Санкт-Петербургский Государственный Университет

Кафедра психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей

***Эрнепесова Евгения***

**Выпускная квалификационная работа**

***Особенности психологического функционирования и отношения к ребенку у беременных женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии.***

Уровень образования: магистратура

Направление 37.04.01 *«Психология»*

Основная образовательная программа ВМ.5541 *«Психическое здоровье»*

Профиль *«Консультативная психология»*

Научный руководитель: кандидат психологических наук,

доцент кафедры психического здоровья

и раннего сопровождения детей и родителей

 Аникина Варвара Олеговна

Рецензент:

кандидат психологических наук,

психолог СПБ ГБУЗ «Родильный дом №17»

Заманаева Юлия Владимировна

Санкт-Петербург

2022

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

[АННОТАЦИЯ 4](#_Toc104154040)

[ВВЕДЕНИЕ 6](#_Toc104154041)

[ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 12](#_Toc104154042)

[**1.1 Понятие психологического функционирования** 12](#_Toc104154043)

[**1.2. Особенности психологического функционирования и особенности отношения к ребенку у женщин с естественной беременностью** 14](#_Toc104154044)

[**1.3. Особенности психологического функционирования у женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии.** 16](#_Toc104154045)

[**1.4. Особенности отношения к ребенку у женщин, зачавших с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.** 21](#_Toc104154046)

[ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 26](#_Toc104154047)

[**2.1 Постановка проблемы исследования** 26](#_Toc104154048)

[**2.2. Описание выборки исследования** 27](#_Toc104154049)

[**2.3 Методы исследования** 27](#_Toc104154050)

[*2.3.1 Шкала психологического функционирования (The Achenbach System of Empirically Based Assessment, Adult ASR/18-59; Achenbach, T., Rescorla, L., 2003, в адаптации Е.Р. Слободской)* 28](#_Toc104154051)

[*2.3.2 «Родительские оценки детей» (Ланцбург М.Е., Дудина А.А., 2014)* 29](#_Toc104154052)

[*2.3.3. Шкала оценки пренатальной привязанности (Maternal Antenatal Attachment Scale, MAAS; Condon J., 1993)* 30](#_Toc104154053)

[*2.3.4 Тест отношений беременной (ТОБ, Добряков И.В., 2010)* 31](#_Toc104154054)

[*2.3.5 Социально-демографическая анкета*. 33](#_Toc104154055)

[**2.4 Процедура исследования** 33](#_Toc104154056)

[**2.5 Методы обработки и анализа данных** 34](#_Toc104154057)

[ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ 35](#_Toc104154058)

[**3.1. Сравнение средних и выявление статистически значимых различий по результатам социально-демографической анкеты** 35](#_Toc104154059)

[**3.2. Результаты сравнения изучаемых групп по психологическим характеристикам** 38](#_Toc104154060)

[*3.2.1 Сравнение средних и выявление статистически значимых различий по отношению к ребенку* 38](#_Toc104154061)

[*3.2.1 Сравнение средних и выявление статистически значимых различий по психологическому функционированию* 40](#_Toc104154062)

[**3.3. Выявление статистически значимых различий между группами после выравнивания выборки по возрасту** 43](#_Toc104154063)

[**3.4. Корреляционный анализ** 47](#_Toc104154064)

[*3.4.1. Корреляционный анализ данных группы ВРТ* 47](#_Toc104154065)

[*3.4.2. Корреляционный анализ данных группы ЕС* 51](#_Toc104154066)

[**3.5. Факторный анализ** 54](#_Toc104154067)

[*3.5.1 Факторный анализ группы ВРТ* 54](#_Toc104154068)

[*3.5.2. Факторный анализ группы ЕС* 57](#_Toc104154069)

[ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ 61](#_Toc104154070)

[ВЫВОДЫ 64](#_Toc104154071)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 66](#_Toc104154072)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 67](#_Toc104154073)

[Приложение А 73](#_Toc104154074)

[Приложение Б. 85](#_Toc104154075)

# АННОТАЦИЯ

Нами проведено исследование психологического функционирования, особенностей отношения к будущему ребенку у женщин, использовавших ВРТ. Методы: Шкала психологического функционирования (Achenbach, T., Rescorla, L., 2003, в адаптации Е.Р. Слободской); «Шкала оценки пренатальной привязанности (Condon J., 1993); Тест отношений беременной (ТОБ, Добряков И.В., 2010); Родительские оценки детей» (Ланцбург М.Е., Дудина А.А., 2014), социально-демографическая анкета.

Результаты представлены по 177 женщинам: 57 женщин, зачавших с помощью ВРТ (34,31±4,459 лет) и 120 с естественной беременностью (ЕС) (31,87±4,786 лет) (p=0,000). Женщины из группы ВРТ дольше состоят в отношениях и проживают с супругом/партнером (p=0,000). Они выше отмечают свою готовность к материнству (р=0,019), при этом 50,9% женщин не посещает курсы по подготовке к родам и материнству по сравнению с 69,7% группе с ЕС (р=0,001). Женщины из группы ВРТ по отношению к беременности больше испытывают эйфорию и у них менее выражен оптимальный тип гестационной доминанты. По методике адаптивного функционирования значимые различия были обнаружены по шкалам «нарушения мышления» и «депрессивные расстройства»: выраженность этих шкал у группы ВРТ ниже (р=0,050). Положительная корреляционная взаимосвязь была выявлена между компонентами привязанности и эйфорической гестационной доминантой по компонентам «отношение к беременности» и «отношение к ребенку», а отрицательная взаимосвязь была выявлена с оптимальным типом отношения к беременности. Большинство показателей методики «Родительские оценки детей» положительно коррелируют с эйфорическим типом гестационной доминанты по компоненту «отношение к ребенку», т.о. женщины с эйфорическим отношением к ребенку выше оценивают выраженность его качеств на настоящий момент и в том числе выше оценивают необходимый уровень выраженности качеств для гордости ребенком.

**ABSTRACT**

We have conducted a study of psychological functioning, aspects of attitude towards the unborn child of women who used ART. Methodology: The Achenbach System of Empirically Based Assessment, Adult ASR/18-59 (Achenbach, T., Rescorla, L., 2003, adapted by E.R. Slobodskaya); Maternal Antenatal Attachment Scale, MAAS (Condon J., 1993); Pregnancy attitude test (TOB, Dobryakov I.V., 2010); Parental assessments of children (Lantsburg M.E., Dudina A.A., 2014), socio-demographic questionnaire.

The results are presented for 177 women: 57 women who conceived with ART (age: 34.31±4.459) and 120 with natural pregnancy (EU) (age: 31.87±4.786) (p=0.000). Women in the ART group are in longer relationships and live with a spouse/partner (p=0.000). They note their readiness for motherhood higher (p=0.019), yet 50.9% of them do not attend courses in preparation for childbirth and motherhood compared to 69.7% of the EU group (p=0.001). Women from the ART group experience more euphoria in relation to pregnancy and their optimal type of gestational dominant is less pronounced. According to the Achenbach System of Empirically Based Assessment, significant differences were found on the scales of "disordered thinking" and "depressive disorders": the severity of these scales in the ART group is lower (p=0.050). A positive correlation was found between the components of attachment and the euphoric gestational dominant in terms of the components "attitude towards pregnancy" and "attitude towards the child", and a negative relationship was found with the optimal type of attitude towards pregnancy. Most of the indicators of the method "Parental assessments of children" positively correlate with the euphoric type of gestational dominance in the component "attitude towards the child", i.e. women with a euphoric attitude towards a child give a higher assessment of the severity of his qualities at the moment, including a higher assessment of the necessary level of expression of qualities for pride in a child.

# ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальнейших проблем современного общества является проблема сохранения здоровья матери и ребенка. И это не только медицинская проблема, как может показаться на первый взгляд, но и социальная проблема, имеющая и экономическое, и нравственное, и общественное значение. Поэтому в последние годы начал возрастать интерес к психологическим проблемам материнства, а именно к исследованиям психологического состояния женщины, ее эмоций и переживаний, личностных особенностей, особенностей адаптации в период беременности, особенностей отношения к будущему ребенку и т.д. (Королева Н.Н., 2010)

Беременность представляет собой сложное и психологически очень разнообразное состояние, во время которого организм женщины претерпевает значительные изменения и глубокую перестройку, затрагивающую как физиологическую, так и психологическую сферы. Говоря о физиологических изменениях организма подразумевается медицинская сторона вопроса, которая, стоит отметить, довольно хорошо изучена и представлена в современной научной среде. Речь здесь идет о возможных гормональных изменениях, изменениях в функции желез внутренней секреции, работе сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек, печени, легких, происходят изменения всех видов обмена веществ и т.д. (Мартиросян М.С., Реут В.А., 2020). Но помимо физиологических изменений в организме женщины, также происходят изменения и в психологической сфере, что в свою очередь может быть обусловлено как физиологией, так и социально-средовыми факторами, которые на данный момент изучены гораздо скромнее. В данном случае подразумеваются изменения эмоционального состояния будущей мамы, изменения восприятия, а именно изменение отношения к себе (связанное, например, с освоением новой социальной роли «матери»), к будущему ребенку и миру в целом (Evelien P.M. Brouwers, 2001; Woods S., Melville J., 2010).

Принимая во внимание все то разнообразие факторов, способных оказывать влияние на психоэмоциональный статус женщины в период беременности, далее нам видится целесообразным использование в данной работе термина «Психологическое функционирование», способного объединить под собой и учесть все особенности проживания периода беременности женщиной.

 Особенности психологического функционирования, связанные с беременностью, ставят женщину перед необходимостью адаптации к новым условиям с учетом всех происходящих изменений. Отсутствие адаптации может сопровождаться стрессовыми переживаниями, колебанием настроения, актуализацией тревог, внутренних конфликтов и неразрешенных психологических проблем (Анисимова К.А., 2014), которые в свою очередь могут оказывать влияние на вариабельность перинатальных исходов (Heather L., 2010), в частности преждевременные роды, особенности течения родов, а также могут быть связаны с будущим психическим развитием ребенка.

Многие исследования подтверждают, что пренатальное воздействие стресса может увеличить риск развития психопатологии в дальнейшем, в постнатальном периоде. В связи с чем любые физиологические, нервно-психические, эмоциональные нарушения у будущей мамы могут оказать пагубное влияние не только на здоровье, будущее развитие ребенка, но и на его последующее взаимодействие с окружающим миром (Батуев А.С., Соколова Л.В., 2007). Ребенок впоследствии может проявить ряд симптомов, таких как синдром дефицита внимания и гиперактивности, расстройство поведения, агрессию, тревогу и т.д. (Glover V., 2011). Хотя до сих пор ведутся споры о том, какая доля этих эффектов обусловлена ​​пренатальной или постнатальной средой, а также имеют место вопросы о роли генетического фактора.

В связи со всем вышесказанным исследования психологического функционирования беременных женщин набирают популярность с точки зрения исследования и дифференциации факторов, влияющих на психоэмоциональное состояние, с целью дальнейшей практической работы, в частности, нормализации состояния самой женщины, а также профилактики возможных отклонений в психическом развитии ребенка еще на пренатальной стадии.

Отдельную группу беременных составляют женщины, использовавшие вспомогательные репродуктивные технологии (далее - ВРТ) для лечения бесплодия.

По данным Федеральной службы государственной статистики на 2019 год, частота бесплодных браков колеблется от 17,2% до 24% в различных регионах, при том, что согласно ВОЗ, критическим для демографии является показатель в 15%. Количество пациентов-женщин, зарегистрированных с диагнозом бесплодие с 2005 года увеличилось почти в 2 раза (273,8 тыс. женщин на 2018 год). Это связано с рядом факторов. Во-первых, с сложной демографической ситуацией в Российской Федерации, во-вторых, с увеличением возраста зачатия, когда женщина, например, сначала решает строить карьеру и решить социальные, финансовые задачи в жизни, а затем заводить ребенка и семью. Тем не менее, с возрастом репродуктивная функция женщины снижается, и естественное зачатие становится проблематичным.

Бесплодие является серьезной, не только медицинской, но и психологической и демографической проблемой во всем мире, затрагивающей 10–15% семей репродуктивного возраста (Prasanta K.D., Swarnali S., 2010). Более того, доля психологической нагрузки, связанной с бесплодием, значительно превосходит физиологический дискомфорт организма (Balen F., Naaktgeboren N., 1996). Негативные состояния, стресс и разочарование женщин, столкнувшихся с бесплодием, могут негативно сказываться на их психическом здоровье, самооценке, супружеских отношениях и т.д. (Klock M., 2004; Olshansky E.,Sereika S., 2005; Petersen-Burch F. et al., 2014).

Стоит отметить, что изучение психологических характеристик женщин, использовавших ВРТ, еще недостаточно полно представлено как в зарубежной, так и в отечественной литературе. В основном исследования посвящены изучению медицинских, биологических аспектов ВРТ, его влиянию на здоровье самой женщины, плода и долговременному влиянию на развитие ребенка и его здоровья. Исследования же психологических характеристик довольно разрозненные. Учитывая тот факт, что беременные женщины — это довольно уязвимая группа, изучение психологического функционирования женщин в условиях лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий также является актуальным для науки и практики оказания медико-психологической помощи в области репродукции человека.

Многими современными исследователями беременность в результате ВРТ относится к группе высокого риска по развитию акушерских осложнений (Зайнулина М.С. и др., 2011; Qin J.B. et al., 2017). В связи с чем, нам также кажется необходимым изучение отношения матери к своему будущему ребенку и выявление возможных особенностей, обусловленных зачатием с помощью ВРТ.

 Достаточно лабильное психоэмоциональное состояние беременной в совокупности со сложностью протокола лечения бесплодия может стать дополнительным негативным фактором, отражающимся на течении гестации (Абрамченко В.В., 2001; Васильева В.В., Авруцкая В.В., 2008). Отмечается, что стресс и неустойчивый эмоциональный фон повышают частоту плацентарной недостаточности, задержки роста плода, преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела (Тютюнник В.Л., 2009). Все вышеперечисленное может оказывать влияние на отношение мамы к будущему ребенку. Специфика отношения матери к ребенку в перинатальный период играет важнейшую роль для психического развития ребенка (Верни Т., 1994; Захаров А.И., 1998; Мещерякова С.Ю., 2000; Добряков И.В., 2010; Савенышева С.С., Чижова В.Ф., 2012), а также оказывает влияние на особенности отношения к ребенку и взаимодействие с ним в постнатальном онтогенезе (Leifer M., 1980; Muller M.E. et al., 1996; Benoit D., 2008).

Так, была выявлена повышенная тревога, связанная с восприятием собственного ребенка как более уязвимого у матерей-участниц программ ВРТ (Штро Р.С., Гуткевич Е.В., 2020). Также в результате некоторых исследований была обнаружена взаимосвязь с возрастом будущей мамы. Гипогестогнозический компонент гестационной доминанты присутствует примерно у каждой 3-й женщины позднего репродуктивного возраста (Скворцова М.Ю., 2018), а результаты некоторых исследований выделяют эйфорический тип гестационной доминанты как превалирующий. Более того, обзоры исследований по данной тематике указывают на то, что последствия от отмеченных выше психоэмоциональных состояний во время беременности могут наблюдаться даже в подростковом периоде, а не только в младенческом и раннем возрасте. Проявляться такие последствия могут на темпераментных особенностях и эмоциональном состоянии, на психомоторном и когнитивном развитии, на наличии эмоциональных и поведенческих проблем (СДВГ, деструктивное/девиантное поведение) (Савенышева С.С., 2018; Аникина В.О. и др., 2020).

Принимая во внимание тот факт, что исследования по данной тематике по России практически не представлены, а в мировом научном сообществе крайне малочисленны и противоречивы по своим результатам, мы видим необходимость проведения дополнительных исследований в этой области.

*Целью* данного исследования является выявления особенностей психологического функционирования и отношения к ребенку у беременных женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).

*Основными задачами данного исследования являются:*

1. Изучение психологического функционирования у беременных женщин, зачавших с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.
2. Изучение особенностей отношения к ребенку у беременных женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии.
3. Сравнение изучаемых характеристик с показателями у беременных женщин, зачавших естественным путем.
4. Исследование взаимосвязей характеристик психологического функционирования и отношения к ребенку у беременных женщин, использовавших ВРТ и зачавших естественным путем.
5. Исследование взаимосвязей изучаемых психологических характеристик с социально-психологическими показателями у беременных женщин, использовавших ВРТ и зачавших естественным путем.

*Объектом* исследования является психологическое функционирование и отношение к ребенку.

