О.А. Кондрашихина
М.Н. Шитикова
К.Г. Якубовская

ПСИХОДИАГНОСТИКА В РЕПРОДУКТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие
для студентов высших учебных заведений

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«СЕВАСТОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра «Психология»

О.А. Кондрашихина, М.Н. Шитикова, К.Г. Якубовская

ПСИХОДИАГНОСТИКА В РЕПРОДУКТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие
для студентов высших учебных заведений

Севастополь
СевГУ
2025

УДК 159.922(075.8)
ББК 88.3я73
К64

Р е ц е н з е н т ы :
Е.В. Кирейчева – канд. психолог. наук, доцент, заведующий кафедрой психологии
Севастопольского гуманитарно-экономического института (филиал)
ФГАОУ ВО Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского
С.А. Медведева – канд. психолог. наук, доцент, доцент кафедры «Психология»
Гуманитарно-педагогического института
ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет»
А.С. Каткова – канд. психолог. наук, доцент, доцент кафедры «Психология»
Гуманитарно-педагогического института
ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет»

Кондрашихина, Оксана Александровна

К64 Психодиагностика в репродуктивной психологии : учебное пособие для студентов высших чебных заведений / О. А. Кондрашихина, М. Н. Шитикова, К. Г. Якубовская ; Севастопольский государственный университет, Гуманитарно-педагогический институт. – Севастополь: СевГУ, 2025. – 144 с. – Текст : электронный. – ISBN 978-5-6053780-3-7

Описаны ключевые понятия психодиагностики в области в репродуктивной психологии. Представлены психодиагностические методики, направленные на оценку эмоциональной, мотивационной, личностной сферы личности в контексте перинатальных периодов, диагностику взаимоотношений с ребенком. Пособие оснащено материалом для проведения практических занятий и заданиями для самоконтроля знаний.

Для студентов психолого-педагогических специальностей и всех интересующихся особенностями внутреннего мира человека.

УДК 159.922(075.8)
ББК 88.3я73

Рассмотрено и утверждено на заседании кафедры «Психология» Гуманитарно-педагогического института ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет», протокол № 8 от 14 марта 2025 г.

Рекомендовано к изданию учёным советом Гуманитарно-педагогического института Севастопольского государственного университета, протокол № 9 от 9 апреля 2025 г.

ISBN 978-5-6053780-3-7

© ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет», 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 5
Тема 1. Основные положения психологии репродуктивного здоровья личности 6
Тема 2. Предмет, задачи, области применения психодиагностики в сфере репродуктивной психологии 9
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ 23
РАЗДЕЛ 1. ДИАГНОСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД 23
1.1 Методика комплексной диагностики психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде – (PASS), S. Somerville и соавт., адаптация М. А. Коргожей М.А. и А. О. Евмененко 23
1.2. Русскоязычная версия Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (J. L. Cox и др.), адаптация – М. В. Шаманина, Э. Г. Мазо 32
1. 3 Шкала определения уровня депрессии Цунга 34
1.4 Опросник тревожности/тревоги Спилбергера, адаптация (Ю. А. Зайцев, А. А. Хван) 35
1.5 Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В.В. Абрамченко и Т.А. Нимчин) 40
1.6 Рисуночный тест «Моя беременность» (Г.Г. Филиппова) 43
РАЗДЕЛ 2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ДЛЯ АНАЛИЗА РЕПРОДУКТИВНЫХ МОТИВОВ 47
2.1 Опросник «Мотивация родительства» (Ю. Ф. Лахвич) 47
2.2 Ролевой опросник деторождения (РОД) (М.Н. Родштейн) 53
2.3 Опросник репродуктивных мотивов (конструктивных и деструктивных), авторы Д. С. Корниенко, А. Г. Радостева, Т. М. Харламова 57
2.4 Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) Л.Н. Рабовалюк 59
2.5 Ассоциативный ромб (И.В. Добряков) 66
РАЗДЕЛ 3. ДИАГНОСТИКА ОТНОШЕНИЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ И СТИЛЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 71
3.1 Проективная методика «Родительское сочинение» (схема анализа Бурменской Г. В., дополненная Скляренко Н.И., Лобынцевой К. Г., Черторицкой О.Ю.) 71
3.2. Методика «Родительское сочинение», модификация Шведовской А.А. 86
3.3 Рисунок «Я и мой ребёнок» (Г. Г. Филиппова) 93
3.4 Тест «Фигуры» для выявления типа отношения матери к ребёнку (И. Брутман, Г. Г. Филлипова и И. Ю. Хамитова) 95
3.5 Тест отношений беременной (И.В. Добряков) 99
РАЗДЕЛ 4. ДИАГНОСТИКА ПРИВЯЗАННОСТИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
4. 1 Методика «Птичье гнездо» (Донна Крайзер) 105

4.2 Методика «Пренатальная привязанность матери к ребенку», адаптация Савенышева С.С, Аникина В.О., Блох М.Е. 107
4.3 Методика «Пренатальный контакт» (Ю.В. Заманаева) 111
Раздел 5. ДИАГНОСТИКА УСТАНОВОК ДЕТОРОЖДЕНИЯ В СЕМЕЙНОЙ ПАРЕ 122
5.1 Методика «Измерение установок в семейной паре» Ю. Е. Алешиной и др. 122
5.2 Опросник «Анализ семейного мифа» (А.А. Нестерова) 130
5.3 Проективная рисуночная методика «Метафора счастливой семьи» (Шитикова М.Н.) 135
Список литературы 138
Глоссарий 140
Итоговый тестовый контроль 143

ВВЕДЕНИЕ

Цель дисциплины: формирование у обучающихся компетентности в области репродуктивного здоровья семьи, перинатальной психологии, репродуктивной психологии и нарушений репродуктивного здоровья женщин и мужчин в связи с повышением требований к уровню квалификации и необходимостью освоения современных методов решения профессиональных задач.

Основными задачами дисциплины являются:

– формирование базовой системы научных знаний по вопросам репродуктивного здоровья семьи;

– формирование у обучающихся компетентности в области методологии, теории и методов практической работе с проблемами репродуктивного здоровья семьи;

– формирование у обучающихся знаний и умений в области диагностических методик и практических методов, и приемов психологической работы с проблемами нарушений репродуктивного здоровья у женщин и мужчин;

– формирование личностной психологической позиции, ценностно-гуманистических ориентаций по психологическим вопросам нарушений репродуктивного здоровья и практической работы с женщинами и мужчинами по проблемам нарушения репродуктивной функции.

В результате обучения, обучающиеся усовершенствуют или получат следующие профессиональные и личностные компетенции:

− повысить свою компетентность в области перинатальной психологии;

− освоить психодиагностические методики для работы с семейными парами, планирующими беременность,

− изучить методы диагностического исследования семей, ожидающих рождения ребенка, − освоить методики для выявления отношений в семьях, имеющих ребенка раннего возраста;

− познакомиться с новыми подходами в диагностической работе с парами, имеющими проблемы в репродуктивной сфере;

− использовать полученные знания и навыки в своей профессиональной деятельности.

Тема 1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Цель – изучить основные теоретические положения в области психологии репродуктивного здоровья.

Репродуктивная психология в целом охватывает проблематику перинатальной психологии, психологии родительства (материнства и отцовства) и психологии репродуктивной сферы. Перинатальная психология, обращаясь к раннему развитию человека, служит основой для понимания репродуктивных возможностей личности и ее индивидуальных трудностей в плане зачатия, вынашивания и рождения ребенка.

Психология родительства раскрывает связь между прошлыми и будущими поколениями, позволяет понять особенности формирования материнства и отцовства как части личности взрослого человека.

Психология репродуктивной сферы позволяет проследить психологические и психосоматические аспекты реализации репродуктивной функции человека.

Психология репродуктивной сферы – новое направление исследований и практики, выделившееся из перинатальной психологии в первом десятилетии XXI века. Основаниями такого выделения послужили теоретические исследования и практические наработки в области нарушений репродуктивного здоровья женщин и мужчин (бесплодие, невынашивание, нарушения течения беременности и родов, использование вспомогательных репродуктивных технологий).

Теоретическими основами психологии репродуктивной сферы являются современные подходы и концепции в психологии: эволюционно-системный поход, классический и современный психоанализ, психология раннего онтогенеза (включая психосоматическое направление), классическая и современная психосоматика, психология телесности, перинатальная психология, психология материнства и отцовства.

Репродуктивная сфера представляет собой систему физиологических и психических механизмов, объединенных для реализации задачи репродукции, в которую у человека входит: зачатие, вынашивание, рождение ребенка и его выращивание и воспитание (Филиппова Г.Г.). В современной психологии реализация репродуктивной функции женщины рассматривается как образование доминанты материнства, при актуализации которой осуществляется системный процесс, обеспечивающий необходимое функционирование всех физиологических и психических функций для выполнения этой задачи.

Психологическая и психофизиологическая готовность женщины к реализации репродуктивной функции основана на онтогенезе ее репродуктивной сферы, семейных сценариях и личном жизненном опыте, в большой мере включающем особенности пре-, перинатального опыта и этапов онтогенеза материнства.

Репродуктивная функция мужчины биологически состоит в осуществлении полового поведения. Участие отца в беременности будущей матери и воспитании детей определяется социально-культурными нормами, установками и традициями, семейными моделями и личным жизненным опытом.

Репродуктивная сфера человека **состоит из двух частей: половой** (обеспечивающей половое поведение, которое биологически направлено на зачатие) и **родительской**, обеспечивающей вынашивание, рождение и воспитание ребенка. Эти части являются взаимосвязанными физиологически (особенно у женщины), но в определенной мере самостоятельными психологически: в субъективном представлении людей, общественном сознании и культурных традициях.

Особенностями репродуктивной сферы являются:

- тесная связь и взаимовлияние ее физиологической и психической составляющей;
- относительная физиологическая и психологическая самостоятельность двух частей репродуктивной сферы: половой и родительской; половое поведение направлено на удовлетворение индивидных потребностей, а родительское поведение реализует видовые потребности и может вступать в конфликт с индивидными потребностями;
- репродуктивная сфера не является системой жизнеобеспечения индивида и ее нарушение не угрожает успешности индивидуального существования;
- длительность онтогенеза и латентный характер реализации репродуктивных функций
- зависимость от социально-культурных и семейных установок и индивидуальной истории жизни человека.

Психология репродуктивной сферы включает в себя:

- психологию и психофизиологию репродуктивной сферы человека;
- системный онтогенез репродуктивной сферы (половой и родительской ее составляющих) женщины и мужчины;
- психологию и психофизиологию репродуктивного цикла;
- психосоматические особенности репродуктивной сферы;
- нарушения репродуктивного здоровья женщины и мужчины;
- патогенез нарушений репродуктивной сферы (бесплодие, невынашивание, патология беременности, родов и послеродового периода);
- психологическую диагностику, коррекцию и терапию нарушений репродуктивной сферы женщины и мужчины;
- психологическое сопровождение репродуктивного цикла в норме и при нарушениях (подготовка к зачатию, родам и родительству);
- психологическое сопровождение беременности, родов и родительства после бесплодия, невынашивания, репродуктивных потерь;

− психологическую помощь и сопровождение при вспомогательных репродуктивных технологиях.

Практическая работа с психологическими проблемами репродуктивного здоровья женщин и мужчин включает: психодиагностику, психотерапию и консультирование, которые используются и для решения широкого спектра проблем, связанных с поддержкой репродуктивного здоровья и коррекцией его нарушений.

Осуществляется диагностика готовности к зачатию, беременности и родам; актуальная диагностика, коррекция и терапия причин бесплодия и невынашивания в супружеских парах; диагностика, коррекция и терапия психологических и психосоматических нарушений течения беременности и родов, послеродовых расстройств.

Разработаны диагностические методики, специализированные для выявления психологических, психосоматических проблем репродуктивного здоровья, а также **практические приёмы** психологической работы с репродуктивными проблемами женщин и мужчин.

Их направленность:

− диагностика готовности к родительству (проективные и полупроективные методики);

− исследование образа будущего материнства и образа ребенка (рисуночные, графические методики, ассоциативные метафорические карты);

− выявление особенностей онтогенеза материнства, диагностика психологического компонента гестационной доминанты (тесты, опросники);

− определение качества и динамики развития партнерских и семейных отношений (тематические интервью, опросники);

Практическая консультативная, коррекционная и терапевтическая психологическая работа основана на современном **интегративном подходе.**

Репродуктивный психолог – это специалист, который помогает людям эмоционально справляться с ситуациями репродуктивных проблем, даёт поддержку на всех этапах – от бесплодия до материнства. Осуществляет психологическое сопровождение и поддержку в протоколах ЭКО и других вспомогательных репродуктивных технологиях.

На репродуктивное здоровье влияет много факторов. Это эмоциональное благополучие и стресс, отношения с партнером и образ жизни, социальная реализованность и условия проживания, семейные истории и т.д.

Репродуктивный психолог вместе с клиентом рассматривает всевозможные причины репродуктивных проблем, включая ситуации бесплодия и невынашивания беременности. У каждого человек эти причины сугубо индивидуальны, с каждым ведется отдельная работа, подбираются свои методики и способы коррекции эмоционального состояния.

Задание для СРС: Составить план-конспект и глоссарий по теме.

Тема 2. ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ, ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОДИАГНОСТИКИ В СФЕРЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Цель: изучить возможности психодиагностики в сфере репродуктивного здоровья.

План:

1. Предмет, задачи и области применения психодиагностики в репродуктивной психологии.
2. Этические принципы.
3. Классификация психодиагностических методик.
4. Организация исследования.
5. Основные группы психодиагностических методик в репродуктивной психологии.

2.1. Определение предмета и задач психодиагностики

Термин психодиагностика (ПД) распространился после появления книги Г. Роршаха «Психодиагностика» в 1921г. Диагностика (от гр. Diagnosis) означает «распознавание».

ПД – раздел психологии, изучающий принципы и методы, приемы и средства построения и применения диагностических процедур (Л. Ф. Бурлачук).

ПД рассматривается и как теоретическая дисциплина, и как экспериментально-практическая.

Становление и развитие психодиагностики происходит в конце XIX в. – начале XX в. Первым ее источником стала экспериментальная психология, поскольку экспериментальный метод лежит в основе психодиагностических методик, разработка которых и составляет сущность психодиагностики.

Вторым – дифференциальная психология, целью которой было изучение индивидуальных особенностей человека с помощью экспериментально-психологических методов. Вне представлений об индивидуально-психологических особенностях, которые являются предметом дифференциальной психологии, невозможно было бы возникновение психодиагностики как науки о методах их измерения.

Третья причина – воздействие запросов практики, сначала медицинской и педагогической, а тем и индустриальной.

Задачи и области применения психодиагностики в репродуктивной психологии:

1) установление наличия и уровня выраженности определенных свойств или особенностей поведения у того или иного человека;

2) описание психологических и поведенческих особенностей человека;

3) диагностика готовности к родительству; исследование образа будущего материнства и образа ребенка; выявление особенностей онтогенеза материнства, диагностика психологического компонента гестационной доминанты;

4) определение качества и динамики развития партнерских и семейных отношений;

5) определение эмоциональной составляющей личности на разных этапах и при разных статусах репродуктивного цикла;

6) изучение индивидуально-психологических особенностей личнсти, оказывающих влияние на возникновение, течение и исход психологических нарушений в репродуктивной сфере.

2.2 Основные профессионально-этические принципы

1. Принцип специальной подготовки и аттестации лиц, использующих психодиагностические методики.

Требование, чтобы диагностические методики использовались только достаточно квалифицированными пользователями, является первым шагом по защите индивида от их неправильного использования.

2. Принцип личной ответственности.

Вся полнота ответственности за правильность проведения методики и корректность интерпретации и использования ее результатов целиком лежит на психологе.

3. Принцип ограниченного распространения психодиагностических методик (принцип профессиональной тайны).

Сертифицированные психологическим обществом профессиональные психодиагностические методики могут распространяться только среди аттестованных специалистов. Доступ к таким методикам должен быть ограничен теми людьми, кто имеет профессиональную заинтересованность и гарантирует их правильное использование.

4. Принцип обеспечения суверенных прав личности.

Человек не должен подвергаться какому-либо обследованию обманным путем. Это значит, что человек перед обследованием должен быть предупрежден о том, кто будет иметь доступ к результатам обследования и какие решения могут быть им приняты. В том случае, если обследованию подвергаются несовершеннолетние дети, такое предупреждение должны совершенно официально получить родители.

5. Принцип объективности.

Обследование должно быть абсолютно беспристрастным. На его исполнителя не должны оказывать влияние общие впечатления о личности обследуемого: симпатии или, наоборот, антипатии, равно как и собственное состояние или настроение.

6. Принцип конфиденциальности.

Вся информация, получаемая в процессе обследования, должна быть строго конфиденциальной: она должна быть доступна только для тех, для кого она предназначена.

7. Принцип психопрофилактического изложения результатов.

При сообщении результатов самому испытуемому должны быть соблюдены соответствующие меры предосторожности, направленные против их неправильного использования, неверной интерпретации или возможного появления невротически-депрессивных реакций или обострения депрессивного.

2.3 Классификация психодиагностических методик

2.3.1 Классификации методик по Й. Шванцаре

Й. Шванцара объединяет психодиагностические методики в группы по следующим основаниям:

1. по используемому материалу (вербальные, невербальные, манипуляционные, тесты «бумаги и карандаша» и т.д.);
2. по количеству получаемых показателей (простые и комплексные);
3. тесты с «правильным» решением и тесты с возможностью различных ответов;
4. по психической активности испытуемых:

– интроспективные (сообщение испытуемого о личном опыте, отношениях): анкеты, беседа;

– экстроспективные (наблюдение и оценка разнообразных проявлений);

– проективные Испытуемый проецирует неосознаваемые свойства личности (внутренние конфликты, скрытые влечения и др.) на малоструктурированные, многозначные стимулы.

2.3.2 Классификации психодиагностических методов по В. К. Гайде, В. П. Захарову

Авторы этих классификаций объединяют психодиагностические методики по следующим основаниям:

1) по качеству: стандартизованные, нестандартизованные;

2) по назначению:

- личностные;
- направленные на диагностику психических состояний;
- диагностирующие межличностные отношения;

3) по материалу, которым оперирует испытуемый:

- бланковые;
- предметные;
- аппаратурные (устройства для изучения особенностей внимания и т.д.);

4) по количеству обследуемых: индивидуальные и групповые;

5) по форме ответа: устные и письменные;

6) по степени однородности задач: гомогенные и гетерогенные

7) по комплексности: изолированные тесты и тестовые наборы (батареи);

8) по характеру умственных действий: вербальные, невербальные и др.

2.3.3. Классификации психодиагностических методов по М. К. Акимовой и К. М. Гуревичу

Все методы психодиагностики можно условно разделить на две группы: методы высокого уровня формализации и малоформализованные.

К малоформализованным методам относятся: наблюдение, анализ продуктов деятельности, опрос. Они плохо поддаются объективизации, очень трудоёмки и в большей степени опираются на профессиональный опыт, интуицию самого психодиагноста.

К формализованным методам относятся тесты, опросники, проективные техники, психофизиологические методики. Они дают возможность количественно и качественно сравнивать индивида с другими людьми.

Формализованные и малоформализованные диагностические методы не следует противопоставлять друг другу. Они, как правило, взаимодополняют друг друга. В полноценном диагностическом обследовании необходимо гармоничное сочетание тех и других методик.

К формализованным методикам относятся тесты, опросники проективные техники и психофизиологические методики. Для них характерна жёсткая регламентация процедуры обследования (точное соблюдение инструкций), стандартизация (наличие норм или других критериев оценки результатов), надёжность и валидность.

Эти методики позволяют собрать диагностическую информацию в относительно короткие сроки и в таком виде, который даёт возможность количественно и качественно сравнивать индивида с другими людьми.

1. Тесты.

Тесты (в переводе с англ. test – испытание, проверка, проба) – это стандартизованные, краткие, чаще всего ограниченные во времени испытания, предназначенные для установления количественных (и качественных) индивидуально-психологических различий.

Тесты можно классифицировать в зависимости от того, какой признак взят за основание деления. По форме тесты могут быть индивидуальные и групповые; устные и письменные; бланковые, предметные, аппаратурные и компьютерные; вербальные и невербальные.

Достоинства и недостатки метода тестов.

Популярность метода тестов объясняется следующими главными его достоинствами:

1) стандартизацией условий и результатов. Тестовые методики относительно независимы от квалификации пользователя (исполнителя), на роль которого можно подготовить даже лаборанта со средним образованием. Это, однако, не означает, что для подготовки комплексного заключения по батарее тестов не надо привлекать квалифицированного специалиста с полноценным высшим психологическим образованием;

2) оперативностью и экономичностью. Типичный тест состоит из серии кратких заданий, на выполнение каждого из которых требуется, как правило, не более полминуты, а весь тест занимает, как правило, не более часа.

Тестированию одновременно подвергается сразу группа испытуемых, таким образом, происходит значительная экономия времени на сбор данных;

3) количественным дифференцированным характером оценки. Дробность шкалы и стандартизованность теста позволяют рассматривать его как «измерительный инструмент», дающий количественную оценку измеряемым свойствам.

4) оптимальной трудностью. Профессионально сделанный тест состоит из заданий оптимальной трудности. При этом средний испытуемый набирает примерно 50 % из максимально возможного количества баллов. Это достигается за счет предварительных испытаний – психометрического эксперимента (или пилотажа). Если в ходе пилотажа становится известным, что с заданием справляется примерно половина из обследованного контингента, то такое задание признается удачным, и его оставляют в тесте;

5) надежностью.

6) возможностью компьютеризации.

Недостатки метода тестов.

1) опасность «слепых» (автоматических) ошибок. Слепая вера низкоквалифицированных исполнителей в то, что тест должен сработать правильно автоматически, порождает иногда тяжелые ошибки и казусы: испытуемый не понял инструкции и стал отвечать совсем не так, как требует стандартная инструкция, испытуемый по каким-то причинам применил искажающую тактику, возник сдвиг в приложении трафарета – ключа к бланку ответов (при ручном, некомпьютерном подсчете баллов) и т. п.

2) опасность профанации.

3) потеря индивидуального подхода, стрессогенность. Тест – самый общий ранжир, под который подгоняют всех людей. Возможность упустить яркую индивидуальность нестандартного человека, к сожалению, довольно вероятна. Это чувствуют сами испытуемые, и это их нервирует, особенно в ситуации аттестационного тестирования. У людей с пониженной стрессоустойчивостью возникает даже определенное нарушение саморегуляции – они начинают волноваться и ошибаться в элементарных для себя вопросах.

4) потеря индивидуального подхода, репродуктивность. Тесты знаний апеллируют прежде всего к стандартному применению готовых знаний;

5) отсутствие доверительной обстановки.

2. Опросники.

Опросники – это большая группа психодиагностических методик, задания которых представлены в виде вопросов или утверждений, а задачей испытуемого является самостоятельное сообщение некоторых сведений о себе, о своих переживаниях и отношениях в виде ответов. Теоретической основой этого метода можно считать интроспекцию.

Опросники относятся к субъективному подходу в психодиагностике. Согласно классификации, Л. Ф. Бурлачука, субъективным является подход, при котором диагностика осуществляется на основе сведений, сообщаемых о

себе респондентом, самоописания, самооценивания особенностей личности, состояния, поведения в тех или иных ситуациях.

В отличие от тестов, в опросниках не бывает правильных и неправильных ответов. Они лишь отражают отношение человека к тем или иным высказываниям, степень его согласия или несогласия с ними. Каждый из опросников представляет собой стандартизированную анкету, состоящую из набора предложений, с содержанием которых испытуемый может либо согласиться, либо не согласиться. Вопросы сформулированы таким образом, чтобы, отвечая на них, испытуемый сообщал исследователю о своем самочувствии, о типичных формах поведения в различных ситуациях, оценивал свою личность с разных точек зрения, освещал особенности своих взаимоотношений с окружающими.

По характеру ответов все многообразие личностных опросников делится на опросники с предложенными вариантами ответов (закрытые опросники) и со свободными ответами (открытые опросники).

Форма ответов в опросниках может быть также представлена в виде шкалы измерений (например, как в опроснике «Самочувствие. Активность. Настроение»). В этом случае предполагается оценка тех или иных утверждений по степени выраженности в них качества, представленного шкалой в виде отрезка прямой (например, шкала, состоящая из двух полюсов: трудный – легкий, добрый – злой и т.п.). Обычно используются шкалы с тремя, пятью или семью делениями, обозначенными на отрезке.

Опросники относятся к наиболее распространенным и многочисленным диагностическим методам и в самом общем виде могут быть подразделены на личностные, специальные опросники (опросники состояний, настроения, межличностных отношений и др.) и опросники анкеты.

Достоинства опросников:

Позволяют в течение достаточно короткого времени получить информацию об испытуемом, возможность количественного и качественного равнения результатов различных испытуемых

Недостатки опросников:

1. опросники являются **разновидностью самоотчетов**, и необходимым условием ответа в них является проявление умений рефлексии, анализа себя и окружающих. Индивиды владеют такими умениями не в одинаковой степени, и поэтому для определенных категорий людей опросники могут оказаться неподходящим методом диагностики.

2. понимание используемых в опросниках слов и формулировок может существенно варьировать у разных индивидов.

3. личностные опросники особенно подвержены влиянию определенных установок испытуемого на ответы, что приводит к искажению или фальсификации получаемой с их помощью информации. Одна из основных установок – тенденция давать социально одобряемые ответы.

4. Ещё одна возможная тенденция состоит в стремлении испытуемого выбирать неблагоприятные для описания самого себя ответы. Часто такую

тенденцию называют симуляцией. Человеком, проявляющим такую установку, может двигать потребность во внимании, симпатии или помощи в решении собственных проблем.

Какие меры предпринимаются диагностами, чтобы устранить или, по крайней мере, выявить и учесть искажающее влияние установок на ответы?

1. Один из приемов выявления состоит в использовании дублирующих вопросов. По поводу каждой черты или иной характеристики готовится не один, а как минимум 4-5 вопросов, которые формулируются таким образом, чтобы в разной форме, но в одинаковой степени быть адресованными к одному и тому же содержанию, раскрывать одну и ту же черту личности. Противоречивость в ответах на дублирующие вопросы означает действие различных установок испытуемого и выявляет невозможность оценить ту или иную его личностную характеристику с помощью данного опросника.

2. Еще одной мерой, направленной не столько на выявление, сколько на предупреждение фальсификации, связанной с действием установок, является использование метода вынужденного выбора. Он состоит в том, что отвечающему предлагается выбрать между двумя терминами или фразами, которые кажутся одинаково допустимыми, но имеют разную валидность. Спаренные фразы в социальном отношении могут быть либо обе желательными, либо обе нежелательными.

3. Метод, используемый для выявления действия некоторых установок на ответы, называется методом контрольных шкал (иногда их называют шкалами лжи). Этот метод заключается в том, что в опросник, помимо диагностических пунктов, направленных на измерение тех или иных содержательных личностных свойств, вводятся пункты, выявляющие стилевые особенности индивидов. Три типа контрольных шкал имеются в опроснике MMPI – это шкалы L, F и K, описанные ранее.

3. Проективные методики.

Несомненным достоинством проективных методик является относительная замаскированность цели исследования, что уменьшает вероятность правильных социально желательных ответов, которые свойственны опросным методам. Но тем же минусом их является сложность, неоднозначность обработки и интерпретации, стандартизации данных.

Проективные методики: преимущества и недостатки

Проективные методики направлены на измерение свойств личности. Они обладают рядом особенностей, благодаря которым существенно отличаются от стандартизованных методов, а именно:

1) особенностями стимульного материала;

2) особенностями поставленной перед респондентом задачи;

3) особенностями обработки и интерпретации результатов.

1. Отличительной особенностью стимульного материала проективных методик является его неоднозначность, неопределенность, малоструктурированность, что является необходимым условием реализации

принципа проекции. В процессе взаимодействия личности со стимульным материалом происходит его структурирование, в ходе которого личность проецирует особенности своего внутреннего мира: потребности, конфликты, тревогу и т.д.

2. Относительно неструктурированная задача, которая допускает неограниченное разнообразие возможных ответов, – одна из основных особенностей проективных методик. Тестирование с помощью проективных методик – замаскированное тестирование, так как респондент не может догадаться, что именно в его ответе является предметом интерпретации экспериментатора. Проективные методики меньше подвержены фальсификации, чем опросники, построенные на сведениях об индивиде.

3. Существует проблема стандартизации проективных методик. Некоторые методики не содержат математического аппарата для объективной обработки полученных результатов, не содержат норм.

Эти методики, прежде всего, характеризует качественный подход к исследованию личности, а не количественный, как психометрические тесты. И поэтому еще не разработаны адекватные методы проверки их надежности и придания им валидности.

Для более точного исследования данные, полученные с помощью проективных методик, следует соотносить с данными, полученными с помощью других методов.

2.4 Организация психодиагностического исследования

Этапы психодиагностического процесса

1. Формулировка проблемы на основании изучения всех сведений об индивиде (анамнез, специальные медицинские заключения, сведения об индивиде с точки зрения его успеваемости в учебном заведении, др.).

2. Формулировка гипотез и выбор диагностических методов.

3. Проведение тестирования; анализ полученных данных.

4. Формулировка **психологического диагноза** и написание заключений (например, об уровне психического развития).

5. Ответы на вопросы, поставленные на первом этапе.

6. Формулировка мероприятий, являющихся желательными на основании психологического заключения.

Психологический диагноз – конечный результат деятельности психодиагноста. Содержит описание индивидуально-психологических особенностей испытуемого. Отвечает на вопросы: что происходит? Чем это вызвано? Что будет дальше?

Психологический диагноз – это не медицинский диагноз, он не констатирует болезнь.

3 уровня диагноза (по Л. С. Выготскому):

1) симптоматический – описание симптомов (характеристик) проявления чего-либо;

2) этиологический – описание причин и механизмов;

3) типологический – определение места и значения выявленных характеристик в общей картине психической жизни индивида.

Основные требования к психологическому заключению

1. Психологическое заключение должно соответствовать цели заказа, а также уровню подготовки заказчика к получению такого рода информации.

2. Содержание заключения должно вытекать из целей диагностики.

3. В содержание заключения должны входить конкретные рекомендации в зависимости от характера полученных данных, если таковые требовались заказчиком.

4. Заключение должно включать краткое описание процесса психодиагностики, то есть используемые методы, полученные с их помощью данные, интерпретация данных, выводы.

5. В заключении необходимо указывать наличие ситуационных переменных во время проведения исследования, таких как:

– состояние респондента;

– характер контакта испытуемого с психологом;

– нестандартные условия тестирования и др.

Основные компоненты психологического заключения:

−общие сведения об испытуемом (возраст, пол, образование, профессия);

−причина исследования – направлен на консультацию, обратился с жалобами;

−применяемые методики;

−описание исследования + внешнего вида, поведения при обследовании, эмоциональных реакций;

−цифровые результаты и сопоставление их с нормами или данными анамнеза;

−интерпретация данных, объяснение их противоречивости;

−резюме – таким образом, в результате исследования выявлено;

−прогноз и рекомендации.

Психолог должен выбирать для исследования только методиками, которые отличаются определенными критериями качества, а именно: надежностью, валидностью, стандартизацией.

Надёжность – одно из трех главных психометрических свойств любой измерительной психодиагностической методики (теста).

Надёжность – это помехоустойчивость теста, независимость его результата от действия всевозможных случайных факторов.

О высокой надежности метода говорят в том случае, когда метод точно измеряет то свойство, для измерения которого он предназначен. В качестве критериев точности можно отметить следующие:

1) при повторном применении метода к тем же самым испытуемым в одних и тех же условиях через определенный интервал времени результаты обоих тестирований существенно не различаются между собой.

2) Действия случайных посторонних факторов не оказывают существенного влияния на результаты тестирования. В качестве посторонних факторов можно назвать следующие: эмоциональное состояние и утомление, если они не входят в круг исследуемых характеристик, температура, освещенность помещения и др. Такие посторонние случайные факторы еще называют факторами нестабильности измерительной процедуры.

3) При повторном применении метода к тем же самым испытуемым через определенный интервал времени в измененных условиях результаты обоих тестирований существенно не различаются между собой.

Под измененными имеется в виду следующие условия: другой экспериментатор, состояние респондента и др.

Валидность (от англ. valid – «действительный, пригодный, имеющий силу») – это «понятие, указывающее нам, что тест измеряет и насколько хорошо он это делает»

Стандартизация психодиагностических методик

Добиться объективности психологического теста можно при выполнении следующих условий:

1) единообразие процедуры проведения теста для получения сравнимых с нормой результатов;

2) единообразие оценки выполнения теста;

3) определение нормы выполнения теста для сопоставления с ними показателей, полученных в результате обработки данных тестирования.

Эти три условия называют этапами стандартизации психологического теста.

Первый этап стандартизации психологического теста состоит в создании единообразной процедуры тестирования. Она включает определение стандартизацию диагностической ситуации:

1) Условия тестирования

2) Содержание инструкции и особенности ее предъявления

3) Наличие стандартного стимульного материала.

4) Временные ограничения выполнения данного теста.

5) Стандартный бланк для выполнения данного теста.

6) Учет влияния ситуационных переменных на процесс и результат тестирования.

7) Учет влияния поведения диагноста на процесс и результат тестирования.

8) Учет влияния опыта респондента в тестировании.

Второй этап стандартизации психологического теста состоит в создании единообразной оценки выполнения теста: стандартной интерпретации полученных результатов и предварительной стандартной обработки

Третий этап стандартизации психологического теста состоит в определении норм выполнения теста. Нормы необходимы при интерпретации тестовых результатов (первичных показателей) в качестве эталона, с которым сравниваются результаты тестирования.

Определение норм для теста автором методики осуществляется следующим образом. На этапе создания теста формируется некоторая группа испытуемых, на которой проводится данный тест. Средний результат выполнения этого теста в данной группе принято считать нормой. Средний результат – это не единственное число, а диапазон значений.

2.5 В зависимости от задач исследования, могут использоваться следующие методики:

2.5.1 Для выявления психоэмоциональных состояний женщин на различных этапах репродуктивного цикла:

– методика комплексной диагностики психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде – русскоязычная версия скрининговой шкалы перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS), предназначена для выявления симптомов тревоги у женщин в период беременности и после родов. Методика разработана S. Somerville и соавт. Адаптация шкалы выполнена М.А. Коргожей М.А. и А.О. Евмененко; включает в себя субшкалы: острая и навязчивая тревога, социальная тревога, навязчивый перфекционизм, специфические страхи, проблемы адаптации;

– русскоязычная версия Эдинбургской шкалы послеродовой (постнатальной) депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale, J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky), адаптация – М. В. Шаманина, Э. Г. Мазо. Клиническая скрининговая методика в виде опросника, предназначенная для выявления депрессивных расстройств у женщин во время беременности и в послеродовом периодах;

– рисуночный тест «Моя беременность» (Г. Г. Филиппова). Направлена на выявления стиля переживания беременности. Беременной женщине предлагается нарисовать цветными карандашами рисунок на тему «Моя беременность». На основе анализа содержательных и формальных признаков выделяются типы рисунков, соответствующие стилям переживания – адекватный, тревожный, амбивалентный, эйфорический, конфликтный;

– клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхина и Д. М. Менделевича);

– шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory) и шкала самооценки депрессии Цунга (The Zung Self-Rating Depression Scale);

– методика Ч. Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тре вожности (State-Trait Anxiety Inventory, в адаптации Ю.Л. Ханина) и др.;

– Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В. В. Абрамченко и Т. А. Нимчин). Шкала включает четыре основных раздела: по нервно-психическому

состоянию, соматическому здоровью, социальному положению и отношению к ребенку.

