

Кушнир Евгения Алексеевна

соискатель кафедры общей психологии и психологии развития личности Одесского национального университета им. И.И. Мечникова, перинатальный психолог Запорожского родильного дома № 3

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ С ЕДИНИЦЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОБСТВЕННОГО ВРЕМЕНИ БЕРЕМЕННЫМИ

Аннотация:

С помощью экспериментального метода воспроизведения длительности временного интервала выделена единица переживания собственного времени беременными. Установлено иное распределение единицы переживания собственного времени, исключаящее представителей холероидного типа темперамента. На основе теста отношений беременной И.В. Добрякова выделены подтипы психологического компонента гестационной доминанты. Обнаружена взаимосвязь единицы переживания собственного времени беременными с депрессивным показателем психологического компонента гестационной доминанты.

Ключевые слова:

беременные женщины, единица переживания собственного времени беременными, гестационная доминанта, психологический компонент гестационной доминанты.

Kushnir Evgenia Alekseevna

PhD applicant, Department for General Psychology and Psychology of Personality Development, Odessa National University, Perinatal Psychology of Maternity Hospital №3 city of Zaporozhye,

THE RELATIONSHIP OF A TYPE OF PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATIONAL DOMINANT WITH AN INTRINSIC TIME UNIT FEELING BY A PREGNANT WOMAN

Summary:

By applying the experimental method of interval size re-trieval, the author singles out an intrinsic time unit feeling by a pregnant woman. It is established, that there is other distribution of intrinsic time unit, excluding representatives of choleric temperament type. On the basis of the test of pregnant woman's relations developed by I.V. Dobryakov the author considers the subtypes of psychological component of gestational dominant. The article reveals the correlation of the intrinsic time unit with the depressive indicator of psychological component of gestational dominant.

Keywords:

pregnant women, intrinsic time unit feeling by pregnant, gestational dominant, psychological component of gestational dominant.

В современном мире продолжает расти интерес к проблемам материнства. Несмотря на множество исследований в этой области, до сих пор остаются актуальными вопросы, связанные со сложностями в формировании психологической системы «мать – дитя» во время беременности. Различия в структуре и содержании взаимодействия матери и ребенка в пренатальном периоде, а также представление о материнстве в период беременности как самостоятельной психической реальности заставляют искать причины этих различий в индивидуальных психологических особенностях беременных женщин.

С момента введения И.В. Добряковым понятия психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), который он определяет как совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся при возникновении беременности и формирующих у беременной женщины поведенческие стереотипы, направленные на сохранение беременности и создание условий для развития ребенка, а также выделения им пяти типов переживания беременности, проблемы индивидуальных психологических различий беременных изучали многие психологи и медики [1]. Л.Н. Рабовалюк на основе теста отношений беременной (ТОБ) И.В. Добрякова предложила разделять женщин на подтипы для формирования более точных психокоррекционных групп [2]. Е.В. Лохина изучала зависимость типов ПКГД от уровня личностной тревожности [3]. М.С. Вербицкая выявила зависимость осложнений в протекании беременности от отклонения от оптимального типа ПКГД [4].

Нам же представляется интересным рассматривать взаимосвязь типа психологического компонента гестационной доминанты с такой фундаментальной способностью психики, как единица переживания собственного времени беременными («тау-тип» по Б.И. Цуканову).