*Предметом* изучения является психологическое функционирование и отношение к ребенку у беременных женщин, зачавших с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

*Гипотезы исследования*

1. У женщин, использовавших ВРТ, будут более выражены нарушения психологического функционирования в сравнении с группой женщин с естественной беременностью.
2. Представления о ребенке у беременных женщин, использовавших ВРТ, будут носить более тревожный и эйфорический характер.
3. Женщинам, использовавшим ВРТ, свойственны более идеализированные представления о ребенке.

# ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## **1.1 Понятие психологического функционирования**

Описание результатов теоретического обзора по теме данного диссертационного исследования следует начать с объяснения понятия, заложенного в смысловую основу работы. При формулировке темы исследования перед нами стояла задача подбора такого термина, который мог бы отразить в себе весь спектр факторов, оказывающих влияние на женщину в период беременности. Из распространенных и используемых терминов наиболее близким и подходящим под указанное определение является понятие *психологического благополучия*. Однако на наш взгляд у данного термина есть свои определенные ограничения.

Для формирования более полного представления рассмотрим данный термин подробнее. К.Рифф (Ryff C.D., 1991) термин *психологического благополучия* определял, как объективную оснащенность субъекта психологическими особенностями необходимыми для его успешного функционирования. В современных исследованиях под состоянием полного физического благополучия помимо состояния бодрости, свежести, работоспособности и пр., также подразумевается отсутствие каких бы то ни было неприятных, болезненных физических ощущений. Используются и другие индикаторы психического благополучия, которые до сих пор остаются актуальными, несмотря на давность их формулировки. Так, еще в 1958 году Яхода М. (Jahoda M., 1958) в качестве индикаторов психологического благополучия выделяла: отсутствие психиатрических симптомов; функциональную эффективность и выполнение индивидом требований социальной роли; рост и самоактуализацию личности, преодоление жизненных трудностей, использование навыков и достижение ценностей-целей; субъективное благополучие (отражающие самооценку, удовлетворенность жизнью, оценку степени удовлетворения актуальных потребностей).

Всемирная Организация Здравоохранения понятие благополучия включает в понятие психического здоровья. Психическое здоровье в свою очередь определяется как состояние, при котором человек способен эффективно использовать ресурсы психики для личностного роста, активно преодолевать стрессогенные факторы, а также способен продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье подразумевается, как основа благополучия человека, а также основа эффективного функционирования личности в частности и сообщества в целом. (World Health Organization, 2018).

Также, со схожими нам объектами исследования в научной литературе встречается понятие *качества жизни.* Это достаточно междисциплинарный феномен, чаще всего понимающий под собой комплексную характеристику (физическое, психологическое, эмоциональное и социальное) функционирования человека, в основе которой субъективная оценка и восприятие собственного уровня адаптации, физического, психического и социального благополучия (Горьковая И. А., Коргожа М. А., 2016).

Таким образом мы сталкиваемся со сложностью дифференциации понятий. Особенно это становится очевидным, когда используется ряд таких тождественных понятий как субъективное благополучие, психологическое благополучие, психологическое здоровье, эмоциональное здоровье, удовлетворенность жизнью, качественная адаптация, качество жизни и т.д. (Аргайл, 2003; Батурин, Гафарова, 2013; Кужильная, 2015; Селигман, 2013; Шперлинь, 2014; Campbell, Rodgers, 1976). «В настоящее время в современных научных исследованиях наибольшее распространение получили понятия «счастье», «психологическое благополучие» и «субъективное благополучие», поскольку являются наиболее обобщенными и включающими в себя ряд факторов, детерминирующих «психологически здоровое» и «полноценное» состояние личности.» (Лактионова Е. Б., Матюшина М. Г., 2018, с.78) При этом, важно отметить, что на настоящем этапе операционализации термина «благополучие» отсутствует строгая дифференциация этих терминов, поскольку нет отдельного, структурированного и подробного описания отличий между ними, и соответственно отсутствуют рекомендации к области применения (Новак, 2008). Несмотря на то, что невозможно однозначно обозначить различия вышеупомянутых феноменов, на наш взгляд, довольно четко прослеживается один общий вектор - все перечисленное направленно на эффективное функционирование человека во всех возможных сферах, с целью улучшения и/или повышения качества жизни и адаптированности человека к жизни и самому себе. И тогда в этом контексте нам представляется наиболее логичным использование понятия *психологического функционирования* в качестве объединяющего понятия, включающего в себя ограниченное количество факторов, которые в свою очередь охватывают основные сферы влияния на текущее состояние человека.

##  **1.2. Особенности психологического функционирования и особенности отношения к ребенку у женщин с естественной беременностью**

Сформулированная ВОЗ в 1980 году концепция безопасного материнства представляет собой совокупность медицинских, правовых и социально-экономических мероприятий, способствующих рождению желанных детей в оптимальные возрастные периоды без отрицательного влияния на здоровье женщины, сохраняющих ее жизнь, предупреждающих инвалидность, обеспечивающих воспитание рожденных детей, сочетание материнства, домашних обязанностей и трудовой деятельности (Всемирная Организация Здравоохранения, 1980). В соответствии с этой концепцией пропагандируется новый подход к пониманию здоровья. Здоровье беременной женщины, как состояния психического, физического и социального благополучия, а не только отсутствие психических расстройств и физиологических отклонений в процессе протекания беременности.

Понимание особенностей восприятия беременными женщинами тех или иных на нее влияний в разные триместры беременности как стрессорогенных позволит в дальнейшем выделить мишени для психологического сопровождения будущей матери с целью обеспечения благоприятных психологических условий для поддержания ее здоровья. Эти мероприятия должны быть включены в общую систему мероприятий по охране здоровья матери и ребенка в рамках федеральной целевой программы «Безопасное материнство» (Кулешова К.В., 2013).

Многими авторами в своих научных работах выделяются факторы, которые могут оказывать влияние на психологическое состояние беременной женщины. Например, из социальных факторов уделяется внимание таким как семейное положение, доходы семьи, образ жизни во время беременности, оценка ситуации беременности как благоприятной самой женщиной и др. (Римашевская, Бреева, 1996; Захаров, 1998; Безрукова, 1998). Ряд авторов рассматривает связь возраста будущей матери со степенью адаптации к беременности. Юный возраст по некоторым данным может выступать как препятствие к адаптации в связи с тем, что беременность может быть нежеланной, «незаконной», характеризоваться незрелостью эмоционально-волевой сферы, ценностно-смысловых ориентаций личности, а также незавершенным процессом сепарации от собственных родителей. (Robinson, 1987; WellesNistrom, 1996; Филиппова, 1996; Островская, 2001; Степашов, Бердникова, 2002; Шамилова Н.В., 2016) Также рассматриваются связи личностных характеристик женщины с особенностями протекания беременности. В некоторых исследованиях выделяются различные типы отношения к беременности и их влияние на формирование материнского поведения, связь с процессом адаптации к беременности и успешностью ее протекания (Филиппова, 2000; Добряков, 1996; Боровикова, 1998).

 В другой группе работ освещаются психосоматические аспекты беременности, т.е. рассматривается влияние личностных особенностей и психологического состояния женщины на ее соматическое здоровье: здесь в основном изучаются проблемы токсикозов, гестозов и невынашивания. Так, например, степень тяжести раннего токсикоза может быть взаимосвязана с типами акцентуаций характера и особенностями психологических защит. (Брутман, 1997; Батуев, 1999; Вишневская, Мозговая, Петрова, 2014 и др.)

Вопрос о влиянии факторов психического здоровья женщины во время беременности на психическое развитие ребенка изучается сравнительно недавно. Научные данные свидетельствуют о большом значении материнского фактора в пренатальном и постнатальном развитии ребенка (Бертин А., 1991). Результаты многочисленных исследований подтверждают начало развития всех психических процессов еще не родившегося младенца уже в дородовом периоде (Верни, 1987; Де Каспер и Файфер, 1980; Бертин, 1999; Де Каспер и Файфер, 1980; Чемберлен, 1999; Айламазян, 1999; Брусиловский, 1991; Батуев, 2000 и др.), то есть уже в пренатальном онтогенезе у ребенка формируется опыт, который далее будет использован индивидом в организации собственного поведения в после рождения (Психофизиология, 2004).

Таким образом, психологическое функционирование матери во время беременности может сказаться на развитии и функциях иммунной системы, а также на нейрокогнитивном развитии младенца (Ruiz R., Avant K., 2005). Родительский стресс отрицательно влияет на качество взаимодействия между матерью и ребенком, а также на адаптацию к материнской роли (Copeland D., Harbaugh B, 2005). Хотя не стоит упускать из внимания такие факторы, как возраст матери, социально-экономический статус, социальная поддержка, выкидыш в анамнезе, привязанность матери к плоду и акушерские осложнения, которые могут вносить свой вклад в материнский стресс на протяжении всей беременности (Huang MZ., Kao CH. et al., 2019).

## **1.3. Особенности психологического функционирования у женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии.**

Говоря о вспомогательных репродуктивных технологиях, мы подразумеваем методы лечения бесплодия, позволяющие осуществлять отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и/или криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства) (№ 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (глава 6, статья 55)).

В настоящее время процедуры ВРТ получили достаточно широкое распространение. Благодаря совершенствованию медицинских технологий, родительство стало возможным для пар, которые в свое время были обречены на бездетность. Появился и практический запрос, основывающийся на необходимости психологического сопровождения пар, решивших принять участие в программах репродукции человека. Одной из причин данного запроса является длительный период бесплодия, предшествующий наступлению беременности. При этом, использование набравших популярность технологий вспомогательной репродукции, таких как экстракорпоральное оплодотворение (далее - ЭКО) и интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов (далее - ИКСИ), являются дополнительным стрессом, который требует больших физических усилий, эмоционально сложен, а также требует финансовых затрат (Boivin J., Schmidt L, 2005), плюс сама процедура нередко может восприниматься как последняя возможность самостоятельно родить ребенка.

В связи с чем, многими авторами отмечается тенденция к довольно высокому уровню психоэмоционального стресса у женщин, имеющих длительный опыт бесплодия, его медикаментозного лечения и многочисленных безуспешных попыток зачатия (Maroufizdeh S., Navid B., 2019). Повышение уровня тревожности, напряженности, проявление депрессивной симптоматики, психосоматической патологии может индуцироваться мыслями о собственной неполноценности в связи с невозможностью забеременеть и/или выносить ребенка, усугубляться сложностью самого процесса лечения и существующей вероятностью не наступления беременности, выкидыша, патологий плода и пр. (Geisler M., Meaneus S., 2020; Петрова Н.Н., Подольхов Е.Н. и др., 2013).

Симптомы тревоги, депрессии и стресса являются наиболее часто встречающимися психологическими расстройствами среди бесплодных пациентов (Maroufizadeh, S., 2019). В некоторых исследованиях отмечается, что результат лечения ВРТ может зависеть от психологических факторов, таких как уровень стресса женщины до и во время лечения ВРТ (Ebbesen S., et al., 2009, Matthiesen S, et al., 2011, Cesta C., et al., 2016), но примечательно, что есть другие исследования, не находящие связи по этой теме. Так, например, в некоторых исследованиях были получены результаты подтверждающие, что ни депрессия, ни тревожность не повлияли на частоту наступления беременности (Anderheim L., et al. 2005, Lintsen A., et al., 2009). Эти противоречивые результаты могли быть вызваны небольшими выборками, нестандартными психологическими тестами, дизайном исследования или характеристиками населения.

Было выявлено, что адаптация к беременности после использования репродуктивных технологий влияет на психическое здоровье (Сакияма, 2013). Беспокойство по поводу возможного выкидыша коррелирует с задержкой в подготовке к материнской роли и снижением материнской самоэффективности (McMahon, Ungerer, Tennant & Saunders, 1997; Maehara et al., 2012). Кроме того, продолжительность лечения бесплодия может положительно коррелировать с симптомами послеродовой депрессии (Csatordai et al., 2007). Нестабильное психоэмоциональное состояние наиболее часто сочетается с угрозой прерывания беременности в I и II триместрах у женщин оптимального репродуктивного возраста после ЭКО (Heather L., 2013; Скворцова М.Ю., Прилутская С.Г. и др., 2018) и может быть связана с проблемами репродуктивного здоровья, длительностью предшествующего беременности периода бесплодия, а также с возрастом будущей мамы (беременность наступает в более старшем возрасте, что усложняет ее течение с физиологической точки зрения).

Исследовательские данные также свидетельствуют о том, что у женщин с бесплодием обнаружена повышенная частота униполярной депрессии – от 15 до 54%. А в бесплодных семьях у 8–28% женщин наблюдаются тревожные состояния клинического уровня (Chen T., Chang S., 2004). Также был обнаружен негативный образ себя, неверие в возможность выносить беременность и высокий уровень тревоги у ранее страдавших бесплодием женщин (Bernstain J., Lewis J., Seibel M., 1994). Кроме того, женщинам с бесплодием назначают гормональные препараты, что также может отрицательно влиять на их эмоциональную стабильность. В то же время причинно-следственные связи, лежащие в основе подобных психологических проблем, остаются плохо изученными, так как часто в исследовании не контролируются другие факторы риска (Якупова В.А., Захарова Е.И., 2015).

При этом, несмотря на то что условия, приводящие к лечению, и само прохождение лечения методами ВРТ являются достаточно стрессовыми, существуют большие индивидуальные различия в психологическом функционировании у женщин в этот период.

Так, в ряде исследований показано, что с увеличением попыток ЭКО усиливается депрессивная симптоматика, развиваются тревожные и тревожно-депрессивные расстройства (Петрова Н.Н., Подольхов ЕН., 2013). При этом, в некоторых исследованиях не обнаружено психологических проблем, связанных с процедурой ЭКО, и отмечается, что у некоторого процента женщин, получающих помощь по программе ВРТ, повышенное психоэмоциональное напряжение развивается только при наличии реально трудных жизненных ситуаций (Дроздикова А.Р., 2011). Кроме того, есть также результаты некоторых лонгитюдных исследований, в котором сравнивали самооценку, приспособление к браку и симптомы тревожности у женщин, перенесших лечение ЭКО, и женщин, которые зачали естественным образом, в результатах которых, уровни самооценки, депрессии и тревоги были одинаковыми в обеих группах на 12-й и 28-й неделях беременности. Кроме того, уровни самооценки и беспокойства у женщин, использовавших ЭКО, соответственно увеличивались и снижались по мере прогрессирования их беременности. В некоторых исследованиях не обнаруживается статистически значимых среди доли женщин, испытывающих симптомы депрессии и тревоги, между группой, зачавшей с использованием ВРТ и группой с естественной беременностью. (Raguz N., McDonald S., 2014).

Индивидуальные различия в реакции на лечение могут быть связаны с целым рядом факторов, например, таких как индивидуально-психологические особенности женщин, время планирования беременности, количество попыток ЭКО и т.д. (Наку Е.А., Бохан Т.Г. и др., 2016).

Таким образом, исследовательский интерес к изучению психологических характеристик бесплодных женщин определяется тем, что они являются важным фактором, влияющим на успех лечения и дальнейшего развития ребенка (Филоненко А.Л., 2012). Эти психологические характеристики могут: опосредовать стрессовую ситуацию, связанную с переживанием бесплодия; лежать в основе психогенных форм бесплодия; обусловливать психологические последствия бесплодия, которые, в свою очередь, могут влиять на исход его лечения; выступать в качестве одного из этиологических факторов развития пограничных психических расстройств; определять успешность родов, а также влиять на последующее развитие ребенка.

Нужно также упомянуть, что бесплодие может быть и по мужскому типу, то есть женщина способна к зачатию, а ее партнер страдает бесплодием. Это также сказывается и на внутрисемейных отношениях, и на эмоциональном состоянии женщины. Поэтому специалисты говорят о бесплодной паре, однако чаще всего объектом изучение является эмоциональное состояние женщины, поскольку именно оно может сказываться на особенности протекания и исходе родов, окрашивать ее отношение к ребенку как в период беременности, так и после его рождения, и, как следствие, особенности его психического и физического здоровья и развития.

## **1.4. Особенности отношения к ребенку у женщин, зачавших с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.**

Стоит отметить, что в современных исследованиях большое внимание уделяется влиянию различных эмоциональных реакций и стрессов матери в период беременности как факторов, способных повлиять на психическое развитие ребенка после рождения (Савенышева С.С., 2018).

