

*Хрисанхова Е. А., магистрант II курса, направление «Психология», профиль «Психологическое консультирование»,  
г. Тверь, ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»  
Научный руководитель – Бариляк И. А., кандидат психологических наук,  
доцент*

## **НЕОПТИМАЛЬНЫЙ ТИП ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОР ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕВИАНТНОГО МАТЕРИНСТВА**

**Аннотация:** Данная статья посвящена изучению типа отношения к беременности как интегрального психологического образования, отражающего изменения в физиологических и психологических процессах в период беременности. Проводится анализ и описание оптимального, гипогестогнозического, эйфорического, тревожного и депрессивного типов отношения к беременности. Неоптимальный тип отношения к беременности рассматривается как тип, комбинирующий в себе психологические проявления тревожного, депрессивного, эйфорического и гипогестогнозического типов отношения к беременности.

**Ключевые слова:** *беременность, тип отношения к беременности, психологический компонент гестационной доминанты, оптимальный тип отношения к беременности, неоптимальный тип отношения к беременности*

Период беременности в жизни женщины не только меняет ее социальную роль, ценности, приоритеты, представления, но и становится критическим в динамике физиологических, психологических процессов. Специфика положения женщины приводит к дестабилизации личности и социально-психологического окружения. В период беременности женщина не просто испытывает влияние различных внешних факторов, но и своего отношения к этим факторам. Отражением происходящих преобразований становится отношение женщины к беременности и вынашиваемому ребенку, что имеет решающее значение для развития ребенка. Отношение к беременности складывается с учетом ощущений плода, телесных ощущений, эмоционального реагирования на свое состояние, состояние ребенка, общей ценности беременности [6].

И.В.Добряков отмечал, что при изучении отношения женщины к беременности учитывается её общее отношение к факту беременности и тем изменениям, которым она подвергается в этот период, отношение к будущему ребенку и к материнству. Отношение к беременности — это тот компонент, который организует становление материнской позиции и системы поведения, направленных на обеспечение оптимальных условий для развития ребенка [3].

И.А.Аршавский на основе учения А. А. Ухтомского ввёл понятие «гестационной доминанты», которое отражало особенности протекания физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины. Гестационная доминанта отражает общую направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития ребенка [1].

Различные исследователи выделяют два компонента гестационной доминанты: физиологический и психологический. Данные компоненты определяются соответственно биологическими и психическими изменениями, происходящими в организме женщины и нацеленными на вынашивание и рождение ребенка. Тип отношения к беременности является ключевой составляющей психологического компонента гестационной доминанты (далее ПКГД). ПКГД представлен совокупностью механизмов психической саморегуляции, которые формируются в период беременности и направлены на создание оптимальных условий развития ребенка, формирование отношения женщины к беременности. Далее нами будут описаны типы ПКГД, выявленные в исследованиях И.В.Добрякова [6].

**Оптимальный тип ПКГД** встречается у женщин, которые ответственно подходят к беременности, но стараются избегать лишней тревоги. Отмечается, что часто в таких случаях семейная система достаточно сильна и стабильна, отношения в ней гармоничны, а беременность является для супругов желанной. Женщины с таким типом ПКГД продолжают в период беременности вести активный образ жизни, следят за здоровьем, следуют рекомендациям врачей, занимаются дородовой подготовкой. В дальнейшем оптимальный тип ПКГД способствует формированию гармоничного типа семейного воспитания ребенка [2].

**Гипогестогнозический тип ПКГД** часто встречается у женщин, не закончивших учебу, сильно увлеченных работой. Первая категория как правильно не готова к беременности, она застаёт их врасплох. Они не желают уходить в академический отпуск и менять образ жизни. Женщины второй группы обычно планируют беременность, поскольку понимают, что с возрастом растёт риск различных осложнений. Часто у женщин с данным типом ПКГД нет желания менять стиль жизни и свои поведенческие стереотипы, у них не хватает времени посещать врачей и курсы подготовки к родам. После рождения ребенка уход за ним часто перекладывают на родственников, супругов, нянь, так как у самих матерей не хватает на это времени. В семейном воспитании такие матери часто склонны к эмоциональной отверженности по отношению к своим детям [7].

**Эйфорический тип ПКГД** характерен для женщин с истерическими чертами личности, а также у женщин, лечившихся от бесплодия и длительно ожидающих наступления беременности. Для части женщин этого типа беременность становится эффективным средством манипулирования. Часто женщины с истерическими чертами личности демонстрируют чрезмерную любовь к ребенку и преувеличивают различные, даже малейшие недомогания, требуют постоянного внимания со стороны супруга и других членов семьи. Рекомендации врачей, курсы дородовой подготовки для них достаточно формальные мероприятия [2].

**Тревожный тип ПКГД** отличается чрезвычайно высоким уровнем тревоги беременной, отражающимся на ее соматическом здоровье. Нередко повышенная тревога сопровождается ипохондричностью, которую могут отметить врач и ведущий родовых курсов. Однако часто специалисты не всегда обеспечивают адекватную помощь беременным с тревожным типом ПКГД, что еще более ухудшает ситуацию. Женщинам данного типа нужны отдельные консультации с психологом. В воспитании детей они отражаются повышенной моральной ответственностью, они не уверены в своих силах в воспитании. В воспитании часто отмечается доминирующая гиперпротекция [2].