2.5.2 Для анализа репродуктивных мотивов:

– опросник репродуктивных мотивов (конструктивных и деструктивных), авторы Д. С. Корниенко, А. Г. Радостева, Т. М. Харламова, направлен на диагностику доминирующих репродуктивных мотивов у женщин, как у беременных женщин, так и у женщин, не имеющих опыта материнства;

– ролевой опросник деторождения М. Н. Родштейн, который позволяет выделить совокупность полярных установок, таких как генофилия – генофобия; репродуктивная активность – репродуктивная пассивность;

– методика «Мотивация родительства» (Ю. Ф.Лахвич), которая может применяться как к биологическим родителям, так и к усыновителям и позволяет выявить следующие типы мотивации родительства: направленность на ребенка, направленность на себя, направленность на семью, направленность на общество, экзистенциальные мотивы;

– опросник «Анализ семейного мифа» А. А. Нестеровой, позволяет оценить совокупность мифологических представлений о семье отдельного человека. Опросник включает в себя шкалы, соответствующие шести семейным мифам: миф о вечной любви, о волшебной силе любви, абсолютизации семейных ситуаций, о злых силах, атакующих семью, необходимости жертвы ради семьи, постоянстве семейного благополучия;

– методика «Ассоциативный ромб» И. В. Добрякова. Методика используется для выявления неосознаваемых, а также осознаваемых, но скрываемых переживаний беременной женщины;

– методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) Л. Н. Рабовалюк.

2.5.3 Для диагностики отношений беременной женщины и стиля переживания беременности:

– тест «Фигуры» (разработан В. И. Брутман, Г. Г. Филипповой, И. Ю. Хамитовой) для выявления типа отношения матери к ребенку. Проективная методика, основанная на использовании символики цвета и геометрических фигур;

– интервью по шевелению (Г. Г. Филиппова). Цель – выявить стиль переживания беременности, отклонения от адекватной модели материнства, отношение к ребенку (субъект – субъектное/объектное);

– тест отношений беременной И. В. Добрякова предназначен для определения типа переживания беременности, позволяет выявлять нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития, связывать их с особенностями семейных отношений и ориентировать психологов на оказание соответствующей помощи;

– рисуночная методика «Я и мой ребёнок» (Г. Г. Филиппова) Цель методики: выявление особенностей отношения женщины к материнству и к восприятию своего ребёнка, а также представлений о себе в роли матери;

– рисунок «Я и моя мама в детстве» (Г.Г. Филиппова) используется для обнаружения конфликта и характера взаимоотношений с матерью в детстве. Обработка результатов: все параметры оценки;

– опросник «Тип отношений к беременности» (М. А. Беребин, М. А. Нечаева) выявляет тревожный, гармоничный, эргопатичный и другие типы;

– методика «Родительское сочинение» – проективная методика, в которой стимульный материал представляет собой незаконченные предложения, анализ завершений которых позволяет выявить особенности образа ребенка глазами родителя, особенности принятия ребенка родителем. Цель – исследование отношения родителя к ребенку, восприятия и переживания родителем характера взаимодействия с ребенком, описание родительского видения проблем и трудностей в развитии ребенка.

2.5.4. Для оценки привязанности матери и ребенка:

– опросник «Пренатальная привязанность матери к ребенку), автор – J. Condon, адаптация – С. С. Савенышева, В. О. Аникина, М. Е. Блох, позволяет диагностировать качество и поведение привязанности и 3 компонента привязанности – эмоциональный, поведенческий и когнитивный;

– методика «Пренатальный контакт» Ю. В. Заманаевой позволяет получить информацию о пренатальном контакте с ребенком как взаимодействии, в рамках которого начинают развиваться материнские качества, которые в дальнейшем (после родов) будут влиять на качество взаимодействия матери с младенцем и в итоге на качество привязанности ребенка к матери, выявить возможные сложности в налаживании такого контакта, пути психологической помощи ей;

– методика «Птичье гнездо» (Донна Кайзер) для диагностики уровня привязанности ребенка к матери.

Конечно, указаны далеко не все инструментальные возможности психодиагностики в репродуктивной психологии. Однако указанные методики хорошо апробированы в психологической практике, обладают достаточно хорошими показателями валидности, надежности и могут использоваться психологами в практической работе.

Задание для СРС: Составить ментальную карту по теоретическим материалам.

Вопросы для самопроверки знаний:

1. Что является предметом психодиагностики репродуктивной психологии?

2. Какие основные задачи решает психодиагностика репродуктивного здоровья?

3. Какие этические принципы должны соблюдаться при проведении психодиагностики репродуктивного здоровья?

4. Как обеспечить уважение к личности и правам участников психодиагностического исследования?

5. На какие основные группы делятся психодиагностические методики?

6. В чем особенности проективных методик в контексте репродуктивной психологии?

7. Какие факторы необходимо учитывать при формировании выборки участников?

8. Как обеспечить валидность и надежность результатов исследования?

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Раздел 1. ДИАГНОСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

– методика комплексной диагностики психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде – русскоязычная версия скрининговой шкалы перинатальной тревоги (The Perinatal Anxiety Screening Scale – PASS), предназначена для выявления симптомов тревоги у женщин в период беременности и после родов. Методика разработана S. Somerville и соавт. Адаптация шкалы выполнена М. А. Коргожей М.А. и А.О. Евмененко; включает в себя субшкалы: острая и навязчивая тревога, социальная тревога, навязчивый перфекционизм, специфические страхи, проблемы адаптации;

– русскоязычная версия Эдинбургской шкалы послеродовой (постнатальной) депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale, J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky), адаптация – М. В. Шаманина, Э. Г. Мазо. Клиническая скрининговая методика в виде опросника, предназначенная для выявления депрессивных расстройств у женщин во время беременности и в послеродовом периодах;

– рисуночный тест «Моя беременность» (Г.Г. Филиппова). Направлена на выявления стиля переживания беременности. Беременной женщине предлагается нарисовать цветными карандашами рисунок на тему «Моя беременность». На основе анализа содержательных и формальных признаков выделяются типы рисунков, соответствующие стилям переживания – адекватный, тревожный, амбивалентный, эйфорический, конфликтный;

– шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory) и шкала самооценки депрессии Цунга (The Zung Self-Rating Depression Scale);

– методика Ч. Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory, в адаптации Ю.Л. Ханина) и др.;

– Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В. В. Абрамченко и Т. А. Нимчин). Шкала включает четыре основных раздела: по нервно-психическому состоянию, соматическому здоровью, социальному положению и отношению к ребенку.

1.1 Методика комплексной диагностики психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде – (PASS), S. Somerville и соавт., адаптация М. А. Коргожей М.А. и А. О. Евмененко

Практическое занятие №1

Цель: формирование навыков работы с методикой PASS–R.

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики PASS–R.

2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике PASS–R, анализ полученных результатов и сравнение результатов, объединившись в малые группы (пары, тройки).

Русскоязычная версия PASS–R предназначена для выявления симптомов тревоги у женщин в период беременности и после родов. Методика разработана S. Somerville и соавт.). Разработка русскоязычной версии и адаптация шкалы на русскоязычном населении выполнены Коргожей М.А. и Евмененко А.О. в Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете на кафедре клинической психологии. Авторами русскоязычной версии шкалы являются М.А. Коргожа и А.О. Евмененко. Русскоязычная версия шкалы получила название «Скрининговая шкала перинатальной тревоги» (PASS–R), так как является точным переводом оригинальной версии методики. Однако, необходимо отметить, что использованный в названии термин «перинатальная тревога» подразумевает тревогу, которую женщина может испытывать в период беременности и в послеродовом периоде.

Скрининговая шкала перинатальной тревоги представляет с собой опросник для самооценки симптомов тревоги у женщин в дородовом периоде и в течение 12 месяцев после родов. PASS–R состоит из 31 вопроса и имеет 5 субшкал. Бланк шкалы представлен ниже. Вопросы шкалы охватывают различные симптомы тревожных расстройств, включая генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство. Вопросы также включают симптомы расстройства адаптации и диссоциативных состояний. Методика содержательно отличается от других методов выявления тревожных расстройств тем, что охватывает специфические симптомы тревоги, характерные только для гестационного и послеродового периодов (например, «Беспокойство о ребенке /беременности», «Страх, что ребенку будет причинен вред» и пр.).

PASS–R не является диагностической шкалой для определения тревожного расстройства и установления диагноза. Определение наличия тревожного расстройства должно быть осуществлено врачом-психиатром в соответствии с требованиями установления диагноза психического расстройства. PASS–R может быть использована в качестве скринингового метода для выявления симптомов тревоги и степени их выраженности. В случае выявления выраженных симптомов тревоги у женщины, как в период ожидания рождения ребенка, так и после родов, ее требуется незамедлительно направить к врачу-психиатру для установления диагноза, назначения лечения и психотерапии.

Возможности использования PASS–R:

1. Скрининговое выявление симптомов тревоги у женщин в дородовом и послеродовом периодах с целью оказания им своевременной психологической помощи.

2. Определение степени выраженности симптомов тревоги и специфику их проявления.

3. Определение мишеней психологической помощи женщинам при рождении ребенка с учетом индивидуальных особенностей.

4. Наблюдение за динамикой симптомов тревоги у женщин в период беременности и после родов, а также дополнительная оценка эффективности методов психологической помощи.

5. Наблюдение за динамикой симптомов тревоги у женщин в период беременности и после родов, а также дополнительная оценка эффективности методов психологической помощи.

6. Осуществление прикладных и научных исследований особенностей течения беременности, раннего и позднего послеродовых периодов.

Шкала PASS–R может использоваться в практической деятельности психологов в женских консультациях, учреждениях родовспоможения, научно–исследовательских центрах и т.д. Также может широко использоваться в практике оказания комплексной медицинской помощи женщинам при рождении ребенка.

Преимущества использования PASS–R:

1. Разработана для скрининга широкого спектра симптомов тревоги у женщин в дородовом и послеродовом периодах.

2. Обеспечивает структурированный подход к выявлению риска развития тревожного расстройства у женщин на основе информации, представленной самими женщинами, что позволяет оказывать им своевременную симптомоориентированную психологическую помощь.

3. Предлагает удобный способ выявить актуальные переживания женщин, тесно связанные с физиологией беременности, родов и послеродового периода.

4. Интерпретированные результаты однозначны и понятны для медицинского персонала.

5. Может использоваться в сочетании с другими психодиагностическими методами, такими как: Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS), шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory), шкала самооценки депрессии Цунга (The Zung Self – Rating Depression Scale), методика Ч. Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности.

Шкала должна быть предложена респонденту в тихом, удобном и достаточно уединенном месте с максимальным снижением отвлекающих факторов.

Методика может использоваться в следующих учреждениях:

– женские консультации, акушерско-гинекологическое отделение клинических больниц;

– учреждения родовспоможения: роддома и перинатальные центры;

– отделения для новорожденных клинических больниц, детские поликлиники;

– кабинеты и центры психологического и психотерапевтического назначения.

Как правило, прохождение методики PASS–R занимает около 5 минут.

Бланк шкалы содержит краткую инструкцию для респондента, тем не менее, в некоторых случаях может потребоваться дополнительное разъяснение цели опроса. Для респондента может быть представлена краткая информация о том, что скрининг актуального эмоционального состояния в контексте выявления наличия тревоги является важной частью общей оценки состояния женщины для оказания ей качественной медико-психологической помощи.

Общий балл PASS–R подсчитывается путем сложения баллов по всем вопросам шкалы. Максимальный общий балл PASS–R составляет 93 балла.

Шкала содержит пять субшкал, определяющих различную специфику симптомов тревоги женщин в дородовом и послеродовом периодах. Баллы по каждой субшкале подсчитываются путем сложения баллов по соответствующим вопросам (табл. 1).

Таблица 1 – Подсчет результатов по субшкалам PASS–R

Субшкалы	**№ вопросов**	**Максимальный балл по шкале**
Субшкала 1. Острая и навязчивая тревога	6, 8, 9, 10, 15, 16, 18, 27, 28, 29, 30, 31	36
Субшкала 2. Социальная тревога	19, 20, 21, 22	12
Субшкала 3. Навязчивый перфекционизм	11, 12, 13, 14, 17	15
Субшкала 4. Специфические страхи	1,2,3,4,5	15
Субшкала 5. Проблемы адаптации (диссоциация)	23, 24, 25, 26	12
Фобия	7	3

В результате апробации PASS–R был установлен рекомендуемый порог общего балла шкалы, указывающий на риск развития тревожного расстройства, равный 26 баллам.

Общий балл PASS–R также может быть классифицирован в соответствии с диапазоном тяжести симптомов тревоги (табл. 2).

Таблица 2 – Диапазон тяжести симптомов тревоги по общему баллу PASS–R

Диапазон (уровень)	Тяжесть проявления симптомов	Общие направления помощи
Минимальный 0–25баллов	Единичные кратковременные симптомы тревоги, не нарушающие процесс адаптации к ситуациям дородового и послеродового периодов, не снижающие качество жизни. Уровень минимального риска развития тревожного расстройства	Если общий балл ≤ 20 баллов Специализированная помощь врача-психиатра не требуется; Профилактическое информирование об общих особенностях течения дородового и послеродового периодов, о методах самопомощи и поддержки психического здоровья по запросу респондента. Если общий балл > 20 баллов Индивидуальная психологическая помощь и поддержка по запросу женщины на основе качественной оценки симптомов тревоги в соответствии с субшкалами; Включение в работу групп психологической поддержки женщин в дородовом и послеродовом периодах. В период беременности: курсы дородовой подготовки и консультирование. В послеродовом периоде: группы психологической поддержки родителей/услуги психологического консультирования в рамках программ ранней помощи (при наличии нуждаемости семьи); Повторное прохождение PASS–R через 2недели.
Средний (умеренный) 26–41 балл	Наличие устойчивых симптомов тревоги, влияющих на процесс адаптации к ситуациям дородового и послеродового периодов, потенциально снижающие качество жизни. Уровень умеренного риска развития тревожного расстройства	Если общий балл >26 баллов Индивидуальная психологическая помощь женщине на основе качественной оценки симптомов тревоги в соответствии с субшкалами. Включение в работу групп психологической поддержки женщин в дородовом и послеродовом периодах. Обучение методам самопомощи, поддержки психического здоровья и снижения симптомов тревоги, в том числе на основе способов снятия острого стресса. Представление рекомендации об обращении к врачу-психиатру по месту жительства за консультативной помощью в случае ухудшения эмоционального состояния женщины. Повторное прохождение PASS–R через 2 недели.

Тяжелый 42–93 балла	Наличие ярко выраженных симптомов тревоги, значительно влияющих на процесс адаптации к ситуациям дородового и послеродового периодов, снижающие качество жизни. Уровень высокого риска развития тревожного расстройства	Необходима незамедлительная помощь врача-психиатра для комплексной глубокой оценки психического здоровья; С разрешения женщины необходимо кратко уведомить лечащего врача о состоянии пациентки (в дородовом периоде необходимо уведомить акушера-гинеколога, ведущего беременность; в послеродовом периоде – неонатолога/педиатра / акушера-гинеколога). С разрешения женщины необходимо кратко уведомить близкого родственника о состоянии пациентки и проинформировать о службах экстренной психологической помощи по месту жительства

Важно отметить, что для женщин, у которых был выявлен тяжелый уровень тревоги (общий балл PASS–R более 42 баллов) необходима незамедлительная помощь врача-психиатра, вне зависимости от этапов дородового и послеродового периодов, т.е. комплексная медико-психологическая помощь необходима данной категории женщин как в период беременности, так и после родов. Данные выводы связаны с высоким риском развития послеродовой депрессии у женщин, имеющих выраженные симптомы тревоги в период беременности.

Субшкалы, представленные в методике PASS–R, описывают группы симптомов, соответствующие тревожному расстройству, и могут указывать на характер и специфику переживаемых симптомов тревоги.

Субшкала 1. Острая и навязчивая тревога. Высокие баллы по субшкале указывают на выраженные симптомы генерализованной тревоги, риск развития панических состояний, навязчивость тревожных мыслей и переживаний. Также высокие показатели по данной субшкале могут указывать на психическую травматизацию респондента.

Субшкала 2. Социальная тревога. Высокие баллы по субшкале указывают на социальный контекст проявления симптомов тревоги, выраженный страх социальных контактов и стремление к их избеганию.

Субшкала 3. Навязчивый перфекционизм. Высокие баллы по субшкале указывают на выраженное навязчивое стремление к контролю и постоянному улучшению актуальной жизненной ситуации. Также высокие показатели по данной субшкале могут указывать на обсессивно-компульсивную специфику симптомов тревоги.

Субшкала 4. Специфические страхи. Высокие баллы по субшкале указывают на выраженные симптомы тревоги, которые характерны только для дородового и послеродового периодов и связаны с ситуацией рождения ребенка. Также высокие показатели по данной субшкале могут указывать на психологическую неготовность к рождению, уходу за ребенком и его воспитанию. В случае выявления симптомов тревоги по данной субшкале

требуется тщательный анализ индивидуального контекста специфики проявлений этих симптомов. Высокий уровень тревоги увеличивает риск развития послеродовой депрессии.

Субшкала 5. Проблемы адаптации (диссоциация). Высокие баллы по субшкале указывают на наличие диссоциативных симптомов и выраженных трудностей с адаптацией.

В соответствии с эмпирическими данными вопрос №7 «Очень сильный страх игл, крови, родов, боли и т.п.» является клиническим показателем фобии. В случае если ответ респондента по данному вопросу набрал более 0 баллов, необходимо обязательно уточнять индивидуальные особенности и специфику проявления фобической симптоматики. Для психокоррекции страхов, связанных с болью в родах, необходима совместная консультация с акушером-гинекологом для рассмотрения возможности применения обезболивания в родах. При наличии страхов, связанных с кровью, иглами и прочим медицинским вмешательством, необходимы консультации акушера-гинеколога и психиатра.

При качественной оценке результатов шкалы PASS–R важно учитывать особенности актуальной жизненной ситуации женщины. Для практических целей оказания психологической помощи женщинам в период беременности и после родов необходимо учитывать наличие объективных стрессовых факторов, которые могут повлиять на выраженность симптомов тревоги.

Так, например, наличие неблагоприятных жизненных обстоятельств или осложнения беременности/ послеродового периода могут отразиться в высоких баллах шкалы PASS–R, но не указывать на высокий риск развития тревожного расстройства. С этой целью необходимо обращать внимание респондентов на необходимость оценивать свое состояние «за последний месяц», а также проводить дополнительный опрос для выявления обстоятельств жизненной ситуации. Для решения этой задачи рекомендуем использовать дополнительный опросный лист по наличию неблагоприятных жизненных обстоятельств (табл. 3). Полученная информация может быть крайне полезной для оказания психологической помощи женщине, а также для поиска ее психологических ресурсов и возможностей получения поддержки со стороны ближайшего окружения.

В соответствии с рекомендациями разработчиков оригинальной версии шкалы методика может быть использована в течение 12 месяцев после родов. Однако после 6 месяцев послеродового периода дополнительно опрашивать женщину на предмет наличия актуальных жизненных обстоятельств, потенциально влияющих на уровень тревоги, которые могут быть не связаны с рождением ребенка.

Таблица 3 – Опросный лист по наличию неблагоприятных жизненных обстоятельств

Пожалуйста, отметьте ДА/НЕТ в указанных ниже обстоятельствах, если они были в Вашей жизни в течение последних 12 месяцев:		
	НЕТ	ДА
Потеря поддержки близких людей		
Незапланированная беременность		
Нежеланная беременность		
Проблемы во взаимоотношениях с мужем / партнером		
Проблемы во взаимоотношениях с родственниками		
Расставание с партнером / развод		
Значимые события (свадьба, переезд и пр.)		
Проблемы юридического и правового характера		
Финансовые проблемы		
Жилищные проблемы		
Смена или потеря работы		
Вахтовый метод работы партнера / мужа (длительные командировки пр.)		
Смена или прерывание обучения в вузе, колледже		
Проблемы по вопросам попечительства и опеки над детьми		
Эпизоды домашнего насилия / Инциденты насильственного характера		
Смерть близкого человека		
Злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами		
Злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами Вашим близким окружением		
Значительные проблемы с физическим здоровьем у Вас		
Значительные проблемы с физическим здоровьем у Ваших близких		
Другие сложные жизненные обстоятельства (укажите):		

Текст опросника

1 – Совсем не было
2 – Иногда
3 – Часто
4 – Почти всегда

1. Беспокойство о ребенке/беременности.
2. Страх, что ребенку будет причинен вред.
3. Чувство страха, что случится что-то плохое.
4. Беспокойство о многих вещах.

5. Беспокойство о будущем.
6. Чувство подавленности.
7. Очень сильный страх игл, крови, родов, боли и т. п.
8. Внезапные приступы сильного страха или дискомфорта.
9. Повторяющиеся мысли, которые трудно остановить или контролировать.
10. Трудности со сном, даже когда у меня есть возможность поспать.
11. Приходится делать что-то определенным образом или в определенном порядке.
12. Желание, чтобы всё было идеально.
13. Необходимость контролировать ситуацию.
14. Трудно перестать проверять или переделывать что-либо снова и снова.
15. Нервничаю или меня легко напугать.
16. Беспокойство по поводу повторяющихся мыслей.
17. Всегда начеку или вынуждена следить за некоторыми вещами.
18. Огорчение по поводу повторяющихся воспоминаний, снов или ночных кошмаров.
19. Волнуюсь о том, что я опозорю себя перед другими.
20. Страх, что другие будут оценивать меня негативно.
21. Чувствую себя очень неловко в толпе.
22. Избегаю общественной деятельности, потому что могу начать нервничать.
23. Избегаю вещей, которые меня тревожат.
24. Ощущение отстраненности, как будто смотришь на себя в кино.
25. Теряю счет времени и не могу вспомнить, что произошло.
26. Трудности в адаптации к новым изменениям.
27. Тревога лишает меня способности чем-либо заниматься.
28. Скачущие мысли мешают мне сосредоточиться.
29. Страх потерять контроль.
30. Чувство паники.
31. Чувство возбуждения.

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых из целевой аудитории теста по методике PASS–R, проанализируйте полученный результат; Оцените удобство применения методики и возможные ограничения её использования.

2. Заполните таблицу

Преимущества использования PASS–R	Возможности использования PASS–R	Возможные ограничения использования PASS–R

1.2. Русскоязычная версия Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (J. L. Cox и др.), адаптация – М. В. Шаманина, Э. Г. Мазо

Практическое занятие № 2

Цель: формирование навыков работы с методикой Эдингбургская шкала послеродовой (постнатальной) депрессии.

План практического занятия:

1.Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2. Проведите самоисследование по Эдингбургской шкале послеродовой (постнатальной) депрессии, сделайте количественный и качественный анализ.

3. Проведите сравнительный анализ результатов самоисследования по методике PASS–R и Эдингбургской шкале послеродовой (постнатальной) депрессии. Обсудите полученные результаты в малых группах.

Эдингбургская шкала послеродовой (постнатальной) депрессии (англ. Edinburgh Postnatal Depression Scale) – клиническая скриниговая методика в виде самоопросника, предназначенная для выявления депрессивный расстройств в предродовом и послеродовом периодах. Была разработана J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky в 1987 г. в Эдинбурге и Ливингстоне.

Инструкция: Вы сейчас беременны, или недавно родили, поэтому мы хотели бы узнать, как Вы себя чувствуете. Пожалуйста, отметьте в каждом пункте утверждение, наиболее соответствующее Вашему состоянию на протяжении последней недели, не только сегодня.

Текст опросника

1. Я была готова смеяться и видеть светлую сторону происходящего
0) так же, как всегда;
1) теперь несколько меньше, чем всегда;
2) определенно меньше;
3) совсем не вижу.
2. Я смотрела в будущее с удовольствием к окружающим обстоятельствам
0) так же, как всегда;
1) меньше, чем обычно;
2) определенно меньше, чем обычно;
3) вряд ли.
3. Я без надобности винила себя, если что-то происходило неправильно
0) да, в большинстве случаев;
1) да, иногда;
2) нет, не часто;
3) нет, никогда.
4. Мне было тревожно и беспокойно без видимой причины
0) нет, нисколько;
1) едва ли когда-нибудь;
2) да, иногда;

3) да, очень часто.
5. Я чувствовала испуг или панику без значительного повода
0) да, довольно много;
1) да, иногда;
2) нет, не много;
3) нет, нисколько.
6. Обстоятельства были сильнее меня
0) да, большинство времени я не была готова справиться с ними вообще;
1) да, иногда я не справлялась так же, как обычно;
2) нет, большинство времени я справлялась достаточно хорошо;
3) нет, я справлялась так же, как всегда.
7. Я была так несчастна, что даже плохо спала
0) да, большинство времени;
1) да, иногда;
2) нет, не очень часто;
3) нет, нисколько.
8. Я грустила или была несчастна
0) да, большинство времени;
1) да, достаточно часто;
2) нет, не часто;
3) нет, нисколько.
9. Я была так несчастна, что даже плакала
0) да, почти всё время;
1) да, достаточно часто;
2) нет, только случайно;
3) нет, никогда.
10. Мысль о нанесении вреда себе возникала у меня
0) да, достаточно часто;
1) иногда;
2) едва ли;
3) никогда.

Пункты 1, 2 и 4 подсчитываются в прямых значениях (0, 1, 2, 3).

Остальные пункты подсчитываются в обратных значениях (3, 2, 1, 0).

Баллы по всем десяти пунктам суммируются.

Баллы 8-9 и выше свидетельствуют о высокой вероятности послеродовой депрессии (ПД) (примерно в 86 % случаев).

Баллы выше 13 свидетельствуют о 100 % вероятности ПД (при максимуме в 30 баллов).

Также возможен содержательный анализ бланка опросника для выявления наиболее выраженных расстройств в клинической картине послеродовой депрессии.

Задание для СРС:

1. Изучите публикации за последние пять лет об исследованиях послеродовой депрессии в нашей стране и за рубежом и сделайте обзор по пяти и более источникам.

1. 3 Шкала определения уровня депрессии Цунга

Практическое занятие № 3

Цель: формирование навыков работы с методикой «шкала определения уровня депрессии Цунга».

План практического занятия:

1. Представление студентами кратких сообщений о результатах обзора публикаций об исследованиях послеродовой депрессии (задание для самостоятельной работы по практическому занятию № 2).

2. Проведение исследование одного испытуемого (самоисследования) по шкале определения уровня депрессии Цунга и анализ результатов.

3. Сравните результатов по шкале определения уровня депрессии Цунга с результатами методики PASS–R и Эдингбургской шкалы послеродовой (постнатальной) депрессии (личные данные).

4.Обсуждение полученных результатов (подтверждение данных одной методики другими или противоречивость полученных данных) в малых группах.

Шкала самооценки депрессии Цунга (или Занга) (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS), также известная, как ШСНС (Шкала сниженного настроения – субдепрессии) является опросником для самооценки уровня депрессии. Опросник адаптирован в НИПНИ им. Бехтерева Т. Н. Балашовой. Опросник, состоящий из 20 утверждений, был разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининга-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной диагностики. Методика поможет определить степень депрессии и предупредить риск появления суицидального поведения. Полное тестирование с обработкой занимает 20–30 минут.

При анализе результатов оценка проводится по семи факторам, содержащим группы симптомов, отражающих чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность/нерешительность.

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет. A – никогда или изредка. B – иногда. C – часто. D – почти всегда или постоянно

1. Я чувствую подавленность
2. Утром я чувствую себя лучше всего

3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам
4. У меня плохой ночной сон
5. Аппетит у меня не хуже обычного
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин (мужчин), разговаривать с ними, находиться рядом
7. Я замечаю, что теряю вес
8. Меня беспокоят запоры
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно
10. Я устаю без всяких причин
11. Я мыслю так же ясно, как всегда
12. Мне легко делать то, что я умею
13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте
14. У меня есть надежды на будущее
15. Я более раздражителен, чем обычно
16. Мне легко принимать решения
17. Я чувствую, что полезен и необходим
18. Я живу достаточно полной жизнью
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле: УД= Sпр. + Sобр, где Sпр. – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

Sобр – сумма цифр, «обратных» зачеркнутым, к высказываниям 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов: УД не более 50 баллов – депрессии нет; УД более 50 и менее 59 баллов – легкая депрессия; УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или замаскированная депрессия; УД более 70 баллов – истинное депрессивное состояние.

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых из целевой аудитории теста по шкале определения уровня депрессии Цунга, проанализируйте полученный результат; Оцените удобство применения методики и возможные ограничения её использования.

2. Проведите самодиагностику по шкале депрессии Бека и сравните полученный результат с данными опросника Цунга.

1.4 Опросник Спилбергера (адаптация - Ю. А. Зайцев, А.А. Хван)

Практическое занятие № 4

Цель: формирование навыков работы с опросником Спилбергера (адаптация Ю.А. Зайцев, А.А. Хван).

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике, анализ полученных результатов и сравнение результатов, объединившись в малые группы (пары, тройки).

3. Обсуждение в малых группах результатов исследования по опроснику Спилбергера; анализ совпадения данных самодиагностики по шкале Спилбергера и опроснику Цунга.

Опросник используется для оценки уровня личностной тревожности и ситуативной тревожности (тревоги). Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий "веер" ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа. Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только личностную, или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала впервые была адаптирована Ю. Л. Ханиным. В данном пособии приводятся нормы стандартизации Ю.А. Зайцева, А.А. Хвана.

Бланк опросника

Шкала ситуативной тревоги (СТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

№ п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№ п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4

25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Ключ представлен ниже. Каждое совпадение оценивается в 1 балл. Подсчитываются отдельно значения по шкале СТ и ЛТ.

Ключ

СТ	Ответы				ЛТ	Ответы			
№	1	2	3	4	№	1	2	3	4
Ситуативная тревога					Личностная тревожность				
1	4	3	2	1	21	4	3	2	1
2	4	3	2	1	22	1	2	3	4
3	1	2	3	4	23	1	2	3	4
4	1	2	3	4	24	1	2	3	4

5	4	3	2	1	25	1	2	3	4
6	1	2	3	4	26	4	3	2	1
7	1	2	3	4	27	4	3	2	1
8	4	3	2	1	28	1	2	3	4
9	1	2	3	4	29	1	2	3	4
10	4	3	2	1	30	4	3	2	1
11	4	3	2	1	31	1	2	3	4
12	1	2	3	4	32	1	2	3	4
13	1	2	3	4	33	1	2	3	4
14	1	2	3	4	34	1	2	3	4
15	4	3	2	1	35	1	2	3	4
16	4	3	2	1	36	4	3	2	1
17	1	2	3	4	37	1	2	3	4
18	1	2	3	4	38	1	2	3	4
19	4	3	2	1	39	4	3	2	1
20	4	3	2	1	40	1	2	3	4

Таблица 4 – Диагностические значения в «сырых» баллах по «Шкале личностной и реактивной тревожности» Ч. Спилбергера – Ю. Ханина и перевод их в стэны

стены	Сырые баллы						Уровень выраженности тревожности
	13–15 лет		16–19 лет		25 и старше		
1	0–15	0–30	0–12	0–20	0–22	0–25	Низкий
2	16–21	31–33	13–18	21–25	23–26	26–30	
3	22–27	34–36	19–23	26–30	27–30	31–34	Средний, с тенденцией к низкому
4	28–33	37–39	24–29	31–35	31–34	35–39	
5	34–39	40–42	30–34	36–40	35–38	40–43	Средний, с тенденцией к высокому
6	40–45	43–45	35–40	41–45	39–42	44–48	
7	46–51	46–48	41–45	46–50	43–46	49–52	Высокий
8	52–57	49–51	46–51	51–55	47–50	53–57	
9	58–63	52–54	52–56	56–60	51–54	58–61	Очень высокий
10	64–80	55–80	57–80	61–80	55–80	62–80	

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых по опроснику Спилбергера (адаптация Ю.А. Зайцев, А.А. Хван), проанализируйте полученный результат;

2. Оцените удобство применения методики и возможные ограничения её использования.

1.5 Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В.В.Абрамченко и Т.А. Нимчин)

Практическое занятие № 5

Цель: формирование навыков работы со шкалой количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины (В. В. Абрамченко и Т. А. Нимчин).

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике, анализ полученных результатов и сравнение результатов, объединившись в малые группы (пары, тройки).

Цель опросника – оценить психоэмоциональное и соматическое состояние беременной женщины, особенности ее социально-психологического статуса, выявить отношение к предстоящему появлению ребенка в семье.

Шкала состоит из 50 пунктов – вопросов и включает четыре основных раздела: по нервно-психическому состоянию (первые 17 пунктов), соматическому здоровью (следующие 18 пунктов), социальному положению (следующие 9 пунктов) и отношению к ребенку (последние 6 пунктов).

Каждое предложение выписывается на отдельную карточку, у которой отрезается правый или левый нижний угол. Правые углы отрезаются у тех карточек, в которых предложения сформулированы в утвердительной форме и отражают наличие того или иного расстройства. Левые углы отрезаны у тех карточек, содержание которых сформулировано в отрицательной форме.

Инструкция: «Просим Вас прочитать каждую карточку и отложить ее вправо, если Вы согласны с тем, что на ней написано, или влево, если Вы не согласны с ее текстом»

Обработка результатов. По окончании исследования из правой стопки извлекаются карточки с отрезанным правым, а из левой – с отрезанным левым нижними углами. Сумма извлеченных карточек представляет собой количественный показатель нарушений у обследуемой в ее субъективной оценке. При необходимости проводится качественный анализ.