Также исследователи отмечают, что контакт ребенка с матерью является важнейшей потребностью, без учета которой невозможно достоверное рассмотрение основных этапов становления и изучение онтогенеза человека, в том числе и в пренатальный период. Контакт между матерью и ребенком является основой эмоционально-информативной среды развития, формируемой женщиной еще на ранних этапах жизни ребенка (Батуев, 2003). С момента зачатия начинает свое постепенное формирование система взаимоотношений «мать-дитя», влекущая за собой серьезные изменения в жизни будущей мамы. Возникающие новые адаптационные задачи требуют активной личностной перестройки. Перед женщиной встает задача постепенного принятия роли матери. Также будущей маме необходимо научиться воспринимать будущего ребенка как отдельного от себя и научиться соотносить свои потребности с учетом его существования. Как правило, процесс принятия роли матери рассматривается как кризисный этап в развитии личности, который предъявляет особые требования к личностным ресурсам и несет в себе как потенциальные возможности, так и потенциальные опасности для личности (Подобина, 2005).

Таким образом, период беременности представляется особенно важным для развития материнской сферы. В ходе ее изучения Г.Г. Филипповой были выделены шесть стилей переживания беременности: амбивалентный, адекватный, игнорирующий, отвергающий, тревожный, эйфорический.

1. Адекватный. Беременность идентифицируется без сильных и длительных отрицательных эмоций, характерны выраженные соматические ощущения от состояния беременности, а также наличие направленности на образ ребенка. Данный стиль является наиболее оптимальным для развития готовности к материнству.

2. Тревожный. Тревожная идентификация беременности, со страхом и беспокойством. Характерны болезненные состояния, тревожные или депрессивные эпизоды, связанные со страхами за протекание, исход беременности, родов и т.д.

3. Эйфорический. Характерно некритическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства, отсутствует дифференцированное отношение к характеру шевеления ребенка.

4. Игнорирующий. Поздняя идентификация беременности, сопровождающаяся чувством досады или неприятного удивления. Соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности, может наблюдаться повышение активности и общего эмоционального тонуса.

5. Амбивалентный. Схожая с тревожным типом симптоматика, особенностью являются резко противоположные по физическим и эмоциональным ощущениям переживания шевеления, характерно возникновение болевых ощущений.

6. Отвергающий. Резко выраженная, физически и эмоционально негативно окрашенная симптоматика. Беременность не принимается, может переживаться как кара и сопровождается резкими отрицательными эмоциями. К концу беременности возможны всплески аффективных или депрессивных состояний (Филиппова Г.Г., 2002).

 Независимо от Г.Г. Филипповой И.В. Добряковым были сформулированы типы отношения к собственной беременности: оптимальный, эйфорический, тревожный, гипогестогнозический и депрессивный.

Адекватный стиль, он же оптимальный тип отношения к собственной беременности способствует формированию материнского отношения, для которого характерно безусловное принятие ребенка, а также развитие интуитивной чувствительности и отзывчивости к потребностям ребенка. Такой вариант является наиболее желательным для ребенка.

Гипогестогнозическому типу свойственна недооценка важности и серьезности происходящего. Беременные с таким типом отношения к беременности, как правило не склонны менять жизненный стереотип. Беременность либо незапланированная, либо запланированная по сторонним причинам (детородный возраст). Внимание к ребенку снижено, уход за детьми делегируется другим лицам (няням, бабушкам и т.д.), так как сами матери очень заняты.

При эйфорическом типе беременность может быть очень желанной, сопровождаться повышенным настроением, декларированием чрезмерной любви к будущему ребенку, уверенностью в благополучном родоразрешении с одной стороны, и непониманием своей новой роли сейчас и в ближайшем будущем с другой. Как правило, женщины с таким типом отношения требуют от окружающих повышенного внимания. Осложнения беременности при таком типе отношения застают женщин врасплох, в связи с чем их тяжесть преувеличивается. Подобный тип свойственен женщинам с истерическими чертами личности, а также женщинам длительно лечившимся от бесплодия.

Тревожный тип характеризуется высоким уровнем тревоги, нередко ипохондричностью, что в свою очередь оказывает влияние на соматическое состояние женщины. Причинами тревоги становятся материально-бытовые условия, семейные неурядицы, хронические заболевания и т.д.

Депрессивный тип проявляется резко сниженным фоном настроения, характеризуется максимальной выраженностью тревожных состояний, что в свою очередь может привести к развитию невротических реакций. Могут присутствовать дисморфоманические идеи, бредовые идеи, идеи самоуничижения, суицидальные тенденции (Добряков И.В., 2010).

Стили или типы переживания/отношения к беременности (кроме адекватного/оптимального) характеризуются наличием определенных сложностей в формировании материнского отношения и в большей или меньшей степени требуют коррекции (Никулина С.А., 2015).

В исследовании Маленовой А.Ю., Кытьковой И.Г была предпринята попытка описания психологических особенностей отношения беременных женщин к беременности, ребенку и материнству в случае использования ВРТ. Так, в ситуации искусственного оплодотворения наблюдается высокий уровень готовности к материнству. У будущих мам преобладают конструктивные мотивы сохранения беременности, а также наблюдается психофизиологическая готовность и истинное стремление быть матерью. Характерно чувство наполнения жизни новым смыслом и стремление к реализации планов. При этом имеет место некоторая озабоченность своим здоровьем и стремление соответствовать социальным ожиданиям (Маленова А.Ю., Кытькова И.Г., 2015), а также на фоне ярко выраженного стремления к наступлению материнства представления о будущем ребенке и о себе в роли матери могут быть далеки от реальности и могут носить эйфорический характер, в связи с чем женщины могут не видеть себя в роли матери, и быть не готовыми принять на себя выполнение родительских функций (Якупова В.А., Захарова Е.И., 2015).

Таким образом, проведя анализ мы сделали вывод о том, что большинство современных исследований изучает факторы психологического функционирования разрозненно. Многоаспектных исследований на данном этапе нет. В связи с чем мы еще раз утвердились в необходимости изучения особенностей психологического функционирования и особенностей отношения к ребенку у женщин, использовавших вспомогательное репродуктивные технологии.

Также, важно отметить, что для полного изучения психологического функционирования в соответствии с целью нашего исследования, нам необходим подходящий методический инструмент, имеющий возможности разносторонней оценки. В качестве такого инструмента нами был выбрана методика «Адаптивного функционирования» Т.М. Ахенбаха, позволяющий измерить адаптированность, выраженность синдромов и построить клинический профиль испытуемого.

# ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

## **2.1 Постановка проблемы исследования**

*Целью* данного исследования является выявление особенностей психологического функционирования и отношения к ребенку у беременных женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).

*Основными задачами данного исследования являются:*

1. Изучение психологического функционирования у беременных женщин, зачавших с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.
2. Изучение особенностей отношения к ребенку у беременных женщин, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии.
3. Сравнение изучаемых характеристик с показателями у беременных женщин, зачавших естественным путем.
4. Исследование взаимосвязей характеристик психологического функционирования и отношения к ребенку у беременных женщин, использовавших ВРТ и зачавших естественным путем.
5. Исследование взаимосвязей изучаемых психологических характеристик с социально-психологическими показателями у беременных женщин, использовавших ВРТ и зачавших естественным путем.

*Объектом* исследования является психологическое функционирование и отношение к ребенку.

*Предметом* изучения является психологическое функционирование и отношение к ребенку у беременных женщин, зачавших с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

*Гипотезы исследования:*

1. У женщин, использовавших ВРТ, будут более выражены нарушения психологического функционирования в сравнении с естественной беременностью.
2. Представления о ребенке у беременных женщин, использовавших ВРТ будут носить более тревожный и эйфорический характер.
3. Женщинам, использовавшим ВРТ, свойственны более идеализированные представления о ребенке.

## **2.2. Описание выборки исследования**

В исследовании приняли участие 177 русскоязычных беременных женщин в возрасте от 23 до 45 лет, зачавших как естественным путем, так и при помощи ВРТ и находящиеся преимущественно на третьем триместре (60,9% женщин в группе ВРТ и 93,8% женщин в группе ЕС).

В группу ВРТ вошли 57 женщин, средний возраст которых составил 34,31±4,459 и 120 женщин с естественной беременностью возрастом 31,87±4,786.

84,2% женщин из группы ВРТ имеют высшее образование и из группы ЕС 80,8%. Женщины преимущественно из полных родительских семей (64,3% ВРТ и 63,0% ЕС), проживающие в отдельной квартире или загородном доме (71,9% ВРТ и 75,4% ЕС) и на момент участия в исследовании состоящие в браке (82,5% ВРТ и 86,7% ЕС).

На момент участия в исследовании 68,6% женщин из группы ВРТ и 69,7% женщин из группы ЕС находились на амбулаторном наблюдении.

## **2.3 Методы исследования**

Для решения поставленных задач были выбраны следующие методы:

### *2.3.1 Шкала психологического функционирования (The Achenbach System of Empirically Based Assessment, Adult ASR/18-59; Achenbach, T., Rescorla, L., 2003, в адаптации Е.Р. Слободской)*

 Данный опросник предназначен для оценки различных аспектов адаптивного и неадаптивного поведения взрослых в возрасте от 18 до 59 лет.

Опросник представляет собой анкету и заполняется посредством самоотчета. Каждому ответу на вопрос соответствует определенное количество баллов. После заполнения эти баллы суммируются по блокам и шкалам анкеты.

 Опросник Ахенбаха разделен на 3 части, включающих в себя:

* социально-демографическую информацию;
* информацию об адаптивном поведении (включающую в себя оценку по 5 областям: друзья, супруг / партнер, семья, работа, образование);
* вопросы на формирование профиля участника по шкалам синдромов. Она содержит 123 утверждения, для которых необходимо выбрать один из трех возможных вариантов ответа (неверно, иногда или отчасти верно, верно полностью или почти всегда) и 3 вопроса, касающиеся употребления табака, алкоголя и наркотиков.

 Первичные шкалы синдромов включают в себя:

• Тревожность / Депрессивность (Anxious/depressed);

• Замкнутость (Withdrawn);

• Соматические проблемы (Somatic complaints);

• Проблемы мышления (Thought problems);

• Проблемы с вниманием (Attention problems);

• Агрессивное поведение (Aggressive behaviour);

• Делинквентное поведение (Rule-breaking behaviour);

• Назойливость (Intrusive).

 На основе первичных шкал рассчитываются показатели внутренних и внешних проблем. К показателям внутренних проблем относятся шкалы: Тревожность / Депрессивность, Замкнутость, Соматические проблемы. Показатели внешних проблем формируются из шкал: Агрессивное поведение; Делинквентное поведение; Назойливость.

 По результатам балльной оценки опросника формируется также DSM-ориентированный профиль участника. К DSM шкалам относятся:

• Депрессивные расстройства (depressive problems);

• Тревожные расстройства (anxiety problems);

• Соматические расстройства (somatic problems);

• Расстройства, связанные с избеганием других людей (avoidant personality problems);

• Синдром дефицита внимания и гиперактивности (Inattention / hyperactivity-impulsivity problems);

• Антисоциальные расстройства личности (antisocial personality problems).

 Для каждой из шкал (адаптивное поведение, шкала синдромов, DSM-ориентированная шкала) существуют 3 зоны количественной оценки показателей: зона нормального функционирования, зона риска и клинический уровень значений. (Achenbach T.M., Rescorla L.A., 2003)

### *2.3.2 «Родительские оценки детей» (Ланцбург М.Е., Дудина А.А., 2014)*

Данная методика была разработана М.Е. Ланцбург в 2014 году на основе известного метода исследования самооценки Дембо-Рубинштейн. Данная методика позволяет получить оценки представлений матери о своем ребенке, включая в себя идеальное и реально представление об оценке.

Методика предполагает под собой бланк, на котором под инструкцией размещены пять вертикальных шкал высотой 100мм. Каждая из линий внизу подписана необходимыми для оценки качествами.

Для настоящего исследования были предложены следующие пять качеств для оценки ребенка мамой: здоровье, сообразительность, характер, самостоятельность и внешность.

 На подобных бланках согласно инструкции необходимо отметить уровень развития того или иного качества на данный момент времени и уровень, при котором женщина была бы удовлетворена ребенком и почувствовала бы за него гордость.

В классическом варианте данная методика применяется для оценки представлений о своем ребенке в постнатальный период. В данном исследовании предпринята попытка использования методики для оценки восприятия еще не рожденных детей будущими мамами.

### *2.3.3. Шкала оценки пренатальной привязанности (Maternal Antenatal Attachment Scale, MAAS; Condon J., 1993)*

Данная методика была разработана Дж. Кондоном (J. Condon) в 1993 году для диагностики материнской привязанности к ребенку в пренатальный период. Но на наш взгляд, получаемые результаты говорят скорее не о привязанности в классическом понимании М. Эйнсворт и Дж. Боулби, а об отношении привязанности или представлениях о привязанности. Далее в тексте мы будем использовать этот перевод.

В данной методике результаты анализируются по трем показателям:

1. Качество привязанности;
2. Интенсивность включения в поведение привязанности;
3. Общий показатель привязанности к ребенку в пренатальный период

Опросник состоит из 19 вопросов, относящихся к мыслям и чувствам беременной женщины о будущем ребенке. Респондентам предлагается выбрать в ответ на каждый вопрос одно из пяти утверждений наиболее полно отражающее отношение на данный момент к находящемуся в утробе ребенку. Каждый ответ оценивается по шкале от 1 до 5, некоторые ответы оцениваются по обратной шкале. Подсчет баллов происходит отдельно для каждого показателя и также вычисляется общая сумма баллов за всю методику.

Максимальная сумма баллов по общему показателю составляет 95 баллов, сумма качества пренатальной привязанности составляет 50 баллов, показателя интенсивности включения 40 баллов. (Condon J., 1993)

Стоит отметить, что данная методика в силу своего смыслового содержания позволяет выделение дополнительных шкал. Адаптация методики в рамках гранта РФФИ, проекта № 20-04-60386 показала, что в силу невысокого уровня объяснительной дисперсии можно обрабатывать данную методику используя не только авторскую структуру шкал, но и при помощи существующего подхода к структуре пренатальной привязанности, выделяющего в ней три основных компонента – когнитивный, эмоциональный и поведенческий. При этом поведенческий компонент может быть разбит на два показателя: поведение защиты и заботы, взаимодействие с ребенком. В дальнейшем анализе нами используются все возможные шкалы опросника.

### *2.3.4 Тест отношений беременной (ТОБ, Добряков И.В., 2010)*

Концептуальной основной создания теста послужила теория психологии отношений В. Н.Мясищева, позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности. Поскольку личность, по В. Н. Мясищеву, есть динамическая система отношений, тест содержит три блока утверждений, отражающих три следующих аспекта:

A. Отношение женщины к себе беременной.

Б. Отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя».

B. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке выделяется три раздела, в которых шкалируются различные понятия.

Каждое из них представлено пятью утверждениями, отражающими пять различных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Участнице исследования предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

***Блок А*** (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами:

I. Отношение к беременности.

II. Отношение к образу жизни во время беременности.

III. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

***Блок Б (***отношения женщины в формирующейся в течение девяти месяцев беременности системе «мать-дитя») содержит разделы:

I. Отношение к себе как к матери.

II. Отношение к своему ребенку.

III. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

***Блок В*** (отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих) представлен следующими разделами:

I. Отношение ко мне, беременной, мужа.

II. Отношение ко мне, беременной, родственников и близких.

III. Отношение ко мне, беременной, посторонних людей. Тест приводится полностью.

Таким образом, максимальный балл по каждому типу гестационной доминанты будет равен девяти, а минимальный нулю. Определяющим считается тип гестационной доминанты, по которому набрано семь баллов и выше. Подсчет результатов производится по специальному бланку.

Тест позволяет выявлять нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития, связывать их с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи (Эйдемиллер Э. Г., Добряков, 2010).

### *2.3.5 Социально-демографическая анкета*.

При помощи социально-демографической анкеты собирались данные о беременных женщинах, такие как возраст, семейный статус, уровень образования, наличие или отсутствие работы, наличие или отсутствие социальной поддержки, материальное положение, количество и возраст детей, условия проживания, информация о помогающих родственниках, срок беременности, тип беременности, самочувствие во время беременности и проч.

## **2.4 Процедура исследования**

Набор участников осуществлялся с помощью привлечения женщин через центры репродуктивного здоровья, родильные дома и женские консультации.

Женщинам предлагалось заполнить ряд методик, направленных на изучение представления о ребенке, психологических и социально-демографических характеристик, а также относительно протекания беременности

Бланки методик и анкет представлены в бумажном варианте. Также доступен электронный вариант, представленный в Гугл Формах.