**Депрессивный тип ПКГД** отражается резко сниженным фоном настроения. Даже если женщина ранее хотела ребенка, сейчас может говорить, что не хочет его, не готова к рождению ребенка, боится умереть при родах или родить ребенка с изъянами. Часто у женщин этого типа отмечаются дисморфоманические идеи, мысли о том, что у них есть какие-то уродства. В крайних случаях у женщин такого типа отмечаются сверхценные, бредовые идеи, мысли о самоуничтожении, появляются суицидальные тенденции. В таких ситуациях нужна квалифицированная помощь, работа с психиатром или психотерапевтом, который выявит тип депрессии и назначит необходимый курс лечения. В воспитании ребенка также могут встречаться эмоциональное отвержение, жестокое обращение с ребенком, за которое мать может испытывать чувство вины [8].

Резюмируя представленную информацию, отметим, что психологический компонент гестационной доминанты представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, формирующих отношение женщины к своей беременности, материнству, изменяющих её отношения с окружающими людьми, направлен на создание условий для развития будущего ребенка. Исследования показывают, что при оптимальном типе гестационной доминанты у женщины разрешен кризис идентичности, более высокие показатели самоактуализации, осмысленности и ценности материнства. При этом у женщин с другими типами гестационной доминанты проявляется акцентирование целей и смыслов жизни только на текущем периоде, ценность материнства также концентрируется в отношении актуального состояния, без выстраивания дальнейшей перспективы. Изучение тревожности, депрессивности и невротической симптоматики у женщин с различными типами психологического компонента гестационной доминанты показывает, что за исключением женщин с оптимальным типом представители других типов демонстрируют симптомы тревожности, депрессивности и невротизации. Кроме того, при любом из неоптимальных типов психологического компонента гестационной доминанты наблюдается наличие тревоги или сверхценного, эйфорического, а иногда и фрустрирующего отношения матери к ребенку. Любой из перечисленных вариантов затрудняет

проявление конструктивной заботы и формирование функциональных отношений в системе «мать-дитя» [4; 6].

Таким образом, можно сделать вывод, что комбинации тревожных, депрессивных, эйфорических, гипогестогнозических проявлений, свойственных типам отношения к беременности, отличным от оптимального формируют неоптимальный тип отношения к беременности. Неоптимальный тип является определяющим фактором при формировании дисфункциональных отношений в системе «мать-дитя», а также в семейном окружении женщины [9].

Изучение проблемы отношений беременных женщин к своей беременности способствует определению того, как в дальнейшем будут строиться отношения матери с ребенком, специфика детско-родительских отношений. Важно понимать то, насколько беременность и рождение ребенка являются желанными и значимыми в жизни женщины, насколько ценность ребенка доминирует в ценностно-потребностной сфере женщины, что в дальнейшем влияет на родовую деятельность женщины и послеродовой период, возникновения послеродовой депрессии [5].

Исследование типа отношения к беременности и в особенности выявления параметров неоптимального типа отношения и его характера способствует разработке форм психологического сопровождения и консультирования для профилактики девиантных форм материнства, снятия тяжелых эмоциональных реакций на беременность и рождение ребенка, на изменение семейной системы.

#### **Список литературы:**

1. Гарданова Ж. Р. Особенности формирования материнской доминанты у молодых девушек // Наука, техника и образование. 2017. №11 (41). - С. 70–74.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб: Питер, 2010. - 234 с.
3. Завгородняя И. В. Отношение к беременности у женщин как системообразующий компонент материнской позиции// Психологические проблемы современной семьи: сборник тезисов VI-ой Международной научной конференции. Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2015. – С. 436–448.
4. Золотова И. А. Исследование особенностей психологического компонента гестационной доминанты как индикатора формирования дисфункциональных отношений в системе «мать-дитя» у женщин различных возрастных категорий// Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2021. – Т. 27. – № 2. – С. 135–142.

5. Кольчик Е.Ю., Ушакова В. Р. Специфика отношения к беременности женщин с разным семейным статусом // Мир науки. Педагогика и психология, 2020 №3. - С. 1–10.

6. Корниенко Д. С., Радостева А. Г. Личностные черты как предикторы типа психологической компоненты гестационной доминанты в связи с опытом материнства // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. №3 (35). - С.393-405.

7. Преображенская С. В. Особенности переживания беременности при норме и патологии вынашивания // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2018. №2 (12). - С. 106–121.

8. Шестакова В. Н. Влияние психологической гестационной доминанты матери на состояние здоровья родившихся детей // Российский педиатрический журнал. 2017. №6. - С. 324–328.

9. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2006, - 352 с

*Khrisankhova Elizaveta Andreevna, student of the II-year, direction «Psychology», profile «Psychological counseling»  
Tver, FSBOU VO "Tver State University"  
Supervisor - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor Barilyak Irina Anatolyevna*

## **NON-OPTIMAL TYPE OF ATTITUDE TOWARDS PREGNANCY AS A COMBINATION OF ANXIOUS, EUPHORIC, DEPRESSIVE, HYPOGESTOGENIC MANIFESTATIONS**

**Resume:** This article is devoted to the study of the type of attitude towards pregnancy as an integral psychological formation reflecting changes in physiological and psychological processes during pregnancy. The analysis and description of the optimal, hypogestogenic, euphoric, anxious and depressive types of attitudes towards pregnancy is carried out. The non-optimal type of attitude towards pregnancy is considered as a type that combines the psychological manifestations of anxious, depressive, euphoric and hypogestogenic types of attitude towards pregnancy.

**Key words:** *pregnancy, type of attitude towards pregnancy, psychological component of gestational dominant, optimal type of attitude towards pregnancy, non-optimal type of attitude towards pregnancy*