

О. А. Божук

**ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНОВЛЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ЗВ'ЯЗКУ В ДІАДІ МАТИ — ПРЕНЕЙТ ПІД ЧАС ГЕСТАЦІЇ**

Е. А. Божук

**Исследование становления эмоциональной связи в диаде мать — пренейт во время гестации**

О. Vozhuk

**Study of the formation of emotional connection in the mother-child pair during pregnancy**

Метою дослідження було вивчення становлення емоційного зв'язку в парі мати — дитина під час вагітності; визначення необхідності медико-психологічної допомоги, її обсягів та мішеней. Дослідження проводилося на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та Кошарного некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва. Було обстежено 185 осіб. Критерієм стратифікації респондентів на групи було відчуття страху перед майбутніми пологами і психоемоційний стан жінки. На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю і психодіагностичне обстеження. Під час клінічного інтерв'ю оцінювали психологічну готовність до материнства. На підставі результатів проведеного дослідження були зроблені такі висновки. В групі 1 жінки мають оптимальніше ставлення до вагітності, що проявляється в меншій кількості тривожних варіантів доміанти вагітності (8 % проти 21 %) і відсутності депресивних (група 2 — 3 %). Питома вага порушень прив'язаності матері до плода жінок групи 1 — більша (12 % проти 8 % у групі 2). Деструктивні репродуктивні мотивації присутні в обох групах. Суб'єктивне сприйняття вагітними власних переживань і рівень становлення материнства не відповідають виявленим об'єктивним показникам. Згідно з отриманими результатами, можна зробити висновок, що надання медико-психологічної допомоги є доцільним для жінок обох груп в різному обсязі.

**Ключові слова:** репродуктивні мотивації, емоційна прив'язаність, психологічний компонент гестаційної доміанти, вагітність, материнство, батьківство

Целью исследования было изучение становления эмоциональной связи в паре мать — ребенок во время беременности; определение необходимости медико-психологической помощи, ее объемов и мишеней. Исследование проводилось на базе женской консультации родильного дома Черниговского городского совета и Кошарного некоммерческого предприятия «Консультативно-диагностический центр» Голосеевского района г. Киева. Было обследовано 185 человек. Критерием стратификации респондентов на группы было чувство страха перед предстоящими родами и психоэмоциональное состояние женщины. На первом этапе исследования проводили клиническое интервью и психодиагностическое обследование. Во время клинического интервью оценивали психологическую готовность к материнству. На основании результатов проведенного исследования были сделаны следующие выводы. В группе 1 женщины имеют более оптимальное отношение к беременности, что проявляется в меньшем количестве тревожных вариантов доминанты беременности (8 % против 21 %) и отсутствии депрессивных (группа 2 — 3 %). Удельный вес нарушений привязанности матери к плоду женщин группы 1 — больше (12 % против 8 % в группе 2). Деструктивные репродуктивные мотивации присутствуют в обеих группах. Субъективное восприятие беременными собственных переживаний и уровень становления материнства не соответствуют выявленным объективным показателям. Согласно полученным результатам, можно сделать вывод, что оказание медико-психологической помощи является целесообразным для женщин обеих групп в разном объеме.

**Ключевые слова:** репродуктивные мотивации, эмоциональная привязанность, психологический компонент гестационной доминанты, беременность, материнство, родительство

The aim of the study was to investigate the formation of emotional communication in the mother — child pair during pregnancy; determine the need for medical and psychological assistance, scope and targets. The study was conducted at the prenatal maternity hospital Chernihiv clinic of Chernihiv City Council and Public non-commercial enterprise "Consultation and Diagnostic Center" of Holosiivskiy district, Kyiv. 185 persons were examined. The criteria for stratification of respondents turned out the fear to future delivery. In the first phase of the study were conducted clinical interviews and psychodiagnostic test. During the clinical interview was assessed psychological readiness form other hood. Based on the results of the study were made the following conclusions. In group 1 women have optimal treatment for pregnancy, result in gin fewer options dominant anxiety pregnancy (8 % vs. 21 %) and lack depressed (group 2 — 3 %). The proportion of violations of attachment mother to fetus is more in women group 1 (12 % vs. 8 % group 2). Destructive reproductive motivation a represent in both groups. Subjective perception by pregnant of their own experiences and level of becoming of motherhood does not meet the identified objective indicators. According to the results, we can conclude that the provision of medical and psychological assistance is appropriate for women in both groups in varying degrees.