В данном исследовании нами была поставлена цель экспериментального установления единицы переживания собственного времени беременными и выявление «предпочитаемого» типа ПКГД в определенных типологических группах. В нашем исследовании, проходившем на базе родильного дома № 3 г. Запорожья, приняло участие 80 женщин: 40 беременных, находящихся в стационаре, и 40 – условно здоровых беременных, посетивших женскую консультацию. Средний возраст беременных стационара – 28,8 года, беременных женской консультации – 29,4 года. В группе беременных

стационара – 33 женщины являются жителями города, 7 – села. В группе беременных, посещающих женскую консультацию, 38 – жительницы города, 2 – села. Данное соотношение обусловлено спецификой приема данного родильного дома. В группе беременных стационара 20 человек имеют высшее образование, 6 – неполное высшее, 9 – среднее специальное, 5 – среднее. 32 посетительницы женской консультации имеют высшее образование, 3 – неполное высшее, 5 – среднее специальное. В первой группе испытуемых брак зарегистрирован у 30 человек, 8 – живут без регистрации и 2 женщины одинокие. В группе испытуемых женской консультации 38 женщин находятся в зарегистрированном браке, 2 – без регистрации брака, одиноких нет. Беременность является запланированной у 31 женщины стационара, 9 женщин этой же группы не планировали беременность. Во второй группе беременность планировали 30 женщин, 10 – не планировали. В группе женщин из стационара впервые забеременели 16 человек, повторно – 24, при этом первые роды – у 19 испытуемых, а повторные – у 21. Во второй группе первая беременность – у 26 женщин, повторная – у 14 испытуемых, из них у 28 женщин будут первые роды, у 12 – повторные. Средний срок беременности на момент исследования в первой группе – 32,2 недели. Во второй группе – 31,7 недели.

Нами были использованы экспериментальный метод воспроизведения длительности временного интервала (компьютерный вариант), с помощью которой вычислялась единица переживания собственного времени беременной, «тау-тип» по Б.И. Цуканову [5], а также методика – тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добрякова, с помощью которого определялся психологический компонент гестационной доминанты [6].

В результате вычисления единицы переживания собственного времени беременных нами было обнаружено выпадение холероидного типа темперамента в обеих группах испытуемых [7]. Группы по данному показателю не имеют различий (t-критерий Стьюдента), поэтому были объединены в одну. Данные распределения типов темперамента, исходя из единицы переживания собственного времени по Б.И. Цуканову, были внесены в таблицу 1.

Таблица 1 – Распределение типов темперамента, исходя из единицы переживания собственного времени по Б.И. Цуканову

Средне-статист. знач. «т»	Тип темперамента							
	Холероидный		Сангвиноидный		Меланхолидный		Флегматоидный	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
0,96	-	-	9	11,25	56	70	15	18,75

Примечание: «т» – единица переживания собственного времени у беременных.

Мы полагаем, что такое распределение испытуемых по типологическим группам может быть связано с физиологическими особенностями беременных женщин (влияние гормона прогестерона (гормон желтого тела) с изменением эндогенных биоритмов) и психологическими особенностями состояния беременности [8].

Следующим этапом исследования было определение психологического компонента гестационной доминанты с помощью ТОБ И.В. Добрякова. Среднестатистические показатели были внесены в таблицу 2.

Таблица 2 – Среднестатистические показатели значений по результатам ТОБ И.В. Добрякова

Статистические показатели	Типы ПКГД по И.В. Добрякову				
	О	Э	Г	Т	Д
Ср. арифметич.	4,4	2,96	0,54	0,85	0,21
Мода	4	4	0	0	0
Медиана	4	3	0	0	0
Ср. отклонение	1,39	1,54	0,65	0,87	0,34
Минимум	1	0	0	0	0
Максимум	9	7	3	5	1

Примечание: О – оптимальный тип ПКГД, Э – эйфорический тип ПКГД, Г – гипогестозогнозический тип ПКГД, Т – тревожный тип ПКГД, Д – депрессивный тип ПКГД.

