуальная пассивность в семейно-бытовой сфере; 3) интеллектуально-социальная заторможенность в решении по-вседневных вопросов семейно-бытовой сферы; 4) интеллектуальная пассивность в исполнительной фазе семейно-бытовой сферы; 5) опасения физиологической неполноценности и системных нарушений у будущего ребенка; 6) аккуратность пациентки; 7) отсутствие личностной мотивации к реализации материнской роли (неорганизованность); 8) ответственное отношение к проблемам мужа; 9) безвольное, безответственное отношение к себе и потребностям будущего ребенка; 10) тревога о возможной смерти женщины или ребенка во время родов; 11) желание забеременеть, но не родить ребенка; 12) настойчивость; 13) нарушение социальных отношений с мужем и родственниками; 14) закрытость в общении; 15) навязчивая, чрезмерно активная коммуникативная погруженность в решение проблем других людей; 16) эмоциональная неготовность к материнству; 17) социально-мотивационная установка женщины забеременеть, а не выносить и родить здорового ребенка; 18) преобладание маскулинных установок, доминантность мужских качеств над женскими; 19) социально-мотивационная несостоятельность как женщины-матери; 20) отсутствие бытового трудолюбия; 21) целеустремленность; 22) отсутствие видения себя в роли матери; 23) активность пациентки; 24) тревога, связанная с процессом родоразрешения; 25) отсутствие социально-интеллектуальной позиции в организации семейно-бытовой сферы; 26) интеллектуальная зависимость от мнения окружающих; 27) волевая неустойчивость; 28) нетактичность в поведении; 29) эмоциональность; 30) эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям; 31) неуверенность в рождении ребенка; 32) нетерпимое отношение к детскому поведению; 33) аффективные всплески от детского крика; 34) отсутствие любви и нежного отношения к будущему ребенку; 35) низкий самоконтроль поведения.

* - корреляция значима на уровне $p \leq 0.05$;

** - корреляция значима на уровне $p \leq 0.01$.

Объем выборки – 86 испытуемых.

ИК (индекс когерентности) – 756; ИД (индекс дивергентности) – 366; ИО (индекс организованности) – 1122.

Обозначения: 1) самостоятельность в планирующей сфере; 2) самостоятельность в исполнительной сфере; 3) инициативность в планирующей сфере; 4) инициативность в исполнительной сфере; 5) чувство тревоги за будущего ребенка; 6) дисциплинированность; 7) организованность; 8) социальная ответственность; 9) ответственность за себя и будущего ребенка; 10) чувство тревоги о собственном здоровье после процесса родоразрешения; 11) желание родить, несмотря ни на какие препятствия; 12) умение организовать, подготовить себя и своих родственников к рождению ребенка; 13) коммуникативная совместимость с социумом; 14) общительность; 15) эмпатия; 16) состояние тревоги о протекании беременности; 17) уверенность в себе; 18) доминантность женских качеств; 19) уверенность в реализации своей мате-ринской роли; 20) трудолюбие; 21) целеустремленность; 22) видение себя в роли матери; 23) активность; 24) чувство напряжения, беспокойства о процессе родов; 25) стремление отстаивать свою позицию; 26) зависимость от мнения окружающих; 27) эмоциональная устойчивость; 28) волевая активность в поведении; 29) эмоциональность; 30) эмоциональная чувствительность к внешним воздействиям; 31) уверенность в рождении ребенка; 32) эмоциональная устойчивость по отношению к детскому поведению; 33) терпимость по отношению к детскому плачу и детским капризам; 34) любовь и нежное отношение к будущему ребенку; 35) желание внести гармонию, спокойствие в семейно-бытовую деятельность.

* - корреляция значима на уровне $p \leq 0.05$;

** - корреляция значима на уровне $p \leq 0.01$.

Объем выборки – 200 испытуемых.

ИК (индекс когерентности) – 823; ИД (индекс дивергентности) – 54; ИО (индекс организованности) – 877.

Обозначения: типы акцентуаций: 1) демонстративность; 2) застреваемость; 3) педантичность; 4) неуравновешенность, возбудимость; 5) гипертимность; 6) дистимичность; 7) тревожность, боязливость; 8) циклотимичность; 9) аффективность, экзальтированность; 10) эмотивность, лабильность. Исследование тревожности: 11) ситуативная тревожность; 12) личностная тревожность; 13) депрессивное состояние; 14) когнитивно-аффективная шкала; 15) шкала соматизации. Исследование уровня напряженности защит: 16) отрицание; 17) вытеснение; 18) регрессия; 19) компенсация; 20) проекция; 21) замещение; 22) интеллектуализация; 23) реактивные образования; 24) общая напряженность всех защит. Исследование мотивационной и самооценочной направленности: 25) коллективная мотивация; 26) заниженная самооценка; 27) завышенная самооценка; 28) отношение к делу; 29) отношение к коллективу; 30) отношение к себе; 31) стремление уйти от оценки; 32) неуверенность в поведении; 33) стремление к лидерству; 34) самоуверенность в поведении.

* - корреляция значима на уровне $p \leq 0.05$;

** - корреляция значима на уровне $p \leq 0.01$.

Объем выборки – 86 испытуемых.

ИК (индекс когерентности) – 340; ИД (индекс дивергентности) – 332; ИО (индекс организованности) – 672.

Обозначения: типы акцентуаций: 1) демонстративность; 2) застреваемость; 3) педантичность; 4) неуравновешенность, возбудимость; 5) гипертимность; 6) дистимичность; 7) тревожность, боязливость; 8) циклотимичность; 9) аффективность, экзальтированность; 10) эмотивность, лабильность. Исследование тревожности: 11) ситуативная тревожность; 12) личностная тревожность; 13) депрессивное состояние; 14) когнитивно-аффективная шкала; 15) шкала соматизации. Исследование уровня напряженности защит: 16) отрицание; 17) вытеснение; 18) регрессия; 19) компенсация; 20) проекция; 21) замещение; 22) интеллектуализация; 23) реактивные образования; 24) общая напряженность всех защит. Исследование мотивационной и самооценочной направленности: 25) коллективная мотивация; 26) заниженная самооценка; 27) завышенная самооценка; 28) отношение к делу; 29) отношение к коллективу; 30) отношение к себе; 31) стремление уйти от оценки; 32) неуверенность в поведении; 33) стремление к лидерству ; 34) самоуверенность в поведении.

* - корреляция значима на уровне $p \leq 0.05$;

** - корреляция значима на уровне $p \leq 0.01$.

Объем выборки – 100 испытуемых.

ИК (индекс когерентности) – 236; ИД (индекс дивергентности) – 74; ИО (индекс организованности) – 310.