Карточки

Я не опасаюсь за исход родов	Я считаю, что во время беременности у меня появилось извращение вкуса
Во время беременности моя память не ухудшилась	Во время беременности у меня появилось влечение к соленому
Получение интересующей меня информации приносит мне пользу	Во время беременности у меня появилось отвращение к запахам

Во время сна у меня появились (участились) сновидения с неприятным содержанием	Во время беременности у меня повысился аппетит
Во время беременности у меня появилась апатия к тем делам и занятиям, к которым раньше я испытывала интерес	Во время беременности у меня снизился аппетит
Во время беременности у меня увеличилась сонливость	Во время беременности у меня появилась тошнота
Последние 2 месяца мой сон стал более беспокойным	Во вторую половину беременности у меня снизилась работоспособность
Мой сон стал более чутким	Во время беременности у меня не было рвоты
После получения информации о родовом процессе, у меня исчезли (могут исчезнуть) опасения из–за боли в родах	После получения информации о родах у меня не исчезли (не исчезнут) опасения за исход родов для здоровья
Во время беременности у меня появилась (усилилась) плаксивость	У меня появилась утомляемость
После разговоров с другими беременными у меня не исчезла (не уменьшилась) плаксивость, раздражительность	Я считаю, что моя жизнь после рождения ребенка будет такой же благополучной, как и была раньше
Во время беременности я стала более раздражительная, чем до беременности	Мое материальное положение благополучно
Во время беременности у меня ухудшилось настроение	Я думаю, что после рождения ребенка мои семейные отношения улучшатся
Я не боюсь боли во время родов	После рождения ребенка я надеюсь на помощь со стороны родственников
Во время беременности я стала значительно спокойнее	Данная беременность для меня нежелательна

После беседы по интересующему меня вопросу с другими беременными у меня улучшилось (улучшится) настроение, исчезла апатия, повысилась работоспособность	Во время беременности у меня сложилась трудная, психотравмирующая обстановка
После беседы с другими беременными по интересующим меня вопросам, мой сон стал (станет) более нормальным, полноценным	До беременности я пережила психотравмирующую ситуацию
Состояние моего здоровья меня не беспокоит	Во время беременности отношение к мужу у меня не ухудшилось
После беседы с другими беременными по интересующим меня вопросам у меня исчезла (исчезнет) тяга к соленому, сладкому, кислому, нормализовались вкусовые ощущения, исчезло отвращение к запахам	В моей семье есть нервные люди
Моя работоспособность в первую половину беременности не снизилась	Я не опасаюсь за исход родов для моего ребенка
Во время беременности вкусовые ощущения у меня не изменились	Меня не пугают трудности, связанные с уходом за ребенком
Во время беременности у меня не появилось влечения к сладкому	Я люблю детей
Во время беременности слюноотделение у меня не повысилось	Я опасаюсь родить неполноценного ребенка
Моя половая жизнь никогда не вызывала у меня беспокойства	После получения информации о родах у меня не исчезли (не исчезнут) опасения за исход родов для ребенка
Я опасаюсь за исход родов для моего здоровья	Я боюсь, что мои болезни и лекарства, которые я принимала, могут оказать отрицательное влияние на ребенка

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых из целевой аудитории теста по «Шкале количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины» (В.В. Абрамченко и Т.А. Нимчин) и

проанализируйте полученный результат. Оцените удобство применения методики и возможные ограничения её использования.

1.6 Рисуночный тест «моя беременность» (Г.Г. Филиппова)

Практическое занятие № 6

Цель: формирование навыков работы с рисуночным тестом «Моя беременность» (Г.Г. Филиппова).

План практического занятия:

1.Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2.Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов, объединившись в микрогруппах.

4. Обсуждение своих представлений о потенциальной беременности через самодиагностику по рисуночной методике «Моя беременность» (Г.Г. Филиппова).

3. Создание галереи рисунков в одном из мессенджеров учебной группы.

Цель методики – выявить стиль переживания беременности.

Беременной женщине предлагается нарисовать на листе бумаги формата А4 цветными карандашами рисунок на тему «Моя беременность».

На основе анализа содержательных и формальных признаков (принятым в диагностики) выделяются типы рисунков, соответствующие стилям переживания.

На основе анализа содержательных и формальных признаков делается вывод о стиле переживания беременности, отношении к беременности.

Стили переживания беременности

Адекватный стиль переживания беременности.

Беременность изображается в виде беременной женщины, растения, символа.

Беременная женщина. Фигура человека достаточно четко прорисована, занимает значительную часть листа, пропорции соразмерны, детально нарисованы лицо, руки, ноги. Преобладают красные, оранжевые и желтые цвета. Ярко выделен живот, подчеркивается его объемность. Возможно рентгеновское изображение беременности – ребенок нарисован на фоне тела матери. Фигура изображена одна, без вспомогательных предметов. Реже могут появиться значимые близкие (муж) и изображения домов и деревьев, что объясняется как потребность беременной женщины в материнской и отцовской поддержке.

Растение. Занимает значительную часть листа, крупное, четкое, хорошо прорисованное. Имеет плотный, достаточно прямой стебель, соразмерная чашечка цветка, один или два листа. Стебель у растения не должен быть поникшим, кривым, слишком тонким (как будто на волоске), чашечка цветка не должна быть опущена вниз, должны отсутствовать шипы, колючки, сухие ветки, листья и стебли. Растение изображено на листе одно, без вспомогательных предметов и фона, может появиться незначительная тревога в виде заштрихованного неба, штриховки у основания стебля либо заштрихованное солнце и облака в верхней части листа. Преобладают красные, зеленые и желтые цвета.

Символ. Преобладают округлые формы, без углов, выступов. В центре может быть уплотнение, выделенное другим цветом. Фигура располагается одна, без дополнительных предметов и фона.

Преобладают красные, желтые и оранжевые цвета.

Общие выводы. Во время рисования у женщин не возникает затруднений с сюжетом рисунка, нет отказов от рисования, отсутствуют черно-белые рисунки. Преобладает благоприятная ситуация или незначительные симптомы тревоги и неуверенности.

Тревожный стиль переживания беременности.

Беременность изображается в виде символа, растения, животного или детей.

Символ. Преобладают черные или красные цвета. Объект плотный, округлой формы. Тревога проявляется в виде штриховки изображенного объекта линиями с сильным нажимом в различных направлениях. Изображается дополнительных и второстепенных деталей.

Растение. Очень маленькое, на четверть листа, приподнятое либо чрезмерно большое, заполняющее все пространство листа. На растение могут быть шипы, острые ветки, листья с четко прорисованными острыми краями. Растение полностью и с сильным нажимом заштриховано. Тревога выражается в виде дополнительных объектов – заштрихованных облаков и солнца. Преобладают красные, зеленые и синие цвета.

Животное. Значительно уменьшено в размере, штриховка у основания ног, нарисованы облака и солнце. Преобладают синие и желтые цвета.

Дети. Отсутствует тема беременности. Изображены дети различного возраста. Изображены разного рода способы изоляции детей – качели, окружности вокруг ребенка. Дети младенческого возраста изображены туго запеленатыми. Преобладает синий и черный цвета.

Общие выводы. Во время рисования у женщины возникают трудности с рисованием, выбором сюжета. Возможна ситуация, когда присутствует только тема тревоги (солнце и облака) и отсутствует тема беременности. Многие пытаются уйти от необходимости рисовать, утверждают, что не умеют рисовать. Возникает потребность неоднократно перерисовать рисунок, рисовать новый с иным, чем у предыдущего, сюжетом. По формальным

признакам преобладает неблагоприятная ситуация – тревога и неуверенность в себе.

Амбивалентный стиль переживания беременности.

Беременность изображается в виде символа или животного. Для рисунков характерна противоречивость изображения, например, изображение солнца с лучами в виде шипов, с улыбкой и пустыми, круглыми глазами. Рисунки пестрые, объекты могут быть раскрашены разноцветными, чередующимися полосками.

Эйфорический стиль переживания беременности.

Беременность изображается в виде символов или детей. Рисунки очень красочные, используется очень широкая гамма цветов. Присутствуют характерные элементы приукрашивания. Младенцы с очень сильно прорисованными глазами и ртом, плотно закручены в пеленку. Элементы страха отражаются в перекрещенных линиях черного цвета.

Игнорирующий стиль переживания беременности.

Рисунки тематически разноплановы, их объединяет общая тема ухода от беременности. Так как рисунок «Моя беременность» отражает состояние беременности, то ее можно охарактеризовать по сюжету рисунка как спящую, очень удаленную, намеренно изолированную. Сюжетный рисунок может быть очень мелким. Существует ситуация, когда на рисунке среди многочисленных дополнительных деталей тема беременность выделяется с большим трудом, имеет очень маленький размер на фоне других изображенных объектов. Может проявляться различной степени тревога. Преобладают синие, черные и фиолетовые цвета.

Отношение к беременности

Принятие. Изображение рисунка не вызывает сложностей. Сюжет выбирается почти сразу, изображение без перерисовки.

Женщина. На рисунке изображена беременная женщина, выделены детали материнства, прорисован живот. На рисунке изображена женщина с маленьким ребенком, нарисован ребенок без признаков ограничения (отсутствие тугих пеленок, замкнутых пространств вокруг ребенка, специально организованных детских мест – качели, песочница).

Растение. Адекватное по размеру, целое, с листьями, цветком и корнями. Наличие созревшего плода, без червоточин и дефектов, целое с зелеными листьями. Растение заполнено цветом. На рисунке изображен округлый символ, заполненный цветом (закрашенное солнце, символ) без каких-либо дополнительных деталей.

Животное. Среднего размера, без инструментов агрессии и защиты.

Конфликт с беременность. Отказ от рисования, переворачивание, сгибание листа, наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний, большие пятна черного цвета, неадекватное использование размеров листа (слишком мелко, или «не умещаются» важные части рисунка). Силуэт напоминает

человека, но отсутствует живот. Отсутствует тема беременности. Отсутствие лица, пустые глазницы, деформированная фигура. Шаржевый рисунок человека либо отдельная часть (голова). Изображение живого объекта или растения с дефектами. Тема беременности заменена неживыми несуществующими предметами (автомобиль, дом).

Растение. Изображается в угрожающей ситуации – поломанное, завядшее, с дефектами.

Символ. Изображается в виде пустой фигуры с углами. Круглый, но слишком увеличен в размере, присутствует много дополнительных деталей.

Животное. Нарисовано с шипами, когтями, в угрожающей позе.

Возможно изображение отдельных частей тела, растения, предмета.

Задание для СРС:

Составьте подробные ответы на следующие вопросы:

1. Психологическое развитие ребенка в пренатальный период от 0 до 3 месяцев.

2. Психологическое развитие ребенка в пренатальный период от 3 до 6 месяцев.

3. Психологическое развитие ребенка в пренатальный период от 6 до 9 месяцев.

4. Постабортный синдром – диагностика, специфика, помощь

5. Влияние типа акцентуации на эмоциональные состояния женщин в период беременности и репродуктивных трудностей

6. Анализ репродуктивных установок молодежи – составьте анкету на 10–15 вопросов.

Вопросы для самопроверки знаний:

1.Что понимается под психоэмоциональным состоянием женщины в перинатальный период?

2. Какие основные факторы влияют на психоэмоциональное состояние беременных женщин?

3.Какие методы диагностики используются для оценки психоэмоционального состояния в перинатальный период?

4. Какие проективные методики могут быть полезны для диагностики эмоционального состояния беременных женщин?

5.Какие эмоциональные состояния наиболее характерны для беременных женщин?

6. Как влияет психоэмоциональное состояние матери на развитие плода?

Раздел 2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ДЛЯ АНАЛИЗА РЕПРОДУКТИВНЫХ МОТИВОВ

2.1 Опросник «Мотивация родительства» (Ю. Ф. Лахвич)

Практическое занятие № 7

Цель: формирование навыков работы с опросником «мотивация родительства» (Ю. Ф. Лахвич).

План практического занятия:

1. Ознакомьтесь с опросником «мотивация родительства» (Ю.Ф. Лахвич) и проведите самообследование по данной методике (вариант для будущих биологических родителей).

2.Обсудите полученные результаты в малых группах.

Цель и назначение методики. Методика направлена на оценку степени выраженности отдельных мотивов и их групп (типов мотивации) в целостный мотив родительства при усыновлении (рождении) ребенка. Иначе говоря, определяется «сила» (выраженность) того или иного мотива среди других мотивов родительства. При этом речь идет не об абсолютной «силе» или иного мотива, а о субъективной ее оценке респондентом.

Методика выполняет диагностическую и рефлексивную функции. Может использоваться как при индивидуальной диагностике кандидата усыновители (будущего родителя) для выявления структуры мотивам родительства (какая мотивация ведущая, какая дополнительная), так и при работе с супружеской парой для оценки согласованности мотивации родительства у мужа и жены. Может применяться в сочетании с другими методиками при оценке психологической готовности к родительству усыновителей (биологическому родительству).

Методика относится к группе опросников мотивов, разновидности личностных опросников, предназначенных для диагностики мотивационно-потребностной сферы личности, позволяя установить, на что направлена активность индивидуума. При этом мотивы понимаются как причины, определяющие выбор направленности поведения.

В основе методики лежит идея о том, что родительство – полимотивированное явление, т.е. оно обусловлено не одним, а радом мотивов, каждый из которых имеет определенную «силу» среди других мотивов, вносит свой вклад в целостную мотивацию родительства. Разнообразные мотивы родительства можно объединить в пять групп – типов мотивации родительства: направленность на ребенка (НР), направленность на себя (НС), направленность на общество (НО), направленность на семью (Нсем) и экзистенциальные мотивы (ЭМ).

Методика мотивации родительства имеет две формы: для кандидатов в усыновители и для будущих биологических родителей. Формы двух вариантов методики в основном схожи, при этом присутствуют содержательные отличия в перечне мотивов, связанные со спецификой

мотивации родительства усыновителей и мотивации» биологического родительства.

Методика представляет собой перечень 30 пунктов – возможных мотивов усыновления (в случае кандидатов усыновители) или мотивов рождения ребенка (в случае будущих биологических родителей). Задача респондентов состоит в том, чтобы оценить по пятибалльной шкале каждый пункт – мотив усыновления (рождения ребенка) с точки зрения его значимости для их решения об усыновлении ребенка (или рождения ребенка).

По каждой шкале можно набрать от 0 до 30 баллов. 0 баллов указывает на отсутствие в мотивации родительства соответствующего типа мотивации, 30 баллов – его максимальную выраженность.

Обработка результатов: Оценка степени выраженности («силы») каждого типа мотивации производится путем суммирования баллов, полученных по 6 пунктам, входящих в каждую из 5 шкал. Сумма баллов по каждой шкале подсчитывается соответственно ключу.

Внимание! Вопросы для биологических родителей и усыновителей различны!

Ключ к методике мотивации родительства (шкалы и входящие в них пункты) Вариант для кандидатов в усыновители

1. Направленность на ребенка: 1,2,3,5,23,24;
2. Направленность на себя: 4,6, 8,14, 17,22;
3. Направленность на семью: 12, 13,25, 28, 27, 29;
4. Направленность на общество: 7,15,16, 18, 21,26;
5. Экзистенциальные мотивы: 9, 10,11, 19, 20, 30;

Вариант для будущих биологических родителей

1. Направленность на ребенка: 1,3,6,20, 24, 28;
2. Направленность на себя: 2, 4,13, 21, 25,26;
3. Направленность на семью: 11, 12,18,19,29,30;
4. Направленность на общество: 5,7,16,22, 23 ,27;
5. Экзистенциальные мотивы: 8,9,10,14,15,17;

В результате по каждой шкале респондент может набрать от 0 до 30 баллов. Чем выше сумма баллов по конкретной шкале, тем выше степень выраженности конкретного типа мотивации в структуре целостной мотивации родительства усыновителей (биологического родительства). 0 баллов указывает на отсутствие в мотивации родительства соответствующего типа мотивации, 30 баллов – его максимальную выраженность.

Методика дает возможность оценить не только относительную степень выраженности того или иного типа мотивации среди других типов мотивации, но и определить его уровень (низкий, средний или высокий. Уровень мотивации определяется с помощью вычисления средневзвешенной оценки (Кср) по формуле

$$Кср = \frac{10к1 + 5к2 + к3}{к1 + к2 + к3},$$

где к1 – количество пунктов шкалы, соответствующих высокому уровню значимости (4 и 5 баллов) для решения об усыновлении (рождении) ребенка;

к2 – количество пунктов шкалы, соответствующих среднему уровню значимости (2 и 3 балла) для решения об усыновлении (рождении) ребенка;

к3 – количество пунктов шкалы, соответствующих низкому уровню значимости (0 и 1 балл) для решения об усыновлении (рождении) ребенка;

Если полученное значение Кср. < 3.3, определяется низкий уровень данного типа мотивации, 3.3 < Кср. < 6.7 – средний уровень мотивации, Кср > 6.7– высокий уровень мотивации.

При интерпретации полученных результатов следует обратить внимание на набранные по каждой шкале баллы относительно других шкал. Преобладание баллов по той или иной шкале указывает на преобладание того или иного типа мотивации родительства при усыновлении. Стоит также определить, к какой шкале относится тот мотив, который респондент пометил как наиболее значимый. Это позволяет выделить ведущую мотивацию усыновления.

Вместе с тем, важно проводить и содержательную оценку того или иного типа мотивации: посмотреть, по каким пунктам в той или иной шкале респондент набрал наибольшее количество баллов, уточнить в непосредственной беседе, что для него значит тот или иной мотив. Если респондент дал собственные формулировки мотивов родительства в графе «ваши варианты», стоит их отдельно обсудить и определить, к какому типу мотивации они относятся.

Описание шкал методики «Мотивация родительства»

Каждая шкала представляет определенный тип мотивации родительства при усыновлении (рождении) ребенка.

1. Направленность на ребенка

Усыновление связывается с желанием, потребностью иметь ребенка (детей), выражением чувства любви к ребенку (детям). Кроме этого, усыновление в этом случае часто трактуется как способ, желание и/или возможность помочь ребенку, сделать его счастливым, дать ему любовь и заботу. (Помогающая мотивация).

В случае рассмотрения будущих биологических родителей эта мотивация родительства актуализировалась тогда, когда решение о рождении ребенка связывалось с желанием иметь ребенка, подарить ему свою любовь и заботу.

2. Направленность на себя

Усыновление рассматривается как средство, способ стать родителем в случае бесплодия или других сложностей на пути к рождению ребенка. Часто

оно является касательным вариантом для тех, кто не может дать жизнь кровному ребенку, реализоваться в качестве родителей.

Таким образом, усыновление выступает как средство решения личных проблем усыновителя (инструментальная мотивация), иногда как замена рождения своего ребенка (компенсаторная мотивация).

Применительно к семьям, ожидающим своего ребенка, «направленность на себя» проявлялась в стремлении посредством рождения ребенка реализоваться в качестве родителя, испытать радость материнства.

3. Направленность на семью

Усыновление (рождение ребенка) объясняется как направленное на решение проблем семьи в целом или ее отдельных членов.

Таким образом, усыновление (рождение ребенка) совершается ради семьи: укрепления, гармонизации или сохранения отношений в семье, защиты интересов членов семьи. Специфическим ответом этой категории среди усыновителей является мотив «восполнить потерю своего ребенка», «смерть своего ребенка».

4. Направленность на общество

Усыновление (рождение ребенка) трактуется как стремление соответствовать социальным нормам, ожиданиям, стандартам полноценности, способ избегания общественного давления по отношению к бездетным. Оно также может выступать формой общественно значимого поведения, внесением своего вклада в решение острых социальных проблем (демографический спад, проблема сиротства). Мотивация социальной желательности.

5. Экзистенциальные мотивы

Усыновление (рождение ребенка) понимается как способ удовлетворения потребности принадлежности и любви. Появление ребенка также может служить цели изменить жизнь, сделать ее более полной, придать ей или найти в ней особый смысл, иногда как богоугодный поступок.

Формы авторской методики «Мотивация родительства»

Вариант для кандидатов в усыновители

Инструкция: Ниже приведены некоторые возможные причины усыновления. Внимательно просмотрите этот список. Подумайте о том, что и в какой мере побудило Вас к усыновлению. Оцените каждую причину с точки зрения ее значимости для Вашего решения об усыновлении ребенка по пятибалльной шкале. О – отсутствие влияния данной причины на усыновление, 5 – максимальное влияние или главная причина усыновления. Если несколько причин Вы отметили на 5 баллов, пометьте, которая из них наиболее значимой.

1	Желание любить ребенка и заботиться о нем	0–1–2–3–4–5
2	Потребность в детях (отсутствие детей и желание их иметь)	0–1–2–3–4–5
3	Жалость к покинутым детям	0–1–2–3–4–5
4	Стремление испытать радость материнства (отцовства)	0–1–2–3–4–5
5	Хочу вырастить и воспитать ребенка	0–1–2–3–4–5
6	Потребность реализовать себя как родителя (отца/мать)	0–1–2–3–4–5
7	Желание быть полноценной семьей	0–1–2–3–4–5
8	Отсутствие собственных детей	0–1–2–3–4–5
9	Желание сделать жизнь более полезной	0–1–2–3–4–5
10	Страх одинокой старости	0–1–2–3–4–5
11	Обретение смысла жизни	0–1–2–3–4–5
12	Стремление укрепить семейные отношения	0–1–2–3–4–5
13	Желание сохранить семью	0–1–2–3–4–5
14	Продлить себя в ребенке (желание ему передать свои знания, жизненный опыт, ценности и т.д.)	0–1–2–3–4–5
15	Желание сделать добро, принести пользу для общества	0–1–2–3–4–5
16	Стремление не быть хуже других семей	0–1–2–3–4–5
17	Состояться как женщина (мужчина)	0–1–2–3–4–5
18	Возраст	0–1–2–3–4–5
19	Почувствовать себя кому-нибудь нужным	0–1–2–3–4–5
20	Жить не только для себя	0–1–2–3–4–5
21	Стремление избавится от расспросов окружающих по поводу отсутствия детей	0–1–2–3–4–5
22	Невозможность иметь собственного ребенка	0–1–2–3–4–5
23	Желание помочь, изменить в лучшую сторону жизнь ребенка, дать ему тепло, заботу, любовь	0–1–2–3–4–5
24	Возможность помочь	0–1–2–3–4–5
25	Иметь компаньона (брата/сестру, друга) для своего ребенка	0–1–2–3–4–5
26	Давление окружающих	0–1–2–3–4–5
27	Ради мужа (жены) / любимого человека	0–1–2–3–4–5
28	Восполнить потерю собственного ребенка	0–1–2–3–4–5
29	Желание иметь общего с мужем (женой) ребенка	0–1–2–3–4–5
30	Совершить богоугодный поступок	0–1–2–3–4–5

Вариант для будущих биологических родителей

Инструкция: Ниже приведены некоторые возможные причины, повлиявшие на Ваше решение родить ребенка (сохранить беременность). Внимательно просмотрите список. Подумайте о том, что и в какой мере побудило Вас к этому. Оцените каждую причину с точки зрения ее значимости для Вашего решения о рождении ребенка по пятибалльной шкале. О – отсутствие влияния данной причины на решение, 5 – максимальное влияние или главная причина родить ребенка. Если несколько причин Вы отметили на 5 баллов, пометьте, которая из них была наиболее значимой.

1	Желание иметь детей (потребность в детях)	0–1–2–3–4–5
2	Стремление испытать радость материнства (отцовства)	0–1–2–3–4–5
3	Хочу вырастить и воспитать ребенка	0–1–2–3–4–5
4	Потребность реализовать себя как родителя (отца/мать)	0–1–2–3–4–5
5	Желание быть полноценной семьей	0–1–2–3–4–5
6	Желание иметь больше детей, продолжать быть родителем	0–1–2–3–4–5
7	Давление со стороны окружающих	0–1–2–3–4–5
8	Желание сделать жизнь более полной	0–1–2–3–4–5
9	Страх одинокой старости	0–1–2–3–4–5
10	Обретение смысла жизни	0–1–2–3–4–5
11	Стремление укрепить семейные отношения	0–1–2–3–4–5
12	Желание сохранять семью	0–1–2–3–4–5
13	Состояться как женщина	0–1–2–3–4–5
14	Почувствовать себя кому-нибудь нужным	0–1–2–3–4–5
15	Жить не только для себя	0–1–2–3–4–5
16	Стремление избавится от расспросов окружающих по поводу отсутствия детей	0–1–2–3–4–5
17	Совершить богоугодный поступок	0–1–2–3–4–5
18	Ради мужа (жены) / любимого человека	0–1–2–3–4–5
19	Родить внуков для родителей	0–1–2–3–4–5
20	Желанный ребенок	0–1–2–3–4–5
21	Продлить себя в ребенке (желание ему передать свои знания, жизненный опыт, ценности и т.д.)	0–1–2–3–4–5
22	Желание сделать добро, принести пользу для общества	0–1–2–3–4–5
23	Стремление не быть хуже других семей	0–1–2–3–4–5
24	Любовь к ребенку	0–1–2–3–4–5
25	Ради сохранения своего здоровья	0–1–2–3–4–5

26	Реализовать свой воспитательный потенциал	0–1–2–3–4–5
27	Возраст	0–1–2–3–4–5
28	Желание любить ребенка и заботиться о нем	0–1–2–3–4–5
29	Иметь компаньона (брата/сестру, друга) для своего ребенка	0–1–2–3–4–5
30	Желание иметь общего с мужем (женой) ребенка	0–1–2–3–4–5

Задание для СРС:

1. Проведите обследование двух испытуемых по методике «Мотивация родительства» (Ю. Ф. Лахвич).

2.2 Ролевой опросник деторождения (РОД) М.Н. Родштейн

Практическое занятие № 8

Цель: формирование навыков работы с методикой «Ролевой опросник деторождения (РОД) М.Н. Родштейн».

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.
2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.
3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов, объединившись в микрогруппах.
4. Обсуждение преимуществ и ограничений методики.

Для выявления структуры и содержания репродуктивной установки женщин М. Н. Родштейн был разработан ролевой опросник деторождения (РОД), в основу которого были положены интеракционистский и психосемантический подходы.

Символический интеракционизм (Дж. Мид, Т. Шибутани) рассматривает репродуктивную роль как конвенциональную, относительно которой существуют стереотипные представления о том, какими должны быть поведенческие ориентации, связанные с данной ролью.

Психосемантический подход позволяет реконструировать семантическое пространство определенной области диспозиций установки, вербальные формы которых были сконструированы на основе теорий потребностей в продолжении рода (У. МакДауголл, В. К. Вилюнас, Г. А. Мюррей), теории потребности в метаиндивидуальной представлености в детях В. В. Оськиной.

В основу разработки опросника М. Н. Родштейн был положен критериально-аналитический принцип – принцип конструирования диагностического инструментария. Сам опросник разрабатывается на основе результатов выявления ограниченного круга факторов и с последующей факторизацией исходной матрицы. Фактор-конструкт операционально обусловлен факторными нагрузками. Под факторными нагрузками понимают значения корреляции переменных с данным фактором.

Опросник измеряет переменную «установка», структура которой является двухфакторной: генофилия – генофобия; репродуктивная активность – репродуктивная пассивность. Соответственно заданиям факторного анализа был осуществлён переход от совокупности шкал к комплексным обобщенным факторам (на основе результатов факторного анализа в пилотажном исследовании).

Женщинам был предложенный перечень из 40 биполярных суждений, по которым необходимо было выделить один из вариантов ответа (± в соответствии с полюсом): ± 2 – полностью согласен; ± 1 – частично согласен; 0 – трудно ответить.

- «Генофилия» (полюс суждений) № 1, 6, 8, 10, 12, 14, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 38, 40.
- «Генофобия» (– полюс суждений) № 1, 6, 8,10, 12, 14, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 38, 40.
- «Репродуктивная активность» (полюс суждений) № 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 15, 16, 17, 19, 22, 25, 27, 29, 33, 35, 37, 39.
- «Репродуктивная пассивность» (– полюс суждений) № 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 15, 16, 17, 19, 22, 25, 27, 29, 33, 35, 37, 39.

Психометрические характеристики опросника.

Опросник РОД является личностным опросником, предназначенным для психодиагностики женщин детородного возраста в фазе настройки на деторождение (предназначен для групповых и индивидуальных исследований).

Опросник имеет две биполярные шкалы, каждая из которых обобщает 20 представлений о деторождении (оцениваются на основе балльного выбора согласия/несогласия). Общий показатель рассчитывается по формуле: РУ = (генофилия – генофобия) (репродуктивная активность – репродуктивная пассивность). Суммарная оценка является метрическим индексом установки.

Таблица 6 – Кодировка обобщенных факторов репродуктивной установки

Фактор	№ вопроса									
Генофилия – генофобия	1	6	8	10	12	13	14	18	20	21
	23	24	26	28	30	31	32	34	38	40
Репродуктивная активность – репродуктивная пассивность	2	3	4	5	7	9	11	15	16	17

Текст опросника

№	А	Балл					Б
1	Дети – это смысл жизни	2	1	0	–1	–2	Дети – это бремя и обуза
2	Думая о рождении детей, не испытываю страха	2	1	0	–1	–2	Думая о рождении детей, испытываю страх.

3	Рожать ребенка буду и при отсутствии полной семьи	2	1	0	–1	–2	Рожать ребенка буду только при условии полной семьи.
4	Решусь на рождение ребенка, даже если это ухудшит мой уровень жизни	2	1	0	–1	–2	Не решусь на рождение ребенка, если это ухудшит мой уровень жизни.
5	Детей следует рожать, когда этого хочешь.	2	1	0	–1	–2	Детей следует рожать, когда есть условия.
6	Я чувствую, что готова к материнству.	2	1	0	–1	–2	Я чувствую, что не готова к материнству.
7	С интересом слушаю, когда другие рассказывают о своих детях.	2	1	0	–1	–2	Разговоры о детях не интересуют меня.
8	Я готова поставить интересы ребенка выше собственных.	2	1	0	–1	–2	Я не готова поставить интересы ребенка выше собственных.
9	Рождение детей – это забота о сохранении жизни.	2	1	0	–1	–2	Рождение детей – это семейная повинность.
10	Я хочу иметь детей.	2	1	0	–1	–2	Я не хочу иметь детей.
11	Сохраню ребенка и при незапланированной беременности.	2	1	0	–1	–2	Обязательно прерву беременность, если она не запланирована.
12	Ради материнства могу отказаться от привычных удовольствий.	2	1	0	–1	–2	Не откажусь ради материнства от привычных удовольствий.
13	Материнство важнее карьеры.	2	1	0	–1	–2	Карьера важнее материнства.
14	Я хотела бы иметь более одного ребенка.	2	1	0	–1	–2	Я хотела бы иметь только одного ребенка.
15	Когда прихожу туда, где есть дети, всегда с ними играю.	2	1	0	–1	–2	Никогда не играю с чужими детьми.
16	Решаясь на рождение ребенка, буду рассчитывать на себя.	2	1	0	–1	–2	Решусь на рождение ребенка только при условии материальной помощи со стороны.
17	Я стремлюсь к материнству.	2	1	0	–1	–2	Я ничего хорошего от материнства не жду.
18	Я испытываю жалость к бездетным женщинам.	2	1	0	–1	–2	Я не испытываю жалости к бездетным женщинам.

19	В современных условиях, имея детей, легко самореализоваться.	2	1	0	–1	–2	В современных условиях, имея детей, сложно самореализоваться.
20	Забота о детях дает полноту жизни.	2	1	0	–1	–2	Забота о детях может окупиться в будущем
21	Детям нужна любящая семья.	2	1	0	–1	–2	Детям нужен материальный достаток.
22	Детей нужно рожать, независимо от материального благосостояния.	2	1	0	–1	–2	Детей нужно рожать, когда это не мешает росту благосостояния родителей.
23	Согласна отказаться от удовлетворения личных материальных потребностей в пользу ребенка.	2	1	0	–1	–2	Не согласна отказаться от удовлетворения личных материальных потребностей в пользу ребенка.
24	У меня вызывают приятные чувства беременные женщины и женщины с детьми.	2	1	0	–1	–2	Беременные женщины и женщины с детьми вызывают у меня неприязнь
25	Литература о детях и материнстве меня волнует.	2	1	0	–1	–2	Литература о детях и материнстве не вызывает у меня эмоций.
26	Женщина должна иметь детей, чтобы быть счастливой.	2	1	0	–1	–2	Женщина может не иметь детей и быть счастливой.
27	Материнство развивает женщину.	2	1	0	–1	–2	Материнство тормозит развитие женщины.
28	Преступно отказываться от больных детей.	2	1	0	–1	–2	Больных детей лучше оставлять в специальных учреждениях.
29	Берегу свое здоровье ради материнства.	2	1	0	–1	–2	Берегу здоровье не ради материнства.
30	Материнство украшает женщину.	2	1	0	–1	–2	Материнство обезображивает женщину.
31	Даже в нищете женщина не должна бросать своих детей.	2	1	0	–1	–2	Я понимаю женщин, бросающих своих детей из-за бедности.
32	Жизнь женщины полноценна только с детьми.	2	1	0	–1	–2	Жизнь женщины может быть полноценна и без детей.

33	При высоком материальном достатке родила бы много детей.	2	1	0	–1	–2	Даже при высоком материальном достатке не стала рожать более одного ребенка.
34	Испытываю приятные чувства, глядя на игру детей.	2	1	0	–1	–2	Меня раздражает возня детей.
35	Иметь много детей престижно всегда.	2	1	0	–1	–2	Иметь много детей в наше время непрестижно
36	Принимая любое серьезное решение, думаю о том, как это отразится на моем материнстве.	2	1	0	–1	–2	Принимая любое серьезное решение, думаю только о том, как это отразится на мне.
37	Важно, чтобы мой мужчина был хорошим отцом моим детям.	2	1	0	–1	–2	Важно, чтобы мой мужчина обеспечивал меня.
38	Решаясь на рождение ребенка, не думаю о материальной стороне дела.	2	1	0	–1	–2	Решаясь на рождение ребенка, я рассчитываю на материальную отдачу в старости.
39	Рождение ребенка – это вершина успеха женщины.	2	1	0	–1	–2	Рождение ребенка – это помеха успеху женщины.
40	Дети вызывают у меня умиление.	2	1	0	–1	–2	Дети раздражают меня.

Задание для СРС:

1. Проведите обследование двух испытуемых по ролевому опроснику деторождения (РОД) М.Н. Родштейн.

2.3 Опросник репродуктивных мотивов (конструктивных и деструктивных), авторы Д. С. Корниенко, А.Г. Радостева, Т.М. Харламова

Практическое занятие № 9

Цель: формирование навыков работы с опросником репродуктивных мотивов (конструктивных и деструктивных), авторы Д. С. Корниенко, А. Г. Радостева, Т. М. Харламова.

План практического занятия:

1.Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2.Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.

Мотивация является одной из составляющих готовности к материнству, при этом позитивной можно считать мотивацию, при которой ребенок является самоценностью, а не рассматривается как средство достижения целей. При этом мотивы рождения ребенка могут носить разный характер в

зависимости от того, каких целей стремится добиться женщина: экономических, социальных или психологических. Традиционно при исследовании репродуктивных мотивов выделяют конструктивные и деструктивные мотивы, на основе того, какую роль играют мотивы для семейной системы в целом и для матери и ребенка в частности.

При деструктивных репродуктивных мотивациях материнство не является самоцелью, а ребенок становится скорее средством для достижения иных целей женщины, реализации ее сторонних желаний. Данная группа мотивов отрицательно сказывается на функционировании всей семейной системы. Так, примерами деструктивных мотивов могут являться мотивы, связанные с повышением собственного благосостояния, получения льгот, легализации брака, удержания супруга и сепарации от родителей.