**Keywords:** reproductive motivation, emotional attachment, psychological component gestating dominant, pregnancy, maternity, paternity

Становлення материнства є тривалим та багатоетапним. Під час формування емоційного зв'язку в діаді мати — пренейт під час виношування мають місце досвід взаємодії із власною матір'ю, з немовлятами, особливості переживання афекту «усвідомлення себе вагітною», мотивація зачаття тощо [1]. Міцний емоційний зв'язок між матір'ю (або іншою особою, що здійснює догляд) та дитиною необхідний для формування стійкої Я-концепції особистості [2]. Емоційну прив'язаність запускає імпринтинг, проте емоційний зв'язок між матір'ю та пренейтом можна формувати ще під час виношування (гаптономія, техніки візуалізації тощо) [1, 3—5]. У сучасному суспільстві відбувається трансформація

репродуктивної поведінки жінки, зростають пріоритети професійного та матеріального благополуччя на противагу ролі матері та мотивації щодо народження дітей. Багато жінок на сьогоднішній день вбачають внутрішню самодостатність та самореалізацію у професійному та кар'єрному зростанні, незалежності замість природного покликання — народжувати та виховувати. Частина жінок з таким життєвим сценарієм народжують дітей, проте материнство для них залишається гіпогестогнозія [1]. Такі жінки перебувають у зоні ризику через наявність у них внутрішньоособистісних та соціальних конфліктів, що ускладнює адаптацію до вагітності, процес становлення материнської ролі ідентичності [6].

Метою дослідження було вивчення становлення емоційного зв'язку в діаді мати — пренейт під час гестації та визначення необхідності медико-психологічної допомоги, її обсягів та мішеней.

Дослідження проводилось на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та Комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва. Було обстежено 185 осіб. Критерієм стратифікації респондентів на групи було суб'єктивне відчуття страху перед майбутніми пологами та психоемоційний стан жінки. На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження. Під час клінічного інтерв'ю оцінювали психологічну готовність до материнства [7]. Також ставилися питання щодо знань про перебіг вагітності, пологів, розвиток дитини, щодо підготовки до пологів, наявності навичок з догляду за дитиною тощо.

Для оцінки становлення емоційного зв'язку в діаді мати — пренейт були використані:

- тест ставлень вагітної жінки І. В. Добрякова [1];
- шкала прихильності матері до плода (The origins of the Mother-Child Relationship), автором якої є М. Кранлі (M. Cranley) [8];
- анкета-опитувальник репродуктивних мотивацій О. В. Магденко [6].

В ході подальшого спостереження групи 60 осіб склали групу 1 (не бояться пологів) та 63 особи — групу 2 (бояться пологів).

Визначення ставлень вагітної за тестом І. В. Добрякова показало таке (рис. 1). Різницю розподілу відносної частоти показників ( $\omega$ ) у двох вибірках вивчали за допомогою z-критерію Колмогорова — Смирнова з рівнем значущості  $\alpha = 0,1$ . Відсоток вагітних з оптимальним типом психологічного компонента гестаційної доміанти (ПКГД) в групі 1 склав 90 % з довірчим інтервалом  $I_{1-\alpha} = \pm 6,472$  при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ , з ейфоричним типом ПКГД — 45 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 10,733$ ), з тривожним — 8 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 5,963$ ), з депресивним типом ПКГД — 0 %, а з гіпогестогнозичним типом ПКГД — 7 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 5,381$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ . В групі 2 відповідно відсоток вагітних з оптимальним типом ПКГД склав 86 % з довірчим інтервалом  $I_{1-\alpha} = \pm 7,362$  при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ , з ейфоричним типом ПКГД — 44 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 10,454$ ), з тривожним — 21 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 8,514$ ), з депресивним типом ПКГД — 3 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 3,688$ ), а з гіпогестогнозичним типом ПКГД — 6 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 5,13$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ .

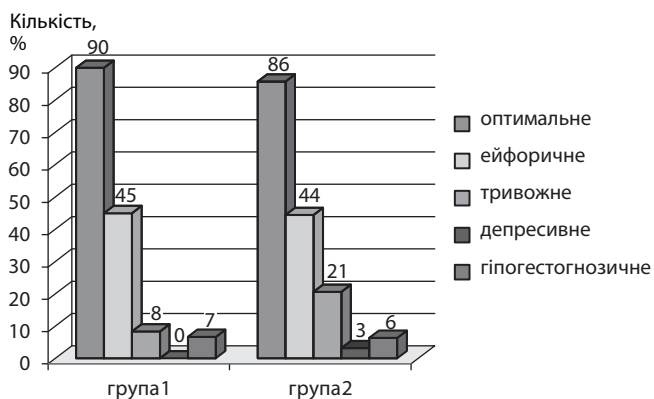


Рис. 1. Кількісний розподіл ставлень у обстежуваних вагітних обох груп

Виявлені значимі розходження в розподілах відносних частот тривожного типу ПКГД між групою 1 (8 %) та групою 2 (21 %). Виявлено незначні розходження між групами щодо депресивного типу ПКГД: при незначущих різницях в розподілах відносних частот в групах, в групі 1 відсутні депресивні типи на відміну від групи 2, де 3 % опитуваних мають такий результат.

Під час оброблення результатів даного тесту можливо отримати «чистий» тип ставлень вагітної, коли домінує одна шкала, або «змішаний», при якому домінують декілька шкал. Відсоток вагітних з «чистим» типом ПКГД в групі 1 склав 58 % з довірчим інтервалом  $I_{1-\alpha} = \pm 10,636$  при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ , в групі 2 — 51 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 10,517$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ . Відсоток вагітних із «змішаним» типом ПКГД в групі 1 склав 42 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 10,636$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ , в групі 2 — 49 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 10,517$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ . Кількісний розподіл «чистих» та «змішаних» типів ставлень у обстежуваних вагітних обох груп показаний на рисунку 2.

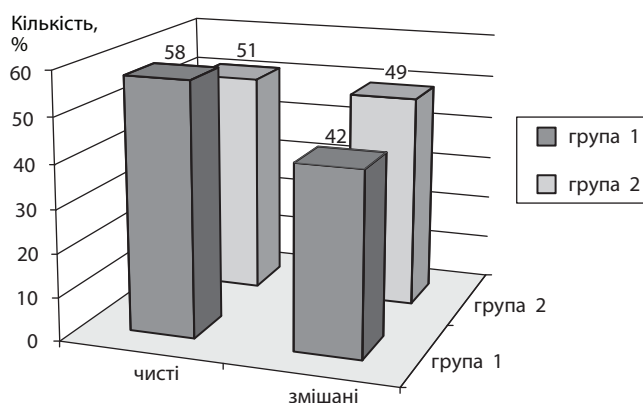


Рис. 2. Кількісний розподіл «чистих» та «змішаних» типів ставлень у обстежуваних вагітних обох груп

Отримані дані свідчать про статистично доведену різницю між групами 1 та 2 щодо тривожного типу ПКГД. Тривожний варіант ПКГД найчастіше спостерігається у жінок, яким притаманна тривожність як риса особистості, або при незапланованій, позашлюбній вагітності тощо. Вагітним з таким варіантом ставлення характерні хвилювання та занепокоєння через об'єктивні та суб'єктивні причини (при очікуванні результатів аналізів, досліджень; при ворушіннях плода, бо сприймається як сигнал про якийсь негаразд, супроводжуючись переживаннями). Тривога супроводжується реакцією вегетативної нервової системи, різними соматичними негараздами, тому становить явну загрозу для здоров'я майбутньої дитини. Жінки спостерігаються в жіночій консультації, проте будь-які негаразди сприймають в ажитованій формі [1]. Вагітним з групи 2 характерні страхи очікуваних пологів; вони не замислюються про годування груддю, догляд за дитиною, тобто життя після пологів не моделюють. Незначні розходження існують між депресивним варіантом ПКГД в групах 1 та 2. В групі 1 такого типу ставлення не виявлено. Враховуючи нижчі показники тривожного варіанту ПКГД та відсутність депресивних типів ставлень, можна зробити висновок про сприятливіший психоемоційний фон у вагітних групи 1, що пояснюється критерієм стратифікації дослідження — відсутність

страху перед майбутніми пологами. Аналізуючи «чисті» та «змішані» результати ставлень вагітної в обох групах, можна зробити висновок про переважання «чистих» варіантів в групі 1, «змішаних» — в групі 2. Якісний аналіз отриманих даних свідчить про сприятливіші результати ставлень вагітних в групі 1, оскільки є переважання оптимального типу ставлень і чистоти ставлень загалом. В групі 2 — при 86 % оптимального варіанту ПКГД — 49 % «змішаних» ставлень, тобто оптимальний варіант поєднувався із ейфоричним, депресивним, тривожним чи гіпогестогнозичним.