Как видно из таблицы 2, среднее арифметическое значение ниже 7 баллов. И.В. Добряков предлагает считать преимущественно определенный тип психологического компонента, если значение баллов не менее 7 из 9 максимальных [9]. В нашем исследовании оптимальный тип имеют 56 беременных (70 %), эйфорический тип ПКГД – 45 человек (56 %). В остальных типах ПКГД медиана равна нулю, среднее арифметическое значение не достигает единицы. Все это говорит о том, что чистых типов ПКГД либо преимущественных типов ПКГД в нашем исследовании мало. Поэтому мы использовали деление на подтипы ПКГД Л.Н. Рабовалюк:

– чисто оптимальный подтип ПКГД (9 баллов);

– преимущественно оптимальный подтип ПКГД (7 баллов по основной шкале, а остальные 2 распределены между эйфорическим и гипогестозогнозическим, но по тревожному и депрессивному варианту нет ни одного балла);

– оптимально-эйфорический подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по эйфорическому типу ПКГД);

– оптимально-гипогестозогнозический подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по гипогестозогнозическому типу ПКГД);

– оптимально-тревожный подтип ПКГД (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по тревожному типу ПКГД, и допускается при высоком балле (7–8) по оптимальному типу, один балл по депрессивному типу ПКГД);

– оптимально-депрессивный подтип ПКГ (5–6 баллов по оптимальному типу ПКГД и 4–3 – по депрессивному типу ПКГД, и / или один балл по тревожному типу ПКГД). Аналогично распределяются и другие подтипы [10]. Кроме того, Л.Н. Рабовалюк был выделен смешанный подтип ПКГД, так как часто возникают сложности отнесения типа психологического компонента гестационной доминанты к определенному подтипу. В данной ситуации баллы распределяются примерно одинаково среди всех типов (оптимальный, эйфорический, гипогестозогнозический, и допускается один балл по тревожному типу ПКГД). Если же баллы распределились следующим образом: по тревожному типу 2–3 балла, а остальные равномерно распределены между остальными типами, то можно отнести данный подтип к смешанно-тревожному подтипу ПКГД. После этого Л.Н. Рабовалюк объединила данные подтипы в четыре анализируемые группы для дифференциации степени риска:

- 1) группа преимущественно оптимального типа ПКГД (невывявленных, несущественных рисков);
- 2) группа минимального (низкого, слабого, приемлемого) риска;
- 3) группа умеренного (среднего) риска;
- 4) группа значительного (повышенного, высокого, максимального) риска [11].

Итак, согласно Л.Н. Рабовалюк, нашу выборку можно разделить на следующие подтипы (таблица 3). Группы беременных женской консультации и стационара не имеют различий (t-критерий Стьюдента) по всем показателям типов психологического компонента гестационной доминанты, поэтому результаты были объединены.

Таблица 3 – Результаты распределения подтипов ПКГД

Подтип ПКГД	Кол-во испытуемых	% испытуемых
Чисто оптимальный*	1	1,25
Преимущественно оптимальный*	9	11,25
Оптимально-эйфорический*	9	11,25
Оптимально-гипогестозогнозический**	1	1,25
Оптимально-тревожный***	9	11,25
Оптимально-депрессивный***	1	1,25
Чисто эйфорический***	-	-
Преимущественно эйфорический***	1	1,25
Эйфоро-оптимальный**	12	15
Эйфоро-гипогестозогнозический***	-	-
Эйфоро-тревожный***	3	3,75
Эйфоро-депрессивный***	-	-
Чисто гипогестозогнозический***	-	-
Преимущественно гипогестозогнозический***	-	-
Гипогестозогнозо-оптимальный***	-	-
Гипогестозогнозо-эйфорический***	-	-
Гипогестозогнозо-тревожный***	-	-
Гипогестозогнозо-депрессивный***	-	-
Чисто тревожный****	-	-
Преимущественно тревожный****	-	-
Тревожно-оптимальный****	1	1,25
Тревожно-эйфорический****	-	-
Тревожно-гипогестозогнозический****	-	-
Тревожно-депрессивный****	1	1,25
Чисто депрессивный****	-	-
Преимущественно депрессивный****	-	-
Депрессивно-оптимальный****	-	-
Депрессивно-эйфорический****	-	-
Депрессивно-гипогестозогнозический****	-	-
Депрессивно-тревожный****	-	-
Смешанный***	14	17,5
Смешанно-тревожный****	18	22,5

Примечание: * – группа преимущественно оптимального типа ПКГД (невывявленных, несущественных рисков); ** – группа минимального (низкого, слабого, приемлемого) риска; *** – группа умеренного (среднего) риска; **** – группа значительного (повышенного, высокого, максимального) риска, по Л.Н. Рабовалюк.