Конструктивные мотивы, напротив, связаны с развитием семейной системы, с потребностью выражения благодарности супругу или стремление дать жизнь новому человеку. Позитивная мотивация на рождение детей (например, на то, чтобы разделить радости родительства с партнером) высоко и значимо связана с намерениями завести ребенка у женщин репродуктивного возраста.

Инструкция. Ниже приведен ряд утверждений. Прочитайте их и оцените, насколько вы руководствовались при рождении ребенка каждым из мотивов. Оценивайте по шкале 1 – полностью не согласна, 2 – не согласна, 3 – затрудняюсь ответить, 4 – согласна, 5 – полностью согласна.

Утверждения:

1. Заставить партнера жениться
2. Стремление к бессмертию, повторение себя в ребенке
3. Улучшить жилищные условия
4. Показать родителям, что стала взрослой
5. Выражение благодарности любимому человеку
6. Вынудить родителей смириться с браком
7. Изменить социальный статус
8. Быть как все
9. Рождение и воспитание ребенка, какого еще не было
10. Родить «для здоровья»
11. Получить материальную выгоду

Анализ осуществляется как количественный – по совокупности баллов деструктивных и конструктивных мотивов, так качественный, исходя из анализа результатов/баллов по каждой шкале.

Сумма баллов деструктивных мотивов – сумма баллов по мотивам №1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, которая делится на 40.

Сумма баллов деструктивных мотивов – 2, 5, 9. Делится на 15.

По превалированию суммы баллов деструктивных и конструктивных мотивов делается вывод о деструктивной или конструктивной мотивации. При этом качественный анализ структуры мотивов, оценка максимально выраженных мотивов является обязательной.

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых посредством опросника репродуктивных мотивов (конструктивных и деструктивных), авторы Д. С. Корниенко, А. Г. Радостева, Т. М. Харламова.

2.4 Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) Л.Н. Рабовалюк

Практическое занятие № 10

Цель: формирование навыков работы с методикой исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) Л. Н. Рабовалюк.

План практического занятия:

1.Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2.Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.

«Диагностическая часть» опросника состоит из 78 утверждений, объединенных в 10 блоков.

Первый блок (5 утверждений) опросника посвящен определению того на сколько желанна беременность, сомневается ли женщина в правильности своего решения или нет. Насколько беременность была неожиданной или же она планировалась заблаговременно. В данном блоке опросника сумма балов не суммируется, а лишь позволяет разделить беременных женщин на анализируемые группы по запланированности и желанности беременности.

Второй блок (5 утверждений) выявляет субъективное отношение к материальным (финансовым) затруднениям. Этот блок содержит утверждения, касающиеся отсутствию благоприятных жилищных условий для малыша; общую обеспокоенность за будущее малыша. В данном блоке содержатся утверждения, повествующие о том, что дети являются серьезной финансовой нагрузкой; утверждения, касающиеся тревожности по поводу невозможности в будущем дать достойное образование и развитие для малыша. Блок содержит утверждения о том, что будет «тяжело» материально поднять ребенка.

Высокие балы по данному блоку опросника могут свидетельствовать о некотором «напряжение» в эмоциональном плане, связанном с неудовлетворенностью нынешним финансовым положением, о некоторой степени фрустрированности потребности в безопасности.

Третий блок (10 утверждений) отражает истинное стремление быть матерью, как результат психофизиологической готовности женщины к материнству. В этот блок были включены следующие утверждения женщин: «я очень люблю детей»; «мы с супругом любим друг друга и хотим иметь общего ребенка»; «хочу любить ребенка и заботиться о нем»; «хочу ощутить радость материнства»; «дети – это счастье»; «получаю удовольствие, когда

наблюдаю за тем, как ребенок растет»; «испытываю радость иметь маленького ребенка»; «особенная любовь, развивается между родителем и ребенком»; «в доме весело, когда есть дети».

Высокий бал по данному блоку опросника свидетельствует о конструктивных мотивах сохранения беременности.

Четвёртый блок (8 утверждений) выявляет субъективное ощущение ограничение свободы, эгоистические тенденции личности, неготовность жертвовать своим временем и развлечениями ради детей и семьи. Вторая часть блока изучает приоритеты ценности ребенка и семьи или карьеры и учебы.

Высокие баллы по данному блоку опросника, могут интерпретироваться, как некоторая неготовность посвятить себя материнству в данный момент. И могут расцениваться, как «группа риска» для дальнейшего развития материнской сферы и детско-родительских отношений.

Пятый блок опросника (8 утверждений) выявляет озабоченность собственным здоровьем; негативно-обвиняющий стиль переживания беременности; страхи, касающиеся изменения тела; страхи утраты детородной функции; убежденность в том, что после беременности непременно испортятся зубы и выпадут волосы.

Высокие балы опросника могут свидетельствовать как о негативных мыслях, о последствиях беременности для своего здоровья, так и о «социальных установках» по поводу беременности. Каждый блок опросника необходимо уточнять дополнительными вопросами.

Шестой блок опросника (9 утверждений) выявляет высокую степень тревожности к материнству, пессимистический настрой. Блок содержит следующие утверждения: «боюсь, что не смогу достаточно заботиться и уделять внимания своему ребенку»; «ребенок доставляет много проблем»; «детей трудно дисциплинировать и контролировать»; «дети доставляют беспокойство, особенно, когда они больны»; «невозможно проводить много времени с мужем, когда есть дети»; «дети влекут за собой появление новых проблем в браке»; «дети создают проблемы с соседями и обществом».

Высокие баллы опросника могут свидетельствовать о низкой мотивации к материнству, о деструктивных мотивах сохранения беременности.

Седьмой блок (10 утверждений) свидетельствует о стремлении беременной женщины соответствовать социальным ожиданиям. Мотивом сохранения беременности, как правило, являются социальные стереотипы и ожидания общества. Эти женщины, как правило, утверждают: «дети способствуют усилению связей с родственниками»; «согласно моей вере, долгом является иметь детей»; «хочу изменить социальный статус»; «хочу быть как все»; «возраст вынуждает», «у всех подруг уже есть дети»; «муж очень хотел ребенка»; «хочу, чтобы не прерывались фамилия, род».

Хотя данный блок опросника трудно отнести к деструктивным мотивам сохранения беременности, конструктивными данные мотивы назвать тоже

сложно. Так как беременность у этих женщин наступает, потому что «так надо», и «я должна», а не ради любви, ради ребенка.

Восьмой блок (10 утверждений) отражает стремление матери иметь ребенка, который воплотит нереализованные планы, мечты и желания матери. Эти женщины надеются, что их «жизнь будет продолжаться через детей», что «люди, имеющие детей, реже бывают одинокими в пожилом возрасте». Они сохраняют беременность для того, чтобы «чувствовать себя кому–то нужной», «чтобы был хотя бы один близкий человек». Эти женщины при помощи детей стараются самореализоваться, утверждая, что «дети повышают чувство ответственности и помогают развиваться». Они часто отмечают: «хочу поделиться с детьми тем, чем владею сама», «благодаря ребенку я смогу найти новых друзей».

Данный блок опросника помогает выявить надежды женщины на то, что «дети смогут помочь в пожилом возрасте» и «ребенок будет помогать по дому», а «рождение второго ребенка улучшит материальное положение семьи».

Девятый блок (6 утверждений) выявляет деструктивные мотивы сохранения беременности, как способа сохранения отношений и удержания супруга в браке. «Дети помогут сблизить меня с мужем»; «родительство улучшает положение и репутацию среди родственников (или коллег)»; «муж не оставит меня с ребенком (не уйдет от меня)»; «беременность поможет сохранить отношения»; «в случае беременности мой партнер женится на мне (мы распишемся)».

Высокий бал по данному блоку свидетельствует об отношении к беременности, как к средству манипулирования отношениями.

Десятый блок (7 утверждений) выявляет страхи и компенсации женщины: «считаю, что в семье должно быть больше одного ребенка, потому как никто не застрахован от несчастного случая»; «хочу заменить родившимся ребенком утраченного близкого человека (умершего, бросившего)»; «теперь, когда есть ребенок, родители вынуждены смириться с браком»; «хочу показать родителям, что стала самостоятельной»; «хочу родить «назло» партнеру (или кому–либо)»; «хочу родить только для себя»; «ребенок начало нового этапа в жизни, все плохое уже позади».

Высокие баллы по данному блоку свидетельствуют о том, что данная категория женщин нуждается в психокоррекциионных мероприятиях.

Текст опросника

Общие сведения

Срок текущей беременности (в неделях) _____

Количество полных лет_____

Образование (нужное подчеркнуть): Неполное среднее / Среднее / Среднее специальное / Незаконченное высшее / Высшее

Специальность_____

Социальная группа (нужное подчеркнуть): Учащаяся (школы, ПТУ, техникума) / Студентка ВУЗа / Рабочая / Служащая /Предприниматель / Домохозяйка

Другое_____

Семейное положение (нужное подчеркнуть): Не замужем / Замужем / Гражданский брак / Разведена / Вдова

Сколько лет в браке_____

Краткий анамнез: 1) Количество беременностей – из них

медикаментозных абортов _____ медицинских абортов – самопроизвольных абортов другое_____

2) Количество родов ____– из них путем «кесарева сечения»

3) Количество, год рождения, пол детей_____

Осложнения беременности: Угроза не вынашивания беременности (нужное подчеркнуть): Да / Нет.

Причина_____

Токсикоз (ранний, поздний) _____

Наличие показаний родоразрешения путем кесарева сечения_____

Соответствие размеров плода и таза_____

Другие осложнения беременности_____

Планировали беременность? (нужное подчеркнуть) Планировала чуть позже / Нет не планировала / Да планировала за ранее / Беременность случайная

Кто первый узнал от Вас о Вашей беременности? __

Как воспринял эту весть Ваш муж? _____

Когда почувствовали первое шевеление ребенка? _

Кто первый узнал от Вас о шевелении ребенка? _____

Вы заполняли данную анкету ранее? (нужное подчеркнуть) Да/Нет

Предполагаемая дата естественных родов_____

Плановое Кесарево сечение: Да/ Нет

Дата_____

Инструкция: Внимательно прочитайте суждения предлагаемого опросника, оцените степень согласия (поставьте галочку в нужной графе), затем выберите 3 самые важные на Ваш взгляд причины вашей беременности и обведите эти утверждения. 5 – Полностью согласна 4 – Скорее согласна 3 – Трудно сказать 2 – Скорее не согласна 1 –Абсолютно не согласна

1 блок

1. Я долго не могла забеременеть, и вот наконец–то получилось;
2. Беременность была неожиданной, но очень желанной;
3. Сначала я сомневалась, стоит ли сохранять беременность;
4. Теперь я сомневаюсь, правильно ли поступила, оставив беременность;
5. Я не хочу этого ребенка.

2 блок

1. Боюсь, что у меня нет соответствующих жилищных условий, в которых ребенок будет чувствовать себя абсолютно комфортно;

2. Я обеспокоена за будущее моего ребенка;
3. Дети являются финансовой нагрузкой для всей семьи;
4. Боюсь, что не смогу дать ребенку достойное образование и материальное обеспечение;
5. Боюсь, мне будет (материально) тяжело «поднять» ребенка.

3 блок

1. Получаю удовольствие, когда наблюдаю за тем, как ребенок растет;
2. Испытываю радость иметь маленького ребенка;
3. Особенная любовь, развивается между родителем и ребенком;
4. В доме весело, когда есть дети;
5. Беременность «ради ребенка»;
6. Я очень люблю детей;
7. Мы с супругом любим друг друга и хотим иметь общего ребенка;
8. Хочу любить ребенка и заботиться о нем;
9. Хочу ощутить радость материнства;
10. Дети – это счастье.

4 блок

1. Дети ограничивают свободу;
2. С детьми теряется контакт с друзьями;
3. С ребенком не хватает времени на себя;
4. Теперь, когда у меня есть ребенок, придется забыть про все развлечения;
5. Имея детей, труднее сохранить работу;
6. Работа (карьера или учеба) на данном этапе жизни для меня важнее, чем дети;
7. Рано я забеременела, не знаю, как буду учиться дальше;
8. Не знаю, как я сейчас буду совмещать заботу о ребенке и работу (учебу).

5 блок

1. У меня сложная беременность и плохое здоровье;
2. Я (или мой муж) уже в возрасте, и я этим обеспокоена;
3. Беременность портит фигуру;
4. Беременность делает меня менее привлекательной;
5. После рождения детей портятся зубы и высыпаются волосы;
6. Хочу родить, так как боюсь утратить возможность деторождения в будущем;
7. Аборт вреден для здоровья
8. Беременность заставляет мой организм стареть.

6 блок

1. Боюсь, что не смогу достаточно заботиться и уделять внимания своему ребенку;
2. Ребенок доставляет много проблем;
3. Детей трудно дисциплинировать и контролировать;
4. Дети доставляют беспокойство особенно, когда они больны;
5. Невозможно проводить много времени с мужем, когда есть дети;
6. Дети влекут за собой появление новых проблем в браке;

7. Дети создают проблемы с соседями и обществом;
8. Роль матери не особенно одобряется людьми, с которыми я общаюсь;
9. Я не очень люблю детей.

7 блок

1. Хочу, чтобы не прерывались фамилия, род;
2. Я беременна, потому что хочу, чтобы первому ребенку (детям) было с кем общаться;
3. Дети способствуют усилению связей с родственниками;
4. Согласно моей вере долгом является иметь детей;
5. Хочу изменить социальный статус;
6. Хочу «быть как все»;
7. Возраст вынуждает;
8. У всех подруг уже есть дети;
9. Муж очень хотел ребенка;
10. Хочу улучшить демографическую ситуацию.

8 блок

1. Моя жизнь будет продолжаться через моих детей;
2. Дети повышают чувство ответственности и помогают мне развиваться;
3. Люди, имеющие детей, реже бывают одинокими в пожилом возрасте;
4. Дети смогут помочь мне, когда буду пожилой;
5. Ребенок будет помогать мне по дому;
6. Хочу поделиться с детьми тем, чем владею сама;
7. Благодаря моим детям я смогу найти новых друзей;
8. Чтобы был хоть один близкий человек;
9. Чтобы чувствовать себя кому-то нужной;
10. Рождение второго ребенка улучшит материальное положение семьи.

9 блок

1. Дети помогут сблизить меня с мужем;
2. Родительство улучшает положение и репутацию среди родственников (или коллег);
3. Муж не оставит меня с ребенком (не уйдет от меня);
4. Беременность поможет сохранить отношения;
5. В этом случае мой партнер женится на мне (мы распишемся);
6. Таким образом, можно укрепить отношения в семье.

10 блок

1. Считаю, что в семье должно быть больше одного ребенка, потому как никто не застрахован от несчастного случая;
2. Хочу заменить родившимся ребенком утраченного близкого человека (умершего, бросившего);
3. Теперь, когда есть ребенок, родители вынуждены смериться с браком;
4. Хочу показать родителям, что стала самостоятельной;
5. Хочу родить «назло» партнеру (или кому-либо);
6. Хочу родить только для себя;
7. Ребенок начало нового этапа в жизни, все плохое уже позади.

Оценка результатов

По 1 блоку не проводится количественная оценка

II блок (5 вопросов)

- 25–19 Высокий уровень субъективной тревожности по поводу материальных (финансовых) затруднений, вызванных появлением (ожиданием рождения) ребенка.
- 18–12 Средний уровень субъективной тревожности по поводу материальных (финансовых) затруднений, вызванных появлением (ожиданием рождения) ребенка
- 11–5 Низкий уровень субъективной тревожности по поводу материальных (финансовых) затруднений, вызванных появлением (ожиданием рождения) ребенка

III блок (10 вопросов)

- 50–37 Высокий уровень стремления быть матерью как результат психофизиологической готовности женщины к материнству (Конструктивные мотивы сохранения беременности)
- 36–23 Средний уровень готовности к материнству и любви к детям
- 22–10 Низкий уровень готовности к материнству

IV блок (8 вопросов)

- 40–30 Высокий уровень субъективного ощущения ограничение свободы. Эгоистические тенденции, некоторая неготовность жертвовать своим временем и развлечениями ради детей и семьи. Приоритет карьеры и учебы над семейными и материнскими ценностями.
- 29–19 Средний уровень субъективного ощущения ограничение свободы.
- 18–8 Низкий уровень субъективного ощущения ограничение свободы. Готовность уделять достаточное количество времени семье и детям. Низкий приоритет карьеры и учебы над семейными и материнскими ценностями.

V блок (8 вопросов)

- 40–30 Относится к негативно-обвиняющему стилю переживания беременности, в пользу собственного здоровья. Мифы о вреде беременности на организм
- 29–19 Средний уровень негативного отношения влияния беременности на здоровье
- 18–8 Низкий уровень негативно-обвиняющего стиля переживания беременности

VI блок (9 вопросов)

- 45–33 Очень низкая готовность к материнству и высокая степень тревожности, пессимистический настрой
- 32–21 Существуют некоторые проблемы, касающиеся неготовности к материнству (анализируются, согласно каждого утверждения)

− 20–9 Небольшие проблемы, касающиеся неготовности к материнству (анализируются, согласно каждого утверждения)

VII блок (10 вопросов)

− 50–37 Беременность как соответствие социальным ожиданиям. Сильная социальная направленность.

− 36–23 Средний уровень социальной направленность. Мотивы сохранить беременность в целях соответствия социальным ожиданиям.

− 22–10 Стремление к индивидуальности и сохранение беременности не из–за социальные одобрения.

VIII блок (10 вопросов)

− 50–37 Высокое стремление матери иметь существо, которое воплотит нереализованные планы, мечты.

− 36–23 Средняя степень желания реализоваться в будущем ребенке, воплотить собственные нереализованные планы, мечты.

− 22–10 Ребенок, не средство для реализации себя.

IX блок (6 вопросов)

− 30–22 Беременность как способ сохранения отношений и удержания супруга в браке.

− 21–14 Тенденция к сохранению отношений в семье, в том числе по средствам манипулирования беременностью и ребенком.

− 13–6 Низкое стремление к сохранению отношений в семье, по средствам манипулирования беременностью и ребенком.

X блок (7 вопросов)

− 35–26 Высокий уровень страхов и компенсация их при помощи беременности (Необходима консультация психолога)

− 25–16 Средний уровень страхов и возможная компенсация их при помощи беременности (Необходима консультация психолога).

− 15–7 Низкий уровень страхов и компенсации их при помощи беременности.

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых по методике исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) Л. Н. Рабовалюк.

2.5 Ассоциативный ромб (И.В. Добряков)

Практическое занятие № 11

Цель: формирование навыков работы с методикой «ассоциативный ромб (И. В. Добряков»).

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.
2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.

4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Ассоциативный эксперимент К. Юнга послужил толчком к новым исследованиям, основой многих модификаций ассоциативной процедуры для решения широкого спектра научных и практических задач. При проведении классического ассоциативного эксперимента К. Юнг в качестве стимульного вербального материала использовал 21 слово. По очереди они предъявлялись испытуемому, который в ответ должен был произнести первое слово – ассоциацию, пришедшее в голову. Оценивая результаты, Юнг обращал внимание на «латентный период», т.е. на временной промежуток между вербальным стимулом и ответом испытуемого, а также на качественные особенности ответов, практически проводя психолингвистический анализ семантики. Особо интересовали его ассоциации странные, неожиданные. Именно они выявляли неосознаваемые желания и переживания испытуемых, не соответствующие принятой в обществе морали. Юнг обнаружил, что ассоциации на вербальные стимулы отражают не столько их семантические характеристики, сколько наличие определенных связей между группами стимулов. Эти эмоционально заряженные связи выявляют значимые для личности испытуемого характеристики его жизненного опыта, которые Юнг связывал с архетипическими образами и называл подавляемыми комплексами. Сравнивая результаты ассоциативного эксперимента с данными, полученными в ходе психоанализа, Юнг отметил их сходство.

В настоящее время интерес к ассоциативным экспериментам, проведению семантического лингвистического анализа результатов не Можно выделить отличающиеся процедурой три группы разновидностей ассоциативного эксперимента: варианты свободного, варианты направленного и варианты цепочного.

Варианты свободного ассоциативного эксперимента предоставляют испытуемому возможность на слово – стимул ответить первой пришедшей. Изучение представлений о функциях семьи и о супружеских отношениях в голову ассоциацией, невзирая на ее формальные и семантические признаки.

При вариантах направленного ассоциативного эксперимента испытуемый по инструкции должен предлагать свои ассоциации лишь определённого грамматического класса (например, только существительные).

При проведении вариантов цепного ассоциативного эксперимента испытуемому предлагают ответить на один вербальный стимул любым количеством приходящих в голову слов – ассоциаций независимо от их формальных и семантических характеристик.

И. В. Добряковым был разработан и успешно использован в работе вариант ассоциативного эксперимента, имеющий признаки направленного и цепочного вариантов, который нельзя полностью отнести ни к одному из описанных групп. Для выявления неосознаваемых, а также осознаваемых, но скрываемых переживаний, связанных с определёнными понятиями, в процессе эксперимента испытуемому в качестве слова – стимула на листе бумаги предлагается понятие, отношение к которому исследуется.

В качестве слова – стимула исследователь предлагает существительное. Ниже на листе бумаге испытуемый должен написать два существительных, ассоциирующихся со словом – стимулом, а далее под каждым написанным словом требуется написать пары существительных – ассоциаций, вызываемых первыми существительными уже в качестве стимулов. Одинаковых слов быть не должно. То есть эксперимент приобретает черты цепного варианта. Однако далее испытуемому предлагается соединить обе последние пары написанных ассоциаций одной общей, но не той, что их вызвала их. В результате получается пара существительных, которые, в свою очередь, предлагаются в качестве парного стимула, которые нужно объединить общей ассоциацией – существительным. В итоге должен получиться ромб, в вершине которого первичный стимул, с двух сторон – две цепочки ассоциаций, внизу – итоговая ассоциация.

Как правило, выполнение этого несложного задания без особого труда выполняется испытуемыми, вызывает у них интерес. При этом частично снимаются психологические защиты, появляющиеся ассоциации выявляют связанные с понятием – стимулом переживания, происходит их осознание.

В качестве примера приведем результаты исследования нашей пациентки, обратившейся за помощью по поводу бесплодия, причины которого акушеры-гинекологи и терапевты установить не смогли. Пациентке было последовательно предложено написать в виде ромба ассоциации к словам-стимулам «ребенок», «беременность», «муж» (рис. 1).

Результаты удивили пациентку и способствовали переформулированию запроса и формированию мотивации к проведению семейной психотерапии, направленной, прежде всего, на гармонизацию супружеских отношений, выявление истинных скрытых мотивов беременности, их коррекцию.

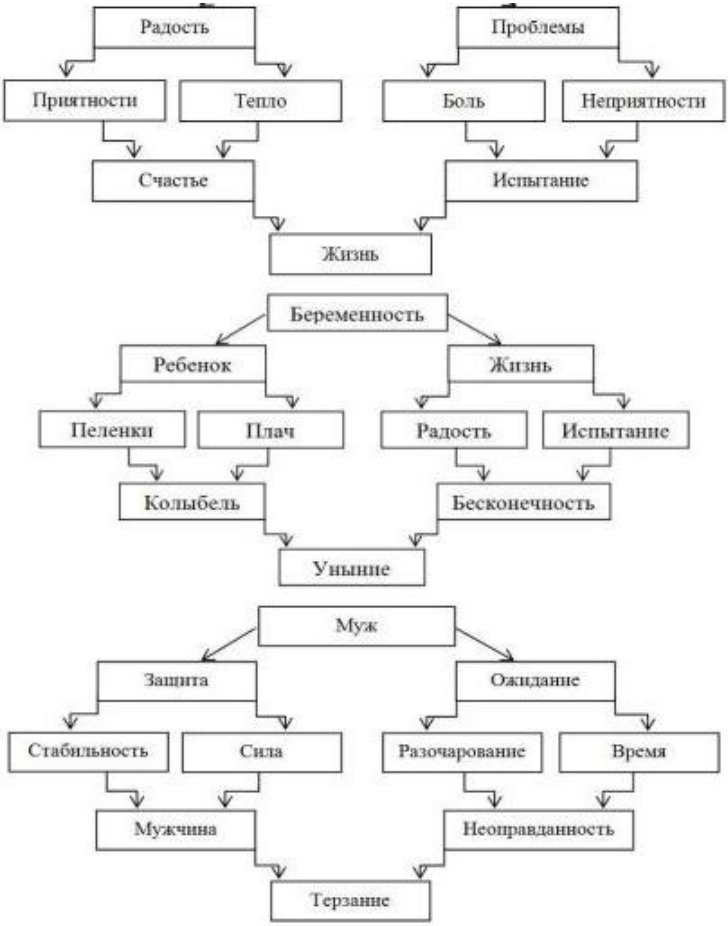

Рисунок 1 – Пример применения «ассоциативного ромба» (И. В. Добряков)

Задание для СРС: Самостоятельная работа 2.

Подготовьте выступление на 15 минут по темам:

1. Теория привязанности – классика и современность
2. Беременность как стадия психического развития женщины – общепсихологический и психоаналитический аспект
3. Психологический феномен отцовства
4. Психологические аспекты партнерских родов
5. Тест Гарбузова В. на выявление доминирующего инстинкта – проведение, обработка, анализ результатов, выводы

Вопросы для самопроверки знаний:

1. Что понимается под репродуктивными мотивами? Какие факторы их формируют?

2. В чем заключается важность изучения репродуктивных мотивов в современном обществе?

3. Какие этические вопросы возникают при диагностике репродуктивных мотивов?

4. В каких сферах могут применяться данные о репродуктивных мотивах?

5. Какие факторы могут исказить результаты диагностики репродуктивных мотивов?

6. Сравните две методики диагностики репродуктивных мотивов: их сильные и слабые стороны.

Раздел 3. ДИАГНОСТИКА ОТНОШЕНИЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ И СТИЛЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

3.1 Проективная методика «Родительское сочинение» (схема анализа Г. В. Бурменской, дополненная Н. И. Скляренко, К. Г. Лобынцевой, О. Ю. Черторицкой)

Практическое занятие № 12

Цель: формирование навыков работы с проективной методикой «родительское сочинение» (схема анализа Бурменской Г. В., дополненная Скляренко Н. И., Лобынцевой К. Г., Черторицкой О. Ю.).

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.
2. Проведение самообследования по проективной методике «Родительское сочинение» (схема анализа Бурменской Г.В., дополненная Скляренко Н. И., Лобынцевой К. Г., Черторицкой О. Ю.).
3. Обсуждение результатов самодиагностики в малых группах.
4. Анализ преимуществ и ограничений методики.

Методика «Родительское сочинение» представляет одну из наиболее информативных и достаточно надежных техник, позволяющих успешно решать задачу диагностики особенностей родительской позиции и типа семейного воспитания, выявить особенности восприятия и переживания родителем характера отношений и взаимодействия с ребенком.

Хотя указанная методика довольно часто используется в практике семейного и возрастно-психологического консультирования, ее более широкому распространению препятствует недостаточная разработанность основных параметров контент-анализа родительского сочинения. Проективный характер методики требует от пользователя высокой профессиональной культуры и квалификации при интерпретации полученных данных.

Предложенная схема анализа разработана с опорой на уже имеющиеся техники подобной интерпретации и обобщает опыт использования данных проективного родительского сочинения в практике консультирования родителей по вопросам развития и воспитания детей.

Методика «Родительское сочинение» позволяет решить следующие задачи:

1) выявить особенности родительской позиции автора сочинения и реализуемый им тип семейного воспитания;

2) собрать дополнительную к беседе анамнестическую информацию, позволяющую более полно реконструировать историю развития ребенка;

3) получить описание проблем развития ребенка «глазами родителя», выявить зоны конфликта в детско-родительском взаимодействии, определить особенности локуса контроля родителя, объективировать в письменном виде жалобу и запрос родителя к консультанту.

Огромным достоинством методики «Родительское сочинение» является ее значительный коррекционный потенциал. Материалы сочинений – первый шаг в рефлексии родителем проблем воспитания ребенка, в их осознании и понимании, опора для построения новой системы общения и взаимодействия с ребенком.

Кроме того, «Родительское сочинение», как и любая проективная методика, позволяет выявить личностные особенности самого родителя, что обеспечивает более высокую эффективность программы психологической коррекции, учитывающей эти особенности при выборе стратегии и тактики реализации системы психолого-педагогических рекомендаций, определении формы и характера работы с родителями.

Процедура диагностики

Методика «Родительское сочинение» рекомендуется к использованию на этапе диагностики и сбора анамнестических данных в процессе психологического консультирования. Сами сочинения родителей весьма продуктивно могут быть использованы на этапах собственно коррекционной работы для контроля динамики изменения родительской позиции и оценки эффективности такой работы.

Необходимым условием, предваряющим предъявление родителю задания, является установление эмоционально-позитивных, доверительных отношений с психологом на основе безоценочного эмпатического принятия клиента и создания атмосферы безопасности.

При интерпретации полученных данных следует учитывать, что диагностическую ценность полученного материала существенно ограничивают недостаточный культурно-образовательный и интеллектуальный уровень клиента, и в первую очередь уровень развития его письменной речи и способности к рефлексии. Тем не менее, даже в этих случаях родительское сочинение может стать важным источником диагностической информации, конечно, при условии не формального, а заинтересованного отношения клиента к выполнению задания.

Базовыми темами родительского сочинения являются темы открытого типа «Мой ребенок» и «Я как родитель». В зависимости от целей обследования и степени готовности родителя к выполнению задания формулировка тем может быть изменена в направлении большей конкретизации.

Так, например, для уточнения истории развития ребенка родителю может быть предложена тема «История жизни моего ребенка». Для анализа развития и изменения родительского отношения и родительской позиции – тема «История моего материнства (отцовства)», для выявления ценностно-смысловых установок и целей воспитания полезна формулировка темы «Каким я хочу видеть (вырастить) моего ребенка». Темы «Что мне нравится и что не нравится в моем ребенке», «Что я разрешаю и что запрещаю моему ребенку» позволяют конкретизировать систему требований

и запретов, предъявляемых ребенку, систему контроля, реализуемую родителем, оценить эффективность системы воспитания.

В ряде случаев весьма продуктивным с точки зрения последующей коррекционной работы оказывается следующий простой прием. Лист делится вертикальной чертой на две половины: левая – то, что нравится в ребенке (что ему разрешаю), правая – то, что не нравится (или то, что запрещаю). Соотношение левой и правой колонок наглядно объективирует, какую позицию занимает родитель в отношении ребенка: принимающее-разрешительную, либерально-попустительскую, отвергающую, отвергающее-запретительную и т.д.

В процессе выполнения задания родители вдруг часто совершенно неожиданно для себя открывают особенности своего поведения по отношению к ребенку и понимают необходимость его изменения. Таким образом, решение о целесообразности поиска новых стратегий и тактик воспитания, необходимости работы над собой не навязывается родителю психологом «сверху», а становится продуктом самостоятельного зрелого решения родителя. Если темой сочинения является позиция родителя, его воспитательские установки и методы, то могут быть предложены такие формулировки темы, как «Что мне нравится и не нравится в себе как в Родителе» и «Что я хотел бы изменить в себе как в Родителе».

Материалы таких сочинений используются в дальнейшей коррекционной работе с родителями для анализа обоснованности и конструктивности семейного воспитания, выявления «слабых мест» и совместной выработки новых подходов к воспитанию для целенаправленной коррекции родительской позиции.

В дальнейшем изложении остановимся на параметрах анализа базовой темы сочинения «Мой ребенок», имея в виду возможность их проецирования на все перечисленные выше темы сочинений.

Тема сочинения задается в открытой форме, без конкретизации того содержания, которое должно быть представлено. Психолог предлагает родителю написать все, что он хочет, считает важным и нужным. На вопросы родителя об ожидаемом содержании сочинения и его объеме психолог вновь повторяет инструкцию, указывая на полную свободу автора в определении этих моментов. Время написания сочинения не ограничивается. Сочинение может быть написано как дома, так и во время ожидания родителем ребенка, проходящего психологическое обследование. В последнем случае необходимо обеспечить родителю необходимые условия для работы: изолированное помещение, тишину, отсутствие отвлекающих факторов, достаточное время и пр. В случаях, когда жалобы родителей и реальные проблемы ребенка связаны с дисгармоничностью типа семейного воспитания и нарушением детско-родительских отношений, крайне желательно проведение методики «Родительское сочинение» с обоими родителями, а также с фактическими воспитателями ребенка в семье.

Основные параметры анализа «Родительского сочинения»

Можно выделить три группы параметров анализа родительского сочинения:

1. Особенности поведения родителя в процессе выполнения задания.
2. Формальные показатели.
3. Содержательные показатели.

1. Особенности поведения родителя в процессе выполнения задания

Информативны для интерпретации полученных данных. Включают особенности принятия задания; пробы, переписывания, наличие черновиков сочинения; особенности поведения, выражающие эмоциональное отношение к заданию; речевой комментарий; время выполнения задания (если оказывается возможным его зафиксировать).

Особенности принятия задания. Нередко психологу приходится сталкиваться с отказом от выполнения задания. Мотивировки отказов можно свести к следующим: трудность задания («очень сложное, трудное задание»), отсутствие временных и интеллектуальных возможностей его выполнения («нет времени», «не знаю, о чем писать, все важно», «давно ничего не писала, разучилась писать связно» и пр.). Отказ нередко сопровождается альтернативными предложениями со стороны родителя рассказать о ребенке и проблемах более подробно, ответить на любые вопросы психолога, заполнить анкеты и опросники. В этих случаях отказ наиболее часто бывает обусловлен объективной трудностью выполнения задания для лиц, не имеющих постоянной практики и опыта письменного изложения своих мыслей и чувств.

Категорический отказ выполнить задание родителями с высоким уровнем развития вербальных способностей может быть расценен как проявление психологической защиты и барьеров на пути осознания своих взаимоотношений с ребенком. Настойчивые вопросы о содержании сочинения, актуализируемые и после повторения психологом-консультантом инструкции, свидетельствуют о высокой социальной тревожности и личностной неуверенности родителя.

Пробы, переписывания, черновики. Встречаются в практике относительно редко. Черновики сочинения являются достаточно надежным индикатором гиперсоциализации клиента – его зависимости от социального одобрения. Пробы-переписывания, в которых присутствуют довольно кардинальные изменения содержания текста, могут отражать как наличие преград и барьеров в осознании проблем ребенка, так и положительную динамику осознания родителем проблем взаимоотношений с ребенком. В последнем случае пробы имеют не только диагностическое, но и коррекционное значение. Если повторный вариант сочинения отражает более глубокое осмысление клиентом проблемы, ее причин и возможностей разрешения, можно говорить об определенных сдвигах в осознании родителем проблемы.

Однако факт такой позитивной динамики удается уверенно установить лишь в результате сопоставления первоначального варианта родительского сочинения с последующим, что, к сожалению, далеко не всегда является возможным. Напротив, достаточно часто мы сталкиваемся с другим вариантом «улучшения» сочинения, когда в силу «срабатывания» защитных механизмов результатом переписывания сочинения становится «лакированно» действительности, сглаживание острых углов во взаимоотношениях и создание образа «идеального родителя», отвечающего социальным ожиданиям и образцам, эталонным для самого автора сочинения.