Під час вивчення прихильності матері до плода були отримані такі результати. Для групи 1 середнє значення зафіксовано  $\mu = 48,37$  при стандартному відхиленні  $\sigma = 9,35$  з довірчим інтервалом  $I_{1-\alpha} = \pm 2,018$  при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ . Для групи 2 середнє значення зафіксовано  $\mu = 47,51$  при стандартному відхиленні  $\sigma = 10,05$  ( $I_{1-\alpha} = \pm 2,115$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ . Відповідно до *t*-критерію Стьюдента середнє значення  $\mu$  показників прихильності матері до плода у жінок обох груп статистично відрізняється, з рівнем значущості  $\alpha = 0,1$ . Різницю розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчали за допомогою *z*-критерію Колмогорова — Смирнова з рівнем значущості  $\alpha = 0,1$ . Відсоток вагітних із достатнім рівнем прив'язаності матері до плода в групі 1 склав 63 % з довірчим інтервалом  $I_{1-\alpha} = \pm 10,396$  при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ , із середнім — 25 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 9,342$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ , порушення прив'язаності — 12 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 6,926$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ . В групі 2, відповідно, — 62 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 10,216$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ , 30 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 9,655$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ , 8 % ( $I_{1-\alpha} = \pm 5,687$ ) при рівні значущості  $\alpha = 0,1$ . Значимих розходжень в розподілах відносних частот не виявлено. Виявлено незначні розходження в групі 1 у підвищенні відсотку порушень прив'язаності матері до дитини порівняно з групою 2, в групі 2 — у підвищенні відсотку середнього рівня прив'язаності матері до дитини. Кількісний розподіл виявлених рівнів прив'язаностей матері до дитини у вагітних обох груп наведено на рисунку 3.

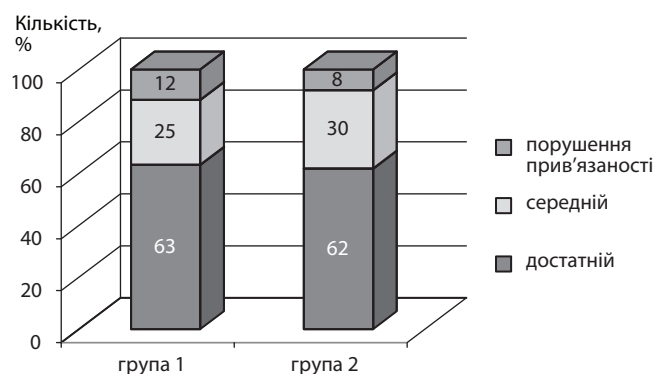


Рис. 3. Кількісний розподіл виявлених рівнів прив'язаностей матері до дитини у вагітних обох груп

Отримані дані свідчать про схожість результатів відносних частот показників щодо достатнього рівня прив'язаності матері до дитини в обох групах. В процесі клінічного інтерв'ю було виявлено, що вагітні жінки із достатнім рівнем прив'язаності до плода мають адекватну соціальну підтримку та гармонійні сімейні стосунки. В групі 2 переважає частка матерів із середнім рівнем прив'язаності, на відміну від групи 1, де більша кіль-

кість матерів, порівняно з групою 2, мають порушення прив'язаності матері до дитини. Жінки із середнім рівнем прив'язаності задумуються про материнство, пологи, спілкування та догляд за дитиною, проте без ажитації та ейфорії. Причиною порушень прив'язаності матері до плода є дія стресорів під час вагітності та підвищений рівень ситуативної тривожності у майбутньої матері (небажана вагітність, відсутність психосоціальної підтримки, відсутність навичок спілкування з новонародженими, інфантильність як особистісна характеристика тощо).

Вивчення репродуктивних мотивацій вагітних показало таке (див. таблицю). Різницю розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчали за допомогою *z*-критерію Колмогорова — Смирнова з рівнем значущості  $\alpha = 0,1$ . Показники значень відносної частоти, рівнів значущості та довірчі інтервали щодо репродуктивних мотивацій подані в таблиці.