Как видно из таблицы 3, в первую группу – преимущественно оптимального типа попало 19 женщин (23,75 %), во вторую группу – минимального риска попало 13 женщин (16,25 %), в третью – умеренного риска – 28 женщин (35 %), в четвертую группу – максимального риска – попали 20 женщин (25 %), результаты изображены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Процентное распределение выборки по группам

Данное распределение согласуется с распределением в исследовании Л.Н. Рабовалюк [12]. Как видно из рисунка 1, максимальное количество женщин приходится на группу умеренного риска, Л.Н. Рабовалюк характеризует ее как группу, в которой женщины, как правило, неплохо адаптированы и имеют незначительные осложнения течения беременности. Следующую группу беременных составляют женщины с максимальным риском, они нуждаются в незамедлительной психологической поддержке, желательно не в групповой, а индивидуальной работе. На третьем месте группа женщин, не нуждающихся в психологической коррекции, и на последнем месте группа минимального риска – Л.Н. Рабовалюк относит ее к такой группе, которая если и нуждается в психокоррекционных мероприятиях, то в незначительной степени, при этом длительность психокоррекционных мероприятий будет небольшой [13].

Для определения взаимосвязи между собственной единицей времени по Б.И. Цуканову и «предпочитаемым» типом психологического компонента гестационной доминанты нами был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена (таблица 4).

Таблица 4 – Результаты ранговой корреляции между показателями собственной единицы времени беременных и показателями типов ПКГД

	Типы ПКГД по И.В. Добрякову				
	О	Э	Г	Т	Д
(r)	Rs = 0,035	Rs = -0,013	Rs = 0,081	Rs = 0,03	Rs = 0,415*

Примечание: * – корреляция на уровне $p = 0,01$; О – оптимальный тип ПКГД, Э – эйфорический тип ПКГД, Г – гипогестозогнозический тип ПКГД, Т – тревожный тип ПКГД, Д – депрессивный тип ПКГД; r – единица переживания собственного времени по Б.И. Цуканову.

Как видно из таблицы 4, существует прямая статистически значимая корреляция между показателями единицы переживания собственного времени по Б.И. Цуканову и депрессивным типом ПКГД по И.В. Добрякову, что позволяет предположить, что чем больше единица переживания собственного времени беременной, тем больше она склонна к депрессивному типу психологического компонента гестационной доминанты.

Из 9 испытуемых сангвиноидного типа темперамента (согласно единице переживания собственного времени по Б.И. Цуканову) 3 имеют показатель депрессивного типа ПКГД, что составляет 33 % от всей массы сангвиноидов в нашей выборке. Из меланхолоидной группы – 7 человек имеют данный показатель, что составляет 12 % из всей массы меланхолоидов в нашей выборке. Из флегматоидной группы также 7 человек имеют депрессивный показатель типа ПКГД, но это 46,66 % от всей массы флегматоидов нашей выборки. Это дает основание говорить о том, что испытуемые флегматоидной группы наиболее склонны к «предпочтению» депрессивного типа ПКГД, после флегматоидной группы идет группа сангвиноидов, но их доля в общей массе беременных женщин меньше.

Тест отношений беременной И.В. Добрякова содержит три блока (А, Б, В) – в каждом из них три раздела, в которых шкалируются различные понятия, представленные пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД [14]. Каждый блок и каждый раздел имеет свое обозначение (см. таблицу 5).

