

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕВИАЦИЙ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К МАТЕРИНСТВУ

Морева С.А., Силаева А.В., Корнетов А.Н., Бородина Е.Н., Янковская А.Е., Прядухина Н.И.,
Головаха Н.Э., Обуховская В.Б.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

РЕЗЮМЕ

В статье представлены социально-психологические показатели стрессоустойчивости, копинг-механизмов, ригидности и психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) как факторы риска, предрасполагающие к девиациям в контексте готовности к материнству; обозначены психологические особенности беременных женщин из основной группы.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе акушерской клиники Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск), женской консультации родильного дома № 4 и Центра медицинской профилактики (Кабинет кризисной беременности). В исследовании приняли участие 52 женщины в возрасте от 18 до 44 лет на разных сроках беременности – от 5 до 39 нед. Методический аппарат состоял из структурированного интервью, анкеты «Медико-социальные данные беременной женщины», методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге (1967), опросника способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман (WCQ, 1988), Томского опросника ригидности Г.В. Залевского (ТОРЗ, 1987), теста отношений беременной И.В. Добрякова (ТОБ, 1996). Обработка данных осуществлялась с помощью статистических методов: коэффициента ранговой корреляции Спирмена, непараметрического *U*-критерия Манна–Уитни и *H*-критерия Крускала–Уоллиса, а также углового преобразования Фишера ϕ^* .

Результаты. Существенными психологическими факторами, которые могут оказывать влияние на становление готовности к материнству среди женщин из основной группы можно считать незапланированную беременность (65%), а также ее нежелательность (35%).

Исследования стрессоустойчивости выявили у беременных женщин из основной группы низкую степень стрессовой нагрузки (88%), лишь 12% женщин имели высокую степень. У большинства пациенток из группы сравнения отмечена обратная ситуация: 64% имеют высокую степень стрессовой нагрузки, это говорит о том, что наличие ранее состояния невынашивания беременности является для данной группы стрессовым фактором.

На формирование готовности к материнству влияет не только наличие стрессовых ситуаций, но и то как женщина их преодолевает. При помощи *U*-критерия Манна–Уитни были выявлены статистически значимые различия между основной группой и группой сравнения в использовании следующих копинг-стратегий: самоконтроль ($p \leq 0,0014$), поиск социальной поддержки ($p \leq 0,0015$), принятие ответственности ($p \leq 0,04$) и планирование решения проблем ($p \leq 0,00016$). Данные различия рассматриваются как один из факторов риска развития девиантного материнства у пациенток основной группы.

В отличие от группы сравнения, где 62% беременных имели оптимальный тип ПКГД, в основной группе этот тип ПКГД наблюдался только у 38% респонденток, что указывает на риск развития девиаций в структуре психологической готовности.

Заключение. Такие факторы риска, как социальное неблагополучие, планируемый отказ от ребенка, склонность к ригидному поведению, неэффективное использование копинг-стратегий и низкий уровень оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты, свидетельствуют о возможной психологической неготовности к предстоящему событию стать матерью и, как следствие, могут привести к развитию девиантного материнства.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стрессоустойчивость, копинг-стратегии, ригидность, гестационная доминанта, девиации, готовность к материнству.

Введение

В настоящее время большинство исследований в области перинатальной психологии сосредоточено на проблеме готовности женщин к материнству [1, 2]. Изучение ведется в разных аспектах: в плане исследований позднего материнства и материнства несовершеннолетних; исследования факторов риска психической патологии ребенка в связи с социальными и психическими аномалиями матери; в филогенетическом аспекте [3–6]. Исследуются значимые личностные характеристики будущей матери, разрабатываются методы, выявляющие отношение родителей к еще неродившемуся ребенку, изучаются факторы, влияющие на материнское поведение [7, 8].

Особый интерес у перинатальных психологов вызывает изучение психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), который отражает степень готовности к материнству и представляет собой сложный, обусловленный различными (медицинскими, социальными, психологическими) факторами феномен. Формирование оптимального варианта ПКГД оказывает непосредственное влияние на течение беременности и родов, на последующие взаимоотношения матери и ребенка, удовлетворяющие психологические потребности младенца в безопасности, поддержании интереса к внешнему миру и любви [9–12].