Эмоциональное отношение к заданию. Особенности мимики, пантомимики, жестов, изменение настроения в процессе сочинения являются весьма информативными для оценки характера отношения родителя к ребенку, особенностей самопринятия, а также степени эмоциональной вовлеченности родителя в проблемы взаимоотношений с ребенком (от сверхвовлеченности на основе симбиотического союза до индифферентности и незаинтересованности).

Эмоциональное отношение к заданию позволяет оценить способ аффективного реагирования на фрустрацию. К сожалению, в большинстве случаев наблюдение за особенностями эмоционального отношения к заданию в процессе его выполнения оказывается для психолога недоступным в силу чисто организационных условий, например, сочинение предлагается родителю в форме «домашнего задания».

Речевой комментарий. Как правило, касается либо трудности выполнения задания, либо оценки успешности его выполнения. Трудность задания может оцениваться диаметрально противоположно: от «Писать о моем ребенке оказалось намного сложнее, чем на первый взгляд» до «Это оказалось гораздо легче и интереснее, чем я думала, меня увлекла эта работа».

В обоих случаях подобный комментарий свидетельствует о неформальном отношении к задаче, о том, что родитель совершил пусть иногда и не очень большое, но продвижение вперед в отношении осознания проблемы, причин ее возникновения и возможных путей ее преодоления. Что касается оценки успешности выполнения задания, то здесь в практически абсолютном большинстве случаев речь идет о сомнениях автора в «правильности» выполнения задания, в полноте и точности описания. Сама по себе задача рефлексии и объективирования в письменной речи «плюсов» и «минусов» своего опыта отношений и взаимодействия с ребенком довольно нова и сложна для родителя.

2. Формальные показатели родительского сочинения

Значимыми для интерпретации родительского сочинения и информативными в отношении особенностей личности автора сочинения являются объем сочинения, форма, язык и стиль повествования, подчеркивания в тексте с выделением главного, рисунки в тексте.

Объем сочинения. Диагностическое значение имеет слишком малый и чрезмерно большой объем сочинения. Малый объем может быть интерпретирован как непринятие задачи, пассивный отказ от ее выполнения или чисто формальное выполнения задания, «закрытость» автора в выражении своих мыслей, чувств и переживаний. Причинами отказа могут быть незаинтересованность клиента и низкая степень готовности к сотрудничеству с психологом в разрешении проблем воспитания и развития ребенка, проявление рентной (потребительской) установки по отношению к консультированию. Другими причинами малого объема сочинения могут быть актуализация защитных механизмов личности или низкий уровень развития вербальных способностей и культуры письменной речи у автора.

Чрезмерно большое по объему сочинение отражает высокую эмоциональную включенность автора, фиксацию на проблеме либо попытки ее разрешения путем рефлексивного анализа. С другой стороны, уход от заданной темы сочинения, отвлечения, подмена темы сочинения вполне определенно указывают на чрезмерную сосредоточенность на иной проблеме, являющейся для автора сочинения истинной причиной обращения в консультацию за психологической помощью. Переключения на другую тему в некоторых случаях могут быть проявлением характерологических особенностей личности автора сочинения.

Форма повествования, стиль и язык сочинения.

В зависимости от степени развернутости описания проблемы:

− описательно-проблемная форма предполагает разумное соотношение информационно-событийного описания и постановки проблем воспитания и развития ребенка; жалоба и запрос представлены в сочинении;

− проблемная форма характеризуется минимальным описанием свойств и качеств ребенка вплоть до того, что из содержания сочинения трудно определить возраст ребенка, и устойчивой фиксацией на проблемах, волнующих автора. Нередко подобная форма включает много вопросов, восклицаний, высказываний, утверждающих неспособность автора к конструктивному разрешению проблем («Не знаю, как справиться», «Не представляю, что еще можно сделать» и пр.);

− чисто описательная форма, как правило, фактически не содержит информации о конкретном содержании проблемы, отсутствуют жалоба и запрос.

Другие формы:

− «Письмо к…» представляет собой форму обращения, адресатом которого является сам ребенок, психолог или другой неперсонифицированный собеседник. Такого рода сочинение может представлять собой размышление о проблеме, диалогично по форме, содержит обращения, призывы, вопросы к собеседнику и от его имени, ответы на них, заверения и т.д. Часто встречаются образные определения, сравнения, метафоры, гиперболы. Общий тон сочинения – интимизирующий,

приподнятый, иногда слащавый. Подобная форма является показателем стремления автора установить более близкую дистанцию либо более комфортную (за счет ее структурирования) позицию во взаимодействии с адресатом, попыткой представить отношения с ребенком через призму социальных оценок и стандартов. В некоторых случаях такая форма сочинения может являться свидетельством гиперсоциальности автора, истероидно-демонстративного типа характера и т.д.

– «Канцелярская форма» напоминает автобиографически-канцелярскую форму или характеристику типа «Я, Иванова А. А. проживаю совместно с сыном Антоном 12 лет...» или «Моя дочь Петрова Вера Петровна, ученица 5 А класса школы № ...», или «Претензий к дочери не имею». Изобилует канцеляризмами, часто формальна по содержанию. Может расцениваться как показатель значительной дальности дистанции во взаимодействии с ребенком, трудностей в общении с ним. Отражает конформность и зависимость автора, в ряде случаев – недостаточный уровень речевой культуры, ригидность мышления, а также может манифестировать защиту.

Использование эпиграфов встречается относительно редко и само по себе уже свидетельствует о достаточно высоком уровне языковой и интеллектуальной культуры автора сочинения и глубине проработки им проблемы, направленности на самоисследование.

Как правило, эпиграф – квинтэссенция осознания сущности своей родительской позиции автором сочинения, поэтому содержание и смысл эпиграфа должно стать предметом специального анализа и интерпретации. Является также показателем ориентации автора на социальные ценности, нередко указывает на высокую социальную тревожность, выражает коммуникативную направленность позиции родителя в консультировании.

Подчёркивания с выделением главного позволяют автору расставить акценты и выделить основные смысловые моменты. Являются показателем интенсивной работы родителя над осознанием и разрешением проблемы, его психологической готовности к сотрудничеству с консультантом. Иногда подчеркивание отражает стремление автора возложить ответственность за возникшую коллизию на себя, ребенка или другого члена семьи. Например, избавиться от чувства вины «Я этого не хотела...» или возложить ответственность на другое лицо «Муж настоял на том, чтобы сын остался в этой школе...».

Рисунки в тексте сочинения могут представлять собой либо случайные наброски, хаотическое переплетение линий по типу каракулей причудливой формы, либо тематический рисунок семьи (встречается крайне редко и уже поэтому заслуживает того, чтобы стать предметом пристального внимания), либо аллегорический рисунок, отражающий точку зрения автора на суть взаимоотношений в семье.

В первом случае рисунки свидетельствуют о наличии внутренних барьеров и защит, во втором и третьем – об эмоциональной вовлеченности в

семейные взаимоотношения, попытке децентрироваться и занять отстраненную, иногда в определенной степени ироничную позицию по отношению к себе как к родителю и семейной ситуации в целом.

Рисунки в тексте встречаются крайне редко, и в каждом подобном случае они должны стать предметом внимательного психологического рассмотрения, поскольку позволяют автору сочинения в символической форме выразить сущность своего переживания, сохраняя при этом необходимую степень безопасности.

Структурирование пространства листа дает информацию об индивидуально-личностных особенностях автора сочинения. Здесь учитываются полнота заполнения пространства листа, использование полей, линеек для расположения строчек, использование абзаца и «красной строки». Сплошной неструктурированный текст является индикатором эмоциональной захваченности проблемой, недостаточной продуманности и рефлексивности автора, импульсивности и потери контроля. Поля и линейки – показатель гиперсоциализированности автора, его ориентации на «закон и порядок», приоритетность социальных норм и правил.

3. Содержательные показатели

Содержательные показатели наиболее важны для интерпретации родительских сочинений. К ним относятся: соответствие сочинения заданной теме; соотношение трех планов сочинения; использование в сочинении имени ребенка; описание истории развития ребенка, его индивидуально-личностных качеств и предпочтений, особенностей взаимоотношений ребенка с автором сочинения и другими членами семьи; оценка ребенка; отношение автора к ребенку; описание системы семейного воспитания, реализуемой родителем, и оценка ее эффективности.

Соответствие сочинения заданной теме – важный показатель адекватности принятия задачи и готовности родителя к продуктивному сотрудничеству с консультантом. Уход и отступления от темы сочинения могут свидетельствовать о скрытом отвержении ребенка и актуализации защитных механизмов либо о неразрешенном внутреннем конфликте и проблемах самого родителя. Особое внимание консультанта должны привлекать случаи вынесения супружеского конфликта либо конфликта автора с другими членами семьи в сферу детско-родительских отношений, явления проекции негативных качеств партнера на личность ребенка.

Примерами такого перенесения может быть отрывок из родительского сочинения матери, которая, характеризуя свою дочь в целом положительно, пишет «...она несколько эгоистична и упряма (это в мужа)». Будучи обеспокоенной ухудшением своих отношений с сыном-подростком, который после развода родителей все чаще уходит вечерами из дома, не сообщая, куда идет и когда вернется, мать с горечью заключает: «...Сын все больше и больше становится похожим на своего отца». Во всех указанных случаях важной задачей коррекционной работы должна стать задача оптимизации

супружеских отношений и взаимодействия как составная часть общей коррекционно-профилактической программы работы с семьей.

Соотношение трех планов «Родительского сочинения». Сочинение задает три основных плана описания – план «Ребенок», план «Родитель» и план «Наши отношения».

Соотношения этих планов в сочинении, т. е. доминирование одного из них, и напротив, беглость и конспективность описания другого в значительной мере определяется тем, как задана тема сочинения. Очевидно, что тема «Мой ребенок» требует от родителя сосредоточения на описании психологических особенностей и свойств самого ребенка, его проблем, а тема «Я как родитель», напротив, предполагает рефлексию родителем особенностей своей воспитательной позиции, ее эффективности, своих возможностей и ресурсов для решения проблем воспитания ребенка, собственных психологических качеств. Однако в какой бы форме ни была задана тема сочинения, его содержание в подавляющем большинстве случаев позволяет выделить все три указанных выше плана описания. Информативным для заключения о характере родительской позиции будет баланс этих планов с учетом заданной темы сочинения.

Можно выделить четыре варианта соотношения планов родительского сочинения:

1. Преобладание плана «Ребенок» или плана «Родитель» соответственно теме сочинения. В этом случае можно говорить об адекватной центрации автора сочинения на проблемах развития ребенка (тема «Мой ребенок») или проблемах воспитания и родительства (тема «Я как родитель») и достаточно гибкой родительской позиции.

2. Неадекватное теме сочинения доминирование плана «Ребенок» (тема «Я как родитель») или плана «Родитель» (тема «Мой ребенок»). В подобной центрации проявляется ограниченность и ригидность родительской позиции. В первом случае это фиксация родителя на ребенке и его проблемах без должного осознания значения собственных воспитательных методов воздействия и своей роли в генезисе проблем развития ребенка, а часто и стремление родителя полностью переложить вину и ответственность за них на плечи самого ребенка.

Во втором случае быстрый отход от проблем ребенка и навязчивость обсуждения родителем своих собственных качеств, особенностей поведения, чувств и переживаний, зачастую выходящих далеко за пределы детско-родительских отношений, является свидетельством неразрешенных личностных проблем самого родителя, его воспитательной неуверенности, повышенной тревожности. В обоих случаях показана коррекция родительской позиции в направлении более адекватного осознания мотивов, ценностей, целей и методов воспитания ребенка и понимания диалогического характера процесса воспитания. При необходимости должна быть развернута специальная направленная психологическая помощь родителю в разрешении его личностных проблем.

3. Развернутое позитивное описание плана «Наши отношения» при условии соответствия содержания общего повествования теме сочинения. Интерес автора к плану «Наши отношения», более или менее развернутое обсуждение взаимоотношений ребенка с родителем является показателем осознания родителем двухстороннего диалогического характера процесса воспитания, в котором и родитель, и сам ребенок выступают принципиально равноправными, хотя и значительно различающимися по жизненному опыту, знаниям и умениям, партнерами в общении и совместной деятельности.

Степень развернутости плана «Наши отношения» выступает индикатором меры сенситивности родителя к всестороннему конструктивному анализу проблем воспитания и развития ребенка в процессе консультирования, психологической готовности автора сочинения к исследованию своей родительской позиции, к работе над собой, саморазвитию и совершенствованию Я в роли Родителя.

4. Доминирование плана «Наши отношения» при условии фактически полной редукции планов «Ребенок» и «Родитель» может расцениваться либо как показатель высокого уровня конфликтности отношений и беспомощности родителя в попытках их разрешения (описание отношений носит негативный характер, изобилует примерами конфликтов, ссор, непослушания ребенка), либо как показатель высокой эмоциональной зависимости родителя от ребенка по типу симбиотической привязанности, доминирования мотивов смысла жизни и удовлетворения потребности в любви и принятии в системе мотивов воспитания ребенка.

Это, например, выступает в словах сожаления родителя о том времени, когда отношения «ребенок – родитель» полностью определяют жизнь ребенка, его отношения к миру и людям, времени безраздельной зависимости ребенка от родителя.

Мать пишет о своем сыне-подростке: «... самое счастливое время, когда твой ребенок полностью зависит от тебя, нуждается в тебе и твое мнение не подвергается сомнению и критике».

Задачи коррекции в этом случае включают:

1) формирование у родителя навыков эффективного общения с ребенком и умения конструктивно разрешать конфликтные ситуации;

2) увеличение степени эмоциональной дифференциации родителя и ребенка;

3) установление гармоничных эмоциональных связей в семье на основе расширения сферы общения и обогащения содержания общения родителя как в семье, так и за ее пределами.

Имя ребенка, используемое в сочинении, заключает важную диагностическую информацию об особенностях эмоционального принятия ребенка родителями, избранной родителем позиции во взаимодействии с ребенком и дистанции в нем, т. е. степени близости-дальности ребенка и родителя.

Безусловно, выбор полного или уменьшительного имени ребенка в значительной степени определяется возрастом и полом ребенка, полом самого родителя, количеством детей в семье. Так, сиблинговая позиция младшего ребенка диктует уменьшительную форму имени, в то время как позиция старшего – скорее полное имя, даже если возраст ребенка невелик. Уменьшительная форма, однако, может иметь ласкательный или пренебрежительный оттенок, что позволяет судить об особенностях эмоционального отношения родителя к ребенку. При квалификации значения такого отношения следует учитывать и такой фактор, как пол самого родителя. Матери более склонны к уменьшительно-ласкательным именам, отцы же, особенно по отношению к сыновьям, могут использовать иную форму, на первый взгляд, с оттенком пренебрежения – «Вовка», «Мишка», истинное эмоциональное значение которой выявляется лишь в целостном контексте сочинения родителя.

Ласкательные прозвища типа «мое маленькое солнышко», «мой котенок» и пр. могут расцениваться как свидетельство эмоциональной значимости ребенка для родителя, но в то же время указывают на необходимость специального изучения фактов потворствования в реализации типа семейного воспитания.

Довольно часто встречающееся использование выражений «мой сын», «моя дочь» могут быть интерпретированы как показатель фиксации автора сочинения на своей роли родителя или как попытка более четко структурировать свои отношения с ребенком.

Избегание имени ребенка в сочинении говорит о дефиците переживания чувства безопасности родителем, а в ряде случаев и о недостаточном принятии самоценности личности ребенка родителем.

Наконец, излишне частая замена имени ребенка личным местоимением «он» («она») в сочинении делает необходимым проведение специального исследования с целью подтверждения или опровержения факта эмоционального отвержения ребенка родителем. Показательно и то, как родитель называет себя – именем собственным или в соответствии с семейной ролью – «мама» («папа») или мать («отец»).

Сведения об истории развития ребенка, включая основные базовые факты развития (когда ребенок начал ходить, говорить и пр.), важны для сбора и уточнения анамнестических данных, позволяют более верно определить причины генезиса проблем развития ребенка.

Временные планы в сочинении – ретроспективный, перспективный, план настоящего, описания основных жизненных событий и их влияния на развитие ребенка позволяют оценить степень прогностичности родительской позиции.

Эмоциональный тон описания прошлого и настоящего устанавливает характер переживания жизненных событий родителем и другими членами семьи, выявляет аффективные очаги неразрешенных конфликтов и источник фрустрации, позволяет составить план коррекционной работы с семьей.

Например, родитель пишет о рождении ребенка: «Все были очень рады, потому что ждали мальчика», или о возможном будущем сына: «Я часто со страхом думаю, каким он вырастет, как ему придется в жизни». Негативное эмоциональное отношение к прошлому может быть интерпретировано как свидетельство неразрешенного актуального конфликта, хронической фрустрации, психологической травмы. Пессимизм в восприятии настоящего – проявление стресса, депрессии, фрустрированности родителя, тревожность в отношении будущего – как проявление воспитательной неуверенности родителя.

Важное место в родительском сочинении занимает описание качеств ребенка и его предпочтений. Спектр описываемых качеств достаточно разнообразен и включает физические особенности и внешность («небольшого роста и с длинными светлыми волосами»), формально-биографические сведения (когда и где родился, сколько лет, где учится), описание знаний, умений, навыков («знает буквы», «умеет плавать», «занимается танцами»), достижений ребенка в деятельности («учится на "4" и "5"»), особенностей поведения и деятельности с конкретными примерами («был очень активным, всегда куда-то лез», «начал прогуливать школу»), общения с родными («грубит», «черствый, ничего не замечает»), выполнения требований родителей («не убирает за собой», «очень громко включает музыку»), описание интеллектуальных («умный», «сообразительный», «очень способный»), морально-волевых («добрая», «настойчивый», «целеустремленная») и эмоционально-волевых качеств («чуткая», «заботливая», «взрывается») и, наконец, особенности полоролевой идентичности («она вся томная и женственная»).

Сопоставление характеристики, данной родителем ребенку в сочинении, и данных объективного психологического обследования, противоречия в тексте сочинения позволяют установить феномен мистификации, искаженного восприятия родителем образа ребенка. Избирательность родителя в выделении определенного сочетания качеств, характеризующих ребенка, во многом отражает значимость этих свойств для самого родителя и позволяет судить о разделяемых им ценностях воспитания.

Оценка ребенка в родительском сочинении присутствует как в прямой, так и в косвенной форме. Оценка может быть позитивной, негативной, амбивалентной, с большей или меньшей степенью дифференцированности. Иногда не удается установить общей оценки ребенка вследствие индифферентности описания.

Баланс положительных и отрицательных оценок позволяет судить об интегральной оценке ребенка. «Наклеивание ярлыков», однозначно негативная, уничижительная оценка однозначно указывает на неуважение личности ребенка родителем, его отвержение. Степень адекватности оценки – показатель адекватности восприятия родителем ребенка. Анализ того, какие именно качества подвергаются оценке, определяют образ ребенка в глазах

родителя и степень его принятия, позволяют делать выводы о реализуемых родителем ценностях воспитания.

Сравнительная оценка (по отношению к сиблингам, сверстникам), особенно негативная, отражает недостаточность признания родителем самоценности ребенка и неэффективную практику воспитательных воздействий на его поведение. Нередко сочинение содержит и прямые оценки родителем своего отношения к ребенку. Особое внимание должно быть обращено на факты изменения отношения родителя к ребенку в ходе его развития. Информация о предпочитаемых видах совместной деятельности позволяет косвенно определить зону принятия ребенка и характер отношения к нему.

Описание особенностей типа семейного воспитания может включать открытое декларирование ценностей и приоритетности целей воспитания («...хочу, чтобы она выросла хорошим человеком, имела интересную работу, устроила личную жизнь», «хочу дать ему радость и семейное благополучие», «хочу, чтобы он стал добрым и честным», «... для меня самое важное – его отношение к учебе»).

Тем не менее, психолог должен постоянно учитывать возможность расхождения и даже прямого противоречия между декларируемыми ценностями и реальными целями воспитания, специально отмечая факты подобного расхождения. Особого внимания заслуживают высказывания, указывающие на явления «делегирования» в детско-родительских отношениях («У нас постоянно идет борьба из-за музыкальные школы, но я по себе знаю, как он будет сожалеть потом, если бросит ее»).

Немало сведений можно почерпнуть из родительского сочинения и о методах наказания и поощрения ребенка, практикуемых родителями («не выдерживаю, хватаюсь за ремень», «не разговариваю, обижаюсь на него», «хвалю, покупаю игрушку, какую хочет, разрешаю играть в "Денди"»). Следует специально обратить внимание на высказывания родителей о сходстве или различиях системы воспитания, реализуемой ими по отношению к своему ребенку, и тех методов, которые применялись по отношению к ним, когда они были детьми, в их собственной семье. Факты влияния прародительской семьи на воспитательную систему нуклеарной семьи должны быть учтены при разработке программы коррекционной работы с семьей.

Оценка эффективности воспитания родителем может варьировать от безусловно-превосходной, положительной, до крайне отрицательной, отражая степень критичности и удовлетворённости родителя реализуемой им системой воспитания. Более взвешенные оценки методов воспитания обычно основываются на размышлении о том, что именно удовлетворяет родителя, а что составляет предмет его беспокойства. Диагностически значимым является не только то, как оценивается воспитательная система, но и то, что именно подлежит оценке – ценности воспитания, цели, методы воздействия на ребенка.

Степень развернутости оценок также весьма разнообразна – от лаконичного «Пока справляюсь», «Все хорошо» до развернутого анализа причин конфликтности, непонимания, отдаления в детско-родительских отношениях. Заявленные родителем причины трудностей во взаимодействии с ребенком позволяют сделать заключение о локусе контроля и способах разрешения конфликтных ситуаций родителями.

Диапазон причин довольно широк, включая возложение родителем ответственности на внешние обстоятельства («нехватка времени», «сумасшедшая жизнь»), принятие ответственности («наверное, я плохой родитель», «делаю не то, что нужно»), возложение ответственности и вины на ребенка («плохой характер», «дурная наследственность»), на третьих лиц («отец не принимает участия в воспитании, ни во что не хочет вмешиваться»).

О мере критичности автора сочинения в отношении своей родительской компетентности и готовности к саморазвитию и самовоспитанию можно судить по тому, присутствуют ли в сочинении высказывания о необходимости осуществления специальной работы над собой для улучшения общения и взаимодействия с ребенком («Нужно меняться самой, быть более выдержанной, терпеливой, внимательной»). Противоположная, рентная установка клиента в консультировании находит отражение в высказываниях типа «На Вас наша последняя надежда, сделайте что–нибудь с ребенком», в попытке переложить ответственность за решение собственных проблем на консультанта.

Манипулятивная позиция в отношении ребенка, попытка изменить его, навязать свою волю и решения находят выражение в словах родителя «...я еще долго буду мучиться с ним, но я добьюсь, что будет по–моему». Заявленные в родительском сочинении психологические трудности и проблемы воспитания и развития ребенка должны быть всесторонне проанализированы консультантом с учетом их содержания, степени реальности, адекватности их восприятия, понимания причин и генезиса проблем родителем.

Данное содержание должно стать исходной точкой для формулирования (или переформулирования) жалобы и запроса родителя на последующем этапе заключения терапевтического договора с клиентом.

Заключение

Заключение по результатам методики может быть представлено в следующем виде:

I. Характер эмоциональных отношений в семье, особенности общения и взаимодействия

1. Отношение родителя к ребенку (безусловное принятие, условное принятие, индифферентное отношение, амбивалентное отношение, скрытое и явное отвержение).

2. Особенности отношения ребенка к родителю и другим членам семьи (родительский образ отношений, его соответствие объективной картине).

3. Степень эмоциональной дифференцированности и вовлеченности родителя в процесс воспитания ребенка.

4. Симметричность эмоциональных отношений, наличие эмоционального «перекоса», невзаимности, коалиций в семье.

5. Особенности взаимоотношений родителя с остальными членами семьи.

6. Ролевая структура семьи, лидерство. Тип общения и взаимодействия (сотрудничество, содружество, конфликтность, конфронтация, антагонизм).

II. Психологические особенности ребенка

1. История развития ребенка, основные анамнестические данные. Перспектива развития, долгосрочный и краткосрочный прогнозы развития ребенка («глазами» родителя).

2. Основные индивидуально-личностные качества ребенка.

3. Предпочтения и интересы ребенка.

4. Круг общения, характер взаимоотношений (в семье и вне семьи).

5. Проблемы и трудности развития ребенка (содержание, степень выраженности, обстоятельства и время возникновения, зоны конфликта, реальность проблемы, попытки разрешения проблемы и их эффективность, на кого возлагается ответственность за возникновение проблемы).

III. Родитель как воспитатель

1. Ценности и цели воспитания, декларируемые и реальные, степень их совпадения.

2. Тип семейного воспитания. Характер требований к ребенку, их количество, содержание, форма предъявления, соответствие возрастным и индивидуальным особенностям ребенка.

3. Способ контроля. Система поощрений и наказаний. Роль второго родителя в воспитании ребенка. Противоречивость (гармоничность) системы семейного воспитания.

4. Особенности родительской позиции. Степень рефлексивности, адекватности образа ребенка, прогностичность, динамичность. Феномены мистификации, делегирования.

5. Оценка ребенка и особенности осознания родителем своего отношения к его личности.

6. Оценка эффективности системы воспитания.

7. Влияние прародительской семьи на тип семейного воспитания нуклеарной семьи.

8. Личностные особенности родителя. Наличие неразрешенных проблем, состояния фрустрации, социальной тревожности и пр.

9. Запрос к консультанту и психологическая готовность к сотрудничеству в процессе консультирования. Готовность к саморазвитию.

IV. Рекомендации в отношении проведения дополнительного диагностического обследования, программы профилактической и коррекционной работы с семьей. Определение ресурсов оказания психологической помощи семье.

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых по проективной методике «Родительское сочинение» (схема анализа Бурменской Г.В., дополненная Скляренко Н.И., Лобынцевой К.Г., Черторицкой О.Ю.).

3.2. Методика родительское сочинение в модификации А. А. Шведовской

Практическое занятие № 13

Цель: формирование навыков работы с методикой «Родительское сочинение» в модификации Шведовской А. А.

План практического занятия:

1.Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2.Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.

4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Модифицированная методика «Родительское сочинение» в форме незаконченных предложений позволяет выявить особенности образа ребенка глазами родителя, особенности принятия ребенка родителем. С помощью методики «Родительское сочинение» возможно исследование многих аспектов отношения родителя к ребенку, восприятия и переживания родителем характера взаимодействия с ребенком.

Методика позволяет получить описание родительского видения проблем и трудностей в развитии ребенка, выявить зоны конфликтности и общности в родительско-детском взаимодействии, определить особенности типа семейного воспитания, а также собрать анамнестическую информацию, отражающую историю развития ребенка. Кроме того, «Родительское сочинение», как и любая проективная методика, позволяет выявить личностные особенности самого родителя.

Процедура проведения методики

Методика «Родительское сочинение» состоит из тридцати незавершенных предложений. Предложения разделены на одиннадцать шкал. На каждую шкалу приходится несколько незавершенных предложений. Родителю предъявляется бланк с незавершенными предложениями. Желательно, чтобы на странице бланка было расположено не более 10–15 незаконченных предложении с достаточным свободным местом для их завершения. Психолог предлагает завершить предложения наиболее подходящей для родителя фразой или несколькими фразами.

Родитель может писать все, что он хочет, считает важным и нужным. На вопросы родителя об ожидаемом содержании и объеме текста психолог вновь повторяет инструкцию, указывая на полную свободу автора в определении этих моментов. Время написания сочинения не ограничивается. Сочинение

может быть написано, как дома, так и во время психологического обследования.

Список незаконченных предложений

1. Когда я думаю о своем ребенке, то...
2. По сравнению с другими детьми его/ее возраста...
3. Я люблю, когда мой ребенок...
4. Я хотел(а) бы, чтобы...
5. Меня беспокоит в нем/ней...
6. Мне бы хотелось, чтобы мой ребенок больше уделял внимания...
7. Я очень раздражаюсь, когда...
8. Когда он/она рос (ла)...
9. Моего ребенка интересует...
10. Мне приятно, когда мы с моим ребенком...
11. Скорее всего, он/она...
12. Когда мы с ним/ней бываем среди других детей...
13. Мне нравится в моем ребенке...
14. Я всегда мечтала о том, что...
15. Я боюсь, что...
16. Хотелось, чтобы он/она перестал(а)...
17. Мне не нравится в нем/ней...
18. Когда он/она был(а) маленьким(ой)...
19. Мой ребенок любит...
20. Мой ребенок и я...
21. Я всегда замечал(а)...
22. Самое главное в характере моего ребенка...
23. Мой ребенок силен в...
24. Я был(а) бы рад(а), если бы...
25. Мне бы не хотелось, чтобы…
26. Мой ребенок достаточно способен, чтобы...
27. Думаю, что ему/ей мешает...
28. Самое трудное, что пережил мой ребенок...
29. Он/она предпочитает...
30. Наши отношения с ребенком...

Распределение незаконченных предложений по шкалам приведено ниже в таблице.

Обработка и интерпретация результатов

Обработка и интерпретация данных осуществляется с помощью качественного и количественного анализа результатов обследования. Контент-анализ сочинения проводится путем выделения в высказываниях родителей определённых содержательных категорий.

При анализе содержания высказываний необходимо учитывать их временную направленность – на прошлое, будущее, настоящее; центрирование – на конкретном субъекте детско-родительского взаимодействия (родитель, ребенок) или процессе взаимодействия в целом;

эмоциональный знак – положительный, отрицательный, амбивалентный, нейтральный.

Распределение незаконченных предложений по шкалам

№ шкалы	Название шкалы	Номер предложений в сочинении
1	«Открытая» шкала	1, 11, 21
2	Сравнительная оценка ребенка	2, 12
3	Значимые характеристики ребенка	22, 23
4	Позитивные особенности ребенка	3, 13
5	Идеальные ожидания	4, 14, 24, 26
6	Возможные страхи, опасения	5, 15,25
7	Реальные требования	6, 16
8	Причины трудностей	7, 17, 27
9	Анамнестические данные	8, 18, 28
10	Интересы, предпочтения ребенка	9, 19, 29
11	Ситуация «Мы-взаимодействия»	10, 20, 30

В общем виде категории делятся на следующие блоки:

I. Блок «Образ ребенка»: здоровье, физическое состояние; внешность; эмоциональные особенности; личностные качества; интеллектуальное развитие; тендерная идентификация; саморегуляция (энергетические и деятельностные характеристики); возрастной статус; предпочтения, интересы; отношения с окружающими (со сверстниками, взрослыми); достижения; перспективы, жизненные планы; анамнестические данные. Блок «Образ ребенка» включает в себя идеальный и реальный образы ребенка.

II. Блок «Образ отношений в семье»: особенности позиции во взаимодействии, эмоциональный компонент отношения, совместная деятельность, принятие ребенка, воспитательная позиция (требования, запреты, санкции, контроль), ожидания.

III. Блок «Я как родитель»: личностные качества, эмоциональное состояние, воспитательная компетентность, ожидания, факты биографии (развод, смена работы, болезнь и т.д.).

Дополнительные сведения может дать количественный анализ результатов написания сочинения. Он становится возможен за счет применения субъективной шкалы оценок высказываний по критерию «принятие-отвержение» ребенка. Отношение родителя к ребенку может характеризоваться как безусловное принятие, условное принятие, амбивалентное отношение, индифферентное отношение, скрытое и явное отвержение.

Диапазон шкалы оценок по критерию «принятие-отвержение»: от –3 баллов (явное отвержение) до +3 баллов (максимальное принятие).

– 3 балла приписывается высказываниям, в которых отражено явное непринятие особенностей ребенка (холодность, раздражение и т.п.), что характеризует отношение к ребёнку по типу отвержения – высокий уровень отвержения;

– 2 балла приписывается высказываниям, характеризующим не столь явное, а скорее скрытое отвержение ребенка – средний уровень отвержения;

– 1 балл приписывается высказываниям со слабой выраженностью неудовлетворённости ребенком или отношениями с ним – низкий уровень отвержения;

0 баллов приписывается нейтральным высказываниям, в которых приводятся конкретные сведения или факты без выраженного отношения к ним;

+ 1 балл приписывается высказываниям, близким к нейтральным, но все же содержащим слабую выраженность позитивного отношения к ребенку – низкий уровень принятия;

+ 2 балла приписывается высказываниям, отражающим позитивное отношение к ребёнку – средний уровень принятия;

+ 3 балла приписывается высказываниям, в которых отражено максимально позитивное отношение к ребенку, безусловное принятие тех его качеств и особенностей, о которых пишет родитель – высокий уровень принятия.

По результатам суммирования баллов, приписываемых высказываниям, делаются выводы о характере отношения родителя к ребенку и возможных зонах неблагополучия во взаимодействии с ребенком.

Выраженность отрицательного полюса говорит о высокой степени отвержения в исследуемой сфере отношений.

Выраженность положительного полюса свидетельствует о том, что в рассматриваемой сфере родитель демонстрирует принятие ребенка.

1. «Открытая» шкала выявляет общий спектр проявлений особенностей родительской позиции с помощью ненаправленных незаконченных предложений. Результаты позволяют получить дополнительную информацию о переживаниях родителя, значимых характеристиках сложившегося образа ребенка у родителя.

Шкала включает в себя три незаконченных предложения:

- Когда я думаю о своем ребенке, то ...
- Скорее всего, он/она ...
- Я всегда замечал(а) ...

2. Шкала «Сравнительная оценка ребенка» позволяет выявить отношение родителя к ребёнку в сравнении с другими детьми: особенности социальных оценок и стандартов родителя, восприятие родителем проявлений коммуникативных, личностных качеств ребенка при социальном взаимодействии, особенности оценки соответствия ребенка возрастным нормам развития. Шкала позволяет также выявить степень признания родителем самоценности ребенка. Шкала включает в себя два незаконченных предложения:

- По сравнению с другими детьми его/ее возраста ...
- Когда мы с ним/ней бываем среди других детей ...

3. Шкала «Значимые характеристики ребенка» позволяет выделить основные качества и свойства ребенка, являющиеся значимыми для родителя.

Шкала включает в себя два незаконченных предложения:

- Самое главное в характере моего ребенка ...
- Мой ребенок силен в ...

4. Шкала «Позитивные особенности ребенка» выявляет принимаемые родителем свойства и качества ребенка. Описываемые качества могут включать в себя физические особенности и внешность ребенка; его знания, умения, навыки или достижения; особенности поведения и деятельности; выполнение требований родителей; интеллектуальные, моральные, волевые, эмоциональные качества ребенка; особенности тендерной идентичности.

Шкала включает в себя два незаконченных предложения:

- Я люблю, когда мой ребенок ...
- Мне нравится в моем ребенке ...

5. Шкала «Идеальные ожидания» выявляет декларируемые или реальные цели и ценности родительского воспитания, восприятие перспектив развития ребенка и отношений с ним, предпочитаемые качества ребенка.