Полученная информация с бумажных методик и анкет также вводится в электронную базу данных.

Данные из Гугл форм поступают напрямую исследователю под кодом участницы.

Данное исследование проведено как часть исследования в рамках гранта РФФИ № 20-013-00859 (руководитель Аникина В.О.).

## **2.5 Методы обработки и анализа данных**

Для обработки полученных данных были использованы следующие статистические процедуры:

1. Анализ частот;

2. Описательные статистики: средние, стандартные отклонения, асимметрия, эксцесс;

3. Анализ значимых различий с помощью критерия χ² Пирсона и непараметрического критерия U-Манна-Уитни;4. Корреляционный анализ;

5. Факторный анализ

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерного оборудования, в частности, программы MS Excel, расчеты – с использованием программы SPSS.

# ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

**3.1. Сравнение средних и выявление статистически значимых различий по результатам социально-демографической анкеты**

 Для формирования первичного представления об исследуемых группах нами был проведен анализ частот и описательных статистик.

Далее, согласно поставленным задачам исследования было необходимо выявить статистическую значимость имеющихся различий.

Социально-демографическая анкета включила в себя как номинальные (категориальные) переменные, так и переменные, измеряемые в единицах количественной шкалы (см. Приложение 1). В связи с чем для анализа социально-демографической анкеты и выявления статистически значимых различий нами были выбраны два критерия: критерий независимости χ² Пирсона для номинальных переменных и критерий u-Манна-Уитни для количественных переменных.

Анализ с помощью критерия χ² Пирсона позволил выявить связанные с типом беременности переменные, а также определить статистическую значимость различий по следующим вопросам социально-демографической анкеты:

1. Посещаете ли вы курсы по подготовке к родам/материнству? (χ²=21,62)
2. Общее количество замерших беременностей? (χ²=6,69)

Столбчатая диаграмма, построенная по частотным показателям из таблиц сопряженности, указывает на то, что женщины из группы ВРТ в сравнении с женщинами из группы с ЕС скорее не посещают курсы по подготовке к родам/материнству (50,9% группы ВРТ), когда как в группе ЕС 69,7% женщин уже посещают подобную группу (см. Рисунок 1). Различия значимы на уровне р=0,001.

*Рисунок 1. Различия по вопросу посещения курсов по подготовке к родам/материнству*

Также анализ с помощью критерия χ² Пирсона позволил выявить, что женщины из группы ВРТ больше сталкивались с замершими беременностями (см. Рисунок 2). Различия значимы на уровне p=0,01.

*Рисунок 2. Различия в количестве замерших беременностей*

Стоит отметить, что в анализ с помощью критерия χ² Пирсона были выключены не все номинальные переменные, а только те, в которых частота наблюдений была больше пяти или в которых было возможно перекодирование с целью объединения близких по смыслу вариантов ответов.

Анализ количественных переменных был проведен с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни, так как распределение результатов отличное от нормального. Анализ позволил выявить следующие статистически значимые различия между группой ВРТ и ЕС по вопросам социально-демографической анкеты. А выявленные при описательных статистиках средние значения и стандартные отклонения позволили нам сравнить эти группы (см. Таблица 1).

*Таблица 1. Средние значения и значимые различия количественных переменных социально-демографической анкеты*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **U-Манна-Уитни** | **р** | **ВРТ** | **ЕС** |
| Среднее значение | Стандартная отклонения | Среднее значение | Стандартное отклонение |
| Возраст | 1844,000 | ,000 | 34,31 | 4,459 | 31,87 | 4,786 |
| Сколько лет состоите в отношениях | 1933,000 | ,000 | 8,71 | 3,600 | 6,97 | 4,069 |
| Сколько проживаете вместе | 1658,000 | ,000 | 7,81 | 3,468 | 6,06 | 3,891 |
| Готовность к материнству | 2561,000 | ,019 | 84,54 | 17,495 | 80,77 | 17,567 |
| Ваш вес до беременности | 2556,000 | ,011 | 66,096 | 11,2548 | 63,764 | 12,6581 |
| Отношения, поддержка со стороны специалистов в период беременности | 2725,500 | ,033 | 82,75 | 20,553 | 78,33 | 22,458 |
| Время наступления беременности | 471,000 | ,000 | 49,14 | 36,188 | 22,74 | 31,227 |

Исходя из данных, представленных в Таблице 1, можно сказать, что женщины из группы ВРТ характеризуется более старшим возрастом, дольше состоят в отношениях и проживают вместе с партнером. В сравнении с группой ЕС, группа ВРТ выше оценивает свою готовность к материнству, а также отношение и поддержку со стороны специалистов. Также значимые различия были установлены по времени наступления беременности. Средний показатель наступления беременности с момента ее планирования у женщин из группы ВРТ больше и составляет чуть более 4 лет (49,14 месяцев).

**3.2. Результаты сравнения изучаемых групп по психологическим характеристикам**

*3.2.1 Сравнение средних и выявление статистически значимых различий по отношению к ребенку*

Прежде чем перейти к описанию результатов по методикам следует упомянуть, что в двух из четырех использованных нами методов смысловое содержание вопросов допускает выделение дополнительных компонентов для более точной интерпретации данных. Так, в методике «Тест отношения беременной» И.В. Добрякова помимо пяти основных типов гестационной доминанты, в каждом из типов выделяют три блока утверждений, отражающих три одноименных компонента:

А. Отношение женщины к себе беременной.

Б. Отношение женщины к формирующейся системе «мать – дитя».

В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

Также, для анализа отношения к ребенку в методике «Шкала оценки пренатальной привязанности» Дж. Кондона помимо авторских шкал нами были также использованы дополнительно выделенные шкалы когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов пренатального отношения. При этом в поведенческом компоненте смысловое содержание методики также позволило выделить шкалы: поведение защиты и заботы, взаимодействие с ребенком.

Статистические значимые различия подсчитывались с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни (см. Таблица 2.).

*Таблица 2. Средние значения и значимые различия переменных отношения к ребенку и беременности*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **U- Манна-Уитни** | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) | **ВРТ** | **ЕС** |
| Среднее значение | Стандартное отклонение | Среднее значение | Стандартное отклонение |
| Качество привязанности | 2455,000 | ,010 | 45,17 | 3,674 | 43,93 | 3,646 |
| Поведенческий: Защита и Забота | 2339,500 | ,003 | 13,37 | 1,431 | 12,81 | 1,239 |
| Эйфорический | 2388,000 | ,016 | 2,46 | 1,743 | 1,77 | 1,429 |
| Опт-А | 2431,000 | ,012 | 1,49 | 1,031 | 1,92 | ,894 |
| Эйф-А | 1979,500 | ,000 | 1,04 | ,808 | ,50 | ,687 |

Как видно из таблицы, у женщин из группы ВРТ выше значения по качеству привязанности, в том числе по поведенческому компоненту защиты и заботы.

По методике «Тест отношения беременной» у женщин группы ВРТ более выражен эйфорический тип, а также по компоненту А (отношения к беременности) и менее выражен оптимальный тип по компоненту А (отношения к беременности). То есть, по отношению к беременности женщины из группы ВРТ больше испытывают эйфорию и у них менее выражен оптимальный тип гестационной доминанты.

По методике «Родительские оценки детей» М. Ланцбург значимых различий средних значений обнаружено не было.

*3.2.1 Сравнение средних и выявление статистически значимых различий по психологическому функционированию*

Результаты анализа по методике «Адаптивного функционирования» показали, что и в группе ВРТ, и в группе ЕС средние значения выраженности по всем шкалам методики находятся в диапазоне нормального психического функционирования.

Частотный анализ позволил обнаружить, что некоторые женщины находятся в зоне риска или обладают выраженностью нарушений психологического функционирования на клиническом уровне. Процент встречаемости нормативных значений, зоны риска и клинического уровня, а также средние значения представлены в Таблице 3

*Таблица 3. Средние значения и частотное распределение результатов методики «Адаптивное функционирование»*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ВРТ** | **ЕС** |
| Ср. знач. | Станд отклонение  | Норм.функционирование | Зона риска | Клин. уровень | Ср. знач. | Станд отклонение | Норм.функционирование | Зона риска | Клин. уровень |
| Друзья | 46,11 | 8,37 | 91,0% | 5,3% | 3,7% | 42,88 | 10,08 | 78,4% | 9,1% | 12,5% |
| Партнер | 48,95 | 6,84 | 96,5% | 3,5% | 0,0% | 49,48 | 7,04 | 96,7% | 3,3% | 0,0% |
| Семья | 46,89 | 11,52 | 86,8% | 1,8% | 11,3% | 47,91 | 10,48 | 90,7% | 1,7% | 7,6% |
| Работа | 47,16 | 6,63 | 94,7% | 5,3% | 0,0% | 46,82 | 6,79 | 91,8% | 8,2% | 0,0% |
| Образование | 50,00 | 4,90 | 100% | 0,0% | 0,0% | 46,70 | 9,05 | 87,0% | 13,0% | 0,0% |
| Табак | 50,00 | 0,00 | 100% | 0,0% | 0,0% | 50,09 | 0,78 | 100% | 0,0% | 0,0% |
| Алкоголь | 50,11 | 0,82 | 100% | 0,0% | 0,0% | 50,00 | 0,00 | 100% | 0,0% | 0,0% |
| Наркотики | 50,00 | 0,00 | 100% | 0,0% | 0,0% | 50,08 | 0,91 | 100% | 0,0% | 0,0% |
| Депрессивность / Тревожность | 55,27 | 6,30 | 87,6% | 9,8% | 3,6% | 56,41 | 6,89 | 92,6% | 5,0% | 2,4% |
| Замкнутость | 55,70 | 6,22 | 84,2% | 12,3% | 3,5% | 57,08 | 6,82 | 84,2% | 14,2% | 1,6% |
| Соматические проблемы | 55,43 | 6,02 | 87,6% | 12,4% | 0,0% | 55,50 | 6,12 | 94,3% | 4,1% | 1,6% |
| Проблемы мышления | 54,44 | 5,85 | 94,7% | 3,5% | 1,8% | 55,94 | 6,04 | 94,2% | 4,2% | 1,6% |
| Проблемы внимания | 54,69 | 4,22 | 98,2% | 1,8% | 0,0% | 56,24 | 5,21 | 94,3% | 4,9% | 0,8% |
| Агрессивное поведение | 55,82 | 6,14 | 91,1% | 7,1% | 1,8% | 55,39 | 5,48 | 95,9% | 3,3% | 0,8% |
| Делинквентное поведение | 55,12 | 5,01 | 94,7% | 5,3% | 0,0% | 54,82 | 5,41 | 95,1% | 4,9% | 0,8% |
| Назойливость | 54,48 | 5,61 | 89,5% | 8,7% | 1,8% | 54,41 | 5,20 | 90,9% | 9,1% | 0,0% |
| DSM\_Депрессивные расстройства | 54,59 | 5,20 | 92,9% | 7,1% | 0,0% | 56,59 | 6,54 | 91,8% | 5,8% | 2,4% |
| DSM\_Тревожные расстройства | 54,02 | 4,50 | 94,7% | 5,3% | 0,0% | 53,99 | 4,64 | 97,5% | 2,5% | 0,0% |
| DSM\_ Соматические расстройства | 55,20 | 5,28 | 94,7% | 5,3% | 0,0% | 55,04 | 5,27 | 96,7% | 1,6% | 1,7% |
| DSM Избегающие расстройства  | 56,12 | 6,45 | 89,5% | 7,0% | 3,5% | 57,38 | 7,36 | 86,7% | 8,3% | 5,0% |
| DSM\_ СДВГ | 54,20 | 4,94 | 98,2% | 1,8% | 0,0% | 55,39 | 6,29 | 90,1% | 6,6% | 3,3% |
| DSM\_Антисоциальные расстройства личности | 55,88 | 5,67 | 94,6% | 5,4% | 0,0% | 54,51 | 5,20 | 93,3% | 6,7% | 0,0% |

Мы видим, что в группе ВРТ процент женщин в группе риска больше всего по нарушениям: депрессивность/тревожность, замкнутость, соматические проблемы, агрессивное поведение, назойливость, депрессивные расстройства и избегающие расстройства. Достигают клинического уровня до 11,3% процентов женщин по показателям адаптированности в семье.

В группе с ЕС процент женщин в группе риска больше всего по нарушениям: адаптация в работе и образовании, замкнутость и назойливость, избегающие расстройства. Достигают клинического уровня от 7,6% до 12,5% женщин по показателям адаптации в семье и с друзьями.

По методике адаптивного функционирования значимые различия по критерию U-Манн-Уитни были обнаружены по шкалам: нарушения мышления и депрессивные расстройства. У группы ВРТ выраженность нарушений ниже (см. Таблица 4). То есть, женщины группы ВРТ реже страдают нарушениями мышления и депрессивными расстройствами во время беременности по сравнению с группой ЕС.

*Таблица 4. Средние значения и значимые различия по психологическому функционированию*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **U- Манна-Уитни** | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) | **ВРТ** | **ЕС** |
| Среднее значение | Стандартное отклонение | Среднее значение | Стандартное отклонение |
| АхенбСиндр\_Мышление | 2102,000 | ,027 | 54,44 | 5,852 | 55,94 | 6,036 |
| АхенбDSM\_Депресс расстрва | 2378,000 | ,050 | 54,59 | 5,201 | 56,59 | 6,540 |

**3.3. Выявление статистически значимых различий между группами после выравнивания выборки по возрасту**

Так как были выявлены значимые различия по возрасту между двумя группами. Далее мы выверили выборки по возрасту с целью проверить, влияет ли данная переменная на значимость различий по другим показателям. Для этого из выборки женщин с естественной беременностью в каждом возрастном диапазоне было выбрано количество женщин, соответствующих женщинам из группы ВРТ в данном возрастном диапазоне. Таким образом, выборка также была выравнена по количеству: 56 женщин ВРТ и 56 женщин с ЕС. Новый возрастной диапазон: от 25 до 43.

Далее был проведен анализ значимых различий с помощью критерия U-Манна-Уитни, в результате которого было обнаружено, что по социально-демографической анкете по ряду вопросов на большой выборке были значимые различия, однако после выравнивания статистические значимые различия были выявлены только по трем вопросам анкеты (см. Таблица 5), а именно: женщины из группы ВРТ дольше состоят в отношениях (М(SD)=8,71(3,6)) и дольше проживают (М(SD)=7,81(3,46)) с супругом/партнером, чем женщины из группы ЕС (М(SD)=7,26(4,64) и М(SD)=6,31(4,71)). Время наступления беременности также больше у женщин из группы ВРТ (М(SD)=49,16(36,52)), чем у женщин группы ЕС (М(SD)=7,77(10,28)).

*Таблица 5. Соотнесение значимых различий в общей и выверенной выборке*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Значимые различия в группах ВРТ (n=57) и ЕС(n=120)** | **Значимые различия в группах ВРТ (n=56) и ЕС(n=56)** |
| U Манна-Уитни | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) | U Манна-Уитни | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Возраст | 1844,000 | ,000 | 1395,500 | ,700 |
| Сколько лет состоите в отношениях | 1933,000 | ,000 | 1100,500 | ,019 |
| Сколько проживаете вместе | 1658,000 | ,000 | 991,000 | ,004 |
| Готовность к материнству | 2561,000 | ,019 | 1303,000 | ,261 |
| Оценка отношений и поддержки со стороны специалистов в период беременности | 2725,500 | ,033 | 1358,500 | ,213 |
| Время наступления беременности | 471,000 | ,000 | 251,500 | ,000 |
| Ваш вес до беременности? | 2556,000 | ,011 | 1348,500 | ,258 |

Также из Таблицы 5 видно, что различия по вопросам «Готовность к материнству», «Оценка отношений и поддержки со стороны специалистов во время беременности» значимы только в большой выборке.

Анализ психологических характеристик при сравнении женщин группы ВРТ с группой ЕС и на меньшей (выверенной) выборке показал, что достоверные различия, обнаруженные на большей выборке, после ее выравнивания по возрасту остались либо также значимы, либо показатель значимости уменьшился, но остался в пределах значения тенденции (см. Таблица 6).