Таблица 5 – Ключ к интерпретации ТООБ И.В. Добрякова

Блоки	Разделы
А – отношение к себе беременной	отношение к беременности
	отношение к образу жизни во время беременности
	отношение во время беременности к предстоящим родам
Б – отношения в системе «мать – дитя»	отношение к себе как к матери
	отношение к своему ребенку
	отношение к вскармливанию ребенка грудью
В – отношение беременной женщины к отношению к ней окружающих	отношение ко мне, беременной, мужа
	отношение ко мне, беременной, родственников и близких
	отношение ко мне, беременной, посторонних людей

Далее мы проследили, в каком разделе какого блока ТООБ депрессивный показатель наиболее представлен (таблица 6).

Таблица 6 – Распределение испытуемых по блокам и разделам ТООБ исходя из депрессивного показателя

Блоки	Разделы	Кол-во испытуемых	%
А	1	-	-
	2	4	23,5
	3	-	-
Б	1	1	5,9
	2	1	5,9
	3	8	47
В	1	2	11,8
	2	0	0
	3	1	5,9

Согласно предложенной И.В. Добряковым трактовке, блок «А» – это «отношение женщины к себе беременной». В данном блоке депрессивный показатель (23 %) наблюдается в разделе 2 – «отношение к образу жизни во время беременности».

Блок «Б» – «отношение женщины к формирующейся в течение беременности системе «мать – дитя». В данном блоке самый высокий процент испытуемых с депрессивным показателем (47 %) относится к разделу 3 – «отношение к вскармливанию ребенка грудью».

Блок «В» – «отношение беременной женщины к отношению к ней окружающих». В данном блоке максимальный процент испытуемых (11,8 %) относится к разделу 1 – «отношение мужа ко мне, беременной».

Можно заметить, что наибольшее количество испытуемых имеют депрессивные мысли относительно грудного вскармливания, на втором месте отношение к образу жизни во время беременности, на третьем – восприятие женщиной отношения мужа к ней, беременной.

Примечательно, что в разделе 1 блока А (отношение к беременности), разделе 3 блока А (отношение во время беременности к предстоящим родам), разделе 2 блока В (отношение ко мне, беременной, родственников и близких) с депрессивным показателем не оказалось ни одной испытуемой. Это говорит о том, что для всех женщин беременность – желанное состояние, предстоящие роды не вызывают депрессивных мыслей и отношения с родственниками находятся в гармонии.

Далее мы оценили распределение депрессивного признака относительно представителей типа темперамента (таблица 7).

Таблица 7 – Распределение испытуемых с депрессивным показателем относительно типов темперамента

Тип темперамента	Блоки / разделы											
	А/2		Б/1		Б/2		Б/3		В/1		В/3	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Сангвиноидный	-	-	-	-	-	-	3	100	-	-	-	-
Меланхолический	1	14	1	14	1	14	2	28	1	14	1	14
Флегматический	3	43	-	-	-	-	3	43	1	14	-	-

Как видно из таблицы 7, все представители сангвиноидной группы (100 %) имеющий депрессивный показатель относятся к третьему разделу блока Б – «отношение к грудному вскармливанию». Представителей флегматоидной группы, имеющей депрессивный показатель, можно распределить по различным разделам разных блоков: блок А – «отношение к образу жизни во время беременности», блок Б – «отношение к грудному вскармливанию», блок В – «отношение ко мне, беременной, мужа». Меланхолидная группа, имеющая депрессивный показатель, распределилась практически равномерно по всем блокам и разделам по 14 %, только в третьем разделе блока Б – «грудное вскармливание» оказалось 28 % беременных.