Материнское отношение является источником развития личности ребенка, обладает социальной и личностной значимостью, определяя благополучие института семьи и общества, в связи с этим необходимо исследовать причины и факторы отклонений в материнском поведении, изучить закономерности их формирования [13–15].

Материал и методы

Исследование проводилось на базе акушерской клиники Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск), женской консультации родильного дома № 4 (г. Томск) и Центра медицинской профилактики (Кабинет кризисной беременности) с соблюдением этических принципов и учетом функционального состояния беременных. В исследовании приняли участие 52 женщины раннего и позднего репродуктивного возраста (от 18 до 44 лет) на разных сроках беременности – от 5 до 39 нед.

Методический аппарат состоял из структурированного интервью, анкеты «Медико-социальные данные беременной женщины», методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге (1967), опросника способов совладания Р. Ла-

заруса и С. Фолкман (WCQ, 1988), Томского опросника ригидности Г.В. Залевского (ТОРЗ, 1987), теста отношений беременной И.В. Добрякова (ТОБ, 1996).

Обработка данных осуществлялась с помощью статистических методов: коэффициента ранговой корреляции Спирмена, непараметрического *U*-критерия Манна–Уитни и *H*-критерия Крускала–Уоллиса, а также углового преобразования Фишера ϕ^* .

Результаты

Рассмотрение проблемы материнства с точки зрения биопсихосоциального подхода дает возможность учитывать как биологические и социальные факторы формирования готовности к материнству, так и психологические (индивидуально-личностные).

Вся выборка исследования была разделена на две группы по 26 респонденток в каждой. В основную группу вошли женщины, приходящие на консультацию в Кабинет кризисной беременности. Группу сравнения составили женщины, пришедшие в клинику для постановки на учет по беременности.

По итогам интервью и анкеты выяснилось, что 85% беременных из основной группы безработные, несмотря на то что большая часть из них указывает на наличие высшего образования (58%). На отсутствие отца ребенка указали 15% женщин. Возраст респонденток находился в пределах от 19 до 36 лет. Наиболее представительной является возрастная группа 21–25 лет (38%); пациентки в возрасте старше 31 года составили 31%, 26–30 лет – 23%, 18–20 лет – 8%. Финансовое положение своей семьи 50% респонденток оценили как ниже среднего (3–4 балла из 10 возможных). Только у 12% обследуемых есть собственное жилье. В 92% случаев данная беременность является первой. Опыт незавершенной беременности отсутствует. Учитывая такой биологический фактор, как состояние здоровья женщины, было обнаружено, что совершенно здоровыми чувствовали себя 73% беременных. Соответственно, на проблемы со здоровьем указали 27% пациенток, из них одно заболевание в анамнезе зафиксировано у 86% обследуемых, два заболевания – у 14% женщин. Существенными психологическими факторами, способными оказывать влияние на становление готовности к материнству, среди беременных из основной группы можно считать незапланированную беременность (65%), а также ее нежелательность (35%).

Перечисленные биологические и социальные факторы указывают на несформированность мотивационного, оценочного и эмоционального компонентов психологической готовности к материнству и, как следствие, могут привести к развитию девиаций, а

также повышают риск развития тяжелой психопатологии.

Большинство респонденток из группы сравнения (62%) имеют высшее образование, среднее специальное образование – 38%. В основном это замужние женщины (83%), трудоустроены 80%. Возраст опрошенных находился в пределах от 18 до 44 лет. Наиболее представительной является возрастная группа старше 31 года (38%), возрастная группа 26–30 лет составила 31%, 21–25 лет – 23%, возрастная группа 18–20 лет – 8%. 50% женщин считают, что финансовое положение их семьи в пределах среднего (4–6 баллов из 10 возможных), 79% обследуемых имеют собственное жилье. Абсолютно здоровыми считают себя 12% беременных. Одно заболевание в анамнезе зафиксировано у 23% пациенток, два заболевания – у 37%, три – у 20% и четыре заболевания – у 8%. Несмотря на то, что у большинства будущих мам присутствует желание кормить грудью, 12% обследуемых против грудного вскармливания. В данной группе 40% женщин прерывали беременность по собственному желанию, 35% респонденток считают свою беременность незапланированной. У 40% обследуемых данная беременность первая, 20% сообщили о наличии в анамнезе самопроизвольных аборт (выкидышей).