Розподіл відносної частоти показників репродуктивних мотивацій у двох вибірках ( $\omega$ , %)

Репродуктивні мотивації	Група 1		Група 2	
	Значення	Довірчий інтервал	Значення	Довірчий інтервал
заради дитини	90	$\pm 6,472$	71	$\pm 9,504$
зادля чоловіка	87	$\pm 7,334$	73	$\pm 9,338$
соціальні очікування	62	$\pm 10,489$	40	$\pm 10,292$
протест	13	$\pm 7,334$	17	$\pm 7,986$
збереження стосунків	33	$\pm 10,17$	17	$\pm 7,986$
втеча від теперішнього	13	$\pm 7,334$	14	$\pm 7,362$
зadля власного здоров'я	28	$\pm 9,721$	21	$\pm 8,514$
матеріальна вигода	3	$\pm 3,873$	21	$\pm 8,514$
втеча від самотності	5	$\pm 4,702$	14	$\pm 7,362$
дитина певної статі	8	$\pm 5,963$	8	$\pm 5,687$
допомога в старості	52	$\pm 10,781$	38	$\pm 10,216$
за релігійними переконаннями	25	$\pm 9,342$	16	$\pm 7,688$
приваблює невідоме	30	$\pm 9,886$	24	$\pm 8,96$

Примітка: рівень значущості  $\alpha = 0,1$

Виявлені значимі розходження в розподілах відносних частот показників. В групі 1 доведена статистично значуща різниця показників вагітності заради народження дитини (90 %) порівняно з 71 % в групі 2, заради коханого чоловіка (група 1 — 87 %, група 2 — 73 %), вагітність як результат соціальних очікувань (група 1 — 62 %, група 2 — 40 %), вагітність задля збереження стосунків (в групі 1 — 33 %, в групі 2 — 17 %). Також статистично доведені значущі розходження, виявлені щодо показників вагітності заради матеріальної вигоди (група 2 — 21 %, група 1 — 3 %) та вагітності як втечі від самотності (група 2 — 14 %, група 1 — 5 %). Виявлено незначні розходження між групою 1 та 2 щодо вагітності задля допомоги в старості (52 % та 38 %) та за релігійними переконаннями (25 % і 16 %).

Кількісний розподіл репродуктивних мотивацій у обстежуваних обох груп наведено на рисунку 4.

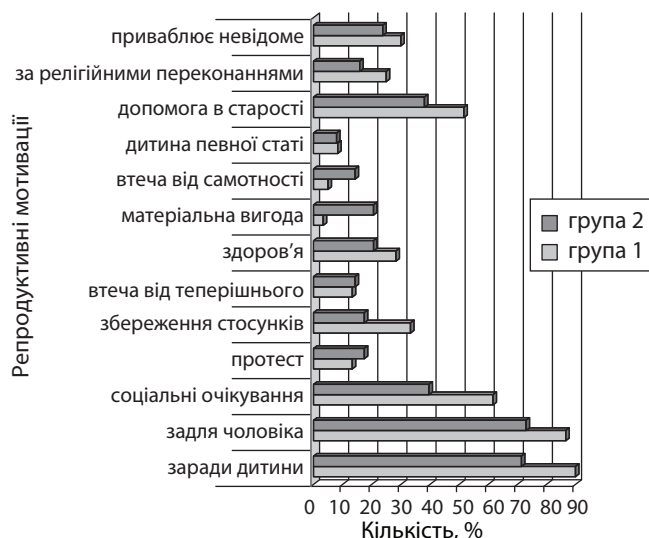


Рис. 4. Кількісний розподіл виявлених репродуктивних мотивацій у обстежуваних вагітних

Під час розроблення анкети-опитувальника О. В. Магденко зазначені репродуктивні мотивації поділила на три групи: конструктивні (вагітність для народження дитини та задля чоловіка), нейтральні (вагітність як привабливість невідомого, допомога в старості та за релігійними переконаннями) та деструктивні (як результат соціальних очікувань, як протест, для збереження стосунків, втеча від теперішнього, для здоров'я, для отримання матеріальної вигоди, втеча від самотності, дитина певної статі) [6]. Розподіл репродуктивних мотивацій за критерієм конструктивні-деструктивні в обох групах наведений на рисунку 5.

Аналізуючи отримані результати, можна сказати про рівність виборів конструктивних репродуктивних мотивацій в обох групах, проте переважання нейтральних (72 %) та деструктивних (85 %) проявляється в групі 1.

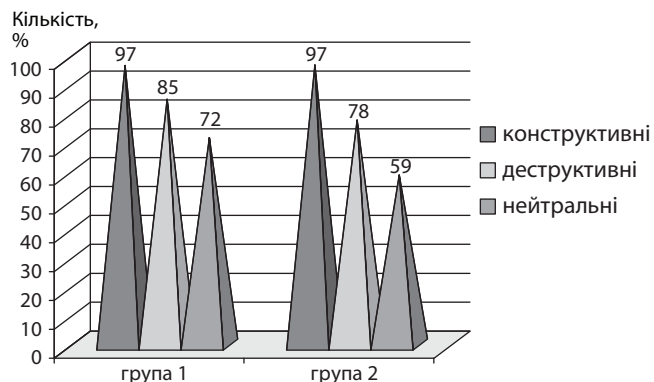


Рис. 5. Розподіл репродуктивних мотивацій за критерієм конструктивні-деструктивні в обох досліджуваних групах

Отримані дані свідчать про якісне, статистично доведене переважання конструктивних репродуктивних мотивацій (вагітність заради народження дитини, вагітність для коханого чоловіка) в групі 1. Це свідчить про усвідомлене планування батьківства, наявність сприятливого психосоціального клімату в родині для народження та розвитку дитини [9]. В групі 1 домінують, порівняно з групою 2, нейтральні репродуктивні

мотивації. Результати дослідження передбачують наявність декількох домінуючих мотивацій, тому поєднання конструктивних та нейтральних репродуктивних мотивацій розглядалося як сприятливе. При чистому домінуванні нейтральних репродуктивних мотивацій у жінок групи 1 спостерігається уявлення про материнство на формальному рівні. Вагітні виконують рекомендації лікарів, в міру цікавляться інформацією щодо розвитку плода, пологів, догляду за дитиною, проте відсутній емоційний зв'язок матері та майбутньої дитини [10]. Серед деструктивних репродуктивних мотивацій у жінок групи 1 переважають вагітність як результат соціальних очікувань (62 %), вагітність для збереження стосунків (33 %), для власного здоров'я (28 %). Народження дитини стає маніпуляцією щодо задоволення власних потреб. Під час виношування дитини у жінок найчастіше спостерігаються ранні гестози, неприйняття нового образу тіла, пригніченість, тривожність, наявність страхів щодо догляду за дитиною після народження тощо. У жінок групи 2 серед деструктивних репродуктивних мотивацій переважають вагітність як втеча від самотності (14 %), як протест (17 %), як спосіб досягнення матеріальної вигоди (21 %). Аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок, що жінки групи 1 та групи 2 потребують медико-психологічного супроводу під час вагітності, оскільки результати дослідження показали несприятливі репродуктивні мотивації в обох вибірках.

**Список літератури**

1. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. — СПб. : Питер, 2010. — 272 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
2. Максименко С. Д. Генезис существования личности / Сергей Дмитриевич Максименко. — К. : ООО КММ, 2006. — 240 с.
3. Психология человека от рождения до смерти / [под общей редакцией А. А. Реана]. — СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. — 656 с. — (Серия «Психологическая энциклопедия»).
4. Дольто Катрин. На путях рождения: о галптомическом сопровождении человека / Катрин Дольто ; пер. с фр. И. Б. Воронцової; науч. ред. С. Ф. Сироткин. — [3-е изд.]. — Ижевск : ERGO, 2008. — 188 с. — (Серия «Vade mecum»).
5. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е. — [3-е изд.]. — СПб. : Питер, 2009. — 496 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).
6. Магденко О. В. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности / О. В. Магденко, И. Я. Стоянова. — Новосибирск : Полиграфическая компания, ИП Малыгин А. М., 2012. — 224 с.
7. Пушкарёва Т. Н. Основы и клиническое значение материнской привязанности / Т. Н. Пушкарёва // Семейная психология и семейная терапия. — 2003. — № 1. — С. 89—106.
8. Cranley M. The origins of the Mother-Child Relationship: a review / M. Cranley // Physical and occupational therapy in pediatrics. — 1993. — 12: 213. — P. 39—51.
9. Бриш Карл. SAFE Грамматика воспитания. Время ожидания и первый год жизни ребенка / Карл Бриш ; пер. с нем. под ред. О. Ю. Поповой. — М. : Теревинф, 2013. — 210 с.
10. Максименко К. С. Личностно-ориентированная психотерапия эмоциональных расстройств при соматогениях / К. С. Максименко. — К. : Издательский Дом «Слово», 2015. — 352 с.
11. Bowlby J. The nature of child's tie to his mother / J. Bowlby // Int. J. Psychoanal. — 1958. — № 39. — P. 254—281.

Надійшла до редакції 16.01.2015 р.

**БОЖУК Олена Анатоліївна**, аспірантка кафедри загальної і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: Lento4ka-bozhuk@ya.ru  
**BOZHUK Olena**, Postgraduate Student of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogy of the O. O. Bohomolets's National medical University, Kyiv; e-mail: Lento4ka-bozhuk@ya.ru