Закключение. Беременные женщины имеют иное распределение единицы переживания собственного времени, исключаящее представителей холероидного типа темперамента. Чем больше единица переживания собственного времени у беременной женщины, тем вероятнее ее склонность к депрессивным мыслям. Чаще всего депрессивные мысли возникают у беременных в связи с вопросами вскармливания ребенка грудью (100 % представителей сангвиноидной группы, 43 % представителей флегматоидной группы, 28 % беременных меланхолидной группы). Депрессивный показатель представителей меланхолидной группы распределяется равномерно в блоках «отношение к себе беременной», «отношение женщины к формирующейся в течение беременности системе «мать – дитя», «отношение беременной женщины к отношению к ней окружающих» и имеет 14 % концентрации.

Практическое применение полученных нами данных связано с формированием психокоррекционных групп. Материалы исследования могут быть использованы в процессе подготовки и повышения квалификации практических психологов и медицинских работников, оказывающих психологическую помощь беременным женщинам.

Ссылки:

1. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей : сб. материалов конф. СПб., 2001. С. 39–48.
2. Рабовалюк Л.Н. Выделение подтипов ПКГД на основе теста отношения беременной И.В. Добрякова // Социосфера. 2008. № 4.
3. Лохина Е.В. Особенности психоэмоционального состояния беременных и формирование психологического компонента гестационной доминанты в третьем триместре беременности // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 2.
4. Вербицкая М.С. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом // Медицинский журнал. 2008. № 4. С. 11–14.
5. Цуканов Б.И. Время в психике человека : монография. Одесса, 2000. 220 с.
6. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб., 2010. 272 с.
7. Кушнир Е.А. Особенности восприятия времени и временной перспективы беременных женщин // Вестник Одесского национального университета. 2014. № 4 (34).
8. Там же.
9. Добряков И.В. Перинатальная психология.
10. Рабовалюк Л.Н. Указ. соч.
11. Там же.
12. Там же.
13. Там же.
14. Добряков И.В. Клинико-психологические методы...

References:

1. Dobryakov, IV 2001, 'Clinical and psychological methods of determining the type of gestational dominant psychological component', *Perinatal Psychology and psychological development of children: Sat. Materials Conf.*, St. Petersburg, pp 39-48.
2. Rabovalyuk, LN 2008, 'Subtyping PKGD based test for pregnant IV Dobryakov', *Sociosphere*, no. 4.
3. Lokhina, EV 2013, 'Features of mental and emotional state of pregnant women and the formation of the psychological component of gestational dominant in the third trimester of pregnancy', *Modern problems of science and education*, no. 2.
4. Verbitskaya, MS 2008, 'Features of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with various psychosomatic status', *Medical Journal*, no. 4, pp. 11-14.
5. Tsukanov, BI 2000, *Time in the human psyche: a monograph*. Odessa, 220 p.
6. Dobryakov, IV 2010, *Perinatal Psychology*, SPb... 272 p.
7. Kushnir, EA 2014, 'Perception of time and temporal perspective of pregnant women', *Bulletin of the Odessa National University*, no. 4 (34).
8. Kushnir, EA 2014, 'Perception of time and temporal perspective of pregnant women', *Bulletin of the Odessa National University*, no. 4 (34).
9. Dobryakov, IV 2010, *Perinatal Psychology*, SPb... 272 p.
10. Rabovalyuk, LN 2008, 'Subtyping PKGD based test for pregnant IV Dobryakov', *Sociosphere*, no. 4.
11. Rabovalyuk, LN 2008, 'Subtyping PKGD based test for pregnant IV Dobryakov', *Sociosphere*, no. 4.
12. Rabovalyuk, LN 2008, 'Subtyping PKGD based test for pregnant IV Dobryakov', *Sociosphere*, no. 4.
13. Rabovalyuk, LN 2008, 'Subtyping PKGD based test for pregnant IV Dobryakov', *Sociosphere*, no. 4.
14. Dobryakov, IV 2001, 'Clinical and psychological methods of determining the type of gestational dominant psychological component', *Perinatal Psychology and psychological development of children: Sat. Materials Conf.*, St. Petersburg, pp 39-48.