Исследования стрессоустойчивости выявили у женщин из основной группы низкую степень стрессовой нагрузки (88%), только 12% пациенток имели высокую степень. Стоит отметить, что респондентки, обращающиеся за психологической помощью в Кабинет кризисной беременности, обладают высоким потенциалом совладания со стрессовой ситуацией. У большинства беременных из группы сравнения обратная ситуация – 64% имеют высокую степень стрессовой нагрузки. Пороговая степень была выявлена у 28% респонденток, низкая степень стрессовой нагрузки отмечена только у 8%. Высокая степень стрессовой нагрузки свидетельствует о том, что наличие ранее состояния невынашивания беременности является для женщин данной группы стрессовым фактором.

На формирование готовности к материнству влияет не только наличие стрессовых ситуаций, но и то как женщина их преодолевает. Анализируя особенности копинг-стратегий беременных из основной группы было обнаружено, что 58% обследуемых редко признают свою роль в проблеме, 70% – редко предпринимают действия по изменению ситуации, 57% – редко прилагают усилия по регулированию своих чувств и действий, 62% – редко осуществляют попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоцио-

нальной и действенной поддержки, 46% пациенток – реже предпринимают действия по созданию положительного значения фокусированием на росте собственной личности. Также замечено, что 30% беременных часто преодолевают негативные переживания в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий; 25% часто используют агрессивные и рискованные действия для изменения ситуации и произвольных проблемно-фокусированных усилий по изменению ситуации. Таким образом, у респонденток из основной группы присутствует неадекватность в использовании основных копинг-стратегий.

Рассматривая копинг-стратегии в группе сравнения, было выявлено, что большинство респонденток копинги используют умеренно, однако спектр их достаточно широк. Это является немаловажным критерием эффективности использования совладающего поведения при разрешении проблем и совладании со стрессом. Стоит обратить внимание, что 30% обследуемых редко признают свою роль в проблеме, 25% – редко предпринимают действия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблем, 20% – редко прилагают усилия по регулированию своих чувств и действий, 20% – реже предпринимают действия по созданию положительного значения фокусированием на росте собственной личности. Кроме того, обнаружены такие факторы, как частое использование рискованных действий (20%) и произвольных проблемно-фокусированных усилий для изменения ситуации. Указанные психологические особенности женщины впоследствии могут оказать неблагоприятное влияние не только на формирование готовности к материнству, но и на развитие ребенка. Поэтому их важно учитывать при подготовке женщин к материнству.

При помощи *U*-критерия Манна–Уитни были выявлены статистически значимые различия между основной группой и группой сравнения в использовании следующих копинг-стратегий: самоконтроль ($p \leq 0,0014$), поиск социальной поддержки ($p \leq 0,0015$), принятие ответственности ($p \leq 0,04$) и планирование решения проблем ($p \leq 0,00016$) (табл. 1).

Низкие показатели по шкале «Принятие ответственности» обнаружены у обследуемых основной группы, вероятно для них характерно перекладывание ответственности на близких, супруга или врачей. Менее выраженным копингом оказался самоконтроль, а значит ответственность за здоровье будущего ребенка не вынуждает женщину быть более дисциплинированной и контролировать свои чувства и действия.

Стратегия поиска социальной поддержки также реже используется беременными из основной груп-

Таблица 1

Частота использования копинг-стратегий в основной группе и группе сравнения ($M_e (Q_1-Q_3)$)		
Копинг-стратегия	Основная группа (26 женщин)	Группа сравнения (26 женщин)
Конфронтация	44,5 (42,0–57,0)	52,0 (43,0–61,0)
Дистанцирование	45,0 (39,0–57,0)	56,0 (46,0–60,0)
Самоконтроль	37,0 (28,0–46,0)	49,0 (43,0–56,0)*
Поиск социальной поддержки	37,0 (32,0–46,0)	54,0 (47,0–57,0)*
Принятие ответственности	38,5 (34,0–50,0)	47,5 (42,0–56,0)*
Бегство – избегание	48,5 (43,0–62,0)	48,5 (43,0–58,0)
Планирование решения проблем	33,0 (30,0–46,0)	50,5 (46,0–60,0)*
Положительная переоценка	42,0 (33,0–53,0)	48,5 (42,0–56,0)

Примечание. * – достоверность различий на уровне $p \leq 0,05$; жирным шрифтом выделены показатели, указывающие на низкую частоту использования копинг-стратегии.