*Таблица 6. Соотнесение значимых различий по психологическим характеристикам в общей и выверенной выборках*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Значимые различия в группах ВРТ (n=57) и ЕС(n=120)** | **Значимые различия в группах ВРТ (n=56) и ЕС(n=56)** |
| U Манна-Уитни | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) | U Манна-Уитни | Асимптотическая значимость (2-сторонняя) |
| Качество привязанности | 2455,000 | ,010 | 1181,500 | ,065 |
| Когн. | 2758,000 | ,115 | 1193,500 | ,077 |
| Поведенческий: Защита и Забота | 2339,500 | ,003 | 1099,500 | ,017 |
| Эйфорический | 2388,000 | ,016 | 1130,000 | ,058 |
| Опт-А | 2431,000 | ,012 | 1155,500 | ,055 |
| Гипогн-В | 2815,500 | ,101 | 1255,000 | ,077 |
| Эйф-А | 1979,500 | ,000 | 1017,000 | ,004 |
| Трев-Б | 2812,500 | ,080 | 1233,500 | ,058 |
| Ахенбах Синдр\_Мышление | 2102,000 | ,027 | 999,500 | ,084 |
| Ахенбах Синдр\_Внимание | 2456,500 | ,109 | 1026,500 | ,047 |
| Ахенбах DSM\_Депресс расстрва | 2378,000 | ,050 | 1066,000 | ,062 |
| Внешность (горд) | 1240,500 | ,305 | 558,000 | ,086 |

Сравнивания средние (см. Таблица 7) мы можем сказать, что у женщин из группы ВРТ больше выражен поведенческий компонент защиты и заботы и эйфорический тип по компоненту А (отношение к беременности), и менее выражены нарушения внимания в сравнении с группой ЕС. Причем нарушения внимания значимы только на меньшей выборке. У остальных же показателей, ранее значимых в большей выборке, снизился уровень значимости до значений тенденции. Так, у женщин из группы ВРТ на уровне тенденции более выраженно качество привязанности, эйфорический тип гестационной доминанты, оптимальный компонент А (отношение к беременности), нарушения мышления и депрессивные расстройства. При этом, на меньшей выборке были выявлены новые переменные с показателями тенденции к значимым различиям: когнитивный компонент отношения привязанности, гипогестогнозический компонент В (отношение других к беременной), тревожный компонент Б (отношение к ребенку) и уровень выраженности характеристики «внешность» необходимый для гордости.

Таблица 7. Описательные статистики значимых различий на меньшей выборке

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **ВРТ** | **ЕС** |
| N | Минимум | Максимум | Среднее значение | Стандартная отклонения | N | Минимум | Максимум | Среднее значение | Стандартная отклонения |
| Качество привязанности | 53 | 31 | 50 | 45,17 | 3,709 | 56 | 33 | 50 | 43,89 | 3,879 |
| Когн. | 53 | 12 | 29 | 23,68 | 3,468 | 56 | 14 | 29 | 22,77 | 2,979 |
| Поведенческий: Защита и Забота | 53 | 8 | 15 | 13,36 | 1,442 | 56 | 9 | 15 | 12,73 | 1,382 |
| Эйфорический | 51 | 0 | 8 | 2,47 | 1,759 | 56 | 0 | 5 | 1,79 | 1,385 |
| Опт-А | 52 | 0 | 3 | 1,48 | 1,038 | 56 | 0 | 3 | 1,84 | 1,023 |
| Гипогн-В | 52 | 0 | 1 | ,13 | ,345 | 56 | 0 | 3 | ,34 | ,611 |
| Эйф-А | 52 | 0 | 3 | 1,04 | ,816 | 56 | 0 | 3 | ,59 | ,804 |
| Трев-Б | 53 | 0 | 2 | ,43 | ,572 | 56 | 0 | 2 | ,27 | ,556 |
| АхенбСиндр\_Мышление | 47 | 50 | 72 | 54,53 | 5,879 | 53 | 50 | 78 | 56,26 | 6,876 |
| АхенбСиндр\_Внимание | 50 | 50 | 65 | 54,78 | 4,205 | 53 | 50 | 72 | 56,83 | 5,214 |
| АхенбDSM\_Депресс расстрва | 50 | 50 | 69 | 54,68 | 5,212 | 54 | 50 | 77 | 57,13 | 6,757 |
| Внешность горд | 36 | 5 | 100 | 73,42 | 28,539 | 39 | 30 | 100 | 83,15 | 20,284 |

Таким образом, при сравнении женщин из группы ВРТ и ЕС было обнаружено, что женщины из группы ВРТ более старше по возрасту, дольше состоят в отношениях и проживают вместе с партнером. В сравнении с группой ЕС, у группы ВРТ более продолжительный период наступления беременности с момента ее планирования, они выше оценивают свою готовность к материнству, а также отношение и поддержку со стороны специалистов. При этом, большая часть группы ВРТ не посещает курсы по подготовке к родам и материнству.

Также у женщин из группы ВРТ выше значения по качеству привязанности, в том числе по поведенческому компоненту защиты и заботы. По отношению к беременности женщины из группы ВРТ больше испытывают эйфорию и у них менее выражен оптимальный тип гестационной доминанты. Также, женщины группы ВРТ реже страдают нарушениями мышления и депрессивными расстройствами во время беременности по сравнению с группой ЕС.

**3.4. Корреляционный анализ**

*3.4.1. Корреляционный анализ данных группы ВРТ*

В соответствии с задачами данного исследования нами также был проведен корреляционный анализ для обнаружения значимых связей между переменными, измеренными в единицах количественной шкалы. Так как распределение по выборке у нас отлично от нормального, для анализа нами были использован непараметрический критерий Спирмена.

Выявленные корреляционные взаимосвязи получились достаточно разрозненными. Единичные взаимосвязи компонентов методик между собой, на наш взгляд, не имеют достаточной смысловой нагрузки для интерпретации, поэтому нами будут рассмотрены только множественные значимые корреляционные связи, полученные сразу по нескольким компонентам рассматриваемых методик. Корреляционные таблицы представлены в Приложении А.

По результатам проведенного анализа, мы видим, что в группе ВРТ со всеми компонентами отношения привязанности (кроме поведенческого) положительно взаимосвязан эйфорический тип гестационной доминанты (R от 0,419 до 0,608; р=0,000), а именно по субкомпоненту отношения к беременности (R от 0,473 до 0,610; р=0,000) и отношения к ребенку (R от 0,315 до 0,411; р<0,05). Субкомпонент по отношению к беременной положительно коррелирует только с эмоциональным компонентом отношения привязанности (R=0,309; р=0,024).

Также, со всеми компонентами привязанности (кроме поведенческого) отрицательно связан гипогестогнозический тип гестационной доминанты (R от -0,431 до -0,310; р<0,05) по субкомпоненту отношения к беременности (R от -0,417 до -,0295; р<0,05). Субкомпонент по отношению к ребенку отрицательно связан с общим показателем, интенсивностью включения и когнитивным компонентом (R от -0,361 до -0,293; р<0,05), а субкомпонент отношения к беременной отрицательно коррелирует только с показателем качества привязанности (R=-0,342; р=0,012).

Общий показатель, показатель интенсивности включения и когнитивный компонент отрицательно взаимосвязаны с оптимальным типом отношения к беременности (R от -0,395 до -0,316; р<0,05) и с субкомпонентом по отношению к беременности (R от -0,403 до -0,341; р<0,05). Оптимальный субкомпонент по отношению к ребенку отрицательно коррелирует только с показателем интенсивности включения (R=-0,275; р=0,44).

Качество привязанности и эмоциональный компонент отношения привязанности положительно коррелируют с оценкой внешности (R от 0,368 до 0,410; p<0,05) и характера (R от 0,387 до 0,418; p<0,05) ребенка на настоящий момент. Оценка внешности на настоящий момент также положительно коррелирует с общим показателем привязанности (R=0,358; p=0,41)

По методике адаптивного функционирования положительные множественные корреляционные связи с методикой отношения привязанности были получены только с показателем адаптации к работе (см. Таблица 8). А также было обнаружено, что эмоциональный компонент привязанности отрицательно коррелирует с агрессивностью (R= -0,302; р=0,031), антисоциальными (R= -0,360; р=0,010) и тревожным (R= -0,289; р=0,044) расстройствами методики адаптивного функционирования.

Таблица 8. Корреляционная взаимосвязь компонента адаптивного функционирования с компонентами отношения привязанности

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Качество привязанности | Интенсивность включения | Общий показатель | Когн. | Эмоц. | Повед.общ | Поведенческий: Защита и Забота | Поведенческий: Взаимодействие с ребенком |
| АхенАдапт\_Работа | R | -,027 | -,194 | -,015 | -,117 | ,211 | -,110 | -,105 | -,041 |
| p | ,869 | ,231 | ,926 | ,471 | ,190 | ,500 | ,519 | ,803 |

Корреляционная взаимосвязь адаптивного функционирования и типа отношения к беременности показала положительную взаимосвязь эйфорического типа гестационной доминанты с адаптацией к работе (R=0,341; р=0,045) и отрицательную взаимосвязь оптимальног типа гестационной доминанты с нарушениями мышления (R= -0,354; р=0,016). Множественные корреляционные связи между компонентами методик были выявлены по тревожному и депрессивному типам гестационных доминант.

Так, тревожный тип положительно коррелирует со следующими нарушениями по шкале адаптивного функционирования: тревожность/депрессивность, мышление, внимание, агрессивность, назойливость, депрессивные и тревожные расстройства, избегающие расстройства, СДВГ (R от 314 до 434; р<0,05). Тревожный тип гестационной доминанты коррелирует с нарушениями по методике адаптивного функционирования за счет субкомпонента отношения к беременности (мышление, внимание, агрессивность, назойливость, антисоциальные расстройства, СДВГ (R от 0,295 до 0,452; р<0,05)) и за счет субкомпонента отношения к ребенку (тревожность/депрессивность, внимание, агрессивность,, депрессивные и тревожные расстройства, избегающие расстройства (R от 0,294 до 0,539; р<0,05).

Депрессивный тип гестационной доминанты положительно коррелирует с показателями тревоги/депрессии, агрессивностью и депрессивными расстройствами (R=от 0,303 до 0,429; р<0,05). Депрессивный компонент с методикой адаптивного функционирования коррелирует за счет субкомпонента отношения к ребенку по показателям алкоголь и депрессивные расстройства (R от 0,314 до 0,486; р<0,05)

Большинство показателей методики «Родительские оценки детей» положительно коррелируют с эйфорическим типом гестационной доминанты по компоненту «отношение к ребенку» (см. Таблица 9).

Таблица 9. Корреляционная взаимосвязь эйфорического компонента по отношению к ребенку с показателями по методике "Родительские оценки детей"

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Здоровье | Сообразительность | Характер | Самостоятельность | Внешность |
| наст | горд | наст | горд | наст | горд | наст | горд | наст | горд |
| Эйф-Б | R | ,339\* | ,251 | ,279 | ,279 | ,517\*\* | ,478\*\* | ,515\*\* | ,502\*\* | ,494\*\* | ,445\*\* |
| p | ,043 | ,124 | ,105 | ,085 | ,001 | ,002 | ,002 | ,001 | ,003 | ,006 |

*3.4.2. Корреляционный анализ данных группы ЕС*

В группе с ЕС положительная корреляционная связь со всеми компонентами отношения привязанности была выявлена у эйфорического типом гестационной доминанты (R от 0,201 до 0,456; р=0,000), причем коррелирует тип за счет всех трех своих субкомпонентов. Субкомпонент по отношению к беременной (R от 0,218 до 0,360; р<0,05) связан со всеми компонентами отношения привязанности, субкомпонент по отношению к беременности связан с большинством компонентов отношения привязанности (кроме поведенческого компонента защиты и заботы) (R от -0,362 до -0,481; р<0,05) и субкомпонент по отношению к ребенку связан с большинством компонентов отношения привязанности (кроме поведенческого компонента) (R от 0,184 до 0,248; р<0,05).

Отрицательная корреляционная связь между всеми компонентами привязанности наблюдается с гипогестогнозиеским типом гестационной доминанты (R от -0,443 до -0,318; р=0,000) и его субкомпонентом по отношению к беременной (R от -0,355 до -0,204; р<0,05). Субкомпонент по отношению к беременности отрицательно взаимосвязан со всеми компонентами отношения привязанности, кроме поведенческого компонента взаимоотношения с ребенком (R от -0,300 до -0,248; р<0,05), а субкомпонент по отношению к ребенку отрицательно взаимосвязан со всеми компонентами привязанности, кроме поведенческого компонента защиты и заботы (R от -0,329 до -0,206; р<0,05).

Депрессивный компонент гестационной доминанты отрицательно коррелирует с качеством привязанности, общим показателем привязанности, когнитивным компонентом отношения привязанности, поведенческим компонентом защиты и заботы и поведенческим компонентом взаимодействия с ребенком (R от -0,309 до -0,184; р<0,05). Корреляционная взаимосвязь представлена за счет депрессивного компонента по отношению к ребенку (R от -0,279 до -0,223; р<0,05).

По методике адаптивного функционирования положительно коррелирует тревожный тип и его субкомпонент по отношению к беременности. Тревожный тип гестационой доминанты взаимосвязан с: адаптацией с партнером, тревожностью/депрессивностью, замкнутостью, агрессивностью, нарушениями мышления, депрессивными и тревожными расстройствами (R от 0,191 до 0,371; р<0,05).

Также, со множеством нарушений по методике адаптивного функционирования положително коррелирует депрессивный тип гестационной доминанты по субкомпоненту отношения к ребенку и отношение к себе беременной. Депрессивный тип взаимосвязан с: тревожностью депрессивностью, замкнутостью, нарушениями мышления, агрессивностью, делинквентным поведением, депрессивными и тревожными расстройствами, СДВГ, антисоциальными расстройствами (R от 0,184 до 0,372; р<0,05)

Оптимальный тип гестационной доминанты отрицательно коррелирует по всем трем компонентам со следующими нарушениями: тревожность/депрессивность, соматические проблемы, внимание, агрессивность, депрессивные расстройства, тревожные расстройства, СДВГ и антисоциальные расстройства (R от -0,314 до -0,184; р<0,05).

Также были выявленные единичные взаимосвязи между компонентами привязанности и адаптивным функционированием. Для наглядности результаты представлены в виде корреляционной плеяды. (см. Рисунок 3). Единичная положительная взаимосвязь наблюдается между компонентом адаптации в образовании и и поведенческим компонентом защиты и заботы, который в свою очередь отрицательно взаимосвязан с депрессивными расстройствами. Качество Привязанности отрицательно взаимосвязано с агрессивностью, делинквентным поведением и антисоциальными расстройствами.

*Рисунок 3. Корреляционные взаимосвязи отношения привязанности и компонентов психологического функционирования*

Результаты корреляционного анализа по методикам адаптивного функционирования и «Родительские оценки детей» также представлены в виде корреляционной плеяды (см. Рисунок 4).

Рисунок 4. Корреляционная взаимосвязь "Родительских оценок детей и компонентов психологического функционирования

**3.5. Факторный анализ**

*3.5.1 Факторный анализ группы ВРТ*

Поскольку нами получено обширное количество корреляционных взаимосвязей, то было решено провести факторный анализ по методу главных компонент.

Всего в результате факторного анализа в группе ВРТ было извлечено 12 компонентов. Нами были рассмотрены лишь 6 из них, которые описывают 66,7 % дисперсии. Для анализа факторной структуры были рассмотрены значения с факторным весом более 0,450. Таблицы факторного анализа представлены в Приложении Б.

Первый фактор мы назвали *«Эмоционально выгоревшие женщины».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: возраст (0,451), продолжительность отношений (0,897), продолжительность совместного проживания (0,876), количество помогающих с ребенком взрослых (0,695), тревожный тип отношения к беременности (0,804); по шкале синдромов методики адаптивного функционирования тревожность/депрессивность (0,792), мышление (0,568), внимание (0,579), агрессивность (0,674), назойливость (0,713); по DSM профилю методики адаптивного функционирования депрессивные расстройства (0,533), тревожные расстройства (0,663), СДВГ (0,515) и антисоциальные расстройства (0,606).

С отрицательными факторными весами в фактор вошли: оценка отношений с супругом/партнером (-0,522); когнитивный и эмоциональный компонент пренатального отношения (-0,659 и -0,603); эйфорический тип отношения к беременности (-0,529); адаптация в отношениях (-0,504) и адаптация в работе (-0,776); показатели гордости ребенком по всем пяти качествами методики «Родительские оценки детей»: здоровье (-0,874), сообразительность (0,555), характер (-0,854), самостоятельность (-0,848) и внешность (-0,831).

Второй фактор: *«Приближенные к реальности женщины с опытом материнства».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: оценка отношений с родителями (0,489), время наступления беременности (-0,491), вес до беременности (0,644), общее количество родов (0,585); гипогестогнозический (0,853) тип отношения к беременности; мышление (0,705), внимание (0,589), агрессивность (0,636) и делинквентное поведение (0,75) и СДВГ (0,689) по методике адаптивного функционирования; оценка сообразительности (0,503) и внешности (0,503) на настоящий момент.

С отрицательными факторными весами в фактор вошли: семейное положение (-0,853), финансовое положение (-0,502), жилищные условия (-0,853).

Третий фактор: *«Женщины, замкнутые на семью».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: удовлетворенность профессиональной деятельностью (0,872), удовлетворенность материальным положением (0,515), эмоциональная атмосфера в семье в целом (0,502); поведенческий компонент защиты и заботы (-0,458); адаптация в семье (0,772), замкнутость (0,788), депрессивные расстройства (0,569), избегающие расстройства (0,839); срок беременности в неделях (0,762).

С отрицательными факторными весами в фактор вошли: уровень образования (-0,521), поведенческий компонент защиты и заботы (-0,458).

Четвертый фактор: *«Ориентированные на ребенка первородящие женщины».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: время наступления беременности (0,536), эмоциональный компонент пренатального отношения (0,528); соматические проблемы (0,665), соматические расстройства (0,657); оценка здоровья (0,719), характера (0,502), самостоятельности (0,667) и внешности (0,5) ребенка на настоящий момент.

С отрицательными факторными весами в фактор вошли: количество проживающих детей (-0,601), общее количество беременностей (-0,541); депрессивный тип отношения к беременности (-0,681); адаптация с друзьями (-0,594), делинквентное поведение (-0,548).

Пятый фактор: *«Депрессивные расстройства».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: отношения и поддержка со стороны друзей и знакомых в период беременности (0,506), вес до беременности (0,552), оптимальный тип отношения к беременности (0,726); замкнутость (0,537), депрессивные расстройства (0,45); оценка сообразительности (0,467) ребенка на настоящий момент.

С отрицательными факторными весами в фактор вошли: общее количество родов (-0,572); эйфорический тип отношения к беременности (-0,719).

Шестой фактор: *«Материнство ради материнства».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: Готовность к материнству (0,667).

С отрицательными факторными весами в фактор вошли: отношение и поддержка со стороны друзей и знакомых в период беременности (-0,471), отношения и поддержка со стороны специалистов (-0,532), сколько прибавили за время беременности (-0,573), общее количество беременностей (-0,545); поведенческий компонент защиты и заботы (-0,452).

*3.5.2. Факторный анализ группы ЕС*

При факторном анализе контрольной группы были выделены 16 компонентов, 10 из которых объясняют 68,209 % дисперсии. Однако, наполненными по смыслу являются только 6 факторов (объясняют 48,551% дисперсии). Остальные же либо включают в себя единичные значения, либо показатели одной методики. Результаты факторного анализа в группе ЕС представлены в Приложении Б.

Первый фактор был назван *«Нарушения психического здоровья».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: общее количество беременностей (0,47); тревожный (0,472) тип отношения к беременности; тревожность/депрессивность (0,86), замкнутость (0,494), соматические проблемы (0,849), мышление (0,694), внимание (0,604), агрессивность (0,853), делинквентное поведение (0,743) и назойливость (0,521) по шкале синдромов методики адаптивного функционирования; депрессивные расстройства (0,851), тревожные расстройства (0,777), соматические расстройства (0,707), СДВГ (0,676), антисоциальные расстройства (0,754).

С отрицательными факторными весами в фактор вошли: семейное положение (-0,494), готовность к материнству (-0,496), эмоциональная атмосфера в семье в целом (-0,691), оценка отношений с супругом/партнером (-0,659), оценка отношений с родителями (-0,709), отношения и поддержка со стороны друзей и знакомых в период беременности (-0,644), отношения и поддержка со стороны специалистов в период беременности ( -0,544), адаптация с партнером (-0,485), адаптация в семье (-0,547), адаптация к работе (-0,546).

Второй фактор: *«Реалистичные и уставшие женщины».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: количество проживающих детей (0,581), количество проживающих взрослых (0,629), вес до беременности (0,745), общее количество родов (0,552); поведенческий компонент взаимодействия с ребенком (0,569); депрессивный тип отношения к беременности (0,586), оценка выраженности сообразительности (0,52), характера (0,548), самостоятельности (0,52), внешности (0,517) на настоящий момент.

Третий фактор: *«Образованные, с позитивным представлением о ребенке».*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: уровень образования (0,645); эйфорический тип отношения к беременности (0,467); адаптация к работе (0,486); оценка выраженности характеристик здоровья (0,594) сообразительности (0,799), характера (0,770), самостоятельности (0,788) и внешности (0,695) для гордости ребенком, а также оценка внешности на настоящий момент (0,518).

Четвертый фактор: *«Ориентированные на внешние связи».*

В него вошли когнитивный компонент пренатального отношения (0,524) и оценка внешности ребенка на настоящий момент (0,474) с положительными факторными весами, и замкнутость (-0,489) с отрицательным факторным весом.

Пятый фактор: «*Ориентированные на социум женщины с самостоятельными детьми»*

В него вошли переменные с показателями около 0,400. С положительными факторными весами: возраст (0,396), отношения и поддержка со стороны друзей и знакомых в период беременности (0,413), отношения и поддержка со стороны специалистов в период беременности (0,433); оценка самостоятельности ребенка на настоящий момент (0,422).

С отрицательными факторными весами: площадь жилья (-0,431), оценка отношений с родителями (-0,439), эмоциональный компонент пренатального отношения (-0,439), поведенческий компонент защиты и заботы (-0,394) и поведенческий компонент взаимодействия с ребенком (-0,445); замкнутость (-0,376).

Шестой фактор: *«Женщины в отношениях»*

В него вошли переменные со следующими положительными факторными весами: продолжительность отношений с партнером (0,679), продолжительность проживания с партнером (0,694), время наступления беременности (0,496).

С отрицательными факторными весами в фактор вошли: сколько прибавили за время беременности (-0,682); гипогестогнозический тип отношения к беременности (-0,499).

Результаты факторного анализа показали, что, во-первых, факторная структура более однородна в группе ВРТ, в то время как в группе ЕС наблюдается большой разброс значений, и только 4 фактора имеют психологический смысл (описывают 38% дисперсии), остальные включают несколько мало связанных между собой показателей или не имеют психологического смысла. Во-вторых, в группах ВРТ и ЕС разная факторная структура (см. Таблицу 10)

Таблица 10. Компоненты, выделенные в результате факторного анализа

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ВРТ** | **ЕС** |
| 1 | Эмоционально выгоревшие женщины | Нарушения психического здоровья. |
| 2 | Приближенные к реальности женщины с опытом материнства | Реалистичные и уставшие женщины |
| 3 | Женщины, замкнутые на семью | Образованные, с позитивным представлением о ребенке |
| 4 | Ориентированные на ребенка первородящие женщины. | Ориентированные на внешние связи. |
| 5 | Депрессивные расстройства | Ориентированные на социум женщины с самостоятельными детьми |
| 6 | Материнство ради материнства | Женщины в отношениях |

# ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Таким образом в ходе проведенного исследования можно сказать, что женщины из группы ВРТ в сравнении с группой ЕС старше по возрасту, дольше состоят в отношениях и проживают с партнером. Они дольше планируют беременность и выше оценивают поддержку со стороны специалистов. Женщины из группы ВРТ склонны выше оценивать свою готовность к материнству, при этом по результатам социально-демографической анкеты большая часть женщин из группы ВРТ не посещают курсы по подготовке к родам и материнству.

Анализ результатов методик показал, что у женщин из группы ВРТ более выражен эйфорический типа гестационной доминанты по компоненту отношения к беременности. Это может говорить о том, что женщины длительное время пытающиеся забеременеть, после ее наступления склонны к воодушевленной оценке своего долгожданного положения, к некоторой беззаботности и преждевременной уверенности в благополучном родоразрешении. Также, согласно полученным данным можно сказать, что чем выше эйфорический тип гестационной доминанты по отношению к ребенку, тем выше женщина склонна оценивать выраженность качеств ребенка.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить, что эйфорический тип гестационной доминанты, а именно в вопросах отношения к беременности и отношения к ребенку положительно взаимосвязан со всеми компонентами отношения привязанности, кроме поведенческого. А выраженность значений по качеству привязанности выше у женщин из группы ВРТ. То есть, чем выше выражен эйфорический тип гестационной доминанты у женщины, тем более выраженными будут ее представления о привязанности к будущему ребенку. А отсутствие корреляции с поведенческим компонентом лишь наталкивает нас на мысль, что восприятие собственного ребенка у таких женщин выраженно лишь на эмоциональном уровне, с поведенческой стороны вопроса они могут не осознавать свою новую социальную роль матери. Такие результаты лишь подтверждают ранее озвученную нами мысль, а также результаты предшествующих исследований.

Низкими показатели отношения привязанности будут в случае выраженность игнорирующего типа и оптимального типа отношения к беременности. Получается, что высокие показатели отношения привязанности исключают оптимальный тип гестационной доминанты, что в некоторой степени противоречит норме.

 Выраженность эмоционального отношения привязанности может обуславливать низкую выраженность агрессивности, антисоциальных и тревожных расстройств у женщин из группы ВРТ.

Средние показатели компонентов адаптивного функционирования в обеих группах находятся в диапазоне нормального психического функционирования. В целом, женщины группы ВРТ реже страдают нарушениями мышления и депрессивными расстройствами во время беременности по сравнению с группой ЕС.

При этом нами было обнаружено, что выраженность тревожности и депрессивности, замкнутости, соматических проблем, агрессивного поведения, назойливости, а также частота депрессивных и избегающих расстройств может характеризоваться зоной риска, а проблемы с адаптированностью в семье могут достигать клинического уровня. Для женщин из группы ЕС характерна зона риска по нарушениям адаптации в работе и образовании, по синдромам замкнутости и назойливости, а также характерны избегающие расстройства. Клиническая выраженность могут достигать нарушения адаптации в семье и с друзьями.

Нарушения по шкалам адаптивного функционирования в группе положительно взаимосвязаны с гипогестогнозическим типом гестационной доминанты за счет отношения к беременности и за счет отношения к ребенку и с депрессивным типом гестационной доминанты по отношению к ребенку.

У женщин из группы ВРТ нарушения психологического функционирования могут быть обусловлены тревожным типом гестационной доминанты по отношению к беременности и депрессивным типом гестационной доминанты по отношению других к беременной.

По результатам факторного анализа у нас получились отличные друг от друга группы, совпадающие по смыслу лишь в первых двух компонентах. И в группе ВРТ и в группе ЕС первый фактор связан с нарушениями психического функционирования, а второй с реалистичными представлениями женщин. Другие же факторы наталкивают нас на заключение о том, что группа ВРТ более сконцентрирована на ребенке и более замкнута на семью, когда женщины из группы ЕС более ориентированный на внешние связи.

# ВЫВОДЫ

Описанные в третьей главе результаты математико-статистической обработки эмпирических данных позволяют нам подвести некоторый итог проделанной работы с учетом тех гипотез, которые были выдвинуты нами в самом начале.

1. У женщин, использовавших ВРТ, более выражены некоторые нарушения психологического функционирования в сравнении с группой женщин с естественной беременностью, в частности больше женщин группы ВРТ относятся к группе риска по депрессивным, соматическим расстройствам, замкнутости
2. Представления о ребенке у беременных женщин, использовавших ВРТ, носят более эйфорический характер, особенно представления о своей беременности. Эйфорический тип отношения к беременности, ребенку и себе беременной связан практически со всеми оценками ребенка, и эти оценки тем выше, чем более выражено эйфорический тип гестационной доминанты.
3. Женщины, использовавшие ВРТ, более свойственны идеализированные представления о себе как о матери, они выше оценивают свою готовность к материнству, качества ребенка, при этом они реже посещают и курсы для подготовки к родам.
4. Женщины группы ВРТ более ориентированы на семейные отношения, ребенка, они дольше находятся в отношениях с партнером, им может быть свойственно материнство ради материнства; в то же время женщины группы ЕС склонны видеть себя и отношения с ребенком в жизни в более широком социуме.
5. Представления об отношениях с ребенком тесно взаимосвязаны с гестационной доминантой, в частности, эйфорические представления женщин обеих групп положительно связаны с характеристиками представлений об отношениях с ребенком; эти представления в свою очередь обратным образом с вязаны с гипогестогнозическим типом доминанты. При этом, связи между представлениями об отношениях с ребенком с оптимальным типом обнаружены в группе ВРТ, а в группе ЕС – с депрессивным.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного теоретического исследования можно сделать вывод о том, что изучение психологического функционирование беременных женщин в контексте лечения бесплодия имеют высокую популярность. Обусловлено это тем, что данные современных исследований достаточно противоречивы. Имеются результаты как указывающие на отличие беременных с помощью ВРТ от женщин беременных ЕС, так и результаты, указывающие на отсутствие существенных различий.

В нашем исследовании гипотеза о том, что у женщин будут выраженнее нарушения психологического функционирования подтвердилась частично.

Гипотезы об эйфоричных и идеализированных представлениях о ребенке подтвердилась. При этом, такие показатели не исключают того факта, что представления об отношениях с ребенком тесно взаимосвязаны с эйфорическим типом гестационной доминанты и у женщин из группы с ЕС.