Шкала включает в себя четыре незаконченных предложения:

- Я хотел(а) бы, чтобы ...
- Я всегда мечтала о том, что ...
- Я был(а) бы рад(а), если бы ...
- Мой ребенок достаточно способен, чтобы ...

6. Шкала «Возможные страхи, опасения» выявляет зоны возможной обеспокоенности, тревоги, вины, страха родителя по отношению к ребенку и перспективам его развития. Позволяет выявить степень переживания родителем ответственности за возникающие трудные ситуации в жизни ребенка и возможные фрустрации в детско-родительских отношениях.

Шкала включает в себя три незаконченных предложения:

- Меня беспокоит в нем/ней ...
- Я боюсь, что ...
- Мне бы не хотелось, чтобы ...

7. Шкала «Реальные требования» выявляет особенности воспитательной позиции родителя, ее эффективность и ресурсы, особенности практики воспитательных воздействий родителя на поведение ребенка.

Шкала включает в себя два незаконченных предложения:

- Мне бы хотелось, чтобы мой ребенок больше уделял внимания ...
- Хотелось, чтобы он/она перестал(а) ...

8. Шкала «Причины трудностей» выявляет не принимаемые родителем свойства и качества ребенка. Шкала позволяет выявить конфликтные зоны во взаимоотношениях с ребенком.

Шкала включает в себя три незаконченных предложения:

- Я очень раздражаюсь, когда ...
- Мне не нравится в нем/ней ...
- Думаю, что ему/ей мешает ...

9. Шкала «Анамнестические данные» направлена на получение информации, позволяющей более полно реконструировать историю развития ребенка, выявить значимые события в генезисе развития ребенка и характер переживания родителем этих событий.

Шкала включает в себя три незаконченных предложения:

- Когда он/она рос(ла) ...– Когда он/она был(а) маленьким(ой) ...
- Самое трудное, что пережил мой ребенок ...

10. Шкала «Интересы, предпочтения ребенка» позволяет понять особенности предпочитаемых видов деятельности ребенка, выявить сферу интересов ребенка «глазами родителя», особенности принятия Интересов и предпочтений ребенка родителем.

Шкала включает в себя три незаконченных предложения:

- Моего ребенка интересует ...
- Мой ребенок любит ...
- Он/она предпочитает ...

11. Шкала «Ситуация «Мы–взаимодействия» позволяет определить зоны принятия ребенка в значимых для родителя сферах.

Шкала включает в себя три незаконченных предложения:

- Мне приятно, когда мы с моим ребенком ...
- Мои ребенок и я ...
- Наши отношения с ребенком ...

Сравнительный анализ родительских сочинений по типам взаимодействия «Ребенок – родитель»

1. Конфликтный тип

Слабая ориентация на эмоционально-личностные особенности ребенка, распространенность описания низкая, по сравнению с другими группами выражена ориентация на настоящее

Значимые характеристики: коммуникативные качества, различные способности

Положительная оценка ребенка: способности, физическое благополучие

Сравнительная оценка ребенка: Коммуникативные качества

Опасения: Физическое благополучие, послушание

Образ ребенка в прошлом: Положительная оценка физической стороны развития и деятельностных предпочтений

Интересы ребенка: Не имеют яркой выраженности, тенденция к физическим занятиям

Образ отношения с ребенком: Положительно окрашенный, приоритет определенных категорий не выявлен

Причины трудностей: Негативные эмоциональные реакции ребенка

Образ будущего: Успешность, достижения в различных областях

2. Гармоничный тип

Выражена центрированность на отношениях с ребенком (в настоящем, прошлом)

Значимые характеристики: личностные качества (доброта как наиболее встречаемое качество)

Положительная оценка ребенка: личностные качества

Сравнительная оценка ребенка: Коммуникативные качества

Опасения: Обобщенные или относительно здоровья

Образ ребенка в прошлом: Позитивное внутрисемейное взаимодействие, негативные эмоциональные реакции ребенка

Интересы ребенка: Широкий диапазон с выраженным предпочтением игры

Образ отношения с ребенком: Наиболее выражена категория дружбы

Причины трудностей: Волевые и коммуникативные качества ребенка

Образ будущего: Обобщенные или связанные со здоровьем

3. Дистантный тип

Редко упоминается категория «доброта», выражена амбивалентность в описании ребенка, по сравнению с другими группами, выражена ориентация на будущее

Значимые характеристики: самостоятельность. Эмоциональный знак выражено-нейтральный или амбивалентный

Положительная оценка ребенка: коммуникативная сфера, самостоятельность

Сравнительная оценка ребенка: Коммуникативные качества

Опасения: Выраженные тенденции не выявлены

Образ ребенка в прошлом: Констатация отсутствия проблем с ребенком (спокойный, послушный)

Интересы ребенка: продуктивные виды деятельности

Образ отношения с ребенком: Декларация близости без выраженной позитивной эмоциональной окраски

Причины трудностей: Личностные и волевые качества ребенка

Образ будущего: Обучение в школе, здоровье

4. «Родитель-диктатор»

По сравнению с другими группами, ожидания от ребенка наиболее конкретизированы

Значимые характеристики: коммуникативные качества

Положительная оценка ребенка: личностные и волевые качества

Сравнительная оценка ребенка: Большая «зрелость», по сравнению со сверстниками, выражена центрированность родителя на себе

Опасения: Подчинение чужому влиянию

Образ ребенка в прошлом: Положительная эмоциональная окраска, отмечаются категории внешности, когнитивного развития, физической активности

Интересы ребенка: Нет выраженной тенденции в предпочтениях

Образ отношения с ребенком: Выражена категория дружбы.

Эмоциональная оценка отношений критическая и ситуативная

Причины трудностей: Волевые качества ребенка

Образ будущего: Требования послушания, но и активности в достижении целей

5. «Ребенок-диктатор»

В актуальном образе ребенка почти не встречаются определения «тревожен», «плаксив» и часто встречается упоминание об эгоизме, акцент на значимости для родителя позитивного эмоционального настроения у ребенка

Значимые характеристики: волевые качества, любознательность, речевая активность

Положительная оценка ребенка: самостоятельность, коммуникативные качества, умение «разбираться в жизни»

Сравнительная оценка ребенка: Коммуникативные качества, отмечается удовлетворенность поведением ребенка

Опасения: особенности ребенка, самоконтроль, здоровье, внешние влияния

Образ ребенка в прошлом: отмечаются категории беспокойства, капризов

Интересы ребенка: продуктивные виды деятельности, игра

Образ отношения с ребенком: Акцент на совместности во взаимодействии, но сфера позитивно окрашенной совместной деятельности ограничивается отдыхом,

Категория совместных занятий почти не представлена, как и категория дружбы

Причины трудностей: Волевые качества ребенка, взаимодействие с ребенком (неумение воздействовать на него)

Образ будущего: Ориентация на получение образования (часто высшего), требования послушания и самоконтроля

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых при помощи методики «Родительское сочинение» в модификации Шведовской А.А.

2. Проанализируйте протоколы родительских сочинений, напишите заключения по ним.

3.3 Рисунок «Я и мой ребёнок» (Г. Г. Филиппова)

Практическое занятие №14

Цель: формирование навыков работы с проективной рисуночной методикой «Я и мой ребёнок» (Г.Г. Филиппова).

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.

4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Цель методики: рисуночный тест «Я и мой ребёнок» выявляет особенности отношения женщины к материнству и к восприятию своего ребёнка, а также раскрывает представление о себе в роли матери.

Обработка результатов: все параметры оценки взяты из стандартных оценок соответствующих проективных методик в психодиагностике. По тесту учитывается наличие на рисунке матери и ребенка, содержание образа ребенка, наличие совместной деятельности матери с ребенком, психологическая дистанция, а также характеристика общего состояния (благополучное состояние, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности, избегания, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам рисунка, принятым в психодиагностике (качество линии, расположение на листе, детали рисунков и т.д.).

Результаты рассматриваются со следующих позиций:

- благоприятная ситуация;
- симптомы тревоги;
- симптомы избегания.

1. Благоприятная ситуация

Формальные признаки: хорошее качество линий; расположение рисунка в центральной части листа; размеры рисунка соответствуют принятым в психодиагностике (отражают нормальное состояние без признаков тревоги); при наличии развернутого сюжета (с дополнительными кроме фигур матери и ребёнка деталями: обстановка комнаты, дом, деревья и пр.) рисунок занимает большую часть листа; отсутствие стираний, зачеркиваний, перерисовок, рисования на обратной стороне листа; отсутствие длительных обсуждений (как и что рисовать) или отговорок (я не умею и т.д.), а также длительных пауз в процессе рисования; наличие положительных эмоций разной степени выраженности в процессе рисования.

Содержательные признаки: наличие на рисунке матери и ребёнка; отсутствие замен образов на растения, животных, неживые объекты, символы; соразмерность фигур; отсутствие других людей; дополнительные предметы и детали одежды не составляют главную часть рисунка, их количество, степень прорисовки, размеры не довлеют над главными фигурами; наличие совместной деятельности; наличие телесного контакта; ребенок не спрятан (в кроватке, коляске, пеленках или животе матери) и не изолирован; хорошая прорисовка лица матери и ребенка; все фигуры нарисованы лицом к зрителю.

2. Симптомы тревоги

Формальные признаки: наличие признаков тревоги по качеству линий; недостаточно крупный или мелкий рисунок; расположение в нижней части

листа или ближе к одному из углов; наличие линии основания; наличие штриховки.

Содержательные признаки: наличие на рисунке ребенка и матери без замены образов; фигура ребёнка слишком большая или маленькая; наличие других персонажей, членов семьи; большое количество дополнительных предметов и объектов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры; тщательная прорисовка деталей одежды; фигура ребенка в коляске или другом подвижном объекте (на санках, в кресле-качалке, на игрушке-качалке и т.д.), при этом мать держит ребенка за руку или за деталь объекта, в котором расположен ребенок, фигура и лицо ребенка прорисованы; все фигуры лицом к зрителю или в профиль; совместная деятельность может отсутствовать.

3. Симптомы избегания

Формальные признаки: отказ от рисования; переворачивание, сгибание листа; наличие стираний, перерисовок, зачеркиваний; неадекватное использование размеров листа.

Содержательные признаки: отсутствие на рисунке ребенка и\или матери; замена образа ребенка и\или матери на растение, животное, символ; отсутствие совместной деятельности и контакта; ребенок спрятан (в пеленках, коляске, кроватке, животе матери); ребенок изолирован при помощи предметов, отделяющих его от матери или полностью изолирован без контакта с матерью (к кроватке, коляске, на коврике, на качелях и т.д.); большая пространственная дистанция между фигурами матери и ребенка; фигуры, нарисованные спиной; отсутствие у фигур лица, реже тела; большое количество дополнительных предметов, их большие по сравнению с фигурами матери и ребенка размеры, они покрывают практически весь лист.

Задание для СРС:

1. Провести исследование двух испытуемых при помощи проективной рисуночной методики «Я и мой ребёнок» (Г.Г. Филиппова).

2. Составить перечень методик Г.Г.Филипповой, которые могут использоваться в рамках репродуктивной психологии, с указанием их инструкции и диагностической направленности.

3.4 Тест «Фигуры» для выявления типа отношения матери к ребёнку (И. Брутман, Г. Г. Филлипова и И. Ю. Хамитова)

Практическое занятие № 15

Цель: формирование навыков работы с проективной рисуночной методикой «Фигуры» для выявления типа отношения матери к ребёнку (В.И. Брутман, Г.Г.Филлипова и И. Ю. Хамитова).

План практического занятия:

1. Ознакомление со структурой и целями методики.

2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.

4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Проективная методика «Фигуры», предназначенная для выявления типа отношения матери к ребенку. Данная методика основана на использовании символических значений цвета и геометрических фигур.

Стимульный материал: набор геометрических картонных фигур нейтрального светло-серого цвета: кругов, треугольников и квадратов. Каждая фигура представлена в трех размерах (3,5 см – диаметр круга, сторона равностороннего треугольника и сторона квадрата; 5 и 6,5 см соответственно) и обозначается двумя цифрами, первая из которых обозначает фигуру, а вторая – размер; например: 1,1 – большой круг, 2,3 – маленький треугольник, 3,2 – средний квадрат и т.д.

Дополнительный материал: набор цветовых карточек Люшера, лист бумаги размером 21 на 30 см с координатной сеткой, на котором размещаются выбранные испытуемыми фигуры.

Данная методика разработана В. И. Брутман, Г. Г. Филипповой, И. Ю. Хамитовой. При разработке методики они опирались на существующие данные о том, что, обозначая себя геометрической фигурой определенной формы, женщина приписывает ей определенное значение, связанное со своими личностными свойствами.

На основании этого, И. Брутман, Г. Г. Филлипова и И. Ю. Хамитова предположили, что женщины, предпочитающие круг, характеризуются как гибкие, контактные, покладистые, сочувствующие, мягкие, женственные, отзывчивые, открытые, сомневающиеся, нерешительные, послушные, сензитивные, ранимые. Те, кто выбирает треугольник, – активные, агрессивные, изменчивые, решительные, конфликтные, сильные, организующие, доминирующие, контактные, стремительные, напряженные. Предпочитающие квадрат – устойчивые, умеренные, медленные, постоянные, скованные, пассивные, мужественные, обороняющиеся, замкнутые, закрытые, стабильные, выдержанные, упорные, жесткие, исполнительные, рациональные, стремящиеся к прочной базе.

На основании этих же данных авторы методики считают, что выбор женщиной геометрической фигуры для обозначения своего ребенка или своей матери проективно приписывает им определенные свойства и отражает отношение роженицы к ним.

1. Выбор женщиной для себя и для ребенка одинаковых цветов, фигур одинаковых размеров или форм свидетельствует об идентификации матери своим ребенком.

2. Выбор женщиной для себя и своей матери одинаковых цветов, фигур одинаковых размеров или форм свидетельствует об идентификации женщины со своей матерью.

3. Взаимное расположение фигур матери и ребенка на координатном листе и расстояние между ними отражает эмоциональное отношение матери к своему ребенку (принятие/отвержение) и воспринимаемую ею межличностную дистанцию с ним.

4. Взаимное расположение фигур женщины и ее матери на координатном листе и расстояние между ними отражает эмоциональное отношение женщины к своей матери и воспринимается ею как межличностная дистанция с ней.

Критерии оценки:

1 Форма выбранных фигур.

2 Размер выбранных фигур.

3 Цвет, придаваемый выбранной фигуре.

4 Расстояние между центрами фигур на координатной плоскости.

Процедура исследования:

−1 этап, инструкция: «Выберите фигуру для себя, своего будущего ребенка, своей матери, а также необходимо выбрать фигуру будущего внука как Вы думаете, ее бы выбрала Ваша мама».

−2 этап, проделать аналогичную процедуру и выбрать размер фигуры для всех выше перечисленных.

−3 этап, определить цвет выбранным фигурам при помощи карточек Люшера, раскрасить фигуры в выбранный цвет.

−4 этап, расположить фигуры на координатной сетке, относительно фигуры, которая обозначает беременную.

В результате проведения четырёх этапов эксперимента получаются три репертуарные решётки: первая – «женщина – ребенок»; вторая – «мать женщин бы – сама женщина»; третья – «мать женщины – ребенок».

В результате проведения данной методики можно выявить:

1) Тип переживания беременности и тип психологической готовности к материнству:

– адекватный тип (сформировавшаяся готовность к материнству);

– тревожный тип (амбивалентное материнское отношение);

– эмоционально-отстраненный тип материнства.

1. **Адекватный стиль.** Беременность идентифицируется достаточно рано, этот процесс не сопровождается явными негативными эмоциями. Женщина в контакте с телесными изменениями, и симптоматика беременности ее не тяготит. Тревога I триместра умеренная, без депрессивных эпизодов, во II триместре преимущественно положительный эмоциональный фон. В III триместре мобилизация к родам. Первое шевеление плода ощущается относительно рано и переживается положительно. В дальнейшем шевеления воспринимаются как соматически приятные и четко дифференцируются от других проявлений физиологии организма.

2. **Тревожный стиль.** Идентификация беременности актуализирует выраженную тревогу и беспокойство. Симптоматика беременности переживается болезненно, вызывает негативные эмоции. Во всех триместрах отмечается тревога, депрессивные состояния. Первое шевеление отмечается рано, часто сопровождается болезненными ощущениями и усилением страхов. Тревога распространяется как на собственное здоровье и будущее, так и на здоровье ребенка, его соматический статус.

3. **Эйфорический стиль.** Отношение к беременности и к своему состоянию носит эйфорическую окраску и чрезмерный оптимизм. Дифференциация шевелений затруднена. Ожидания послеродового периода на бессознательном уровне программируются как негативные. Нередко возникают объективные осложнения, связанные с неадекватностью восприятия симптоматики.

4. **Игнорирующий стиль.** Поздняя идентификация беременности, окрашенная отрицательными эмоциями (досада, недоумение). Соматический компонент не выражен и изменения в эмоциональном состоянии также не обнаруживаются – ровное, нейтральное отношение. Первое шевеление опознается поздно, но и не вызывает эмоций, расценивается как физиологическая составляющая. Активность не связана с беременностью или ребенком.

5. **Амбивалентный стиль.** Отмечается разнонаправленность эмоций и в отношении беременности, и в отношении шевеления. Ощущения могут быть прямо противоположными. Фоновая тревога достаточно высокая, но ситуация для самой себя интерпретируется женщиной как страх за ребенка. Активность направлена на внешние обстоятельства, которые якобы мешают беременности.

6. **Отвергающий стиль.**Идентификация беременности носит выраженно отрицательный характер. Симптомы беременности переживаются физически болезненно и эмоционально негативно. Возможны аффективные выбросы и депрессивные состояния, а шевеления воспринимаются негативно, вплоть до брезгливости и дисморфофобий. Стиль переживания беременности коррелирует с отношением к ребенку и его ценностью для матери.

Адекватный стиль переживания беременности в 100 % случаев является прогностическим фактором адекватного отношения к ребенку, а игнорирующий и отвергающий стили в подавляющем большинстве случаев связаны с низкой ценностью ребенка.

Данная методика диагностирует 3 стиля – адекватный, тревожный/амбивалентный и игнорирующий.

Показатели готовности или неготовности к материнству по тесту «Фигуры»:

Тип переживания беременности	Сформировавшаяся готовность к материнству	Тревожное, амбивалентное материнское отношение	Игнорирующее материнское отношение
Выбор фигуры для себя			
Форма	Круг	Круг	Квадрат, треугольник
Размер	Большой, средний	Маленький, средний	Большой, средний
Цвет	Основные цвета	Зеленый, красный, фиолетовый	Основные цвета
Расположение	Центр	центр	Левый верхний угол
Выбор фигуры для ребенка			
Форма	Круг, квадрат	Треугольник	Треугольник
Размер	Маленький, средний	Средний, большой	Большой (больше или равен размеру фигуры матери)
Цвет	Желтый	Желтый, зеленый, красный	Не основные
Расположение	Рядом с фигурой матери	Рядом и правее фигуры матери	Низ листа
Расстояние между фигурами	Менее 40 мм	40–80 мм	Больше 80 мм

Данная методика позволяет диагностировать три типа отношения к беременности и будущему ребенку – сформировавшуюся готовность к материнству, тревожное амбивалентное материнское отношение и игнорирующее материнское отношение.

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых, применяя тест «Фигуры» для выявления типа отношения матери к ребёнку (В.И. Брутман, Г. Г. Филлипова и И. Ю. Хамитова).

3.5 Тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добряков

Практическое занятие № 16

Цель: формирование навыков работы с методикой «Тест отношений беременной (ТОБ)», автор И. В. Добряков.

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.
2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.

4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Тест отношений беременной (ТОБ) разработан И.В.Добряковым в 2003 году. В основе этого теста лежит концепция гестационной доминанты, введенной И. А. Аршавским. Гестационная доминанта – направленность реакций организма женщины на создание оптимальных условий для внутриутробного развития ребенка. И.В. Добряков выделяет 5 типов психологического компонента гестационной доминанты:

1. Оптимальный – естественное, без лишней тревоги, отношение к беременности. Беременная женщина следит за свои здоровьем, выполняет рекомендации врачей. При этом не снижает своей активности, занимается на курсах дородовой подготовки. Супружеская подсистема, как правило, зрелая, ребенок желанный обоими супругами.

2. Тревожный – субъективная переоценка имеющихся проблем либо неспособность объяснить причину тревоги. Часто тревога влияет на соматическое состояние женщины. А порой является оправданной из–за наличия заболеваний, проблем в семье или недостаточной материальной устойчивости. Зачастую повышенная тревожность вызвана неправильными действиями медицинского персонала, с которым общается женщина во время беременности. Большинство беременных с этим типом переживания становятся доминирующими, чрезмерно заботящимися матерями.

3. Эйфорический – декларация чрезмерной любви к будущему ребенку, преувеличение трудностей и недомоганий, в частных случаях манипулирование беременностью, использование ее в меркантильных целях. Часто отмечается у женщин истерического типа личности либо у женщин, длительное время лечившихся от бесплодия. Такие женщины требуют к себе повышенного внимания, выполнения прихотей.

4. Гипогестогнозический (игнорирующий) – нежелание менять свой жизненный сценарий в связи с наступившей беременностью. Встречается у молодых девушек, не желающих брать академический отпуск или отказываться от активной социальной жизни (походы, дискотеки); у зрелых женщин, увлеченных своей карьерой. У них часто не хватает времени, чтобы в достаточной мере заниматься своим здоровьем, посещать врачей, встать на учет в консультацию.

5. Депрессивный – резко сниженный фон настроения у беременных. Страхи перед родами, воспитанием ребенка. Непринятие изменений в теле, ощущение себя некрасивой и нежеланной. Часто такой поведение встречает непонимание в семье беременной женщины, что еще больше усугубляет депрессивной состояние. Так же может быть спровоцирован действиями медицинского персонала. В группу женщин с депрессивным компонентом попадает часть матерей-отказниц и женщин, для которых характерны эмоциональное отвержение и жестокой обращение с ребенком.

Тест содержит 3 блока утверждений, которые отражают отношение женщины к себе беременной, отношения женщины в системе «мать-дитя» и отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом блоке выделяется три раздела. Раздел состоит из 5-ти утверждений, отражающих тип компонента гестационной доминанты. Таким образом, максимальный балл по каждому типу ПКГД равен 9, а минимальный – 0. Если в результате тестирования набрано 7 баллов и выше по одному из типов ПКГД, то он считается определяющим.

Инструкция: «Просим Вас из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее Ваше состояние».

А

I	1.	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна.
	2.	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна.
	3.	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении.
	4.	В основном мне приятно сознавать, что я беременна.
	5.	Я очень расстроена тем, что беременна.
II	1.	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни.
	2.	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать.
	3.	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни.
	4.	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной.
	5.	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим надеждам.
III	1.	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах.
	2.	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь.
	3.	Я думаю, что во время родов все могу сделать правильно и не испытываю особого страха перед ними.
	4.	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их плохом исходе.
	5.	Я думаю о родах, как о предстоящем празднике.

Б

I	1.	Я сомневаюсь в том, что смогу справляться с обязанностями матери.
	2.	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью.
	3.	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве.
	4.	Я уверена, что стану прекрасной матерью.
	5.	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью.
II	1.	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним.
	2.	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю.

	3.	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать.
	4.	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю.
	5.	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого.
III	1.	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью.
	2.	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью.
	3.	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью.
	4.	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью.
	5.	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью.

В

I	1.	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка.
	2.	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка.
	3.	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне.
	4.	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне.
	5.	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка.
II	1.	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними.
	2.	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении.
	3.	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, мои отношения с ними ухудшились.
	4.	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей.
	5.	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит.
III	1.	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я «в положении».
	2.	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении».
	3.	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении».
	4.	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении».
	5.	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении».

Обработка результатов

После выполнения задания необходимо перенести результаты в следующую таблицу, отметив в каждом блоке соответствующую выбранному утверждению цифру

В нижней строке таблицы – «Всего» – выставляется результат подсчета количества отмеченных цифр (баллов, не суммы цифр!) в каждом столбце. Столбец «О» отражает утверждения, характеризующие преимущественно оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), «Г» – гипогестогнозический, «Э» – эйфорический, «Т» – тревожный, «Д» – депрессивный.

Тест позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции.

На основе результатов исследования беременную можно отнести к одной из трех групп, требующих различной тактики проведения дородовой подготовки и при необходимости, оказания психологической помощи.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД.

Вторая группа может быть названа «группой риска». В нее следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипогестогнозический, иногда тревожный типы ПКГД. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

Третья группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех, имеющих депрессивный тип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервнопсихические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Таблица для внесения результатов обследования по «Тесту отношений беременной»

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
Всего						

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых, применяя «тест отношений беременной (ТОБ), автор И.В. Добряков».

2. Заполните таблицу.

Методика	Авторы, дата создания	Цель (что позволяет исследовать)	Возможные ограничения применения
«Родительское сочинение»			
«Родительское сочинение»			
«Я и мой ребенок»			
«Фигуры»			
«Тест отношений беременной»			

Вопросы для самопроверки знаний:

1.Что понимается под стилем переживания беременности? Какие факторы его определяют?

2.Как отношения беременной женщины с окружающими (партнером, семьей, друзьями) влияют на стиль переживания беременности?

3. Какие этапы беременности выделяются в психологии, и как они влияют на эмоциональное состояние женщины?

4. Какие факторы могут исказить результаты диагностики?

5. Какие рекомендации можно дать женщине на основе диагностики ее стиля переживания беременности?

6. Какие эмоциональные состояния чаще всего испытывают беременные женщины, и как их диагностировать?

7. Разработайте план диагностики стиля переживания беременности для женщины на разных этапах беременности.

Раздел 4. ДИАГНОСТИКА ПРИВЯЗАННОСТИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

4. 1 Методика «Птичье гнездо» (Донна Крайзер)

Практическое занятие № 17

Цель: формирование навыков работы с методикой «Птичье гнездо» (Донна Крайзер).

План занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.
2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.
3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.
4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Разработала в 1996 году арт-терапевт Донна Кайзер для диагностики уровня привязанности ребенка к матери.

Методику «Птичье гнездо» проводите с детьми подготовительной группы. Для диагностики подготовьте лист А4, карандаши, фломастеры или мелки.

Работайте с ребенком индивидуально. Предложите дошкольнику инструкцию: «Ты любишь рисовать? Я тоже люблю. Я предлагаю тебе сегодня порисовать. Нарисуй, пожалуйста, гнездо, птичек, которые там живут, и где это гнездо находится». Наблюдайте за ребенком в процессе рисования. Отметьте, в какой последовательности он изобразил гнездо и обитателей, к каким обитателям возвращался повторно. Следите, как часто ребенок стирает, делает ли паузы, комментирует ли свою работу.

Когда дошкольник закончит рисовать, обсудите рисунок. Не просите сравнивать гнездо и птиц с членами семьи, так ребенок не будет приукрашивать образ, и вы сможете обойти защитные механизмы. Рисование гнезда птицы вызывает меньший уровень тревоги, чем рисунок семьи, и информация является достоверной.

Когда обрабатываете методику, обратите внимание на время выполнения, отношение ребенка к заданию, общее впечатление о рисунке. Интерпретируйте как в любой проективной методике: особенности линий, расположение и размер изображения, штриховку, стирание, последовательность рисования обитателей гнезда и паузы.

Изображение птичьего гнезда

Важно. Пустое гнездо рисуют дети с амбивалентной привязанностью. Обратите внимание на цвета. Дети с надежной привязанностью используют преимущественно зеленый. Когда в рисунке преобладает коричневый цвет, диагностируйте у ребенка амбивалентную привязанность.

Ребенок с амбивалентной привязанностью сильно нажимает на карандаш, рисует много темных пересекающихся штрихов. Обилие

штриховки и неравномерный нажим трактуйте как показатели повышенной тревожности и неуверенности в себе. Дети, которые при изображении гнезда наносят повторяющиеся линии только по форме круга, склонны к хроническим неврозам и навязчивым состояниям.

Если ребенок нарисовал пустое птичье гнездо или гнездо сверху и без дна в виде баранки, он ощущает одиночество, ему не хватает тепла, поддержки и заботы со стороны близких взрослых. Родители эмоционально холодны и равнодушны к нему. Когда дети объясняют рисунок–баранку, они могут использовать тему «ожидания», например: «Гнездо пустое, оно ждет, что кто-нибудь прилетит и отложит в него яйца» или «Гнездо построено, но я не знаю, что делать дальше».

Проанализируйте, где и как расположено гнездо, например, ровно горизонтально или под наклоном. Дети с амбивалентной привязанностью рисуют для поддержки дерево, но гнезда размещают на слабых тонких ветках или на конце ветки. Гнездо балансирует и может упасть. Если ребенок не изобразил дерево, он ощущает недостаток поддержки и стабильности, не уверен в себе.

Интерпретируйте погодные условия, чтобы понять общие переживания ребенка, его настроение и отношение к жизненной ситуации. Если он изобразил плохую погоду, например, грозу, ветер или хищных птиц, значит, ребенок воспринимает окружающий мир как враждебный.

Важно. Дети с надежной привязанностью рисуют птиц-родителей, которые кормят птенцов или высиживают яйца

Дети могут сами искать поддержку и изобразить ее в рисунке. О поисках поддержки дети упоминают и при объяснении рисунков, к примеру: «Гнездо надо поднять повыше, чтобы охотники его не увидели», «Сова будет охранять птенцов, когда мама-птица улетит за едой. Так орел не сможет напасть», «Ястребов надо стрелять, чтобы они не напали на птичек» или «Птичкам надо жить в стае, тогда на них никто не нападет».

Ребенок может нарисовать гнездо, которое разрушают внешние угрозы, например: «Ветер такой сильный, что сдул гнездо и оно упало на землю», «Прилетел орел и съел всех птичек» или «Пришли охотники и застрелили птиц». Через разрушение и потерю гнезда ребенок может выразить свои чувство гнева, переживание утраты, печаль.

Изображения птиц, птенцов и яиц

Птицы символизируют родителей. Дети с надежной привязанностью рисуют птиц – родителей, которые кормят птенцов или высиживают яйца. Если родители отстранены от ребенка, эмоционально холодны, формально выполняют родительскую роль, он изображает бездействующих птиц на расстоянии от птенцов и яиц или не изображает совсем, например: «Птичка оставила яйца во время грозы».

Если ребенок рассказывает о том, что птица покинула гнездо, спросите: «Что чувствуют птенцы, когда птица-мама покинула гнездо?», «Есть кто-то,

кто заботится о птенчике?» и «Что нужно сделать, чтобы птенец стал чувствовать себя в безопасности?».

Птенец или яйцо на рисунке символизируют самого ребенка. Яйцо – метафора новой и хрупкой жизни, которая развивается. Обратите внимание, где в гнезде находится птенец. Благополучные дети размещают его в центре, тревожные и неуверенные – с краю.

Другие птенцы и яйца в рисунке «Птичье гнездо» могут представлять братьев и сестер дошкольника. Если у ребенка есть братья и сестры, но он не рисует других птенцов или дополнительные яйца, он может испытывать ревность, зависть и эмоциональную холодность к этим детям. У ребенка может отсутствовать привязанность к сиблингам, или он переживает утрату, потерю.

Беседа с ребенком

Играйте с ребенком, чтобы понять, как он ощущает себя в родительской семье. После того как ребенок нарисует птичье гнездо, обсудите с ним то, что он изобразил. Если дошкольник говорит, что птички не разговаривают друг с другом, это указывает на изоляцию птенца или яйца. Фраза «Птенчик на самом краю, он может вывалиться из гнезда, или его утащит ястреб» говорит о страхах ребенка. Чувство уязвимости, отсутствие защиты, угрозы благополучию живущих в гнезде, потеря гнезда выражается в фразе: «Скоро пойдет холодный дождь».

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых, применяя методику Донны Крайзер «Птичье гнездо».

4.2 Методика «Пренатальная привязанность матери к ребенку» «Maternal antenatal attachment scale» (MAAS) С.С. Савенышева, В.О. Аникина, М.Е. Блох

Практическое занятие № 18

Цель: формирование навыков работы с методикой «Пренатальная привязанность матери к ребенку» (MAAS) Савенышева С.С., Аникина В.О., Блох М.Е.

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.
2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.
3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.
4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Методика «Пренатальная привязанность матери к ребенку» «Maternal antenatal attachment scale» (MAAS) была разработана в 1993 году для оценки привязанности матери к ребенку в период беременности.

Инструкция: ниже представлены вопросы, касающиеся Ваших мыслей и чувств о Вашем развивающемся внутриутробно ребенке. Пожалуйста, выберите только один ответ на каждый вопрос.

Текст опросника

1. За прошедшие 2 недели я думала или была поглощена мыслями о ребенке внутри меня:
1) Почти все время;
2) Очень часто;
3) Часто;
4) Время от времени;
5) Совсем нет.
2. В прошедшие 2 недели, когда я говорила или думала о развивающемся внутри меня ребенке, чувства, которые я испытывала, были:
1) Очень слабыми или их не было;
2) Достаточно слабыми;
3) Средними по выраженности;
4) Достаточно сильными;
5) Очень сильными.
3. В прошедшие 2 недели мои чувства о моем ребенке были:
1) Очень позитивными;
2) Преимущественно позитивными;
3) Смешанными (смесь позитивных и негативных чувств);
4) Преимущественно негативными;
5) Очень негативными.
4. За прошедшие 2 недели у меня возникало желание прочитать или получить информацию о растущем ребенке. Это желание было:
1) Очень слабым или совсем не возникало;
2) Достаточно слабым;
3) Ни сильным, ни слабым;
4) Умеренно сильным;
5) Очень сильным.
5. За прошедшие 2 недели я пыталась представить, как действительно выглядит сейчас мой растущий ребенок:
1) Почти все время;
2) Очень часто;
3) Часто;
4) Время от времени;
5) Совсем не пыталась.
6. За прошедшие 2 недели я думала о развивающемся ребенке большей частью как о:
1) Настоящей личности со своими характеристиками и особенностями;
2) О ребенке, таком же, как другие дети;
3) О человеческом существе;

4) О живом существе;
5) О создании, еще в действительности не существующем

7. В прошедшие 2 недели я чувствовала, что благополучие ребенка внутри меня зависит от меня:
1) Полностью;
2) Во многом;
3) Умеренно;
4) Немного;
5) Совсем не зависит;

8. В прошедшие 2 недели, я замечала, что разговариваю с ребенком, когда я одна:
1) Нет, совсем не разговариваю;
2) Время от времени;
3) Часто;
4) Очень часто;
5) Почти все время, когда я одна.

9. В прошедшие 2 недели, когда я думала (или говорила) о моем ребенке, мои мысли:
1) Были всегда нежными и любящими;
2) Были преимущественно нежными и любящими;
3) Были смесью нежности и раздражения;
4) Содержали немного раздражения;
5) Содержали большое количество раздражения;

10. Представление о том, как выглядит ребенок внутри меня:
1) Очень четкое;
2) Довольно четкое;
3) Довольно расплывчатое;
4) Очень расплывчатое;
5) У меня совсем нет никакого представления.