для них не характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета или сочувствия. На это указывает гипогестогностическое отношение женщин к тому, как относятся к беременности муж, близкие и посторонние люди. Низкие показатели по шкале «Планирование решения проблем» можно связать с тем, что респондентки менее серьезно подошли к вопросу предстоящего материнства: беременность является незапланированной и во многих случаях нежелательной.

Частое использование копинг-стратегии «Бегство – избегание» говорит о невозможности разрешения проблемы, вероятности накопления трудностей, о краткосрочном эффекте предпринимаемых действий по снижению эмоционального дискомфорта.

Таким образом, такая стратегия использования копингов в период беременности рассматривается как один из факторов риска развития девиантного материнства.

По результатам TOP3, у 62% беременных из основной группы выявлены склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения; склонность к фиксированному поведению в состоянии страха, стресса – у 65%; наличие трудностей в ситуациях каких-либо перемен – у 62%; ригидность эмоциональной реакции на новое – у 58%; ригидность относительно установки на принятие – принятие нового, необходимости изменений самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек – у

54% и неспособность при объективной необходимости изменить мнение – у 42% беременных.

Исследуя психическую ригидность в группе сравнения, обнаружены склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения – персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму (52%); неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания (44%); ригидность эмоциональной реакции на новое, на ситуации, требующие каких-либо изменений, возможно, страх перед новым, своего рода неофобия (56%); склонность к фиксированному поведению в состоянии страха, стресса (дистресса), плохого настроения, утомления или какого-либо болезненного состояния (76%); наличие трудностей в ситуациях каких-либо перемен в подростковом и юношеском (школьном) возрасте (48% обследуемых).

С помощью U -критерия Манна–Уитни были выявлены статистически значимые различия между беременными женщинами двух групп по шкале «Установочная ригидность» (табл. 2). Высокие показатели по данной шкале характерны для респонденток основной группы, что отражает проявление установки на принятие или непринятие нового, необходимости изменений самой себя, самооценки, уровня притязаний, привычек, системы ценностей. Отметим, что именно среди беременных этой группы наблюдается употребление психоактивных веществ (алкоголя и сигарет). У обследуемых из группы сравнения более выражено чувство ответственности.

Таблица 2

Показатели психической ригидности в основной группе и группе сравнения ($M_e (Q_1-Q_3)$)		
Психическая ригидность	Основная группа (26 женщин)	Группа сравнения (26 женщин)
Общая ригидность	131,0 (110,0–143,0)	125,0 (115,0–144,0)
Актуальная ригидность	37,0 (29,0–40,0)	35,0 (32,0–36,0)
Сенситивная ригидность	44,0 (28,0–51,0)	40,5 (28,0–46,0)

Установочная ригидность	37,0 (29,0–39,0)	28,5 (23,0–34,0)*
Ригидность как состояние	17,0 (6,0–21,0)	14,0 (13,0–14,0)
Преморбидная ригидность	42,5 (38,0–44,0)	38,0 (34,0–46,0)

Примечание. * – достоверность различий на уровне $p \leq 0,05$; жирным шрифтом выделены высокие показатели психической ригидности.

Высокие показатели психической ригидности могут свидетельствовать о несформированности регуляционного компонента психологической готовности к материнству.

Анализ типа ПКГД (табл. 3) в основной группе показал, что оптимальный тип ПКГД отмечался лишь в 38% случаев, при этом эйфорический был выявлен у 23% женщин, гипогестогнозический – у 15%, тревожный – у 12%, смешанный тип также у 12% беременных.

Таблица 3

Тип психологического компонента гестационной доминанты основной группы и группы сравнения		
Тип ПКГД, %	Основная группа (26 женщин)	Группа сравнения (26 женщин)
Оптимальный	38	62
Тревожный	12	15
Смешанный	12	12
Эйфорический	23	11
Гипогестогнозический	15	0

В группе сравнения 62% обследуемых находились в состоянии психологического комфорта (оптимальный тип) во время беременности. Тревожный тип ПКГД был выявлен у 15%, смешанный – у 12% и эйфорический тип у 11% беременных женщин.

Данная методика позволила не только определить тип ПКГД, но и провести качественный анализ. Были выделены те отношения, которые нуждаются в коррекции. В основной группе 42% беременных имеют депрессивное отношение к себе как к матери, 35% женщин испытывают тревогу относительно предстоящих родов, 27% тревожатся в связи с изменением образа жизни. Гипогестогнозическое отношение к тому, как мужчина относится к факту беременности, выявлено у 32% обследуемых, а к отношению посторонних к беременности – у 31%. Также 15% женщин игнорируют факт смены образа жизни.

Отношения, которые нуждаются в коррекции у респонденток из группы сравнения: 24% испытывают тревогу относительно предстоящих родов, 36% постоянно переживают за состояние здоровья ребенка и 16% тревожатся в связи с изменением образа жизни. Эйфорическое отношение к себе как матери испытывают 40% женщин, к ребенку – 32%, к беременности – 28%, к вниманию со стороны посторонних – 48%.

Результаты, полученные за счет углового преобразования Фишера ϕ^* , подтвердили наличие достовер-

ных различий в степени выраженности рисков ПКГД среди основной группы и обследуемых из группы сравнения ($\phi_1 = 1,88$; $\phi_2 = 1,0$; $\phi_{\text{набл}}^* = 3,18$).

Оптимальный тип ПКГД у беременных из основной группы составляет только 38%, что указывает на риск развития девиаций в структуре психологической готовности.

Большинство (62%) пациенток из группы сравнения имеют оптимальный тип ПКГД, который характеризуется адекватным отношением женщины к происходящим в ней изменениям, предстоящим трудностям, высокой степенью ответственности будущей матери за своего ребенка.

Корреляционный анализ, выполненный с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена, позволил выявить значимые взаимосвязи между следующими переменными в основной группе: «актуальная ригидность» с «дистанцированием» (0,47; $p < 0,05$), с «самоконтролем» (0,42; $p < 0,05$), с «бегством – избеганием» (0,45; $p < 0,05$); с «планированием решения проблем» (0,88; $p < 0,05$) и с «положительной переоценкой» (0,88; $p < 0,05$). Чем более выражена среди беременных основной группы неспособность при объективной необходимости изменить что-либо, тем чаще они отвлекаются или «уходят» от решения проблем, субъективно снижая их значимость.

Также обнаружена положительная корреляционная связь между выраженностью стрессовой нагрузки и «установочной ригидностью» (0,44; $p < 0,05$), подразумевающая, что чем больше стрессовых событий у беременной женщины, тем более выражено неприятие нового.

Корреляционные связи между копинг-стратегиями и психической ригидностью, выявленные в группе сравнения: «конфронтация» с «преморбидной ригидностью» (0,40; $p < 0,05$), «принятие ответственности» с «установочной ригидностью» (0,46; $p < 0,05$) и «преморбидной ригидностью» (0,44; $p < 0,05$), «планирование решения проблем» с «установочной ригидностью» (–0,48; $p < 0,05$) и «преморбидной ригидностью» (–0,43; $p < 0,05$).

Для выявления степени выраженности факторов риска среди беременных с разным типом ПКГД использовался H -критерий Крускала–Уоллиса. В основной группе были обнаружены статистически значимые различия по уровню выраженности копинг-стратегий «дистанцирование» ($p = 0,0286$) и «самоконтроль» ($p = 0,053$). Данные стратегии чаще исполь-

зуют беременные с гипогестогнозическим типом ПКГД, который характеризуется недооцениванием важности и серьезности происходящего.

Обсуждение

Неблагоприятное влияние таких социально-психологических факторов, как ранний возраст родителей на момент зачатия, наличие в анамнезе хронических заболеваний, опыт незавершенной беременности, незапланированная беременность, неудовлетворенность финансовым положением, отсутствие собственного жилья, неоптимальное использование копинг-стратегий, высокие показатели психической ригидности затрудняют процесс становления психологической готовности к материнству, в связи с чем существует вероятность проявления признаков материнской девиации.

По результатам исследования представлены психологические особенности беременных женщин, входящих в основную группу. Выявлено достаточно редкое использование основных копинг-стратегий (самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство – избегание, планирование решения проблем, положительная переоценка). Такая недостаточная эффективность копинг-стратегий может неблагоприятно отразиться не только на течении беременности, но и родов, послеродового периода, а также на отношении к материнским обязанностям.