Таким образом, данная научная сфера продолжает оставаться малоисследованной, но не теряет своей актуальности с точки зрения выявления психологических особенностей, связанных с лечением бесплодия вспомогательными репродуктивными технологиями в перспективе обеспечения психологической помощи, в том числе и предотвращения возможных нарушений в онтогенезе ребенка.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. СПб.: СОТИС; 2001. 320 с.
2. Аникина, В. О. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований / В. О. Аникина, М. Е. Блох, С. С. Савенышева // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – Т. 8. – № 6. – С. 54.
3. Анисимова К.А. Психологические особенности отношения к будущему ребенку у женщин во время беременности. // Психолог. – 2014. – № 1. – С. 1 – 24
4. Бертин А. Воспитание в утробе матери. СПб, 1991.
5. Васильева В.В., Авруцкая В.В. Особенности психоэмоционального статуса женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения. Психол. журн. 2008; 3: 110–19.
6. Верни Т. Тайная жизнь ребенка до рождения. Пер. с англ. М.: Аква, 1994. 96 с.
7. Вишневская Е. Е., Мозговая Е. В., Петрова Н. Н. Характеристика личностно-психологических особенностей и психического состояния беременных с ранним токсикозом //Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. 63. – №. 5.
8. Горьковая И. А., Микляева А. В., Коргожа М. А. Динамика качества жизни женщин после рождения ребенка в зависимости от типа родоразрешения //Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5. – №. 4 (17). – С. 324-327.
9. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010.
10. Добряков И.В. Особенности течения перинатального периода и психомоторное развитие младенца в зависимости от типа психологического компонента гестационнойдоминанты. Психическое здоровье. 2010; № 12: 13-18.
11. Дроздикова А.Р. Психоэмоциональные состояния женщин, получающих помощь по программе вспомогательных репродуктивных технологий // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 6. – С. 77-79
12. Захаров А.И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. СПб: Союз, 1998. 114 с.
13. Королева, Н. Н. Психологическое здоровье во время беременности. // Молодой ученый. — 2010. — № 8 (19). — Т. 2. — С. 119-121.
14. Кулешова К.В. Эмпирическое исследование факторов психологического неблагополучия беременной женщины, 2013 (автореферат)
15. Кулешова К.В., Творогова Н.Д. Беременность, как период психологической трансформации.// Мать и дитя. - 2015. - №4. – с.857
16. Маленова А.Ю., Кытькова И.Г. Отношение женщин в ситуации эко к беременности, ребенку, материнству // Педиатр. 2015. №4.
17. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. Вопросы психологии. 2000; № 5: 18-27.
18. Наку Е.А., Бохан Т.Г., Ульянич А.Л., Шабаловская М.В., Тосто М.Г., Терехина О.В., Ковас Ю.В. Психологические характеристики женщин, проходящих лечение по программе ЭКО. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2016. - №15(6). – с. 23–30.
19. Никулина С.А., Исследование психологических особенностей отношения женщины к собственной беременности // Университетские чтения. – 2015. – с.51-56.
20. Петрова Н.Н., Подольхов Е.Н., Гзгзян А.М., Нгаури Д.А. Психические расстройства и личностно-психологические особенности у женщин с бесплодием при лечении ЭКО. // Обзор психиатрии и медицинской психологии. - 2013.
21. Савенышева С.С. Влияние состояния и отношения к ребенку матери в период беременности на последующее психическое развитие ребенка: анализ зарубежных исследований // Интернет-журнал «Мир науки». – 2018. - №1.
22. Савенышева С. С., Аникина В. О., Блох М. Е. Психическое здоровье и отношение к беременности и ребенку у беременных женщин в период пандемии коронавируса Сovid-19 // Проблемы современного педагогического образования. – 2021. – №. 72-1. – с. 398-401.
23. Савенышева С.С., Чижова В.Ф. Особенности отношения к беременности и переживания родов, а также психического развития ребенка у женщин с разным уровнем психологической готовности к материнству. Новое в психолого-педагогических исследованиях. Теоретические и практические проблемы психологии и педагогики. 2012; № 4 (28): 58-65.
24. Скворцова М.Ю., Прилуцкая С.Г., Барская Е.С. Особенности психоэмоционального состояния женщин во время беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Доктор.Ру. - 2018. - № 10 (154). - С. 62–67.
25. Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А. Психоэмо­циональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции. Рус. мед. журн. Неврология. 2009; 20: 1386–9.
26. Филиппова Г.Г. Психология материнства// М.: Изд-во Института Психотерапии. - 2002.
27. Филоненко АЛ. Становление пренатальной психологической общности как условие здоровой беременности// Томск. – 2012.
28. Штро Р. С., Гуткевич Е. В. Психологические риски вспомогательных репродуктивных технологий и особенности отношения родителей к детям, рождённым с помощью ВРТ (литературный обзор) //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2020. – №. 2. – С. 51-59.
29. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия: Методические рекомендации. – СПб. 2001.
30. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : Учебное пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская ; Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 336 с.
31. Якупова В. А. Захарова Е. И. Особенности переживания беременности при ЭКО// Психологические проблемы современной семьи. – 2015. – с.527-531.
32. Balen F., Naaktgeboren N., Trimbos-Kemper T., In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. Human Reproduction. 1996
33. Benoit D., Parker K.C.H., Zeanah C.H. Mothers’ representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants’ attachment classifications. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1997; 38: 307–313.
34. Bergh C., Wennerholm U. B. Long-term health of children conceived after assisted reproductive technology //Upsala journal of medical sciences. – 2020. – Т. 125. – №. 2. – С. 152-157.
35. Boivin J., Griffiths E., Venetis C. A. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies //BmJ. – 2011. – Т. 342.
36. Boivin J., Schmidt L. Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later //Fertility and sterility. – 2005. – Т. 83. – №. 6. – С. 1745-1752.
37. Chen J. et al. The risk factors of antenatal depression: A cross‐sectional survey //Journal of clinical nursing. – 2019. – Т. 28. – №. 19-20. – С. 3599-3609.
38. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. Hum Reprod. 2004
39. Condon, J.T. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument//British Journal of Medical Psychology. 1993. № 66. P.167–183.
40. Evelien P.M. Brouwers, Anneloes L. van Baar, Victor J.M. Pop, Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development, Infant Behavior and Development, Volume 24, Issue 1, 2001, Pages 95- 106.
41. Frederiksen Y. et al. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis //BMJ open. – 2015. – Т. 5. – №. 1. – С. e006592.
42. Furmli H. et al. Maternal mental health in assisted and natural conception: a prospective cohort study //Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2019. – Т. 41. – №. 11. – С. 1608-1615.
43. Geisler M., Meaneyc S., Waterstonea J., O’Donoghued K. Stress and the impact on the outcome of medically assisted reproduction. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.2020
44. Glover V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. J Child Psychol Psychiatry. 2011 Apr; 52(4):356-67.
45. Heather L. Littleton, Kimberly Bye, Katie Buck & Amanda Amacker. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2010
46. Huang M. Z. et al. Psychological health of women who have conceived using assisted reproductive technology in Taiwan: findings from a longitudinal study //BMC women's health. – 2019. – Т. 19. – №. 1. – С. 1-11.
47. Jahoda M. Current Concepts of Positive Mental Health. – N.Y.: Basic Books, Inc. – 1958.
48. Lee S. H. et al. Postpartum depression and correlated factors in women who received in vitro fertilization treatment //Journal of midwifery & women's health. – 2011. – Т. 56. – №. 4. – С. 347-352.
49. Leifer M. Psychological effects of motherhood. New York: Prager; 1980.
50. Maroufizadeh, S., Navid, B., Omani-Samani, R., Amini, P. The effects of depression, anxiety and stress symptoms on the clinical pregnancy rate in women undergoing IVF treatment // BMC research notes. – 2019. – Т. 12. – №. 1. – С. 1-4.
51. . Muller M. E. Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 1996; 25: 161–166.
52. Prasanta KD, Swarnali S. Psychological aspects of infertility. BJMP. 2010
53. Purewal S., Chapman S. C. E., Van den Akker O. B. A. A systematic review and meta-analysis of psychological predictors of successful assisted reproductive technologies //BMC research notes. – 2017. – Т. 10. – №. 1. – С. 1-6.
54. Qin J.B., Sheng X.Q., Wu D., Gao S.Y., You Y.P., Yang T.B. et al. Worldwide prevalence of adverse pregnancy outcomes among singleton pregnancies after in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection: a systematic review and meta-analysis. Arch. Gynecol. Obstet. 2017; 295(2): 285–301.
55. Raguz N. et al. Mental health outcomes of mothers who conceived using fertility treatment //Reproductive health. – 2014. – Т. 11. – №. 1. – С. 1-7.
56. Ranjbar F., Warmelink J. C., Gharacheh M. Prenatal attachment in pregnancy following assisted reproductive technology: a literature review //Journal of reproductive and infant psychology. – 2020. – Т. 38. – №. 1. – С. 86-108.
57. Rockliff H. E. et al. A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients //Human reproduction update. – 2014. – Т. 20. – №. 4. – С. 594-613.
58. Ryff C.D. Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. Psychology and Aging. – 1991. – Vol. 6, № 2. – P. 286–295
59. Sakiyama T. Development and evaluation of the Adaptation Support Program in Early Pregnancy after the use of assisted reproductive technology //Japan Journal of Nursing Science. – 2019. – Т. 16. – №. 3. – С. 286-299.
60. Sarah M. Woods, Jennifer L. Melville, Yuqing Guo, Ming-Yu Fan, Amelia Gavin, Psychosocial stress during pregnancy, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 202, Issue 1, 2010.
61. Skvirsky V. et al. Contributors to women's perceived stress at the start of assisted reproductive technology //The Journal of psychology. – 2019. – Т. 153. – №. 1. – С. 23-36.
62. Tuncay G. et al. Stress in couples undergoing assisted reproductive technology //Archives of gynecology and obstetrics. – 2020. – Т. 301. – №. 6. – С. 1561-1567.
63. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaimaat FW, BraatDD. Women’s emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. // Hum Reproduction Update. 2007

# Приложение А

*Таблицы корреляционных взаимосвязей*

Таблица 1. Корреляционные взаимосвязи компонентов отношения к беременности и компонентов отношения привязанности в группе ВРТ

|  |
| --- |
|  |
|   | Качество привязанности | Интенсивность включения | Общий показатель | Когнитивный компонент | Эмоциональный компонент | Поведенческий общий | ПоведенческийЗащита и Забота | Поведенческий Взаимодействие с ребенком |
|  | Оптимальный | Коэффициент корреляции | -,168 | -,395\*\* | -,316\* | -,351\* | -,266 | -,094 | -,126 | -,094 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,234 | ,004 | ,023 | ,011 | ,057 | ,506 | ,373 | ,506 |
| N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |
| Опт-А | Коэффициент корреляции | -,234 | -,403\*\* | -,341\* | -,396\*\* | -,262 | -,070 | -,161 | ,008 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,092 | ,003 | ,013 | ,003 | ,058 | ,617 | ,250 | ,956 |
| N | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 |
|  | Гипогнозический | Коэффициент корреляции | -,431\*\* | -,344\* | -,408\*\* | -,327\* | -,310\* | -,239 | -,168 | -,243 |
|  |  | Знач. (2-х сторонняя) | ,001 | ,013 | ,003 | ,018 | ,025 | ,088 | ,234 | ,082 |
| N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |
| Гипогн-А | Коэффициент корреляции | -,336\* | -,407\*\* | -,403\*\* | -,248 | -,352\*\* | -,417\*\* | -,295\* | -,416\*\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,014 | ,003 | ,003 | ,074 | ,010 | ,002 | ,032 | ,002 |
| N | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 |
| Гипогн-Б | Коэффициент корреляции | -,246 | -,361\*\* | -,293\* | -,361\*\* | -,199 | -,254 | -,182 | -,193 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,074 | ,007 | ,032 | ,007 | ,149 | ,064 | ,189 | ,163 |
| N | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| Эйфорический | Коэффициент корреляции | ,589\*\* | ,419\*\* | ,538\*\* | ,514\*\* | ,608\*\* | ,179 | ,109 | ,223 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,000 | ,002 | ,000 | ,000 | ,000 | ,205 | ,441 | ,111 |
| N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |
| Эйф-А | Коэффициент корреляции | ,590\*\* | ,473\*\* | ,572\*\* | ,537\*\* | ,610\*\* | ,201 | ,181 | ,187 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,149 | ,194 | ,180 |
| N | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 |
| Эйф-Б | Коэффициент корреляции | ,411\*\* | ,248 | ,315\* | ,317\* | ,377\*\* | ,138 | ,078 | ,170 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,002 | ,071 | ,020 | ,020 | ,005 | ,319 | ,574 | ,220 |
| N | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| АхенАдапт\_Работа\ | Коэффициент корреляции | ,509\*\* | ,318 | ,554\*\* | ,280 | ,543\*\* | ,483\*\* | ,367\* | ,450\*\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,001 | ,055 | ,000 | ,094 | ,001 | ,002 | ,025 | ,005 |
| N | 37 | 37 | 37 | 37 | 37 | 37 | 37 | 37 |

Таблица 2. Корреляционные взаимосвязи психологических компонентов и типов отношения к беременности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Тревожный | Депрессивный | Трев-А | Трев-Б | Депр-Б |
|  | АхенбСиндр\_Тревожность/Депрессивность | Коэффициент корреляции | ,434\*\* | ,342\* | ,137 | ,539\*\* | ,253 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,002 | ,016 | ,342 | ,000 | ,073 |
| N | 49 | 49 | 50 | 51 | 51 |
| АхенбСиндр\_Замкнутость | Коэффициент корреляции | ,247 | ,092 | ,067 | ,246 | ,018 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,090 | ,532 | ,647 | ,086 | ,900 |
| N | 48 | 48 | 49 | 50 | 50 |
| АхенбСиндр\_Соматич Пробл | Коэффициент корреляции | ,233 | ,250 | ,265 | ,225 | ,227 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,115 | ,090 | ,069 | ,121 | ,117 |
| N | 47 | 47 | 48 | 49 | 49 |
| АхенбСиндр\_Мышление | Коэффициент корреляции | ,391\*\* | ,236 | ,452\*\* | ,278 | ,132 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,007 | ,114 | ,001 | ,056 | ,370 |
| N | 46 | 46 | 47 | 48 | 48 |
| АхенбСиндр\_Внимание | Коэффициент корреляции | ,314\* | ,159 | ,331\* | ,294\* | ,058 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,028 | ,275 | ,019 | ,037 | ,688 |
| N | 49 | 49 | 50 | 51 | 51 |
| АхенбСиндр\_Агрессивность | Коэффициент корреляции | ,351\* | ,303\* | ,295\* | ,278\* | ,212 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,013 | ,035 | ,037 | ,048 | ,135 |
| N | 49 | 49 | 50 | 51 | 51 |
| АхенбСиндр\_Делинкв Поведение | Коэффициент корреляции | ,147 | ,027 | ,140 | ,177 | -,045 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,314 | ,857 | ,333 | ,214 | ,753 |
| N | 49 | 49 | 50 | 51 | 51 |
| АхенбСиндр\_Назойливость | Коэффициент корреляции | ,286\* | ,175 | ,301\* | ,231 | ,071 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,044 | ,225 | ,032 | ,100 | ,616 |
| N | 50 | 50 | 51 | 52 | 52 |
| АхенбDSM\_Депресс расстрва | Коэффициент корреляции | ,379\*\* | ,412\*\* | ,200 | ,461\*\* | ,314\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,007 | ,003 | ,163 | ,001 | ,025 |
| N | 49 | 49 | 50 | 51 | 51 |
| АхенбDSM\_Тревожн расстрва | Коэффициент корреляции | ,316\* | ,177 | ,142 | ,304\* | ,173 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,030 | ,233 | ,337 | ,034 | ,234 |
| N | 47 | 47 | 48 | 49 | 49 |
| АхенбDSM\_Соматич расстрва | Коэффициент корреляции | ,262 | ,139 | ,254 | ,250 | ,136 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,075 | ,352 | ,082 | ,083 | ,352 |
| N | 47 | 47 | 48 | 49 | 49 |
| Ахенб\_DSM\_Избегание расстрва | Коэффициент корреляции | ,348\* | ,162 | ,053 | ,451\*\* | ,125 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,014 | ,267 | ,717 | ,001 | ,381 |
| N | 49 | 49 | 50 | 51 | 51 |
| АхенбDSM\_СДВГ | Коэффициент корреляции | ,315\* | ,181 | ,384\*\* | ,271 | ,091 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,027 | ,214 | ,006 | ,055 | ,525 |
| N | 49 | 49 | 50 | 51 | 51 |
| АхенбDSM\_Антисоц расстрва | Коэффициент корреляции | ,242 | ,147 | ,313\* | ,112 | ,075 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,094 | ,315 | ,027 | ,432 | ,601 |
| N | 49 | 49 | 50 | 51 | 51 |

Таблица 3. Корреляционные взаимосвязи компонентов отношения к беременности и компонентов отношения привязанности в группе ЕС

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Качество привязанности | Интенсивность включения | Общий показатель | Когнитивный компонент | Эмоциональный компонент | Поведенческий общий | ПоведенческийЗащита и Забота | ПоведенческийВзаимодействие с ребенком |
|  | Гипогнозический | Коэффициент корреляции | -,354\*\* | -,443\*\* | -,438\*\* | -,367\*\* | -,342\*\* | -,421\*\* | -,322\*\* | -,318\*\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| Гипогн-А | Коэффициент корреляции | -,251\*\* | -,274\*\* | -,300\*\* | -,237\*\* | -,273\*\* | -,277\*\* | -,248\*\* | -,136 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,006 | ,003 | ,001 | ,009 | ,003 | ,002 | ,007 | ,141 |
| N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| Гипогн-Б | Коэффициент корреляции | -,246\*\* | -,329\*\* | -,314\*\* | -,302\*\* | -,206\* | -,250\*\* | -,095 | -,320\*\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,007 | ,000 | ,000 | ,001 | ,024 | ,006 | ,301 | ,000 |
| N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Гипогн-В | Коэффициент корреляции | -,251\*\* | -,244\*\* | -,264\*\* | -,170 | -,212\* | -,335\*\* | -,299\*\* | -,204\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,006 | ,007 | ,004 | ,064 | ,020 | ,000 | ,001 | ,025 |
| N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Эйфорический | Коэффициент корреляции | ,406\*\* | ,429\*\* | ,456\*\* | ,398\*\* | ,393\*\* | ,368\*\* | ,201\* | ,333\*\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,028 | ,000 |
| N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| Эйф-А | Коэффициент корреляции | ,401\*\* | ,426\*\* | ,481\*\* | ,388\*\* | ,437\*\* | ,362\*\* | ,172 | ,399\*\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,061 | ,000 |
| N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| Эйф-Б | Коэффициент корреляции | ,248\*\* | ,184\* | ,218\* | ,208\* | ,201\* | ,141 | ,068 | ,110 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,006 | ,045 | ,017 | ,023 | ,027 | ,125 | ,457 | ,230 |
| N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Эйф-В | Коэффициент корреляции | ,218\* | ,360\*\* | ,317\*\* | ,302\*\* | ,218\* | ,328\*\* | ,227\* | ,246\*\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,017 | ,000 | ,000 | ,001 | ,017 | ,000 | ,013 | ,007 |
| N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| Депрессивный | Коэффициент корреляции | -,309\*\* | -,089 | -,213\* | -,185\* | -,166 | -,235\* | -,122 | -,184\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,001 | ,336 | ,020 | ,044 | ,072 | ,010 | ,185 | ,045 |
| N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| Депр-Б | Коэффициент корреляции | -,279\*\* | -,166 | -,228\* | -,235\*\* | -,163 | -,223\* | -,149 | -,170 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,002 | ,070 | ,012 | ,010 | ,075 | ,014 | ,104 | ,063 |
| N | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |

Таблица 4. Корреляционные взаимосвязи психологических компонентов и типов отношения к беременности в группе ЕС

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Оптимальный | Тревожный | Депрессивный | Опт-А | Опт-Б | Опт-В | Трев-А | Депр-Б | Депр-В |
|   | АхенАдапт\_Друзья | Коэффициент корреляции | ,055 | -,103 | -,003 | -,062 | ,024 | ,170 | ,016 | -,075 | ,081 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,550 | ,265 | ,971 | ,502 | ,796 | ,064 | ,860 | ,414 | ,378 |
| N | 119 | 119 | 119 | 119 | 120 | 120 | 119 | 120 | 120 |
| АхенАдапт\_Партнер | Коэффициент корреляции | ,113 | -,264\*\* | -,148 | ,127 | -,018 | ,095 | -,231\* | -,139 | -,022 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,260 | ,008 | ,138 | ,205 | ,858 | ,341 | ,020 | ,164 | ,825 |
| N | 101 | 101 | 101 | 101 | 102 | 102 | 101 | 102 | 102 |
| АхенАдапт\_Семья | Коэффициент корреляции | ,005 | -,001 | -,093 | -,079 | -,044 | ,138 | ,102 | ,007 | -,071 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,957 | ,995 | ,318 | ,395 | ,631 | ,134 | ,272 | ,943 | ,443 |
| N | 118 | 118 | 118 | 118 | 119 | 119 | 118 | 119 | 119 |
| АхенАдапт\_Работа\ | Коэффициент корреляции | ,111 | -,154 | -,112 | ,023 | ,100 | ,065 | -,083 | ,010 | -,218\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,283 | ,134 | ,276 | ,826 | ,329 | ,529 | ,423 | ,922 | ,032 |
| N | 96 | 96 | 96 | 96 | 97 | 97 | 96 | 97 | 97 |
| АхенбСиндр\_Тревожность/Депрессивность | Коэффициент корреляции | -,297\*\* | ,371\*\* | ,341\*\* | -,100 | -,223\* | -,262\*\* | ,263\*\* | ,221\* | ,240\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,001 | ,000 | ,000 | ,292 | ,017 | ,005 | ,005 | ,018 | ,010 |
| N | 113 | 113 | 113 | 113 | 114 | 114 | 113 | 114 | 114 |
| АхенбСиндр\_Замкнутость | Коэффициент корреляции | -,140 | ,192\* | ,229\* | -,024 | -,105 | -,197\* | ,112 | ,179 | ,184\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,133 | ,039 | ,013 | ,800 | ,260 | ,033 | ,232 | ,053 | ,048 |
| N | 116 | 116 | 116 | 116 | 117 | 117 | 116 | 117 | 117 |
| АхенбСиндр\_Соматич Пробл | Коэффициент корреляции | -,248\*\* | ,251\*\* | ,149 | -,192\* | -,118 | -,166 | ,191\* | ,058 | ,120 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,008 | ,007 | ,113 | ,041 | ,211 | ,076 | ,042 | ,539 | ,201 |
| N | 114 | 114 | 114 | 114 | 115 | 115 | 114 | 115 | 115 |
| АхенбСиндр\_Мышление | Коэффициент корреляции | -,174 | ,224\* | ,248\*\* | -,046 | -,189\* | -,086 | ,216\* | ,102 | ,217\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,068 | ,018 | ,009 | ,634 | ,046 | ,366 | ,023 | ,287 | ,021 |
| N | 111 | 111 | 111 | 111 | 112 | 112 | 111 | 112 | 112 |
| АхенбСиндр\_Внимание | Коэффициент корреляции | -,224\* | ,141 | ,259\*\* | -,232\* | -,131 | -,111 | ,124 | ,237\* | ,221\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,017 | ,136 | ,006 | ,013 | ,164 | ,241 | ,190 | ,011 | ,018 |
| N | 113 | 113 | 113 | 113 | 114 | 114 | 113 | 114 | 114 |
| АхенбСиндр\_Агрессивность | Коэффициент корреляции | -,299\*\* | ,369\*\* | ,372\*\* | -,243\*\* | -,112 | -,256\*\* | ,293\*\* | ,258\*\* | ,179 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,001 | ,000 | ,000 | ,009 | ,235 | ,006 | ,002 | ,006 | ,056 |
| N | 113 | 113 | 113 | 113 | 114 | 114 | 113 | 114 | 114 |
| АхенбСиндр\_Делинкв Поведение | Коэффициент корреляции | -,153 | ,137 | ,193\* | -,093 | -,092 | -,109 | ,168 | ,162 | -,015 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,103 | ,143 | ,039 | ,324 | ,328 | ,244 | ,073 | ,083 | ,875 |
| N | 115 | 115 | 115 | 115 | 116 | 116 | 115 | 116 | 116 |
| АхенбСиндр\_Назойливость | Коэффициент корреляции | -,080 | ,094 | ,063 | ,009 | -,040 | -,103 | ,146 | ,078 | -,013 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,393 | ,317 | ,505 | ,925 | ,668 | ,271 | ,119 | ,407 | ,888 |
| N | 115 | 115 | 115 | 115 | 116 | 116 | 115 | 116 | 116 |
| АхенбDSM\_Депресс расстрва | Коэффициент корреляции | -,314\*\* | ,367\*\* | ,310\*\* | -,184\* | -,228\* | -,204\* | ,287\*\* | ,271\*\* | ,222\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,001 | ,000 | ,001 | ,050 | ,014 | ,029 | ,002 | ,003 | ,017 |
| N | 114 | 114 | 114 | 114 | 115 | 115 | 114 | 115 | 115 |
| АхенбDSM\_Тревожн расстрва | Коэффициент корреляции | -,242\*\* | ,333\*\* | ,235\* | -,167 | -,116 | -,173 | ,198\* | ,125 | ,185\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,008 | ,000 | ,011 | ,071 | ,212 | ,062 | ,032 | ,176 | ,045 |
| N | 117 | 117 | 117 | 117 | 118 | 118 | 117 | 118 | 118 |
| АхенбDSM\_Соматич расстрва | Коэффициент корреляции | -,158 | ,200\* | ,076 | -,130 | -,059 | -,128 | ,144 | ,003 | ,074 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,092 | ,032 | ,422 | ,166 | ,526 | ,172 | ,124 | ,971 | ,428 |
| N | 115 | 115 | 115 | 115 | 116 | 116 | 115 | 116 | 116 |
| Ахенб\_DSM\_Избегание расстрва | Коэффициент корреляции | -,064 | ,210\* | ,150 | ,018 | -,105 | -,077 | ,140 | ,128 | ,196\* |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,496 | ,023 | ,107 | ,848 | ,260 | ,407 | ,133 | ,169 | ,034 |
| N | 116 | 116 | 116 | 116 | 117 | 117 | 116 | 117 | 117 |
| АхенбDSM\_СДВГ | Коэффициент корреляции | -,231\* | ,217\* | ,246\*\* | -,214\* | -,149 | -,089 | ,152 | ,197\* | ,129 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,014 | ,021 | ,009 | ,023 | ,114 | ,346 | ,109 | ,036 | ,172 |
| N | 113 | 113 | 113 | 113 | 114 | 114 | 113 | 114 | 114 |
| АхенбDSM\_Антисоц расстрва | Коэффициент корреляции | -,186\* | ,237\* | ,309\*\* | -,169 | -,020 | -,189\* | ,237\* | ,312\*\* | ,093 |
| Знач. (2-х сторонняя) | ,048 | ,011 | ,001 | ,072 | ,830 | ,043 | ,011 | ,001 | ,321 |
| N | 114 | 114 | 114 | 114 | 115 | 115 | 114 | 115 | 115 |

# Приложение Б.

*Факторный анализ*

Таблица 1. Факторный анализ для группы ВРТ

|  |  |
| --- | --- |
| ВРТ | Компонент |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Возраст | ,451 |   |   | -,405 |   |   |
| Семейное положение |   | -,853 | ,348 |   |   |   |
| Сколько лет состоите в отношениях | ,897 |   |   |   |   |   |
| Сколько проживаете вместе | ,876 |   |   |   |   |   |
| Уровень образования |   |   | -,521 |   |   |   |
| Количество детей, проживающих с Вами |   | ,443 |   | -,601 |   |   |
| Кто будет помогать с ребенком | ,695 |   |   |   |   |   |
| Удовлетворенность профессиональной деятельностью |   |   | ,872 |   |   |   |
| Удовлетворенность своим материальным положением |   |   | ,515 |   |   |   |
| В связи с финансовом положением, Вы/Ваша семья в настоящий момент… |   | -,502 |   |   | -,369 |   |
| Жилищные условия. |   | -,853 |   |   |   |   |
| Площадь жилья (кв. метров) |   | -,402 |   |   |   |   |
| Готовность к материнству | -,362 |   |   |   |   | ,667 |
| Эмоциональная атмосфера в семье в целом |   | ,369 | ,502 |   |   |   |
| Субъективная оценка отношений с супругом/партнером | -,522 | ,414 | ,402 |   | -,356 |   |
| Субъективная оценка отношений с Вашими родителями |   | ,489 | ,371 |   |   |   |
| Отношения, поддержка со стороны друзей и знакомых в период беременности? | -,338 |   | -,344 |   | ,506 | -,471 |
| Отношения, поддержка со стороны специалистов в период беременности? | -,355 |   |   | ,469 |   | -,532 |
| Время наступления беременности? |   | -,491 |   | ,536 |   |   |
| Ваш вес до беременности? |   | ,644 |   |   | ,552 |   |
| Сколько Вы прибавили за время беременности? |   | -,412 |   |   |   | -,573 |
| Общее количество беременностей |   |   |   | -,541 |   | ,545 |
| Общее количество родов |   | ,585 |   |   | -,572 |   |
| Когн. | -,659 |   | ,436 |   |   | -,415 |
| Эмоц. | -,603 |   |   | ,528 |   |   |
| Поведенческий: Защита и Забота |   | ,448 | -,458 |   |   | -,452 |
| Поведенческий: Взаимодействие с ребенком |   |   |   | ,393 | -,347 |   |
| Оптимальный |   |   |   |   | ,726 |   |
| Гипогестогнозический |   | ,853 |   |   |   |   |
| Эйфорический | -,529 |   |   |   | -,719 |   |
| Тревожный | ,804 |   |   |   |   |   |
| Депрессивный |   |   |   | -,681 | ,340 |   |
| АхенАдапт\_Друзья |   |   | -,409 | -,594 |   |   |
| АхенАдапт\_Партнер | -,504 |   | ,366 |   | -,337 |   |
| АхенАдапт\_Семья |   |   | ,772 |   |   |   |
| АхенАдапт\_Работа\ | -,776 |   |   |   |   |   |
| АхенбСиндр\_Тревожность/Депрессивность | ,792 |   |   |   |   |   |
| АхенбСиндр\_Замкнутость |   |   | ,788 |   | ,537 |   |
| АхенбСиндр\_Соматич Пробл |   |   |   | ,665 |   |   |
| АхенбСиндр\_Мышление | ,568 | ,705 |   |   |   |   |
| АхенбСиндр\_Внимание | ,579 | ,589 |   |   |   |   |
| АхенбСиндр\_Агрессивность | ,674 | ,636 |   |   |   |   |
| АхенбСиндр\_Делинкв Поведение |   | ,750 |   | -,548 |   |   |
| АхенбСиндр\_Назойливость | ,713 | ,388 |   |   | -,368 |   |
| АхенбDSM\_Депресс расстрва | ,553 |   | ,569 |   | ,450 |   |
| АхенбDSM\_Тревожн расстрва | ,663 |   |   |   |   |   |
| АхенбDSM\_Соматич расстрва |   |   |   | ,657 |   |   |
| Ахенб\_DSM\_Избегание расстрва |   |   | ,739 |   | ,446 |   |
| АхенбDSM\_СДВГ | ,515 | ,689 |   |   |   |   |
| АхенбDSM\_Антисоц расстрва | ,606 |   |   | -,443 |   |   |
| Здоровье наст |   |   |   | ,719 |   |   |
| Здоровье горд | -,874 |   |   |   |   |   |
| Сообразительность наст |   | ,503 |   | ,445 | ,467 |   |
| Сообразительность горд | -,555 |   |   |   |   |   |
| Характер наст |   | ,445 |   | ,502 |   |   |
| Характер горд | -,854 |   |   |   |   |   |
| Самостоятельность наст |   | ,440 |   | ,667 |   |   |
| Самостоятельность горд | -,848 |   |   |   |   |   |
| Внешность наст |   | ,503 |   | ,500 |   |   |
| Внешность горд | -,831 |   |   |   |   |   |
| Срок беременности (в неделях) |   |   | ,762 |   |   |   |

Таблица 2. Факторный анализ для группы ЕС

|  |  |
| --- | --- |
| **ЕС** | Компонент |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Семейное положение | -,494 |  |  |  |  | ,208 |
| Сколько лет состоите в отношениях |  |  |  |  |  | ,679 |
| Сколько проживаете вместе |  |  |  |  |  | ,694 |
| Уровень образования |  |  | ,645 |  |  |  |
| Количество детей, проживающих с Вами |  | ,581 |  |  |  |  |
| Сколько взрослых живет с вами |  | ,629 |  |  |  |  |
| Готовность к материнству | -,496 |  |  |  |  |  |
| Эмоциональная атмосфера в семье в целом | -,691 |  |  |  |  |  |
| Субъективная оценка отношений с супругом/партнером | -,659 |  |  |  |  |  |
| Субъективная оценка отношений с Вашими родителями | -,709 |  |  |  |  |  |
| Отношения, поддержка со стороны друзей и знакомых в период беременности? | -,644 |  |  |  |  |  |
| Отношения, поддержка со стороны специалистов в период беременности? | -,544 |  |  |  |  |  |
| Время наступления беременности? |  |  |  |  |  | ,496 |
| Ваш вес до беременности? |  | ,745 |  |  |  |  |
| Сколько Вы прибавили за время беременности? |  |  |  |  |  | -,682 |
| Общее количество беременностей | ,470 |  |  |  |  |  |
| Общее количество родов |  | ,552 |  |  |  |  |
| Когн. |  |  |  | ,524 |  |  |
| Поведенческий: Взаимодействие с ребенком |  | ,569 |  |  |  |  |
| Гипогнозический |  |  |  |  |  | -,499 |
| Эйфорический |  |  | ,467 |  |  |  |
| Тревожный | ,472 |  |  |  |  |  |
| Депрессивный |  | ,586 |  |  |  |  |
| АхенАдапт\_Партнер | -,485 |  |  |  |  |  |
| АхенАдапт\_Семья | -,547 |  |  |  |  |  |
| АхенАдапт\_Работа\ | -,546 |  | ,486 |  |  |  |
| АхенбСиндр\_Тревожность/Депрессивность | ,860 | , |  |  |  |  |
| АхенбСиндр\_Замкнутость | ,494 |  |  | -,489 |  |  |
| АхенбСиндр\_Соматич Пробл | ,849 |  |  |  |  |  |
| АхенбСиндр\_Мышление | ,694 |  |  |  |  |  |
| АхенбСиндр\_Внимание | ,604 |  |  |  |  |  |
| АхенбСиндр\_Агрессивность | ,853 |  |  |  |  |  |
| АхенбСиндр\_Делинкв Поведение | ,743 |  |  |  |  |  |
| АхенбСиндр\_Назойливость | ,521 |  |  |  |  |  |
| АхенбDSM\_Депресс расстрва | ,851 |  |  |  |  |  |
| АхенбDSM\_Тревожн расстрва | ,777 |  |  |  |  |  |
| АхенбDSM\_Соматич расстрва | ,707 |  |  |  |  |  |
| АхенбDSM\_СДВГ | ,676 |  |  |  |  |  |
| АхенбDSM\_Антисоц расстрва | ,754 |  |  |  |  |  |
| Сообразительность наст |  | ,520 |  |  |  |  |
| Сообразительность горд |  |  | ,799 |  |  |  |
| Характер наст |  | ,548 |  |  |  |  |
| Самостоятельность наст |  | ,520 |  |  |  |  |
| Самостоятельность горд |  |  | ,788 |  |  |  |
| Внешность наст |  | ,517 |  | ,474 |  |  |
| Внешность горд |  |  | ,695 |  |  |  |