11. В течение прошедших 2 недель, когда я думала о моем ребенке, у меня возникали чувства:
1) Сильной грусти;
2) Умеренной грусти;
3) Смеси счастья и грусти;
4) Умеренного счастья;
5) Сильного счастья.

12. Некоторые женщины временами бывают так раздражены ребенком внутри себя, что им кажется, что они хотят навредить ему или наказать его:
1) Я не могла бы представить, что я когда-либо чувствовала подобное;
2) Я могу представить, что я могла бы иногда чувствовать себя подобным образом, но на самом деле никогда не чувствовала подобное;
3) Однажды я чувствовала себя подобным образом;
4) Я чувствую себя время от времени подобным образом;
5) Я часто чувствую себя подобным образом.

13. Последние 2 недели я чувствовала:
1) Сильную эмоциональную дистанцию (холодность/сдержанность) в отношении к своему ребенку;
2) Умеренную эмоциональную дистанцию в отношении к своему ребенку;
3) Слабо выраженную эмоциональную близость к своему ребенку;
4) Эмоциональную близость к своему ребенку;
5) Очень выраженную эмоциональную близость к своему ребенку.
14. Последние 2 недели я была внимательна к тому, что я ем, чтобы быть уверенной, что ребенок получает хорошее питание:
1) Совсем нет;
2) Один или два раза, когда я питалась;
3) Время от времени, когда я ем;
4) Достаточно часто, когда я ем;
5) Каждый раз, когда я ем.
15. Когда я впервые увижу своего ребенка после рождения, я почувствую: Сильную привязанность:
1) В основном привязанность;
2) Мне может что-то не понравиться во внешности ребенка;
3) Мне не понравятся довольно многое во внешности ребенка;
4) В основном мне он не понравится.
16. Когда мой ребенок родится, я хотела бы взять ребенка:
1) Сразу;
2) После того, как его завернут в пеленку;
3) После того, как его помоют;
4) Спустя несколько часов, как все успокоится;
5) На следующий день.
17. За прошедшие две недели у меня были сновидения о беременности или ребенке:
1) Совсем нет;
2) Время от времени;
3) Часто;
4) Очень часто;
5) Почти каждую ночь.
18. За прошедшие 2 недели я замечала, что ощущаю или потираю рукой внешнюю часть живота – там, где находится ребенок:
1) Много раз за день;
2) По крайней мере, раз в день;
3) Время от времени;
4) Только раз;
5) Никогда.
19. Если бы беременность прервалась в это время (из–за выкидыша или другого случайного события) без какой–либо боли или вреда для меня, я предполагаю, что я бы почувствовала себя:
1) Очень печальной;

2) Умеренно печальной;
3) Нейтрально (т. е., ни печальной, ни довольной, или смешанные чувства);
4) Довольной;
5) Очень довольной.

Ключ к методике. Шкала обсчета: 1-й ответ – 1 балл, 2-й ответ – 2 балла … 5-й ответ – 5 баллов.

Пункты в скобках считаются наоборот.

Шкалы: Качество привязанности: (3) (6) (9) (10) 11 (12) 13 (15) (16) (19).

Время, затрачиваемое на поведение привязанности (интенсивность включения): (1) 2 4 (5) 8 14 17 (18).

Пункт 7 не включается ни в один из факторов, его учитывают в общем показателе привязанности с обратной шкалой.

Общий показатель: (1) 2 (3) 4 (5) (6) (7) 8 (9) (10) 11 (12) 13 14 (15) (16) 17 (18) (19).

Когнитивный компоненты привязанности: (1) 4 (5) (6) (9) (10).

Эмоциональный компонент привязанности: 2 (3) 11 13 (15) 17 (19).

Поведенческий компонент (защита и взаимодействие с ребенком) привязанности: (7) 8 (12) 14 (16) (18).

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых при помощи методики «Пренатальная привязанность матери к ребенку» (Савенышева С.С., Аникина В.О., Блох М.Е.), проанализируйте и представьте результаты.

4.3 Методика пренатальный контакт (Ю.В. Заманаева)

Практическое занятие № 19

Цель: формирование навыков работы с методикой «Пренатальный контакт», автор Ю.В. Заманаева.

План практического занятия:

1. Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.
2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.
3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.
4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Под пренатальным контактом понимают когнитивную, аффективную и поведенческую активность женщины, направленную на установление связи с будущим ребенком и взаимодействие с ним. Безусловно, природа этого контакта субъективна: мы имеем дело только с интерпретациями женщины того, как и почему реагирует ребенок теми или иными шевелениями. Именно в этом взаимодействии начинают развиваться материнские качества, которые в дальнейшем будут влиять на качество

взаимодействия матери с младенцем и в итоге на качество привязанности ребенка к матери.

Многолетние зарубежные и отечественные исследования в области психологии привязанности выявили ряд материнских качеств, которые обеспечивают формирование привязанности ребенка к матери по надежному типу. Среди них чувствительность и отзывчивость матери к сигналам младенца, желание реагировать на эмоциональном уровне, предсказуемость реакций, эмоциональная вовлеченность во взаимодействие, психологическая доступность матери.

В процессе формирования пренатального контакта, по нашему мнению, начинают проявляться такие материнские качества, как чувствительность и отзывчивость к сигналам ребенка, принятие ребенка, эмоциональная вовлеченность в контакт с ним.

Материнская **чувствительность** выражается в попытках на физическом уровне ощутить и описать характер шевелений ребенка: от ощущений легких движений до ощущения активных и разнообразных шевелений. Будущие мамы учатся отличать силу шевелений, характер (толчки, повороты, прикосновения), циклы шевеления, пытаются понять, как себя чувствует ребенок, что могут означать те или иные шевеления, при многоплодии будущая мама пытается различить шевеления детей.

Отзывчивость развивается через отклик на шевеления ребенка: как своеобразное приветствие – «я тебя чувствую, я помню, что ты здесь», как попытка откликнуться на потребности ребенка – лечь удобнее («ему неудобно, поэтому он толкается»), поесть («он голодный, поэтому пинает меня»), что-то сказать или погладить его через живот, чтобы успокоить, если была тревожная ситуация или переживания.

Принятие ребенка реализуется через проявление радости от его активности, понимание того, что у ребенка есть свои потребности и ощущения, что он обладает своими индивидуальными особенностями. Также принятие реализуется через желание женщины донести до ребенка свои чувства, через психологическое включение его в семью: будущая мама рассказывает ребенку, как его ждут, привлекает отца ребенка для контакта с ним через прикосновение к животу, разговор.

Эмоциональная вовлеченность в контакт с ребенком – сквозная характеристика, проявляющаяся как общий эмоциональный фон вынашивания, радость от ощущения ребенка внутри, от его активности, эмоциональная реакция на его активность.

Некоторые беременные женщины очень активно общаются со своими будущими детьми и вслух, и мысленно, поглаживая живот и откликаясь на шевеления ребенка. Некоторые сообщают о том, что они «не могут разговаривать с животом», но при этом хорошо чувствуют ребенка и подробно описывают его шевеления, стараются вести себя бережно и заботливо по отношению к ребенку, напрямую с ним не общаясь. Для того

чтобы изучить индивидуальные особенности контакта беременной женщины с будущим ребенком или детьми, и была создана предлагаемая методика.

Методика состоит из двух частей. Первая часть включает 8 вопросов (9 – для многоплодной беременности), предполагающих количественную оценку частоты описанных явлений и развернутые ответы на эти вопросы. В качестве оценочной шкалы была взята шкала частоты появлений той или иной формы контакта: «почти никогда», «иногда», «часто», «почти всегда». Это позволяет получить, с одной стороны, информацию о качестве контакта, его характеристиках, а с другой – о степени его интенсивности.

Вторая часть методики включает 8 открытых вопросов, предполагающих только развернутый ответ. структуру шкал: «Взаимодействие с ребенком», «Чувствительность к шевелениям ребенка», «Интенсивность “эмоциональных посланий” ребенку». Для варианта многоплодной беременности: «Взаимодействие с детьми», «Чувствительность к шевелениям детей», «Интенсивность “эмоциональных посланий” детям». «Взаимодействие с ребенком/детьми».

Шкала характеризует общее качество и интенсивность контакта, эмоциональную вовлеченность женщины в этот контакт, развёрнутые ответы позволяют выявить принятие женщиной будущего ребенка.

В шкалу вошли вопросы, связанные с восприятием ребенка как обладающего своим характером, индивидуальностью и воспринимаемого как «партнер по взаимодействию», а также вопросы, связанные с описанием самого процесса взаимодействия. Обращаем еще раз внимание, что речь идет о представлениях женщины об этом процессе, так как объективно реакций ребенка мы зафиксировать не можем.

Те женщина, которые использовали описания, характеризующие вполне определенные личностные особенности: «настойчивый», «целеустремленный», «независимый», «принципиальный», «волевой», возможно, характеризуются излишними ожиданиями от ребенка, а именно с тем, что он изначально способен преодолевать трудности. В высказываниях женщин с таким взглядом и после родов нередко можно услышать: «Я разговариваю с ним как со взрослым», «Он же мальчик, будущий мужчина – никаких сюсюканий».

При описании характера ребенка или его внешности имеет смысл обратить внимание на ответы «не знаю», «не задумывалась», «особенно не представляю». Как было сказано выше, оказалось, что низкий уровень баллов по этой шкале чаще всего встречается в группе пациенток, у которых был опыт перинатальных утрат, и нет детей. Такие пациентки осознанно или бессознательно стараются защититься от новой привязанности и риска новой утраты и потому не включаются во взаимодействие, стараются не мечтать о ребенке, не представлять себе его, часто говорят «будем радоваться, когда родится». При проведении психологической работы, направленной на завершение опыта утраты, пренатальный контакт будущей мамы с ребенком, эмоционально-теплое отношение к нему налаживаются в полном объеме.

Интерпретация характера ребенка как «вредного», «упрямого», «строптивого», «требовательного», «непослушного» также должна привлечь внимание психолога, особенно в тех случаях, когда это сочетается с описанием неприятных ощущений от шевелений. В таких ситуациях контакт с ребенком часто складывается преимущественно из реакции будущей мамы или папы на шевеления ребенка как попыток «его успокоить, чтобы не тревожил маму». Проводимая психологическая работа, при согласии на нее пациентки, может быть направлена на принятие ребенка, выявление и коррекцию противоречивых чувств по отношению к нему.

При описании ребенка также часто встречаются описания «похож на…» – саму женщину, отца ребенка, старшего ребенка. Можно предположить, что такие формулировки связаны с психологическим включением ребенка в семью, концентрацией на ощущении «это наш ребенок», разумеется, с долей проекции на него черт характера – своих, отца ребенка, а иногда и старших детей.

Вопрос о том, как себя в целом чувствует будущий ребенок, в подавляющем большинстве случаев вызывает позитивные ответы: «хорошо», «комфортно», «спокойно». Стоит обратить внимание на ответы: «не знаю, не задумывалась об этом», «не очень хорошо, у меня сложная беременность». За ними может скрываться глубокое переживание женщиной «ненадежности» ее тела – матки – для ребенка.

Если максимальные баллы по шкале сочетаются с чрезмерно подробным описанием характера ребенка и его внешнего вида, нередко с использованием восторженной лексики – это также является поводом для внимания психолога. Подобная эйфория и развернутые ожидания от ребенка, с одной стороны, нормальные проявления феномена «идеального ребенка». С другой стороны, чрезмерные ожидания от малыша могут обернуться разочарованием после родов, так как внешний вид новорожденного и его поведение могут резко отличаться от «веселого улыбчивого младенца с пухлыми щёчками». Такое явление характерно для женщин с инфантильным поведением и нередко становится причиной негативных эмоциональных послеродовых явлений, требующих психологической коррекции.

Вопрос о действиях женщины, когда она чувствует беспокойство ребенка, показывает, во-первых, ее чувствительность к его состоянию – отслеживает ли она, что что-то изменилось в его активности, шевелениях, осознает ли, что сама встревожена и это влияет на ребенка. Во-вторых, ответы на этот вопрос показывают наличие определенной компетентности: знает ли будущая мама, как можно успокоить малыша, или не чувствует, теряется. В большинстве женщины используют такие способы успокоения ребенка, как «поговорить», «погладить по животу», «выровнять дыхание», «пройтись, спокойно подышать».

Показателем чувствительности будущей мамы также является ответ на вопрос о том, может ли будущая мама вызвать ребенка на контакт. Замечает ли она, на что ребенок реагирует активизацией шевелений: на ее голос или

голос отца ребенка, на ее пение, на смену положения тела, на поглаживания или постукивания живота, на сладкую еду, музыку и т.п.

В варианте для многоплодной беременности характеры детей чаще всего описываются в сравнительной форме. Это характерное явление для многоплодной беременности («один более спокойный, второй более активный», «большой и маленький», непоседливый – сдержанный, «мамин» – «папин»), продолжающееся и после родов.

Критерием без сравнений остается только пол детей. В однополых двойнях сравнения по активности, весу, состоянию здоровья и положению в матке неизбежны. Если ведется психологическая работа, имеет смысл обращать внимание на индивидуальные характеристики каждого ребенка, наличие имени у каждого из детей – это снижает постоянный «сравнительный» характер общения с детьми. Такое внимание скорее к различиям в характере и активности детей связано для будущей мамы с необходимостью контролировать состояние обоих детей и хорошо чувствовать каждого из них.

В варианте для многоплодной беременности также присутствует вопрос о том, каким для будущей мамы кажется взаимодействие детей внутри матки: «подползают друг другу», «все время рядом лежат», «как-то общаются», «поддерживают друг друга», «толкаются», «перестукиваются». Важным для психологической практики является то, каким образом будущая мама описывает взаимодействие между детьми при наличии осложнений в процессе вынашивания, например, когда имеет место диссоциация в развитии плодов, фето-фетальный трансфузионный синдром. В таких ситуациях женщина может интерпретировать взаимодействие детей оценочно – с позиций «силы» и «слабости»: «лежит сверху, сильно давит на маленького», «не дает места», «забирает питание». В такой ситуации важно обратить внимание на медицинские аспекты происходящего, отсутствие личностной вовлеченности и ответственности детей в эту проблему. Вместе с тем, встречаются и глубоко терапевтические интерпретации будущей мамы при сложностях вынашивания: «они поддерживают друг друга», «они – команда».

«Чувствительность к шевелениям ребенка/детей».

В эту шкалу входят вопросы общего отношения женщины к шевелениям ребенка (вспомним, что на глубинном уровне реакция на шевеления связана с принятием ребенка), чувствительности к разным вариантам шевелений: ощущает ли она разницу в шевелениях, отслеживает ли характер шевелений, силу, продолжительность циклов, как в целом воспринимает шевеления физически и психологически. Сроки, когда женщины впервые ощущают присутствие ребенка внутри, в данной выборке колеблются от 13 до 24 недели в одноплодной беременности и от 16 до 22 недель при многоплодной беременности. Реакция на первые шевеления ребенка у всех женщин позитивная: «радость», «тепло», «ощущение чуда», «привет из глубины». Помимо этого, встречается и чувство облегчения. Оно присуще женщинам, у

которых был опыт пренатальных утрат, риск прерывания беременности на раннем сроке, сложные ситуации в многоплодной беременности на ранних сроках (в том числе гибель одного плода). Шевеления в таких ситуациях – физическое подтверждение того, что с ребенком (или детьми) все благополучно и теперь есть «обратная связь» и возможность контакта.

На вопрос, как воспринимаются шевеления на физическом и психологическом уровне, ответы могут быть разнообразны. Не стоит излишне «психологизировать» ответы о физически болезненных ощущениях от шевелений. Ведь речь идет о поздних сроках беременности, когда ребенок уже достаточно большой и места для свободных движений становится немного.

Ощущения женщины также могут зависеть и от положения плода в матке, особенно если их двое: ножки ребенка действительно могут упираться во внутренние органы матери, и болезненность ощущений не связана с тем, как она относится к ребенку. Если на психологическом уровне женщина отвечает, что радуется шевелениям, что для нее они подтверждение благополучия ребенка и его активности, – значит ее реакция на ребенка (детей) позитивна. Кроме того, если женщины описывают, что делают для уменьшения дискомфорта – меняют позу, гладят живот, – это значит, что они знают, как уменьшить физический дискомфорт и не пытаются перенести ответственность за это на ребенка, уговаривая его «не бить маму».

Шевеления, различающиеся по силе, женщины описывают как «слабые», «легкие», «плавные», «сильные», «болезненные», «напористые», «резкие».

Продолжительность шевелений описывается как «короткие», «одноразовые», «редкие», «внезапные», «длительные», «продолжительные».

По характеру шевеления описаны как «толчки», «пинки», «перекаты», «давление», «ползание», «вытягивание», «выпячивание частей тела».

Важен сам факт того, что женщина чувствует их различие по разным критериям. В некоторых ситуациях именно через наблюдение за характером шевелений и факторами, которые влияют на его изменения, можно помочь женщине «включиться» в контакт с ребенком. Нужно обратить внимание на такую характеристику шевелений ребенка, как «агрессивные», «грубые», «сильно бьет меня», «гиперактивные». Такое описание может быть проявлением неприятия ребенка, переживаний, связанных с ощущением собственной «несвободы», зависимости всей жизни, в том числе и физической, от присутствия ребенка.

Для многоплодной беременности количественная оценка шевелений по силе, интенсивности, продолжительности и типу касается, прежде всего, различий между детьми. Общие описания шевелений схожи с описаниями в одноплодной беременности, но при многоплодии они присутствуют в сравнительном контексте: «сильнее – слабее», «активные – спокойные», «более интенсивные – менее интенсивные».

Есть несколько факторов, с которыми объективно могут быть связаны различия в шевелениях детей: вес, положение в матке, состояние здоровья

каждого ребенка. В таких ситуациях встречаются сравнения шевелений «большого» и «маленького» ребенка, «здорового» и «слабенького». На этот факт имеет смысл обратить внимание, так как женщины отмечают часто смещение внимания в сторону малыша с особенностями развития, им кажется, что он в большей степени нуждается в поддержке и разговорах, чем «здоровый» малыш.

«Интенсивность «эмоциональных посланий» ребенку/детям»».

Эта шкала описывает общий эмоциональный фон вынашивания: те чувства, которые будущая мама транслирует непосредственно ребенку, то, как она выстраивает контакт с ребенком в разных эмоциональных состояниях, ее эмоциональную вовлеченность.

В «эмоциональных посланиях» будущей мамы ребенку при контакте через живот превалируют общие переживания: «любовь», «забота», «нежность», «ласка», «тепло», «привязанность», «радость от ожидания» – идея, что ребенок желанный и его появления очень ждут в семье, пожелания ему родиться здоровым.

При разговоре вслух с ребенком темы становятся более разнообразными: женщины обращаются к ребенку в волнительной ситуации, чтобы его успокоить, рассказывают о том, что происходит вокруг, как его ждут и готовятся к его появлению.

Эта шкала оказалась чувствительной к ситуациям осложнений в беременности, как в одноплодной, так и в многоплодной. Среди тех, кто давал ответы на развернутые вопросы, есть несколько вариантов.

− Первый: ребенку (детям) активно передают идею безопасности и материнской защиты – «я говорю ему, что защищаю его», «рассказываю им, что все будет хорошо, и мы справимся», «пытаюсь рассказать, как мы все ее любим, переживаем и ждем».

− Второй: женщина может просить ребенка «повлиять на ситуацию» – не появляться на свет раньше времени (при риске преждевременных родов), перевернуться в правильное положение (если, например, имеет место тазовое прилежание), уговаривать скорее родиться при перенашивании.

− Третий: направлен на то, чтобы активизировать «ресурсы» самого ребенка (детей) – «говорю им, что они сильные и смогут выжить оба», «говорю, что он со всем справится, он волевой».

Конструктивным является вариант трансляции ребенку того, что родители его ждут и защищают, без попыток переложить на него ответственность за то, чтобы справиться с возникшими трудностями. При психологической работе в ситуации осложненной беременности важно сосредоточиться на том, что может сама будущая мама, в чем ее личная сила, ее ресурсы в совладании со сложившейся ситуацией.

Открытые вопросы направлены на выяснение того, чувствует ли будущая мама, что активность ребенка меняется в зависимости от ее эмоций и каким образом. Еще два вопроса раскрывают особенности общения с

малышом и в волнительной ситуации, и в спокойном состоянии. В спокойном состоянии встречаются классические варианты времяпровождения: поговорить, послушать музыку, погладить живот, попеть песенки, почитать. При волнении большинство женщин стараются погладить живот, поговорить с ребенком, успокоить его.

Имеет смысл обратить внимание на тех, кто говорит о блокировании контакта с ребенком при негативных эмоциях. Основной аргумент – желание таким образом защитить ребенка от своих эмоций. Если имеет место тревожная ситуация вынашивания (по медицинским или личным причинам), такое эмоциональное дистанцирование от ребенка может стать затяжным. Это наблюдение подтверждает и факт более низких значений по этой шкале у женщин с опытом пренатальных утрат: они стараются минимизировать общение с ребенком, буквально «не привязываться» к нему и соответственно не воспринимать его как адресата «эмоциональных посланий».

Предлагаемая методика пригодна и для проведения исследований при распечатке на бланках и для проведения, структурированного интервью в процессе психологической работы.

Анкета «Пренатальный контакт» для одноплодной беременности

Пожалуйста, отметьте вариант, наиболее точно описывающий ваши ощущения на протяжении последних двух недель.

№	Вопросы	**Почти никогда**	**Иногда, время от времени**	**Часто**	**Почти всегда**
1.	Я чувствую, что у моего ребенка есть свой характер	**1**	**2**	**3**	**4**
Какой?					
2.	Я замечаю, что шевеления, движения моего ребенка бывают разными по силе, интенсивности				
Какие они? С чем это связано?					
3.	Я замечаю, что шевеления, движения моего ребенка бывают разными по продолжительности				
Какие они? С чем это связано?					
4.	Я замечаю, что шевеления, движения моего ребенка бывают разными по типу, характеру				

Какие они? С чем это связано?					
5.	Когда я хочу передать ребенку мои чувства, мысли, я пытаюсь прикоснуться к нему через живот				
Какие чувства и мысли в основном?					
6.	Когда я хочу донести до ребенка, что я чувствую, думаю, я разговариваю с ним				
Что именно чувствуете и говорите?					
7.	Если я чувствую, что ребенок беспокоится, я знаю, что нужно сделать, чтобы его успокоить				
Что конкретно?					
8.	Если мне нужно вызвать ребенка на контакт, сделать так, чтобы он пошевелился, я знаю, как это сделать				
Как?					

1А. Каким вы представляете своего ребенка? Какой он в вашем воображении?

2А. Когда ребенок начал шевелиться? Как это было, что вы почувствовали?

3А. Как вы воспринимаете шевеления ребенка (физически, психологически)?

4А. Как вы можете описать шевеления вашего ребенка, когда находитесь в разном состоянии (спокойны, волнуетесь, радуетесь)?

5А. Как ребенок реагирует на ваши эмоции?

6А. Как происходит ваше общение с ребенком, когда вы волнуетесь?

7А. Как происходит ваше общение с ребенком, когда вы находитесь в спокойном состоянии?

8А. Как в целом себя чувствует ребенок внутри вас?

Ключ:

1. Взаимодействие: 1, 7, 8; 1А, 8А.
2. Чувствительность: 2, 3, 4; 2А, 3А, 4А.
3. Интенсивность «эмоциональных посланий»: 5, 6; 5А, 6А, 7А.

Анкета «Перинатальный контакт».
Вариант для многоплодной беременности

Пожалуйста, отметьте вариант, наиболее точно описывающий ваши ощущения на протяжении последних двух недель.

	Вопросы	**Почти никогда**	**Иногда, время от времени**	**Часто**	**Почти всегда**
1.	Я чувствую, что у каждого из моих детей свой характер	**1**	**2**	**3**	**4**
	Какой?				
2.	Шевеления, движения моих детей отучаются по силе, интенсивности				
	Какие они у каждого малыша?				
3.	Шевеления, движения мои детей отличаются по продолжительности				
	Какие они у каждого малыша?				
4.	Шевеления, движения мои детей отличаются по типу, характеру				
	Какие они у каждого малыша?				
5.	Когда я хочу передать детям мои чувства, мысли, я пытаюсь прикоснуться к ним через живот				
	Какие чувства и мысли чаще всего?				
6.	Когда я хочу донести до детей, что я чувствую, думаю, я разговариваю с ними				
	Какие чувства и мысли чаще всего?				
7.	Если я чувствую, что один из детей беспокоится, я знаю, что нужно сделать, чтобы их успокоить				

Что именно вы делаете?					
8.	Если мне нужно вызвать детей на контакт, сделать так, чтобы они пошевелились, я знаю, как это сделать				
Как именно?					
9.	Мне кажется, что мои дети как–то общаются между собой				
Как?					

1А. Как вы представляете своих детей? Какие они в вашем воображении?

2А. Когда дети начали шевелиться, как это было, что вы почувствовали?

3А. Как различаются шевеления каждого ребенка по силе, продолжительности, интенсивности? С чем это может быть связано?

4А. Как вы можете описать шевеления каждого ребенка, когда находитесь в разном состоянии (спокойны, волнуетесь, радуетесь)?

5А. Как дети реагируют на ваши эмоции?

6А. Как происходит ваше общение с детьми, когда вы волнуетесь?

7А. Как происходит ваше общение с детьми, когда вы находитесь в спокойном состоянии?

8А. Как дети в целом чувствуют себя сейчас?

Ключ:

Взаимодействие: 1, 7, 8, 9 (при многоплодии); 1А, 8А.

Чувствительность: 2, 3, 4; 2А, 3А, 4А.

Интенсивность «эмоциональных посланий»: 5, 6; 5А, 6А, 7А.

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых, применяя методику «Пренатальный контакт»

Вопросы для самопроверки знаний:

1.Что такое привязанность в контексте отношений матери и ребенка? Какие теории привязанности существуют?

2. Как формируется привязанность между матерью и ребенком? Какие факторы влияют на этот процесс?

3. Какие факторы могут повлиять на результаты диагностики?

4. Как результаты диагностики привязанности могут быть использованы в работе с семьей?

5. Как стиль привязанности влияет на поведение ребенка в будущем?

6. Как привязанность матери и ребенка влияет на их взаимодействие в повседневной жизни?

Раздел 5. ДИАГНОСТИКА УСТАНОВОК ДЕТОРОЖДЕНИЯ В СЕМЕЙНОЙ ПАРЕ

5.1 Методика «Измерение установок в семейной паре» Ю.Е. Алешиной и др.

Практическое занятие № 20

Цель: формирование навыков работы с методикой «Измерение установок в семейной паре» (Ю.Е.Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская).

План практического занятия:

1.Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.

3. Анализ полученных результатов и сравнение результатов.

4. Обсуждение преимуществ методики и возможных ограничений её применения.

Установка – по Д. Узнадзе, готовность, предрасположенность субъекта к восприятию будущих событий и к действиям в определенном направлении; обеспечивает устойчивый целенаправленный характер протекания соответствующей деятельности, служит основой целесообразной избирательной активности человека. Речь идет именно о готовности к предстоящему действию. Если навык относится к периоду осуществления действия, то установка – к периоду, который ему предшествует. Установка имеет весьма важное функциональное значение: это состояние готовности позволяет эффективнее выполнять соответствующее действие. Однако иногда механизмы установки могут ввести в заблуждение. Именно «ошибки установки», проявляющиеся в ошибочных действиях, восприятиях или оценках, относятся к ее самым выразительным проявлениям.

Установка – не частный психологический процесс, но нечто целостное, носящее центральный характер. Это проявляется и в том, что установка, будучи сформированной в одной сфере, переходит на другие. Установка возникает при взаимодействии индивида со средой, при «встрече» потребности с ситуацией ее удовлетворения; на базе установки, выражающей состояние всего субъекта как такового, деятельность может быть активизирована помимо участия его эмоциональных и волевых актов.

Установки могут проявляться в различных сферах психической жизни. Можно говорить об установках моторных, установках перцептивных, установках умственных.

Функция установки, ее эффекты и содержание раскрываются при изучении ее роли в регуляции деятельности. Здесь основные функции ее таковы:

−установка определяет устойчивый, последовательный, целенаправленный характер протекания деятельности, выступает как

механизм стабилизации, позволяющий сохранять ее направленность в непрерывно изменяющихся ситуациях;

−установка освобождает субъекта от необходимости принимать решения и произвольно контролировать протекание деятельности в стандартных, ранее встречавшихся ситуациях;

−установка может выступать и как фактор, обусловливающий инертность, косность деятельности, затрудняющий приспособление к новым ситуациям.

Содержание установки зависит от места объективного фактора, вызывающего установку, в структуре деятельности. По тому, на какой фактор деятельности направлена установка (мотив, цель, условие деятельности), выделяют три иерархических уровня регуляции деятельности – уровни установок смысловых, целевых и операциональных.

Опросник «Измерение установок в семейной паре» дает возможность исследовать взгляды испытуемых по десяти наиболее значимым в семейном взаимодействии сферам жизни. Рассматриваются как чисто «семейные» вопросы, так и позиция опрашиваемого относительно общих проблем (например, представление о людях вообще или альтернатива между чувством долга и стремлением к удовольствиям). Как инструмент для выявления индивидуальных характеристик опросник может быть использован при изучении различных проблем семьи.

Испытуемому предлагают 40 суждений, выражающих ту или иную позицию по десяти различным значимым сферам, таким, как:

1) отношение к людям;
2) альтернатива между чувством долга и удовольствием;
3) отношение к детям;
4) ориентации на совместную или раздельную деятельность;
5) отношение к разводу;
6) отношение к любви романтического типа;
7) оценка значения сексуальной сферы в семейной жизни;
8) отношение к «запретности секса»;
9) отношение к патриархальному или эгалитарному устройству семьи;
10) отношение к деньгам.

Респонденты должны оценить степень своего согласия с каждым утверждением.

Инструкция

Просим оценить степень вашего согласия с предлагаемыми ниже суждениями, выражающими ту или иную позицию человека в жизни. Нет и не может быть правильных или неправильных ответов, важно, чтобы выбранный вариант наиболее полно отражал вашу личную точку зрения.

Текст опросника:

1. Я думаю, что многих людей оставляют равнодушными неприятности окружающих.

а) Да, это так.

б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
2. Большинство людей заняты только собой, и их мало интересует, что происходит вокруг.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
3. Я уверена, что существуют определенные моральные принципы, которыми следует руководствоваться в любых обстоятельствах.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не та
4. Плохие поступки люди совершают чаще всего не по своей воле, а по вине обстоятельств.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
5. Что бы человек ни делал, главное, чтобы он от этого получал удовольствие.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
6. Я считаю, что даже незнакомые охотно помогают друг другу, не говоря уж о близких людях.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
7. Я думаю, что по возможности нужно избегать делать то, что тебе неприятно.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
8. Чтобы быть счастливой, нужно прежде всего выполнять свои обязанности перед другими людьми.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.

г) Нет, это не так.
9. Единственное, что придает смысл человеческой жизни, – это дети.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
10. Я думаю, что супруги должны рассказывать друг другу обо всем, что их волнует.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
11. Семья, в которой нет детей, – неполноценная семья.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
12. Я думаю, что в хорошей семье супруги должны разделять различные хобби и увлечения друг друга.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
13. Чем больше детей в семье, тем лучше.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.
14. Быть постоянным свидетелем ссор родителей для ребенка значительно тяжелее, чем остаться с одним из родителей после развода.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, независимо от отношений родителей для ребенка лучше жить с отцом и матерью.
15. В хорошей семье супруги должны проводить свободное время всегда вместе.
а) Да, это так
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Думаю, что свободное время следует проводить порознь.
16. Радость, которую ребенок доставляет своим родителям, не компенсирует всего того, чего они лишаются из-за него.
17. Я считаю, что настоящая любовь бывает один раз в жизни.
а) Да, это так
в) Вряд ли это так.

б) Вероятно, это так.
г) Нет, любить можно и несколько раз в жизни

18. Часто люди разводятся, не использовав всех возможностей наладить отношения.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.

19. Когда люди любят друг друга, то ничто их по–настоящему не радует, если рядом нет любимого человека.
а) Да, это так.
в) Вряд ли это так.
б) Вероятно, это так.
г) Нет, любовь не означает, что ничто другое уже не радует.

20. Я думаю, что взаимное уважение и любовь супругов по отношению друг к другу часто бывают значительно важнее, чем сексуальная гармония между ними.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.

21. Развод, по-моему, дает человеку возможность в конце концов найти себе такого спутника жизни, какой ему нужен.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, возможность развода лишь мешает этому.

22. Я считаю, что если у любимого есть какие-то недостатки, то нужно стремиться исправить их, а не закрывать на них глаза.
а) Да, это так
в) Вряд ли это так.
б) Вероятно, это так.
г) Нет, если уж любишь человека, то любишь и его достоинства, и его недостатки.

23. В последнее время о сексуальных проблемах слишком уж много говорят.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.

24. Я думаю, что доступность развода привела к тому, что рушатся многие браки, которые могли бы быть удачными, если бы развод был невозможен.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.

г) Нет, возможность развода помогает сохранить удачный брак и дает средство исправить ошибку

25. Я считаю, что все семейные проблемы легко разрешимы, если физическая близость обоим приносит настоящее удовлетворение:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, это не так.

26. Если люди любят друг друга, то они каждую свободную минуту стремятся провести вместе:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, я думаю, что то, что люди любят друг друга, не означает, что они постоянно хотят быть вместе

27. Я считаю, что лучше, чтобы супруги как можно реже обсуждали между собой проблемы, связанные с физической близостью:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, это не так.

28. Я думаю, что значение сексуальной гармонии в семейной жизни обычно преувеличивается:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, это не так.

29. Я считаю, что семейные отношения зависят только от того, как складываются сексуальные отношения супругов:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, это не так.

30. Секс может быть такой же темой для разговора между супругами, как и любая другая:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, это не так.

31. Я думаю, что не стоит обращаться к специалисту по поводу затруднений в своей сексуальной жизни:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, это не так.

32. Современные женщины все реже соответствуют истинному идеалу женственности:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, это не так.

33. Как сейчас, так и в будущем, все основные обязанности женщины будут связаны с домашним очагом, а мужчины — с работой:

а) да, это так; в) вряд ли это так;

б) вероятно, это так; г) нет, это не так.

34. Для современной женщины так же важно обладать деловыми качествами, как и для мужчины:

а) да, это так;
б) вероятно, это так;
в) вряд ли это так;
г) нет, это не так.

35. И жена, и муж должны иметь некоторую сумму, которую каждый может тратить так, как считает необходимым.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, все траты нужно
обсуждать вместе.

36. Профессиональные успехи жены мешают счастливой семейной жизни.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.

37. Если есть деньги, то не стоит раздумывать, купить или не купить понравившуюся вещь.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.

38. Я думаю, что следует регистрировать (например, записывать) все произведенные расходы.
а) Да, это так.
б) Вероятно, это так.
в) Вряд ли это так.
г) Нет, это не так.