Обнаружена склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения в состоянии страха, стресса (дистресса), плохого настроения, утомления – персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству; неспособность при объективной необходимости изменить мнение, установку, мотивы; ригидность эмоциональной реакции на новое, на ситуации, требующие каких-либо изменений.

При анализе ПКГД беременных женщин выявлено наличие оптимального типа менее чем у половины группы. Качественный анализ свидетельствует о гипогестогнозическом отношении к беременности.

Заключение

Проблема девиантного материнства напрямую связана с развитием психологической готовности к материнству. Результаты исследования показали, что у беременных из основной группы диагностированы депрессивное отношение к себе – матери, тревога по поводу предстоящих родов, гипогестогнозическое отношение к смене образа жизни и к тому, как супруг и посторонние относятся к факту беременности. Среди женщин группы сравнения наблю-

даются тревога по поводу предстоящих родов, переживания за состояние здоровья ребенка, а также эйфорическое отношение к себе – матери, к вниманию со стороны посторонних и высокий уровень оптимального типа ПКГД.

Таким образом, такие факторы риска, как социальное неблагополучие, планируемый отказ от ребенка, склонность к ригидному поведению, неэффективное использование копинг-стратегий и низкий уровень оптимального типа ПКГД свидетельствуют о возможной психологической неготовности к предстоящему событию стать матерью и, как следствие, могут привести к развитию девиантного материнства.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РГНФ проект № 13-06-00709_a «Структуризация данных и знаний, создание интеллектуальной системы биопсихосоциальной экспресс-диагностики и профилактики депрессии у женщин в репродуктивный период».

Литература

1. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 234 с.
2. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression // *Obstet Gynecol.* 2007. V. 110, № 5. P. 1102–1112.
3. Андриянова Е.А., Новокрещенова И.Г., Аранович И.Ю. Готовность к роли матери: медико-социологический анализ факторов формирования // *Известия Саратовского университета.* 2011. Т. 11. Сер. Социология. Политология, вып. 4. С. 5–11.
4. Семке А.В., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Рахмазова Л.Д., Корнетова Е.Г., Федоренко О.Ю., Лобачева О.А. Биологические и клинико-социальные механизмы развития эндогенных психических заболеваний // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2011. № 4. С. 19–23.
5. Escrivè-Agüir V., Gonzalez-Galarzo M.C., Barona-Vilar C. et al. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? // *J. Epidemiol. Community Health.* 2008. V. 62. № 5. P. 410–414.
6. Филоненко А.Л., Бохан Т.Г., Рогачева Т.В. Антропоориентированные основания психологического сопровождения процесса вынашивания у женщин с угрозой прерывания беременности // *Сибирский психологический журнал.* 2013. № 50. С. 78–87.
7. Батуева А.Г. Взаимосвязь личностных характеристик беременных женщин и их возрастных и социально-демографических характеристик // *Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы.* 2011. № 4 (4). С. 18–28.
8. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы исследований // *Психологические исследования.* 2011. № 3 (17). С. 28–41.
9. Wewerinke A., Honig A., Heres M.H. Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women // *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006. V. 150, № 6. P. 294–298.
10. Хазова С.А., Золотова И.А. Особенности гестационной доминанты женщин, не встающих на учет по беременности

- сти // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 4. С. 200–206.
11. *Миронова Е.С.* Психологические факторы неготовности к материнству (на примере женщин с угрозой прерывания беременности) (Экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2011. 26 с.
12. *Misri S., Kendrick K.* Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review // *Can. J. Psychiatry.* 2007. V. 52, № 8. P. 489–498.
13. *Шелехов И.Л., Берестнева О.Г., Уразаев А.М.* Психологический портрет первородящих женщин // *Вестн. Томского гос. пед. ун-та.* 2014. Вып. 5 (146). С. 141–145.
14. *Жедунова Л.Г., Малькова И.Н.* Семейная история и потенциальная материнская девиация // *Вестник ЯрГУ.* 2012. № 3 (21). С. 130–133.
15. *Lazarus R.* Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping // *J. of Personality.* 2006. V. 74 (1). P. 9–46.

Поступила в редакцию 10.10.2014 г.

Утверждена к печати 04.02.2015 г.

Морева Светлана Александровна (✉) – ст. преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Силаева Анна Владимировна – ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Корнетов Александр Николаевич – д-р мед. наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Бородина Евгения Николаевна – клинический психолог, кафедра клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Янковская Анна Ефимовна – д-р техн. наук, профессор, кафедра клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Прядухина Наталья Ивановна – ст. преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Головаха Николай Эмильевич – канд. мед. наук, кафедра клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

Обуховская Виктория Борисовна – ст. лаборант кафедры клинической психологии и психотерапии СибГМУ (г. Томск).

✉ **Морева Светлана Александровна**, тел. 8-913-810-8018; e-mail: sa.more@mail.ru

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF FORMATION OF DEVIATIONS IN THE PERIOD OF PREPARATION FOR MOTHERHOOD

Moreva S.A., Silaeva A.V., Kornetov A.N., Borodina Ye.N., Yankovskaya A.Ye, Pryadukhina N.I., Golovakha N.E., Obukhovskaya V.B.

Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

The article presents a social-psychological indicators of stress, coping mechanisms, rigidity and psychological component gestational dominant as risk factors predisposing to deviations in the context of preparedness for motherhood, marked psychological characteristics of pregnant women main group.

Material and methods. The study was conducted on the basis of obstetric clinics SSMU, prenatal maternity hospital number 4 and the Centre for Medical Prevention (Cabinet crisis pregnancy). Total was attended by 52 women aged 18 to 44 years, at different stages of pregnancy – from 5 to 39 weeks. Methodological apparatus consisted of a structured interview questionnaire “Medical and social data of the pregnant woman” methodology for determining the stress and social adaptation of Holmes and Rague (1967), a questionnaire of coping R. Lazarus and S. Folkman (WCQ, 1988), Tomsk questionnaire rigidity G.V. Zalewski (TORZ, 1987), test on pregnant I.V. Dobryakova (1996). Data processing was carried out using statistical methods Spearman rank correlation coefficient, nonparametric Mann–Whitney *U* and Kruskal–Wallis *H* and ϕ^* – Fisher’s angular transformation.

Results. Significant psychological factors that may influence the formation of readiness for motherhood among women of the main group can be considered an unplanned pregnancy (65%), and also its not gelendost (35%).

Studies of stress resistance was detected in pregnant women from the main group low stress levels (88%), and only 12% have a high degree. Most of the women from the comparison group reverse the situation 64% have a high degree of stress, this suggests that the presence of previously state miscarriage is for this group of stress.

On the formation of readiness for motherhood affects not only the presence of stressful situations, but

also how the woman in their lives. Using *U*-test Mann–Whitney, were statistically significant differences were observed among the main group and comparison group in the following coping strategies: self-control ($p \leq 0.0014$), the search for social support ($p \leq 0.0015$), accepting responsibility ($p \leq 0.04$), and planning solutions to the problems ($p \leq 0.00016$). These differences are considered as one of the risk factors for deviant motherhood main group.

In contrast to the comparison group, where 62% of pregnant women with the optimal type PKGD, main group optimal type PKGD observed only in 38% of the respondents, which indicates that the risk of deviations in the structure of psychological readiness.

Conclusion. Risk factors such as social disadvantage, the planned abandonment of a child, the tendency to rigid behavior, inefficient use of coping strategies and low level of optimal psychological component gestational dominant testify about the possible psychological unpreparedness for the upcoming event to become a mother and as a consequence to the development of deviant motherhood.

KEY WORDS: stress, coping strategies, rigidity, gestational dominant, deviation, readiness for motherhood.

Bulletin of Siberian Medicine, 2015, vol. 14, no. 1, pp. 126–133

References

1. Dobryakov I.V. *Perinatal'naya psihologiya* [Perinatal psychology]. Saint Petersburg, Piter Publ., 2010. 234 p. (in Russian).
2. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 2007, vol. 110, no. 5, pp. 1102–1112.
3. Andrianova Ye.A., Novokreschenova I.G., Aranovich I.Yu. Gotovnost' k roli materi: mediko-sociologicheskii analiz faktorov formirovaniya [Readiness for the Role of Mother: the Medico-Sociological Analysis of Factors of Formation]. *Izvestiya Saratovskogo universiteta, ser. Sociologiya. Politologiya – Proceedings of the Saratov University, Series Sociology. Political science*, 2011, vol. 11, issue 4, pp. 5–11 (in Russian).
4. Semke A.V., Vetlugina T.P., Ivanova S.A., Rahmazova L.D., Kornetova Ye.G., Fedorenko O.Yu., Lobacheva O.A. Biologicheskie i kliniko-social'nye mehanizmy razvitiya endogennykh psihicheskikh zabolevaniy [Biological and clinical-social mechanisms of endogenous mental diseases development]. *Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*, 2011, no. 4, pp. 19–23 (in Russian).
5. Escribè-Agüir V., Gonzalez-Galarzo M.C., Barona-Vilar C. et al. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? *J. Epidemiol. Community Health*, 2008, vol. 62, no. 5, pp. 410–414.
6. Filonenko A.L., Bokhan T.G., Rogacheva T.V. Antropoorientirovannye osnovaniya psihologicheskogo soprovozhdeniya processa vnyashivaniya u zhenshhin s ugrozoy preryvaniya beremennosti [The anthropo-oriented basis of psychological support process of gestation in women with threatened miscarriage]. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Psychology*, 2013, no. 50, pp. 78–87 (in Russian).
7. Batueva A.G. Vzaimosvyaz' lichnostnykh harakteristik beremennykh zhenshhin i ih vozrastnykh i social'no-demograficheskikh harakteristik [Interrelation of personal characteristics of pregnant women and their age and socially-demographic characteristics]. *Perinatal'naya psihologiya i psihologiya reproduktivnoy sfery – Perinatal Psychology and Psychology of Reproductive Sphere*, 2011, vol. 4, no. 4, pp. 18–28 (in Russian).
8. Rasskazova Ye.I., Gordeeva T.O. Koping-strategii v psihologii stressa: podhody, metody i perspektivy issledovaniy [Coping strategies in the psychology of stress: approaches, methods, perspectives] *Psihologicheskie issledovaniya*, 2011, issue. 3 (17), pp. 28–41 (in Russian).
9. Wewerinke A., Honig A., Heres M.H. Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2006, vol. 150, no. 6, pp. 294–298.
10. Khazova S.A., Zolotova I.A. Osobennosti gestacionnoy dominantly zhenshhin, ne vstayahh na uchet po beremennosti [Features of women gestational dominant, who not getting up on the pregnancy]. *Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova*, 2009, vol. 15, no. 4, pp. 200–206 (in Russian).
11. Mironova Ye.S. *Psihologicheskie faktory negotovnosti k materinstvu (na primere zhenshhin s ugrozoy preryvaniya beremennosti) (Eksperimental'noe issledovanie)* [Psychological factors unwillingness to motherhood (for example, women with threatened miscarriage) (Experimental study)]. Author. ... Dis. cand. psychol. sci. Moscow, 2011. 26 p. (in Russian).
12. Misri S., Kendrick K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Can. J. Psychiatry*, 2007, vol. 52, no. 8, pp. 489–498.
13. Shelehov I.L., Berestneva O.G., Urazaev A.M. Psihologicheskii portret pervorodyashhikh zhenshhin [Psychological portrait of woman expecting her first child]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – TSPU Bulletin*, 2014, vol. 5 (146), pp. 141–145 (in Russian).
14. Zhedunova L.G., Mal'kova I.N. Semeinaya istoriya i potencial'naya materinskaya deviaciya [Family history and potential maternal deviation]. *Vestnik Yaroslavl'skogo gosudarstvennogo universiteta im. P.G. Demidova*, 2012, vol. 3, no. 21, pp. 130–133Z (in Russian).
15. Lazarus R. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *J. of Personality*, 2006, vol. 74 (1), pp. 9–46.

Moreva Svetlana A. (✉), Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Silaeva Anna V., Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Kornetov Aleksandr N., Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Borodina Yevgenia N., Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Yankovskaya Anna Ye., Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Pryadukhina Natalia I., Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Golovakha Nikolay E., Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Obukhovskaya Victoria B., Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ **Moreva Svetlana A.**, Ph. 8-913-810-8018; e-mail: sa.more@mail.ru