39. Бюджет семьи необходимо планировать до мельчайших покупок.
а) да, это так;
б) вероятно, это так;
в) вряд ли это так;
г) Нет, я думаю, планировать бюджет не надо

40. Я считаю, что необходимо делать сбережения, даже если при этом приходится себе в чем–то отказывать
а) да, это так;
б) вероятно, это так;
в) Вряд ли есть смысл делать сбережения, если средств недостаточно.
г) Делать сбережения следует только в том случае, если для этого не надо экономить.

Все суждения группируются по 10 установочным шкалам:

1-я шкала: отношение к людям (позитивность отношения к людям): суждения № 1,2,4, 6;

2-я шкала: альтернатива между чувством долга и удовольствием: суждения

№ 3, 5, 7, 8;

3-я шкала: отношение к детям (значение детей в жизни человека): суждения

№ 9, 11, 13, 16;

4-я шкала: ориентация на преимущественно совместную или же преимущественно раздельную деятельность, автономность супругов или же зависимость супругов друг от друга: суждения № 10, 12, 15, 35;

5-я шкала: отношение к разводу: суждения № 14,18,21,24;

6-я шкала: отношение к любви романтического типа: суждения № 17,19, 22, 26;

7-я шкала: оценка значения сексуальной сферы в семейной жизни: суждения № 20, 25,28, 29;

8-я шкала: отношение к «запретности секса» (представление о запретности сексуальной темы): суждения № 23, 27, 30,31;

9-я шкала: отношение к патриархальному или эгалитарному устройству семьи (ориентация на традиционные представления): суждения № 32, 33, 34, 36;

10-я шкала: отношение к деньгам (легкость трат – бережливость): суждения № 37, 38, 39, 40.

По каждой шкале считается среднее арифметическое значение четырех ответов; альтернативам приписываются следующие значения: 4 («да, это так»); 3 («вероятно, это так»); 2 («вряд ли это так»); 1 («нет, это не так»), т. е. обработка по шкалам ведется следующим образом:

1-я шкала (–1–2+4+6): 4 – чем выше балл, тем оптимистичнее представление респондента о людях вообще;

2-я шкала (3–5–7+8): 4 – чем выше балл, тем ярче выражена ориентация респондента на долг по сравнению с удовольствием;

3-я шкала (9+11 + 13–16): 4 – чем выше балл, тем более значимой представляется роль детей в жизни человека;

4-я шкала (10+12+15–35): 4 – чем выше балл, тем выраженнее у респондента ориентация на совместную деятельность супругов во всех сферах семейной жизни;

5-я шкала (–14+18–21+24): 4 – чем выше балл, тем менее лояльно отношение респондента к разводу;

6-я шкала (17+19+22+26): 4 – чем выше балл, тем ярче выражена ориентация на романтическую любовь;

7-я шкала (20–25+28–29): 4 – чем выше балл, тем менее значимой представляется сексуальная сфера в семейной жизни;

8-я шкала (23+27–30+31): 4 – чем выше балл, тем более запретной представляется сексуальная тема;

9-я шкала (–32–33+34–36): 4 – чем выше балл, тем менее традиционно представление о роли женщины;

10-я шкала (–37+38–39+40): 4 – чем выше балл, тем бережливее респондент относится к деньгам, чем ниже – тем легче он относится к их трате.

Примечание:

Работа по данной методике должна подкрепляться личными наблюдениями психолога в процессе собеседования.

Следует обращать внимание на категоричность высказываний, отражающихся в максимально высоких и крайне низких баллах. При условии, что респондент преимущественно выбирает ответы «да…» или «нет…» можно предполагать, что ему свойственны ригидность установок и негибкость, следствием которых может быть наличие серьезных конфликтов в семье. Разнообразные ответы могут свидетельствовать о том, что у респондента достаточно гибкая позиция, и он склонен к компромиссам.

Если же в ответах практически не встречается «да...» или «нет…», то это говорит о конформизме и отсутствии позиции во взглядах на те или иные вопросы семейного взаимодействия. Это может привести к потере авторитета взрослого.

Задание для СРС:

1. Проведите исследование двух испытуемых, применяя методику «Измерение установок в семейной паре» (Ю.Е.Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская).

5.2 Опросник «Анализ семейного мифа» А.А. Нестерова

Практическое занятие № 21

Цель: формирование навыков работы с опросником «Анализ семейного мифа» А.А. Нестерова.

План практического занятия:

1.Ознакомление с историей создания, структурой и целями методики.

2.Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследония) по методике, анализ полученных результатов и сравнение результатов, объединившись в малые группы (пары, тройки).

Методика «Анализ семейного мифа» позволяет в некотором приближении оценить совокупность мифологических представлений о семье отдельного человека, чтобы наметить ориентиры для более глубокого изучения его семейного самосознания. Опросник состоит из 30 вопросов, и включает в себя 6 шкал, соответствующих шести семейным мифам, а также показатель общей мифологичности семейных представлений. Опросник соответствует основным нормам надежности, валидности и согласованности.

Описание шкал теста «Анализ семейного мифа» А.А. Нестеровой.

1. «Миф о вечной любви и неразделимости членов семьи».

В основе этого мифа лежит представление о том, что семья – это сосредоточение вечного, неизменного чувства любви. По мнению людей,

придерживающихся этого мифа, чувства в семье – это явление, не подверженное никаким изменениям. Это может выражаться в убежденности супругов, что любовь между мужем и женой не угасает с годами, что чувства должны быть такими же яркими и насыщенными, как и в первые дни супружеской жизни.

Если такой миф существует у одного из супругов, то он обычно либо пытается постоянно добиваться особого внимания у своей второй половины, игнорируя других членов семьи и настроения своего супруга, либо начинает искать это чувство «на стороне», будучи убежденным, что его в семье недостаточно ценят и любят. Примерно то же самое можно наблюдать и в отношениях родителей к ребенку, которого они бесконечно долго не хотят выпускать из-под своей опеки, не могут смириться с тем, что чувства ребенка с возрастом несколько изменяются. Взрослея, ребенок не перестает любить своих родителей, он просто хочет обрести самостоятельность, свою семью, чем вызывает необоснованную ревность у родителей с таким типом семейного мифа.

Типичные высказывания: «Чувства супругов не охладевают в течение совместной жизни», «Счастливой семью можно назвать только тогда, когда и в старости супруги любят друг друга с той же силой».

2. «Миф о волшебной силе любви».

Это миф, с помощью которого отрицаются некоторые объективные причины, влияющие на развитие событий в семье. Лица, для семейного самосознания которых созвучен миф такого рода, игнорируют те обстоятельства, которые могут повлиять на развитие событий в семье, исключают необходимость конструктивного решения проблемы в семье, ее обсуждения. Взамен навыка решения семейных проблем у них формируется миф, что любовь между супругами, любовь родителей к детям может решить все проблемы, способствует выходу из любой сложной ситуации.

Люди, придерживающиеся этой позиции, считают, что не нужно предпринимать никаких усилий для создания семейного благополучия – любовь сделает все сама: вылечит, воспитает, поставит все на свои места.

Типичные высказывания: «Только любовь родителей, и больше ничто, может спасти ребенка, если он попал в беду», «Любовь способна победить все злые силы», «Если супруг любит меня – то обязательно вернется, поэтому не стоит даже обсуждать с ним этот вопрос».

3. «Миф абсолютизации семейных ситуаций».

Этот семейный миф предполагает подмену анализа семейной ситуации абсолютными понятиями, ригидными схемами. Лица с этим мифом полагают очевидным, что в любой ситуации существует один, общий для большинства людей стереотип поведения.

Миф абсолютизации семейных ситуаций предполагает довольно схематичный анализ любого семейного явления: определенные особенности ситуации неизбежно влекут за собой определенные ответные реакции индивида. Других реакций, которые не входят в представления о семье

человека с этим мифом, просто быть не может. Этот миф способствует игнорированию множества аспектов ситуации, которые могут играть существенную роль в ходе развития событий.

Типичные высказывания: «Если муж хоть раз ударил жену, значит, он и впредь будет поднимать на нее руку», «У хорошего семьянина всегда есть четкое представление о том, какой должна быть счастливая семья».

4. «Миф о злых силах, атакующих семью».

В основе этого мифа лежит представление о том, что на всё, что происходит в семье, влияют какие-то высшие силы (чаще всего злые). Именно эти «злые силы» и осложняют спокойную жизнь в «тихой гавани» семьи. Этот миф способен приписывать окружающим обстоятельствам негативное влияние, которое сказывается на благополучии семьи.

Лица, склонные к этому мифу, отрицают тот факт, что ситуация складывается так или иначе, потому что именно члены семьи оказывают свое субъективное влияние на развитие событий, и полагают, что все члены семьи осаждаются разными могучими и многочисленными силами, направленными против семьи.

Типичные высказывания: «Семья рушится только тогда, когда на нее воздействуют неблагоприятные обстоятельства извне», «Большинство размолвок в семье происходит по чужой вине: недоброжелателей, завистников, сплетников». «Если семья распадается – это судьба».

5. «Миф о необходимости жертвовать ради семьи и ее членов».

Этот миф включает представления о том, что каждый член семьи должен чем-то жертвовать, поступаться своим интересами, пренебрегать своими чувствами и желаниями ради семьи, детей, супруга.

Для достижения счастливой семейной жизни супруги должны быть бескорыстными и думать о семье, а не о себе – так полагают лица, придерживающиеся мифа «о необходимости жертвы». Сообразуясь с этим мифом, индивид существует не как отдельная личность, а как некий довесок других членов семьи.

Типичные высказывания: «Когда в семье растет ребенок, родители должны пожертвовать своей личной жизнью ради него», «Если супруг не разделяет твоих увлечений, то ради семейного счастья нужно отказаться от них», «Если в семье кто–то серьезно заболел, то все должны поступиться всеми своими интересами».

6. «Миф о постоянстве семейного благополучия».

Носители этого мифа считают, что семейное счастье и благополучие – это явление постоянное. Они полагают также, что в счастливой семье не должно быть размолвок, так как наличие ссор свидетельствует о ненависти членов семьи друг к другу. В представлении таких людей все члены семьи должны быть всегда «положительными», совершать только хорошие поступки, ведь именно от этого будет зависеть семейное счастье.

В таких семьях нет места для промаха, нет места для неблагоприятных периодов в жизни семьи и для кризисов. Все события, которые нарушают

привычный благополучный ход событий в семье, воспринимаются людьми с таким мифом как катастрофа и распад семьи.

Типичные высказывания: «Если семья благополучна, то она счастлива во все периоды своей жизни», «В семье не должно быть размолвок. Если же люди ссорятся, это значит, что им незачем быть вместе».

Инструкция к тесту «Анализ семейного мифа» А.А. Нестеровой

Перед Вами некоторые утверждения о браке, семье, отношениях между членами семьи. На прилагаемом регистрационном бланке приводятся варианты ответов: «совершенно не согласен», «вряд ли это верно», «и да, и нет», «в общем, это верно», «полностью согласен». Вы выбираете один из вариантов ответа и в зависимости от того, насколько. Вы согласны с утверждением, в соответствующей графе ставите знак «+».

Отвечайте быстро, не тратя слишком много времени на обдумывание вопросов, так как наиболее важна Ваша первая реакция, а не результат слишком долгих размышлений. Здесь не может быть «правильных» или «неправильных» ответов, важно именно Ваше мнение.

1- Совсем не согласен

2 - Вряд ли это верно

3 - И да, и нет

4 - В общем, это верно

5 - Полностью согласен

Вопросы теста «Анализ семейного мифа» А.А. Нестеровой

1. Мужчина и женщина могут вступать в брак только тогда, когда они уверены, что смогут прожить вместе до конца своих дней.

2. Часто бывает, что только любовь одного из супругов спасает другого от непоправимых ошибок.

3. В каждой семье есть четкие правила, которым должны следовать члены семьи.

4. Семья рушится только тогда, когда на нее воздействуют неблагоприятные обстоятельства извне.

5. Если в семье кто-то серьезно заболел, то все должны поступиться своими интересами и ухаживать за больным.

6. Благополучные семьи счастливы во все периоды совместной жизни.

7. Чувства супругов не охладевают в течение совместной жизни.

8. Если в семье царит любовь, то никакие бури ей не грозят.

9. Трудно бывает с людьми, у которых нет четких понятий: что такое долг, ответственность, благополучие.

10. Если в семье одни неприятности сменяют другие: уходит супруг из семьи, ребенок становится неуправляем, другой супруг не может устроиться на работу – это можно объяснить «злым роком».

11. Когда в семье растет ребенок, родители должны пожертвовать своей личной жизнью ради него.

12. В благополучной семье не бывает периодов, когда супруги несчастливы друг с другом.

13. Счастливой семью можно назвать только тогда, когда и в старости супруги любят друг друга с той же силой

14. Я уверен(а), что если супруг(а) охладевает, то не нужно обсуждать этот вопрос, не нужно ничего предпринимать – в конечном счете любовь вернет супруга(у).

15. Если муж хоть раз ударил жену, значит, он и впредь будет поднимать на нее руку.

16. Я верю в то, что большинство размолвок в семье происходит по чужой вине: недоброжелателей, завистников, сплетников

17. Супругам необходимо все время жертвовать друг для друга.

18. В счастливой семье не бывает размолвок. Если же люди ссорятся, это значит, что они разлюбили друг друга.

19. Любовь в счастливой семье не угасает с годами.

20. Только любовь родителей, и больше ничто, может спасти ребенка, если он попал в беду.

21. Если ребенок сказал неправду, значит, в другой раз он опять сможет солгать.

22. Если семья распадается – это судьба.

23. Если бы мой супруг(а) не разделял(а) моих увлечений, то ради семейного спокойствия я бы отказался(лась) от них.

24. От семьи и брака требуется максимум счастья. Семья – главный и постоянный источник удовольствия

25. Идеальная семья – это семья, в которой супруги любят друг друга всю жизнь

26. Я верю в случаи, когда любовь побеждает все «злые силы»

27. У хорошего семьянина всегда есть четкое представление о том, какой должна быть счастливая семья.

28. Если семья без видимых причин распадается, значит, ее сглазили.

29. Супруги должны быть бескорыстны и думать о семье, а не о себе.

30. Я считаю, что супружеское счастье – явление постоянное.

Ключи к тесту «Анализ семейного мифа» А.А. Нестеровой

Баллы подсчитываются по следующей системе:

- «совершенно не согласен» – 1 балл,
- «вряд ли это верно» – 2 балла,
- «и да, и нет» – 3 балла,
- «в общем это верно» – 4 балла,
- «полностью согласен» – 5 баллов.

Подсчитываются баллы по каждой шкале:

- 1 шкала (миф «о вечной любви»): 1, 7, 13, 19, 25
- 2 шкала (миф «о волшебной силе любви»): 2, 8, 14, 20, 26
- 3 шкала (миф «абсолютизации семейных ситуаций»): 3, 9, 15, 21, 27
- 4 шкала (миф «о злых силах, атакующих семью»): 4, 10, 16, 22, 28
- 5 шкала (миф «о необходимости жертвы ради семьи»): 5, 11, 17, 23, 29

−6 шкала (миф «о постоянстве семейного благополучия»): 6, 12, 18, 24, 30

Диапазон возможных значений по шкалам методики: от 5 до 25.

Общий балл («общая мифологичность семейных убеждений») подсчитывается количество согласий по всем утверждениям, т. е. где балл, присвоенный утверждению, больше 3 (максимальный балл по общей шкале может быть равен 30).

Задание для СРС: Проведите исследование двух испытуемых по опроснику «Анализ семейного мифа» А.А. Нестеровой.

5.3 Проективная рисуночная методика «Метафора счастливой семьи» (Шитикова М.Н.)

Практическое занятие № 22

Цель: формирование навыков работы с проективной рисуночной методикой «Метафора счастливой семьи» (Шитиковой М.Н.).

План практического занятия:

1. Ознакомление со структурой и целями методики.
2. Проведение исследования одного испытуемого (или самоисследования) по методике.
3. Анализ полученных результатов и их сравнение с результатами других студентов.

Метафора является одним из значимых инструментов в работе психолога. Через метафору порой бывает легче выразить своё состояние, отношение к себе и другим, нежели напрямую. Графическая, рисуночная метафора помогает заметить неосознаваемые или слабо осознаваемые конфликты, противоречия, а также выраженность гармоничности семейных взаимоотношений, готовность к деторождению или напряжённость, связанную с рождением детей.

Данная методика создана по аналогии с тестами «Семья в образе животных», «Кинетический рисунок семьи», «Несуществующее животное», «Человек под дождём». Для интерпретации результатов можно опираться на характеристики, описанные в вышеперечисленных методиках.

Материалы: лист бумаги А4, цветные карандаши.

Инструкция:

– Нарисуй (те) счастливую семью в образах животных, растений, небесных тел или любых других объектов. Например, сказочных персонажей. Таким образом, ваш рисунок будет метафорой счастливой семьи.

После окончания, следует провести пострисуночный опрос, можно предложить испытуемому составить рассказ по рисунку.

Рекомендуется обсуждать рисунок по аналогии с обсуждением теста «Рисунок семьи». Основные вопросы для беседы:

– Кто здесь нарисован? Где живут? Чем занимаются?

– Кто самый главный, сильный, слабый, смелый, трусливый, красивый, любимый, счастливый или несчастный и т.п. Важно не просто спросить, но и обсудить с испытуемым почему он наделяет этого члена семьи именно такой характеристикой, по какому признаку? (пример: «Почему он красивее всех, кто это замечает, что ты думаешь об этом?»)

– Чем заняты члены семьи? Чем интересуются? Куда любят ходить? Кто может запрещать что–либо делать? Что будет, если не послушаться?

– Что именно делает эту семью счастливой? Что нужно этой семье для ощущения счастья? Все ли члены этой семьи счастливы? Почему или благодаря чему?

Следует обсудить с испытуемым метафорическое изображение каждого члена семьи. Почему испытуемый выбрал именно этот образ. Все ли образы членов семьи комплементарны друг другу.

Также необходимо замечать с изображения чьего образа начинается рисунок – это самый важный для испытуемого человек. Кого второго и так далее. На каком расстоянии нарисованы образы: рядышком (благополучие) или разрозненно, по всему листу (низкий уровень эмоциональных связей). В какой части листа сгруппирован рисунок: равномерно по всему листу, по центру можно расценивать как эмоциональное благополучие, принятие своей роли, как центрального, значимого члена семьи; в нижней части листа – возможно, сниженное настроение, низкий уровень притязаний; в верхней части листа – завышенный уровень притязаний; смещение рисунка влево говорит о зацикленности на прошлом; смещение вправо – нацеленность на будущее, избегание настоящего. Имеет значение размер фигур, их соразмерность.

Если автор не нарисовал себя (не может соотнести себя ни с одним из изображённых образов), это, как правило, говорит о чувстве непринятия в семье, ощущение отверженности, невозможности соотнести свои актуальные семейные отношения со счастливыми.

Обычно рядом с собой испытуемый рисует члена семьи, с которым наибольшая эмоциональная связь. Если семья поделена на группы – это говорит о конфронтации в семейных отношениях, о создании альянсов.

Следует обратить внимание на выбор цвета. Образы, изображённые в одной цветовой гамме, отражают эмоциональную близость, сходство в реакциях, поведении и т.д. Светлые тона, говорят о благополучии, а темные, особенно с плотной штриховкой, о тревожности и негативе.

Выбранные для изображения образы также бывают весьма красноречивыми. Так, например, выбранные для изображения предметы домашнего обихода могут свидетельствовать о значимости времени, проводимом с семьёй дома, важности семейных занятий, обрядов и ритуалов. Или, например, рисунок семьи, изображённой в образах людей на празднике, может свидетельствовать о дефиците ярких положительных эмоций у автора, или о том, что счастье у него ассоциируется с праздником.

Следует обращать внимание на наличие/отсутствие опоры в рисунке (пол, земля, стопы у людей или животных); характер изображения рук, поз, выражения лиц (если они присутствуют в образах); количество образов, составляющих семью, наличие/отсутствие образов, символизирующих детей.

Если нарисовать вначале семью в образах (не обязательно образах животных), а затем рисунок метафоры счастливой семьи, можно интерпретировать эти рисунки в сравнении. Также можно предложить испытуемым создать серию рисунков: «Рисунок матери» и «Рисунок счастливой матери», «Рисунок отца» и «Рисунок счастливого отца». Сравнение серий подобных рисунков даёт более полное представление о внутренних установках испытуемых на деторождение. Содержат ли изображения детей, партнёров, занятия. Меняется ли величина объектов, характер изображения, цветовая гамма, описание рисунка в пострисуночном опросе.

Задание для СРС: Самостоятельная работа № 3.

1.Заполните таблицу

Методика	Авторы, дата создания	Цель (что позволяет исследовать)	Возможные ограничения применения
«Птичье гнездо»			
«Пренатальная привязанность матери к ребёнку»			
«Пренатальныйконтакт»			
«Измерение установок в родительской паре»			
«Анализ семейного мифа»			
«Метафора счастливой семьи			

Вопросы для самопроверки знаний:

1.Что понимается под установками деторождения? Какие факторы их формируют?

2. Как установки деторождения влияют на планирование семьи и отношения в паре?

3. Какие методы и методики используются для диагностики установок деторождения в семейной паре?

4. Какие проективные методики могут быть полезны для диагностики установок деторождения?

5. Какие рекомендации можно дать паре на основе диагностики их установок деторождения?

6. Как диагностика помогает выявить конфликты или разногласия в паре по поводу деторождения?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алешина Ю.Е. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений Спецпрактикум по социальной психологии / Ю.А. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 120 с.

2. Брутман, В.И., Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов / В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова // Вопросы психологии. – 2002. – № 3. – С. 110–118.

3. Васильченко О.Н. Репродуктивное поведение. Возможности диагностики // Вестник практической психологии образования. – 2013. – Т. 10. № 2. – С. 119–126. – URL: https://psyjournals.ru/journals/bppe/archive/2013_n2/Vasilchenko (дата обращения: 27.02.2025). – ISSN: 2658–3100.

4. Добряков, И.М. Перинатальная психология / М.И. Добряков. – Издательский дом «Питер», 2015. – 376 с.: ил.; 28 см. – Библиография: с. 218–220. – ISBN 978–5–496–01522–6. – Текст: непосредственный.

5. Заманаева Ю.В. Психодиагностическая методика «Пренатальный контакт»: структура, психодиагностические возможности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2020. – Т. 10. – Вып. 3. – С. 303–322.

6. Ланцбург, М.Е. Психологические и психосоматические нарушения в период беременности и родов: обзор современных зарубежных исследований / М.Е.Ланцбург, Т.В. Крысанова, Е.В.Соловьева // Современная зарубежная психология. – 2016. – Том 5. – № 2. – С. 78–87.

7. Лахвич, Ю.Ф.Мотивация родительства при усыновлении / Ю.Ф. Лахвич, Л.И. Науменко // Адукацыя і выхаванне = Образование и воспитание: навукова–тэарэтычны і інфармацыйна-метадычны часопіс / гал. рэд. А.І. Жук; заснавальнік Міністэрства адукацыі Рэспублікі Беларусь, Нацыянальны інстытут адукацыі. – 2008. – №10. – С.13–21.

8. Митрушина, Н. А. Диагностические методики в перинатальной психологии : метод. указания / Яросл. гос. Ун-т им. П. Г. Демидова; Н. А. Митрушина .– Ярославль : ЯрГУ, 2009 .– 50 с. – URL: https://rucont.ru/efd/237440 (дата обращения: 22.01.2025)

9. Нестерова, А. А. Разработка и валидизация диагностического опросника "Анализ семейного мифа" / А. А. Нестерова // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2017. – № 1. – С. 33–49. – DOI 10.18384/2310–7235–2017–1–33–49. – EDN ZIHAMH.

10. Овсяникова, Е. А. Перинатальная психология : учебное пособие / Е. А. Овсяникова, М. Ю. Худаева. – Белгород : НИУ БелГУ, 2022. – 104 с. – ISBN 978–5–9571–3329–2. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. – URL: https://e.lanbook.com/book/329288

11. Психодиагностика. Теория и практика : учебник для вузов / М. К. Акимова [и др.]. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство

Юрайт, 2024. – 609 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–16295–0. – Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/544906

12. Рабовалюк, Л. Н. Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) / Л. Н. Рабовалюк. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2012. – № 6 (41). – С. 350–356.– URL: https://moluch.ru/archive/41/4918/

13. Рамендик, Д. М. Практикум по психодиагностике: учебное пособие для вузов / Д. М. Рамендик, М. Г. Рамендик. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2024. – 139 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–07265–5. – Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/537512

14. Савенышева С.С. Перевод и адаптация методики «Пренатальная привязанность матери к ребенку» (MAAS) / С.С. Савенышева, В.О. Аникина, М.Е. Блох // Консультативная психология и психотерапия. – 2022. – Том 30. № 3. – С. 92–111. – DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2022300306

15. Скляренко Н.И., Лобынцева К.Г., Черторицкая О.Ю. Сборник диагностических материалов по изучению особенностей семейныхи детско–родительских отношений. – Белгород, 2021. – 210 с. https://mopsgmr.ru/wp–content/uploads/2024/12/sbornik.pdf

16. Скрининговая шкала перинатальной тревоги (PASS–R). Краткое руко–водство по использованию. Методическое пособие. – СПб.:СПбГПМУ, 2021. – 20 с. – ISBN 978–5–907443–61–7. – Текст: непосредственный

17. Филиппова, Г. Г. Психология материнства : учебное пособие для вузов / Г. Г. Филиппова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2024. – 212 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–06007–2. – Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/537545

18. Филиппова, Г.Г. Отношение беременной к шевелению ребенка: прогностические возможности / Г.Г.Филиппова // Хрестоматия по перинатальной психологии. – М., 2005. – С. 166–169.

19. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. – 332 с.: ил. Мэтры мировой психологии . – ISBN 5–9268–0204–0. – Текст: непосредственный.

ГЛОССАРИЙ

Абилитация – это комплекс мероприятий, направленных на развитие способностей и навыков у детей с врожденными или рано приобретенными нарушениями, чтобы максимально адаптировать их к жизни.

Валидность – (от англ. valid – «действительный, пригодный, имеющий силу») – это «понятие, указывающее нам, что тест измеряет и насколько хорошо он это делает».

Гестационная доминанта – это психофизиологическое состояние беременной женщины, характеризующееся сосредоточением всех ресурсов организма на вынашивании ребенка и подготовке к родам.

Импринтинг – это форма обучения, при которой в раннем периоде жизни происходит быстрое и устойчивое запечатление значимых объектов или моделей поведения (например, связь между матерью и ребенком).

Мотив – это побуждение к действию, которое связано с удовлетворением потребностей субъекта.

Мотив зачатия – это внутренние психологические причины, побуждающие человека или пару к решению завести ребенка, включая социальные, эмоциональные и биологические аспекты.

Надежность – это помехоустойчивость теста, независимость его результата от действия всевозможных случайных факторов.

Натальный период – это период, связанный непосредственно с процессом родов, включающий физиологические и психологические аспекты рождения ребенка.

Опросник – это большая группа психодиагностических методик, задания которых представлены в виде вопросов или утверждений, а задачей испытуемого является самостоятельное сообщение некоторых сведений о себе, о своих переживаниях и отношениях в виде ответов.

Отношение – это устойчивая готовность субъекта воспринимать конкретный объект и действовать по отношению к нему определённым образом.

Перинатальная поддержка – это комплекс медицинских, психологических и социальных мер, направленных на помощь женщине и семье в период беременности, родов и послеродового периода.

Перинатальная потеря – это смерть плода или младенца в перинатальный период (мертворождение или смерть в первую неделю жизни).

Перинатальная психология – это область психологической науки, изучающая обусловленные взаимодействием с матерью закономерности психического развития человека на самых ранних этапах его онтогенеза от зачатия до первых месяцев жизни после рождения.

Постнатальная депрессия – это эмоциональное расстройство, возникающее у женщины после родов, характеризующееся подавленным настроением, апатией и чувством вины.

Постнатальный период – это этап развития, начинающийся после рождения и включающий раннее младенчество, адаптацию ребенка к внеутробной жизни и формирование связи с матерью.

Пренатальный контакт – это когнитивная, аффективная и поведенческая активность женщины, направленная на установление связи с будущим ребенком и взаимодействие с ним.

Пренатальный период – это этап развития от зачатия до рождения, включающий эмбриональный и фетальный периоды, во время которого происходит формирование органов и систем плода.

Пренейт – термин, используемый для обозначения будущего ребенка в период внутриутробного развития, подчеркивающий его как субъекта взаимодействия с матерью и окружающей средой.

Привязанность – это глубокая эмоциональная связь, стремление быть рядом с другим человеком, потребность ощущать его близость, поддерживать постоянный контакт с ним.

Проективная методика – Это методики, в основе которых лежит механизм проекции. Под проекцией можно понимать механизм, когда психика воспринимает собственные качества, свойства, особенности, эмоции, как принадлежащие другим людям или процессам.

Протодиалог – это ранняя форма взаимодействия между младенцем и взрослым, включающая обмен взглядами, звуками и жестами, которая является основой для развития коммуникации.

Психологическая готовность к беременности – это состояние эмоциональной, когнитивной и социальной зрелости, при котором женщина (или пара) осознанно и ответственно подходит к планированию и вынашиванию ребенка.

Психоэмоциональное состояние – это совокупность эмоций, чувств и настроений, которые испытывает человек в определенный момент времени, влияющих на его поведение и самочувствие.

Реабилитация – это процесс восстановления утраченных или нарушенных функций организма, а также социальной адаптации после заболеваний, травм или стрессовых ситуаций.

Репродуктивная психология – это раздел психологии, который изучает психические процессы, состояния, поведение и эмоциональные аспекты, связанные с репродуктивной функцией человека.

Репродуктивная установка – это убеждения, ценности и ожидания, связанные с рождением детей, планированием семьи и родительством.

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, связанное с репродуктивной системой, её функцией и процессами.

Репродуктивные мотивы – это движущие силы, побуждающие человека к достижению разного рода целей и личностной реализации через рождение ребёнка.

Родитель – это эго-состояние, которое формируется у человека на основе его личных наблюдений за своими матерью и отцом.

Стандартизация – это процесс унификации, регламентации, приведения к единым нормативам процедуры психодиагностики и тестовых показателей.

Стиль переживания беременности – это индивидуальный способ реагирования женщины на беременность, включающий эмоциональные, когнитивные и поведенческие аспекты.

Тератогенный фактор – это внешнее или внутреннее воздействие (химическое, физическое, биологическое), которое может вызвать нарушения в развитии эмбриона или плода, приводящее к врожденным аномалиям.

Тест – это стандартизованные, краткие, чаще всего ограниченные во времени испытания, предназначенные для установления количественных (и качественных) индивидуально–психологических различий.

Тревога – это эмоциональное состояние, характеризующееся чувством беспокойства, напряжения и ожидания негативных событий, часто возникающее в ситуациях неопределенности или стресса.

Установка – это предрасположенность к определенному поведению или реакции, формирующаяся под влиянием прошлого опыта, убеждений и ожиданий.

Холдинг – это процесс физического и эмоционального удерживания ребенка матерью или другим значимым взрослым, обеспечивающий чувство безопасности и поддержки.

Эмбриональное развитие – это этап внутриутробного развития, начинающийся с момента зачатия и продолжающийся до 8-й недели беременности, в течение которого формируются основные органы и системы.

ИТОГОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Перинатальная психология включает изучение:

а) психического развития ребенка от зачатия до конца раннего возраста;

б) психического развития ребенка от зачатия до готовности к рождению;

в) развитие взаимодействия матери с ребенком до рождения;

г) становление родительства в период беременности и родов;

д) фокусируется на эмоциональных и психологических аспектах, связанных с деторождением: от трудностей с зачатием до перехода к родительству.

2. В широком смысле слова термин «перинатальный» означает период развития:

а) от зачатия до рождения;

б) от зачатия до окончания стадий сепарации ребенка от матери;

в) от 28 недели после зачатия до 7 дней после рождения.

3. Одной из тенденций современной репродуктивной психологии является:

а) позиция репродуктивных психологов, которую можно назвать «гуру»;

б) проникновение научно обоснованных методик в практику репродуктивных психологов;

в) все ответы верны.

4. Цель репродуктивной психологии заключается:

а) изучить и осознать закономерности формирования, становления, развития и воспитания зародыша, эмбриона и плода в пренатальный период;

б) изучить и проанализировать перинатальную психологию как новую область знания;

в) изучить зависимость психического и физического здоровья детей и взрослых от прохождения периода беременности и родов;

г) в повышении психических ресурсов и адаптационных возможностей женщины и мужчины в процессе реализации репродуктивной функции, в гармонизации семейных отношений и создании оптимальных условий для развития матери и ребёнка.

5. Психология родительства включает в себя изучение:

а) становление родительства в период беременности и родов;

б) онтогенез материнства;

в) содержание родительской потребностно-мотивационной сферы и ее развитие;

г) взаимодействие родителей с ребенком в раннем онтогенезе.

6. Тезис о травме рождения был сформулирован в работах:

а) С. Грофа; б) Д. Винникотта; в) З. Фрейда; г) М. Кляйн; д) О. Ранк.

7. На основе собственных исследований Филиппова Г.Г. выделяет шесть стилей эмоционально-личностных переживаний беременной женщины при шевелении плода:

а) адекватный; б) симбиотический;

в) тревожный; г) эйфорический;

д) мнительный; е) игнорирующий;

ж) конфликтный; з) невротический;

и) отвергающий; к) амбивалентный.

8. С точки зрения Филипповой Г.Г., показателями внутреннего конфликта в материнской сфере у женщин с нарушениями течения беременности являются:

а) конфликтный и тревожный образ будущего ребенка;

б) адекватное отношение матери к настоящей беременности;

в) объектное отношение к ребенку со стороны матери;

г) отсутствие эмоционального принятия будущего ребенка; конфликтный образ себя как матери;

д) уравновешенное и спокойное принятие образа будущего ребенка;

е) эйфорическое или дискомфортное отношение к собственной материнской позиции;

ж) тревожный или конфликтный образ своей матери.

9.Психологические компоненты гестационной доминанты - это:

а) совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности;

б) совокупность механизмов психической саморегуляции, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка;

в) совокупность механизмов психической саморегуляции, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы;

г) все ответы верны.

10.Для какого типа Гестационной доминанты характерно манипулирование, попытки посредством беременности изменить отношения с мужем, достигнуть меркантильных целей:

а) тревожном;

б) гипогестогнозическом;

в) депрессивном;

г) эйфорическом.

Учебное издание

Кондрашихина Оксана Александровна
Шитикова Марина Николаевна
Якубовская Ксения Георгиевна

ПСИХОДИАГНОСТИКА В РЕПРОДУКТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие

ISBN 978-5-6053780-3-7

В авторской редакции

Изд. № 100/2025. Объем 9 п.л. Усл. печ. л. 8,37. Уч.-изд. л. 8,82.
РИИЦМ ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет»